

**AUTORIZACIÓN A COLMÉDICA MEDICINA PREPAGADA NIT 800.106.339-1
PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES**

- I. En desarrollo de lo establecido en la Ley 1581 de 2012 y sus normas reglamentarias, así como en la Política de Tratamiento de Datos Personales disponible en la página web www.colmedica.com, en mi calidad de titular del dato personal, apoderado, representante legal y/o estipulante a favor de terceros, autorizo expresamente a Colmédica Medicina Prepagada ubicada en la dirección Calle 93 # 19-25 en Bogotá D.C., la cual será Responsable del Tratamiento y, en tal virtud, podrá recolectar, usar, almacenar, circular, actualizar, suprimir y en general tratar los datos personales con las siguientes finalidades:
 - a. Desarrollar y cumplir el contrato de medicina prepagada de acuerdo con las coberturas del plan correspondiente, lo cual incluye: la gestión de la atención médica y de la prestación de servicios de salud de conformidad con el contrato de medicina prepagada suscrito, evaluación de la calidad del servicio, actualización de datos de contacto y otros, perfilamiento para conocer, identificar y mejorar la atención de las necesidades del cliente, campañas informativas, el envío de la factura y lo relacionado con el pago oportuno o la cobranza. Así mismo, los datos personales podrán ser utilizados para el envío de información sobre la gestión médica y administrativa del contrato y sobre los productos y servicios de la Compañía, su matriz y vinculadas, por cualquier medio o canal, tales como e-mail, correo postal, teléfono, celular, mensajería instantánea, SMS, redes sociales o similares.
 - b. Promocionar, comercializar u ofrecer otros productos y servicios complementarios o afines a los contratados con sus aliados comerciales, con el fin de complementar, optimizar o profundizar, lo cual incluye realización de estudios y análisis de mercado, actividades de mercadeo, publicidad y promoción, por cualquier medio o canal, tales como e-mail, correo postal, teléfono, celular, mensajería instantánea, SMS, redes sociales o similares.
 - c. Tratar los datos personales biométricos, tales como huella dactilar, foto, imagen, voz y firma electrónica con el objetivo de identificarlo y prevenir y controlar el riesgo de fraude al suscribir el contrato y durante la ejecución del mismo. He sido informado que los datos biométricos tienen carácter sensible, razón por la que es facultad del titular del dato autorizar o no su tratamiento.

Manifiesto que he sido informado sobre el carácter facultativo del titular del dato personal para autorizar el tratamiento o responder preguntas sobre datos sensibles o sobre datos de niños, niñas y adolescentes. Así mismo, que los datos suministrados están referidos a la prestación de los servicios de salud propios del contrato de medicina prepagada.

He sido informado que los derechos del titular del dato personal son los previstos en la Ley 1581 de 2012 y en la política de tratamiento de datos personales ubicada en www.colmedica.com, especialmente los siguientes:

a. Conocer, actualizar y rectificar los datos personales frente a datos parciales, inexactos, incompletos, fraccionados, que induzcan a error, o a aquellos cuyo tratamiento esté prohibido o no haya sido autorizado; b. Solicitar prueba de la autorización otorgada; c. Ser informado respecto del uso que se le ha dado a mis datos personales; d. Presentar ante la Superintendencia de Industria y Comercio (SIC) quejas por infracciones a lo dispuesto en la normatividad vigente; e. Revocar la autorización y/o solicitar la supresión del dato cuando no exista deber legal o contractual que lo impida; f. Acceder en forma gratuita a los datos personales que hayan sido objeto de Tratamiento.

Para el ejercicio de sus derechos, y la atención de consultas y reclamos, Colmédica Medicina Prepagada ha dispuesto los siguientes canales: Página web www.colmedica.com –opción CONTÁCTENOS-, correo electrónico datospersonales@colmedica.com, oficinas de atención a nivel nacional y en la dirección de correspondencia Calle 93 # 19-25.

Declaro que los datos entregados son veraces, verificables y completos, que la presente autorización me fue solicitada y puesta de presente antes de entregar mis datos y que la suscribo de forma libre y voluntaria una vez leída en su totalidad.

En desarrollo de lo establecido en la Ley 1266 de 2008 sobre información financiera y crediticia: Autorizo a Colmédica Medicina Prepagada a consultar y reportar mi comportamiento financiero y crediticio ante las centrales de riesgo, con el fin de conocer mi idoneidad para adquirir obligaciones dinerarias, conocer y validar información para análisis de riesgo y reportar mi comportamiento de pago.