



COLEGIO DE ESPECIALISTAS EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA - ECUADOR

Acuerdo ministerial N. 00125-2021

AUTORIZACIÓN EXPRESA PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES (FILIALES Y TRABAJADORES)


Con el propósito de proteger los datos de los titulares y filiales; afín de garantizar sus derechos y teniendo en cuenta que para el tratamiento de datos personales que se realiza en Ecuador aplica la Ley Orgánica de Protección de Datos Personales de Ecuador (LOPD), a través del presente documento se otorga dicho respaldo, en los siguientes términos:

PRIMERA: ANTECEDENTES. Con la promulgación de la Ley Orgánica de Protección de Datos Personales (en adelante la “Ley”), en el Ecuador se busca garantizar el derecho a la protección de datos personales de sus titulares. Estos derechos incluyen, pero no se limitará:

Solicitar autorización del titular para el tratamiento sobre sus Datos Personales;
Ser informado, previo al otorgamiento de la autorización, respecto de los tratamientos y finalidades para los cuales se tratarán sus Datos Personales;
Garantizar la protección de la información personal objeto de tratamiento; y,
Garantizar la aplicación de hábeas data; derecho a conocer, actualizar, rectificar y solicitar que se incluyan o supriman Datos Personales del titular o filial en los casos que proceda, conforme con la Ley, o de revocar su autorización para alguna(s) de las finalidades contenida en la presente Autorización Expresa.


SEGUNDA: AUTORIZACIÓN EXPRESA. Mediante la firma de este documento, el Otorgante acepta y autoriza de manera previa, libre, expresa, inequívoca e informada a **EL COLEGIO DE ESPECIALISTAS EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA DEL ECUADOR** (en adelante “CEMFyC-E”), en su condición de responsable, para que, consulte, solicite, recolecte, almacene, circule (reporte, transmita o transfiera), utilice, suprima o realice cualquier tratamiento sobre sus Datos Personales exclusivamente dentro del marco de las relaciones comerciales/laborales, para cualquiera de las finalidades determinadas a continuación:

No.	Finalidades
1	Conocimiento del cliente activo y potencial
2	Análisis de comportamiento, perfilamiento y segmentación del mercado
4	Ofrecimiento de bienes y/o servicios del responsable del tratamiento, casa matriz, grupo empresarial, empresas vinculadas y/o de sus aliados estratégicos
5	Cumplimiento de normas y estándares internacionales
6	Gestión de clientes
7	Actualización de información
8	Evaluación de la calidad de los bienes y/o servicios prestados por el titular, realizada por el responsable del tratamiento y realización de encuestas de satisfacción sobre los productos y/o servicios prestados

 colegiospmfyce@gmail.com

 @colegiospmfyce

 <http://fb.me/colegiospmfyce>

 @colegiospmfycecuador



0984735777
0988003299



9	Realizar, a través de cualquier medio, actividades de promoción, publicidad, mercadeo, venta, atención al cliente y mejoramiento del servicio de facturación, así como cualquier otra actividad relacionada con nuestros productos y servicios, actuales y futuros, para el cumplimiento de las obligaciones contractuales y de nuestro objeto social
---	---

TERCERA: DECLARACIÓN.

Con la suscripción de la presente Autorización Expresa, declara ser mayor de edad, titular y representante legal y/o apoderado o persona autorizada para otorgar autorización para el tratamiento de los Datos Personales de la compañía y/o de los terceros de los que suministre información personal y que los mismos son exactos, veraces y completos.

Declara conocer los derechos que le asisten a los titulares de Datos Personales.

Declara que le fue informada la facultad para autorizar el tratamiento sobre los datos sensibles, entendidos estos como aquellos que afectan la intimidad del titular o filial cuyo uso indebido pueda generar su discriminación, tales como aquellos que revelen el origen racial o étnico, la orientación política, las convicciones religiosas o filosóficas, la pertenencia a sindicatos, organizaciones sociales, de derechos humanos o que promueva intereses de cualquier partido político o que garanticen los derechos y garantías de partidos políticos de oposición, así como los datos relativos a la salud, a la vida sexual, los datos biométricos (huella dactilar, el iris del ojo, voz, forma de caminar, palma de la mano o los rasgos del rostro, entre otros) y cualquier dato personal de niños, niñas y/o adolescentes.

Asimismo, declara conocer que, en caso de no autorizar el tratamiento de los Datos Personales para alguna de las finalidades contenidas en la presente Autorización Expresa, de requerir información adicional, en el evento en que considere que CEMFyC-E dio un tratamiento contrario al autorizado o desee actualizar, modificar o eliminar su información, se puede comunicar con el responsable del tratamiento a través del correo electrónico: colegioespmfyce@gmail.com.

CUARTA: REVOCABILIDAD. El consentimiento otorgado para el tratamiento de los Datos Personales es revocable en cualquier momento, comunicándolo de la misma manera en la que se ha otorgado, de manera expresa, inequívoca y libre.

Autoriza
Dr./Dra.