



**Macroproceso: Seguridad Social**

**Proceso: Seguridad Social en Salud**

**Título: Protocolo para la prevención del lavado de activos y la financiación del terrorismo**

## ANEXO 2. Autorización para Tratamiento De Datos Personales

Con la firma de este documento manifiesto que he sido informado por LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA - UNISALUD (en adelante "UNISALUD") de que:

- i. UNISALUD actuará como responsable del Tratamiento de Datos Personales de los cuales soy titular y que, conjunta o separadamente podrá recolectar, usar y tratar mis datos personales conforme la política de Tratamiento de Datos Personales de la Universidad disponible en la página web [www.unal.edu.co](http://www.unal.edu.co) y para sus fines misionales.
- ii. Es de carácter facultativo del titular del dato responder preguntas que versen sobre Datos Sensibles o sobre menores de edad.

NOTA: Son Datos Sensibles, aquellos que afecten la intimidad del titular o cuyo uso indebido puede generar discriminación, por ejemplo la orientación política, las convicciones religiosas o filosóficas, de derechos humanos, así como los datos relativos a la salud, a la vida sexual y los datos biométricos.

- iii. Mis derechos como titular de los datos son los previstos en la Constitución y la ley, especialmente el derecho a conocer, actualizar, rectificar y suprimir mi información personal, así como el derecho a revocar el consentimiento otorgado para el tratamiento de datos personales.
- iv. Los derechos pueden ser ejercidos a través del correo [crp-habeasdata@unal.edu.co](mailto:crp-habeasdata@unal.edu.co) dispuesto por las Universidad y observando la Política de Tratamiento de Datos Personales de la Universidad.
- v. Para cualquier inquietud o información adicional relacionada con el tratamiento de datos personales, puedo contactarme al correo electrónico [crp-habeasdata@unal.edu.co](mailto:crp-habeasdata@unal.edu.co).
- vi. UNISALUD garantiza la confidencialidad, libertad, seguridad, veracidad, transparencia, acceso y circulación restringida de mis datos y se reservan el derecho de modificar su Política de Tratamiento de Datos Personales en cualquier momento. Cualquier cambio ser á informado y publicado oportunamente en la página web.

Teniendo en cuenta lo anterior, autorizo de manera voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca a la Universidad Nacional de Colombia-UNISALUD para tratar mis datos personales de acuerdo con la Política de Tratamiento de Datos Personales de las Universidad y para los fines relacionados con su Misión y en especial para fines legales, contractuales, comerciales descritos en la Política de Tratamiento de Datos Personales de la Universidad. La información obtenida para el Tratamiento de mis datos personales la he suministrado de forma voluntaria y es verídica.

Se firma en la ciudad de \_\_\_\_\_, el \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Firma: \_\_\_\_\_  
Nombre: \_\_\_\_\_  
Identificación: \_\_\_\_\_

**NOTA:** Por favor diligencie este documento con su nombre, identificación, fecha y firma, y remítalo junto a la documentación a enviar