



**AVISO DE PRIVACIDAD Y AUTORIZACIÓN EXPRESA PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS  
PERSONALES-2016**

**EL INSTITUTO DE ORTOPEDIA Y CIRUGIA PLASTICA S.A.S**, en cumplimiento de lo definido en la Ley 1581 de 2012, Decreto Reglamentario 1377 de 2013 y nuestra política de privacidad, le informa que los datos personales que usted suministre en virtud de las operaciones que solicite o celebre con **EL INSTITUTO DE ORTOPEDIA Y CIRUGIA PLASTICA S.A.S**, serán tratados mediante el uso o mantenimiento de medidas de seguridad técnicas, físicas y administrativas a fin de impedir que terceros no autorizados accedan a los mismos, lo anterior de conformidad a lo definido en la Ley, y el desarrollo de su objeto social.

El responsable del tratamiento de sus datos personales es **EL INSTITUTO DE ORTOPEDIA Y CIRUGIA PLASTICA S.A.S** domiciliada y ubicada en la Avenida 19 No 114-87, de la ciudad de Bogotá, quien los recogerá a través de sus diferentes canales y serán usados para: a) Actividades de registro Médico, Historia Clínica. b) Para Procesos Contables, Facturación y Cobro c) Cumplir con su objeto social y en sí con las normas que complementen su marco jurídico operacional.

Usted podrá ejercer todos los derechos que la Ley prevé, siguiendo los procedimientos que **EL INSTITUTO DE ORTOPEDIA Y CIRUGIA PLASTICA S.A.S**, proporciona para tales efectos, los cuales puede conocer en las Políticas de privacidad publicadas en la página web [www.ortopediayplastica.com](http://www.ortopediayplastica.com) para dudas e inquietudes relacionadas con estos temas puede escribirnos a: [servicioalcliente@ortopediayplastica.com](mailto:servicioalcliente@ortopediayplastica.com). Es importante mencionar que el ejercicio de sus derechos no es requisito previo ni impide el ejercicio de otro derecho y que cualquier modificación al presente aviso le será notificado a través de los medios que disponga **EL INSTITUTO DE ORTOPEDIA Y CIRUGIA PLASTICA S.A.S** para tal fin.

Leído lo anterior autorizo de manera previa, explícita e inequívoca a **EL INSTITUTO DE ORTOPEDIA Y CIRUGIA PLASTICA S.A.S**, para el tratamiento de los datos personales suministrados por mi persona dentro de las finalidades legales, contractuales, comerciales y las aquí contempladas. Declaro que soy titular de la información reportada en este formulario para autorizar el tratamiento de mis datos personales, que le he suministrado de forma voluntaria y es completa, confiable, veraz y verídica.

**JUAN ALBERTO PIÑEROS CAMACHO**

**Representante Legal**

\*NOMBRE \_\_\_\_\_

\*APELLIDOS \_\_\_\_\_

\*IDENTIFICACIÓN \_\_\_\_\_

\*TIPO DE DOCUMENTO:  
C.C. \_\_\_ C.E. \_\_\_ TI \_\_\_ PAS \_\_\_  
PAÍS \_\_\_\_\_

\*CORREO/EMAIL \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\*TELEFONO: \_\_\_\_\_

\*FECHA: \_\_\_\_\_

FIRMA