

FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN, MODIFICACIÓN Y SUPRESIÓN DE DATOS PERSONALES

ASOCIACIÓN SINDICAL DE TRABAJADORES Y EMPLEADOS DE COLOMBIA EN SALUD Y AFINES – ASINTRACS CGT

En cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demás normas concordantes, ASINTRACS CGT pone a disposición el presente formulario para el ejercicio de los derechos del titular de la información.

1. DATOS DEL TITULAR

- **Nombre completo:** _____
- **Tipo de documento:** CC CE Pasaporte Otro _____
- **Número de documento:** _____
- **Teléfono de contacto:** _____
- **Correo electrónico:** _____
- **Dirección:** _____

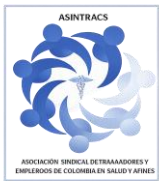
2. CALIDAD DEL TITULAR

- Afiliado sindical
- Exafiliado
- Empleado / Exempleado
- Directivo
- Proveedor / Contratista
- Otro: _____

3. TIPO DE SOLICITUD

Marque con una (X) la opción correspondiente:

- Autorización para el tratamiento de datos personales**
- Modificación / Actualización de datos personales**
- Supresión de datos personales**
- Revocatoria de la autorización**
- Consulta sobre el uso de datos personales**



4. DESCRIPCIÓN DE LA SOLICITUD

Describa de forma clara y precisa su solicitud:

En caso de **modificación**, indique los datos a actualizar y la información correcta:

- Dato a modificar: _____ Nuevo dato: _____
- Dato a modificar: _____ Nuevo dato: _____

5. AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

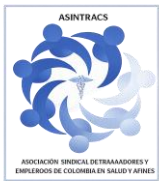
Autorizo de manera **previa, expresa, voluntaria e informada** a ASINTRACS CGT para recolectar, almacenar, usar, circular, transmitir y/o suprimir mis datos personales, incluidos **datos sensibles y biométricos** tales como huellas dactilares, imagen, video y voz, para las finalidades descritas en la Política de Tratamiento de Datos Personales de la organización.

Declaro que:

- He sido informado(a) de mis derechos como titular de los datos.
- Conozco que puedo revocar esta autorización y/o solicitar la supresión del dato cuando no exista deber legal o contractual que lo impida.
- Puedo consultar la Política de Tratamiento de Datos Personales a través de los canales institucionales.

Sí autorizo

No autorizo (aplica solo para datos sensibles, cuando sea legalmente posible)



6. DATOS SENSIBLES Y BIOMÉTRICOS (SI APLICA)

Manifiesto que he sido informado(a) que:

- El suministro de datos sensibles es **facultativo**.
- La información biométrica será tratada con medidas de seguridad reforzadas.
- No estoy obligado(a) a autorizar el tratamiento de datos sensibles.

Autorizo el tratamiento de datos biométricos (huella, imagen, video, voz)

No autorizo el tratamiento de datos biométricos

7. DOCUMENTOS SOPORTE (SI APLICA)

Adjunto los siguientes documentos para soportar mi solicitud:

Copia del documento de identidad

Poder o autorización (si actúa un tercero)

Otros: _____

8. MEDIO PARA RECIBIR RESPUESTA

Correo electrónico

Dirección física

Otro: _____

9. DECLARACIÓN Y FIRMA

Declaro que la información suministrada es veraz y corresponde a mi voluntad como titular de los datos personales.

• **Nombre del titular:** _____

• **Firma:** _____

• **Número de documento:** _____

• **Fecha:** ____ / ____ / ____



10. USO EXCLUSIVO DE ASINTRACS CGT

- Fecha de recepción: _____
- Responsable que recibe: _____
- Área encargada del trámite: _____
- Fecha de respuesta: _____
- Observaciones: _____