Autorización para el Tratamiento de Datos Personales

Ley 1581 de 2012 · Decreto 1074 de 2015

Datos del Titular

Nombre completo _____

Tipo y número de documento _____

Nacionalidad _____

Teléfono / WhatsApp _____

Correo electrónico _____

Servicio contratado _____

Autorización

Yo, el Titular arriba identificado, autorizo de manera previa, expresa e informada a **Leida Milena Romero González**, identificada con C.C. No. 53.054.537, que actúa bajo el nombre comercial **Puente Bogotá**, con domicilio en Cra. 50a #123a-48, Bogotá D.C., Colombia, correo puentebogota@gmail.com y teléfono +57 311 348 5952 (en adelante, el Responsable), para recolectar, almacenar, usar, circular y suprimir mis datos personales con las siguientes finalidades: (i) prestarme los servicios contratados; (ii) compartir la información estrictamente necesaria con las entidades públicas, notarías, abogados, traductores oficiales, agentes inmobiliarios, entidades financieras y prestadores de salud que el servicio requiera o que yo indique; (iii) facturar, cobrar y cumplir obligaciones legales; (iv) atender peticiones, quejas y reclamos; y (v) enviarme comunicaciones sobre el servicio.

Declaro que se me informó que: el tratamiento se hará según la Política de Tratamiento de Datos Personales publicada en puentebogota.com/es/legal/politica-de-datos.html; tengo derecho a conocer, actualizar, rectificar y suprimir mis datos, a solicitar prueba de esta autorización, a revocarla y a presentar quejas ante la Superintendencia de Industria y Comercio; y no estoy obligado(a) a autorizar el tratamiento de datos sensibles ni de datos de niños, niñas y adolescentes.

Autorizaciones especiales (marque con una X)

- ☐ **Datos sensibles (salud):** autorizo de forma explícita el tratamiento de mis datos de salud (citas, EPS o medicina prepagada, órdenes, diagnósticos, resultados) con la única finalidad del acompañamiento médico o la interpretación que solicito. Entiendo que son datos sensibles y que no estoy obligado(a) a suministrarlos.
- ☐ **Datos de niños, niñas y adolescentes:** como padre, madre o representante legal, autorizo el tratamiento de los datos de los siguientes menores, únicamente para el trámite solicitado y respetando su interés superior y sus derechos fundamentales:

Nombre(s) del menor y documento _____

Parentesco / calidad de representante _____

- [ ] **Transferencia internacional:** autorizo la transmisión y/o transferencia de mis datos a los proveedores tecnológicos del Responsable (Google, WhatsApp/Meta, el proveedor de hosting), que pueden almacenarlos fuera de Colombia, y a las autoridades extranjeras que el trámite requiera.
- [ ] **Comunicaciones comerciales (opcional):** autorizo recibir información sobre nuevos servicios por WhatsApp o correo electrónico.

Firma del Titular
Nombre:
Documento:

Fecha y lugar
Ciudad:
Huella (opcional):