

ENDOCIRUJANOS S.A.S., identificada con NIT 805.019.877-6, con domicilio en Santiago de Cali (Valle del Cauca), Carrera 42 No. 5B-53, teléfonos 553 6524 – 553 2737 – 318 837 3183 y correo endocirujanos@endocirujanos.com, en calidad de Responsable del Tratamiento de Datos Personales, informa que los datos suministrados serán tratados conforme a la Constitución Política (art. 15), la Ley Estatutaria 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 (compilado en el Decreto Único 1074 de 2015) y, en materia de información clínica, la Ley 23 de 1981, la Resolución 1995 de 1999 (modificada por la Resolución 839 de 2017) y la Ley 2015 de 2020, así como las demás normas concordantes.

**Autorización.** De manera libre, previa, expresa, voluntaria, informada e inequívoca, autorizo a ENDOCIRUJANOS S.A.S. para recolectar, almacenar, consultar, verificar, usar, actualizar, circular, compartir, transmitir, transferir, conservar, administrar y, cuando legalmente proceda, suprimir mis datos personales y datos sensibles en salud, conforme a las finalidades aquí señaladas y a la Política Institucional de Tratamiento y Protección de Datos Personales, la cual declaro conocer y se encuentra disponible para consulta.

**Finalidades del tratamiento.** Los datos serán tratados para: (i) la prestación de servicios médicos, quirúrgicos, endoscópicos y asistenciales; (ii) la elaboración, actualización y custodia de la historia clínica; (iii) el agendamiento de citas y procedimientos; (iv) la facturación, recaudo y gestión de cartera; (v) la radicación y trámite ante EPS, aseguradoras y entidades responsables de pago; (vi) el envío de resultados, reportes y comunicaciones asistenciales; (vii) la auditoría de cuentas médicas y de calidad; (viii) la atención de peticiones, quejas, reclamos y solicitudes (PQRS); (ix) el reporte a entes de inspección, vigilancia y control y demás autoridades competentes; y (x) el cumplimiento de obligaciones legales, contractuales y regulatorias.

**Datos objeto de tratamiento.** La autorización comprende, entre otros: nombres y apellidos; tipo y número de documento; fecha de nacimiento; dirección, teléfonos y correo electrónico; datos de contacto; datos administrativos y financieros del servicio; información de EPS, aseguradoras o entidades responsables de pago; antecedentes médicos; historia clínica; diagnósticos; procedimientos médicos y endoscópicos; biopsias; estudios histopatológicos; resultados médicos y de laboratorio; imágenes diagnósticas; formulaciones; incapacidades; registros clínicos; y datos biométricos cuando resulten necesarios para la verificación de identidad.

**Carácter sensible y facultatividad.** Reconozco que la información sobre mi estado de salud y los datos biométricos constituyen datos sensibles protegidos constitucional y legalmente. Declaro haber sido informado de que NO estoy obligado a autorizar su tratamiento; no obstante, comprendo que son indispensables para la adecuada prestación de los servicios de salud. Su tratamiento se realizará bajo medidas reforzadas de confidencialidad, seguridad y acceso restringido.

**Encargados y terceros.** Autorizo que ENDOCIRUJANOS S.A.S. se apoye en Encargados del Tratamiento (laboratorios, proveedores de software de historia clínica, servicios tecnológicos y de mensajería y afines) que traten los datos por su cuenta, sujetos a deberes de confidencialidad y seguridad, así como la circulación de la información hacia EPS, aseguradoras, entidades responsables de pago y autoridades, cuando sea necesario para las finalidades informadas.

**Transferencia y transmisión internacional.** Cuando la prestación del servicio o el uso de plataformas tecnológicas implique transferencia o transmisión internacional de datos, esta se realizará conforme al artículo 26 de la Ley 1581 de 2012, garantizando niveles adecuados de protección o el cumplimiento de las excepciones legales.

**Tratamiento de datos de niños, niñas y adolescentes.** Cuando el titular sea menor de edad, la autorización será otorgada por su representante legal o acudiente, y el tratamiento atenderá al interés superior del menor y al respeto de sus derechos fundamentales, conforme al artículo 7 de la Ley 1581 de 2012 y al artículo 12 del Decreto 1377 de 2013.

**Autorización de envío electrónico de resultados.** Autorizo a ENDOCIRUJANOS S.A.S. para remitir resultados médicos, reportes diagnósticos, biopsias y estudios histopatológicos al correo suministrado, que declaro de mi propiedad o bajo mi control y responsabilidad. Reconozco los riesgos tecnológicos inherentes a los medios electrónicos; la institución adoptará medidas razonables de seguridad y podrá abstenerse de realizar envíos cuando existan dudas sobre la titularidad del correo, riesgos de seguridad o necesidad de entrega presencial.

- Autorizo el envío electrónico de resultados al correo suministrado.
- No autorizo el envío electrónico de resultados.

**Conservación.** La información se conservará durante el tiempo necesario para cumplir las finalidades asistenciales, administrativas, legales y regulatorias; las historias clínicas se conservarán por el término mínimo legal (15 años) conforme a la Resolución 839 de 2017.

**Medidas de seguridad.** La institución implementará medidas administrativas, técnicas, humanas y tecnológicas razonables para garantizar la confidencialidad, integridad, disponibilidad y seguridad de la información, restringiendo el acceso al personal autorizado y para finalidades legítimas.

**Derechos del titular.** Como titular tengo derecho a conocer, actualizar y rectificar mis datos; solicitar prueba de esta autorización; presentar consultas y reclamos; solicitar la supresión de mis datos cuando legalmente proceda; revocar la autorización otorgada; y acceder gratuitamente a la información objeto de tratamiento.

**Canales y términos de atención.** Las solicitudes podrán presentarse por escrito en la Carrera 42 No. 5B-53 de Santiago de Cali o al correo endocirujanos@endocirujanos.com, indicando los hechos y razones que las motivan. Las consultas se atenderán en máximo diez (10) días hábiles (prorrogables cinco) y los reclamos en quince (15) días hábiles (prorrogables ocho), conforme a los artículos 14 y 15 de la Ley 1581 de 2012.

**Declaraciones del titular.** Declaro que la información suministrada es veraz, completa y actualizada; que no he omitido ni adulterado información; que conozco las finalidades del tratamiento y el carácter sensible de los datos de salud; y que autorizo expresamente su tratamiento conforme a lo aquí informado.

**En señal de conocimiento, aceptación y autorización:**

<p><b>TÍTULAR DE LA INFORMACIÓN:</b></p> <p>Nombre: _____</p> <p>Tipo de Documento: _____ No.: _____</p> <p>Dirección de notificación: _____</p> <p>Ciudad: _____</p> <p>Fecha (DD/MM/AAAA): ____ / ____ / ____</p> <p>Firma del Titular: _____</p>	<p><b>REPRESENTANTE O ACUDIENTE (cuando el titular sea menor de edad o no pueda firmar):</b></p> <p>Nombre: _____</p> <p>Tipo de Documento: _____ No.: _____</p> <p>Parentesco o calidad: _____</p> <p>Firma: _____</p>
---	---