

**CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES PRÁCTICAS,
PASANTIAS Y ROTACIONES. ESCUELA DE MEDICINA Y CIENCIAS DE LA SALUD**



Yo _____ del programa de _____,
identificado con _____ número _____ de _____, voluntariamente
autorizó al **COLEGIO MAYOR DE NUESTRA SEÑORA DEL ROSARIO**, institución privada de educación superior con el carácter académico de Universidad, sin ánimo de lucro, con personería jurídica reconocida mediante Resolución No. 58 del 16 de septiembre de 1895 expedida por el Ministerio de Gobierno, al manejo, divulgación, verificación y tratamiento de la Información catalogada como “información sensible”, solicitada en este documento y me obligo a entregar la misma a la Universidad dentro de los términos y cronogramas establecidos.

La siguiente Información, requerida por el **COLEGIO MAYOR DE NUESTRA SEÑORA DEL ROSARIO**, se solicita en cumplimiento de lo establecido en el Decreto 2376 de dos mil diez (2010), sobre formación en talento humano del área de la salud, con el fin de garantizar las medidas de seguridad, protección y salvaguarda de mi salud y la de los pacientes en los escenarios de práctica:

1. Certificado de la Afiliación al Sistema de Seguridad Social en Salud no mayor a 30 días.
2. Copia de los documentos (títulos, carnets y/o certificados), que avalen el contar con el esquema completo de vacunación descrito a continuación:
 - ✓ **Hepatitis B:** títulos de Anticuerpos. Aquellas personas cuyos títulos estén ausentes o bajos deberán proceder con nuevo esquema de inmunización.
 - ✓ **Triple viral:** Carne de vacunación o firma de documento en la cual se señale fue recibida esta vacuna. Si no se recibió debe procederse a la vacunación.
 - ✓ **Varicela:** titulación de anticuerpos. Aquellas personas cuyos títulos estén ausentes o bajos deberán proceder con nuevo esquema de inmunización.
 - ✓ **DPT:** Vacuna menor a 10 años (Documento soporte). Aquellas personas cuya vacunación fue aplicada hace más de 10 años, deberán proceder con nuevo esquema de inmunización.
 - ✓ **Influenza:** Vacunación anual.
3. Original del certificado de las titulaciones de la vacunación en el caso que el escenario de prácticas, en el cual realice la rotación o práctica, así lo requiera.

Con la firma de este documento declaro que la información proporcionada es veraz, los documentos entregados son auténticos y me hago responsable jurídica y medicamente, de los hechos que por la no aplicación del esquema de vacunación se susciten conmigo y hacia terceros, salvaguardando de cualquier responsabilidad al **COLEGIO MAYOR DE NUESTRA SEÑORA DEL ROSARIO**.

De igual manera, autorizo que los datos personales relacionados con el esquema de vacunación y la afiliación al Sistema de Seguridad Social en Salud, sean remitidos a los escenarios de práctica respectiva para dar cumplimiento a las garantías de seguridad, protección y bienestar que integran la relación docencia servicio.

Adicionalmente, autorizo al **COLEGIO MAYOR DE NUESTRA SEÑORA DEL ROSARIO** a efectuar la verificación de la información suministrada tanto en lo referente a las certificaciones de vacunación,

**CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES PRÁCTICAS,
PASANTIAS Y ROTACIONES. ESCUELA DE MEDICINA Y CIENCIAS DE LA SALUD**

titulaciones, como de afiliación a los sistemas de seguridad social en salud, en caso que lo considere necesario.



“Usted tiene derecho a conocer, actualizar, incluir y corregir sus datos personales; también podrá solicitar la supresión o revocar la autorización otorgada para su tratamiento.

En caso de un reclamo o una consulta relativa a sus datos personales, puede hacerlo ingresando la petición en la opción “solicitudes” de la página web de La Universidad, remitiendo la solicitud al correo electrónico habeasdata@urosario.edu.co o dejando su petición en el buzón físico ubicado en el Edificio Santafé (Carrera 6 N° 12 C-13, Bogotá, D. C.), en el horario de atención de lunes a viernes 7:00 a. m. a 7:00 p. m., y los sábados, de 8:00 a. m. a 1:00 p. m. Si quiere más información sobre el tratamiento de sus datos personales, consulte nuestra Política de Tratamiento de Datos personales en www.urosario.edu.co”

FECHA: _____

FIRMA: _____

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN NO. _____

TELÉFONO: _____

DIRECCIÓN: _____