

	FORMATO		
	AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES. (TOMA DE FOTOGRAFÍAS, AUDIO Y VIDEO - CESIÓN DE DERECHOS DE IMAGEN)		
	UNIDAD FUNCIONAL: Atención al cliente asistencial		EDICIÓN
	PROCESO: Atención al Paciente y su Familia		1
FECHA EMISIÓN 06/12/2021		FECHA DE ACTUALIZACIÓN dd/mm/aaaa	
		CÓDIGO F-SU-18	

AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES. (TOMA DE FOTOGRAFÍAS, AUDIO Y VIDEO - CESIÓN DE DERECHOS DE IMAGEN)

_____, Identificado (a) con la cédula de ciudadanía número _____ de _____ en adelante el "TITULAR" autorizo de manera expresa, libre, voluntaria, inequívoca, explícita e informada a INVERSIONES MÉDICAS DE ANTIOQUIA S.A. - CLÍNICA LAS VEGAS, en adelante "LA SOCIEDAD" para que recopile y efectúe el tratamiento de mis datos personales, dentro de los cuales se encuentra, información personal o profesional, pública, semi privada, privada y sensible, dentro el tratamiento de datos se encuentra, sin limitarse a esto, la toma de fotografías, imágenes, datos personales, voces, fotos, filmaciones magnéticas, audios, videos y demás formas de reproducción audiovisual y escrita que LA SOCIEDAD considere necesarios para el desarrollo de las actividades que emprendiere, en adelante "LOS DATOS" los cuales pueden ser utilizados en cualquier medio de publicidad para la promoción de La Clínica Las Vegas o la realización de cualquier otro proyecto de cualquier índole (comercial, educativo, informativo, entre otros) que tenga LA SOCIEDAD.

LA SOCIEDAD actuará como el responsable del tratamiento de LOS DATOS a los cuales tiene acceso y podrá por lo tanto recolectar, tratar y usar dicha información de acuerdo a la Política de Protección de Datos que para tal efecto tenga establecida. LOS DATOS recolectados se usarán de acuerdo a los fines establecidos en el Manual de Políticas de Tratamiento de Datos Personales de LA SOCIEDAD. La autorización aquí otorgada se da sin limitación geográfica o territorial alguna.

Además a través del presente documento el TITULAR consiente expresamente en ceder los derechos de imagen de los que es titular a LA SOCIEDAD, por lo que autoriza que las imágenes que se recopilen o fragmentos de las mismas sean fijados en las producciones que realizará, utilizará, reproducirá, difundirá y publicará LA SOCIEDAD, quedando ésta facultada para efectuar el uso de los derechos de imagen sobre fotografías, procedimientos análogos a la fotografía o producción Audiovisual (Video), además LA SOCIEDAD quedará como la titular de los derechos patrimoniales de autor (Reproducción, Comunicación Pública, Transformación y Distribución) y derechos conexos que se deriven de tal situación.

En virtud de lo anterior, LA SOCIEDAD, podrá, captar, utilizar, reproducir o difundir las imágenes en ediciones impresas y electrónicas, digitales, ópticas, en internet u otros medios que lleguen a desarrollarse en el futuro. La captación, reproducción, difusión, o publicación podrá hacerse de manera directa o a través de un tercero que se designe para tal fin, quien para los efectos de la ley 1581 de 2012 será encargado de la información y cumplirá con las obligaciones establecidas en dicha norma.

Adicionalmente, el TITULAR autoriza la transferencia y transmisión de LOS DATOS tratados y recopilados a terceros autorizados por LA SOCIEDAD conforme la Política de Tratamiento de Datos Personales de "CLÍNICA LAS VEGAS", para estos efectos el tercero será encargado del Tratamiento de Datos Personales.

Finalmente, como TITULAR dejo constancia expresa de que doy esta autorización, sin esperar ninguna contraprestación a cambio por parte de LA SOCIEDAD.

El acceso a LOS DATOS y la rectificación, actualización y verificación de los datos podrá ejercerse de manera directa por el TITULAR ante el área de comunicaciones de LA SOCIEDAD, en el correo electrónico: datospersonales@clinalasvegas.com, a través del cual serán atendidas las solicitudes, quejas o comentarios sobre el recaudo y tratamiento de los DATOS de acuerdo a la política de tratamiento de datos que se encuentra publicada en el sitio web www.clinicalasvegas.com

Fecha: Día _____ Mes: _____ Año: _____

Nombre Completo:

Documento de Identidad. C.C ____ C.E ____ Pasaporte ____ N° _____

Teléfono:

Firma: