

Formato de autorización para acceso de historia clínica y tratamiento de datos personales

Departamento de Gestión de Salud



BR-3-750-0

Mediante el presente documento, yo _____, mayor de edad, identificado(a) como aparece al pie de mi firma, en calidad de empleado _____ o pensionado _____ del Banco de la República o familiar mayor de dieciocho (18) años _____ o representante legal del Titular de los Datos Personales _____, otorgo autorización previa, expresa e informada a:

1. WILLIS TOWERS WATSON COLOMBIA CORREDORES DE SEGUROS S.A., identificada con NIT. 890.901.604-4 y a WILLIS TOWERS WATSON CONSULTORES COLOMBIA S.A.S., identificada con NIT. 830.514.927-1 o a la empresa que sea designada por el BANCO DE LA REPÚBLICA para actuar en calidad de interventor(es) del contrato de prestación de servicios asistenciales médicos y odontológicos suscrito entre el BANCO DE LA REPÚBLICA y la empresa de medicina prepagada correspondiente (en adelante los "INTERVENTORES"), para que durante la vigencia del contrato de interventoría celebrado entre el BANCO DE LA REPÚBLICA y los INTERVENTORES, estos últimos accedan a mi Historia Clínica de los profesionales Puerta de Entrada (en adelante "Historias Clínicas), a mis Datos Personales y Datos Sensibles relacionados con mi estado de salud, así como a los de mi(s) hijo(s) menor(es) de dieciocho (18) años y/o representado(s) por mi (en adelante los "Datos"), que se suministren y deriven de la ejecución de los mencionados contratos de prestación de servicios asistenciales médicos y odontológicos, y efectúen, en calidad de Responsables, el tratamiento (recolección, almacenamiento, uso, circulación o supresión) de los mismos con la finalidad de que los INTERVENTORES puedan cumplir adecuadamente con la prestación de los servicios especializados de interventoría y administración de salud que le fueron contratados y encomendados por el BANCO DE LA REPÚBLICA, y que corresponden a los siguientes: (i) Validación y liquidación de primas del contrato de prestación de servicios asistenciales médicos y odontológicos; (ii) Auditoria de calidad de Históricas Clínicas (médicas y odontológicas) de los profesionales Puerta de Entrada; (iii) Validación y verificación de los auxilios que sean entregados dentro del marco del contrato de prestación de servicios asistenciales médicos y odontológicos y; (iv) Validación y verificación de los medicamentos que sean entregados dentro del marco del contrato de prestación de servicios asistenciales médicos y odontológicos.

La presente Autorización se otorga a favor de los INTERVENTORES, de acuerdo con lo dispuesto en la normatividad que regula la protección de datos personales (Ley 1266 de 2008, Ley 1581 de 2012, Decreto 1074 de 2015 y demás normas que las modifiquen, complementen o sustituyan) y lo contemplado en la Ley 23 de 1981, la Resolución 1995 de 1999, la Resolución 839 de 2017 y la Ley 2015 de 2020 sobre la elaboración, custodia, reserva y protección de la Historia Clínica, así como las demás normas aplicables que las modifiquen, complementen o sustituyan.

Para tal efecto, se informa que el tratamiento de los Datos Personales y Datos Sensibles, incluyendo las Historias Clínicas, se realizará por parte de los INTERVENTORES en calidad de Responsables, de acuerdo con la Política de Privacidad para la Protección de Datos Personales de los INTERVENTORES que se puede consultar en la página web de los INTERVENTORES y demás medios que estos pongan a disposición para conocimiento público, y teniendo en cuenta lo siguiente: (i) toda información que pueda asociarse a los Datos Personales o Sensibles podrá ser utilizada y compartida con los INTERVENTORES únicamente en los términos consignados en esta Autorización; (ii) como Titular de los Datos o representante del Titular, según corresponda, podré acceder, conocer, actualizar y rectificar los mismos; ser informado del uso dado a los mismos por parte de los INTERVENTORES; presentar consultas y reclamos a los INTERVENTORES sobre el manejo de dichos Datos; revocar esta Autorización o solicitar la supresión de los Datos en los casos que sea procedente, para lo cual se deberá presentar la respectiva revocatoria o solicitud de supresión a los INTERVENTORES, a través del correo electrónico Willis.Auditoria@wtwco.com, y los demás derechos establecidos en la Constitución Política de Colombia, la Ley y las normas que la reglamentan; (iii) los INTERVENTORES están obligados a dar un buen manejo a la información de carácter sensible según lo establecido en la normatividad vigente, particularmente, con el fin de realizar las gestiones necesarias que le han sido encomendadas por el BANCO DE LA REPÚBLICA dentro del marco del contrato de interventoría anteriormente señalado; (iv) reconozco que, de conformidad con la normatividad aplicable, los Datos Personales, Datos Sensibles e Historias Clínicas se almacenarán en las bases de datos administradas por los INTERVENTORES, y podrán ser utilizados, transferidos, transmitidos y administrados por los INTERVENTORES según las finalidades autorizadas, sin requerir de una autorización posterior por parte mía; (v) se me ha informado que no estoy obligado a dar mi autorización para el tratamiento de Datos Sensibles, incluyendo Historias Clínicas, o datos de menores de edad, los cuales serán tratados por los INTERVENTORES respetando los derechos fundamentales e intereses superiores; (vi) para ejercer los derechos que tengo como Titular de los Datos o representante del Titular, he sido informado que podré contactarme a través de los canales de atención previstos por los INTERVENTORES, los cuales están disponibles en su página web, y demás medios que estos pongan a disposición para conocimiento público.

Formato de autorización para acceso de historia clínica y tratamiento de datos personales

Departamento de Gestión de Salud



BR-3-750-0

En particular, en referencia a WILLIS TOWERS WATSON COLOMBIA CORREDORES DE SEGUROS S.A., identificada con NIT. 890.901.604-4 y a WILLIS TOWERS WATSON CONSULTORES COLOMBIA S.A.S., identificada con NIT. 830.514.927-1, los datos de contacto son los siguientes: Avenida Carrera 19 # 95 - 20, Pisos 16 y 24, Torre Sigma de la ciudad de Bogotá D.C., Teléfono: 571 6067575 y/o correo electrónico <https://www.wtwco.com/es-co>

2. De acuerdo con lo anterior, solicito, ordeno y autorizo expresamente a la COMPAÑÍA DE MEDICINA PREPAGADA COLSANITAS S.A., identificada con NIT. 860.078.828-7 (en adelante COLSANITAS), para que en mi nombre y representación entregue a los INTERVENTORES mis Datos Personales, Datos Sensibles relacionados con mi estado de salud y copia de mis Historias Clínicas de los profesionales Puerta de Entrada que reposen en las bases de datos de COLSANITAS, así como los de mi(s) hijo(s) menor(es) de dieciocho (18) años y/o mi(s) representado(s), en caso que aplique, para que los INTERVENTORES en calidad de Responsables del Tratamiento, según se define en el literal e) del artículo 3º de la Ley 1581 de 2012, realicen el Tratamiento de los Datos Personales y Datos Sensibles por su cuenta y riesgo, de conformidad con lo previsto en la presente autorización, en especial lo indicado en el punto 1 anterior.

Así las cosas, y sin perjuicio de la calidad de Responsable del Tratamiento de los Datos que continuará manteniendo COLSANITAS en virtud de la Autorización de Tratamiento de Datos Personales otorgada a favor de ésta, declaro conocer y aceptar que una vez COLSANITAS entregue a los INTERVENTORES mis Datos Personales, Datos Sensibles e Historias Clínicas y/o los de mi(s) hijo(s) menor(es) de 18 años y/o representados, en caso que aplique; los INTERVENTORES también adquieren la calidad de Responsables del Tratamiento de dichos Datos de forma autónoma e independiente a Colsanitas. Por lo tanto, los INTERVENTORES estarán obligados a cumplir con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y demás normas que la complementen, modifiquen o sustituyan y serán responsables por los perjuicios, daños, costos, gastos, sanciones y demás que se causen y deriven por el incumplimiento o inobservancia de cualquiera de los deberes y obligaciones contenidas en la normatividad aplicable vigente.

La presente Autorización de Tratamiento de Datos Personales otorgada a favor de los INTERVENTORES tiene efectos a partir de la fecha de su firma, y estará vigente durante el plazo de ejecución del contrato CT352246004100 celebrado entre el BANCO DE LA REPUBLICA y COLSANITAS el 21 de noviembre de 2021, o de cualquier otro que con posterioridad se celebre entre dichas partes sobre el mismo objeto, y siempre que el(la) suscrito(a) y/o mi(s) hijo(s) menor(es) de 18 años y/o representados, en caso que aplique, sea(n) usuario(s) activo(s) de COLSANITAS a través de dicho contrato.

Manifiesto que la presente Autorización me fue solicitada e informada antes de la entrega de los Datos a los INTERVENTORES y la suscribo de forma libre y voluntaria una vez leída en su totalidad.

Cordialmente,

Firma: _____

Nombre: _____

C.C. _____

Fecha: _____

Correo Electrónico: _____

Por favor diligenciar la siguiente información en dado caso que quien emita y suscriba la Autorización actúe en nombre y representación de un tercero y aportar los respectivos documentos legales que certifiquen tal calidad:

Nombre(s) y Apellidos del Titular de los Datos:					
Tipo de Documento de Identificación:		Número de Documento:			
Parentesco del Titular de los Datos con quien suscribe la Autorización					
Condición del Titular (Señalar con X la opción que aplique)	Menor de edad		Es situación de discapacidad absoluta		Por poder