

**POLÍTICA DE MANEJO DE DATOS E INFORMACIÓN PARA EFECTOS DE
COMUNICACIONES OFICIALES E INVESTIGACIÓN COMO ENTIDAD DE LA
SEGURIDAD SOCIAL Y EN FUNCIÓN DE SU RESPONSABILIDAD SOCIAL**

La Junta de Calificación de Invalidez de Antioquia en cumplimiento de su función como actor de la Seguridad Social, adscrita al Ministerio del Trabajo y en cumplimiento del Decreto 1072 de 2015, implementa la política de tratamiento de datos y vinculación de actividades científicas de las bases de datos aportadas por los actores de la Seguridad Social e interesados; recopilados como fuentes secundarias que reposan y se encuentran en custodia de la Junta Regional con el siguiente escrito:

AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Con el diligenciamiento de este formato y en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, a Ley 1757 de 2015, resolución 8430 de 1993, resolución 8430 de 1993, y demás decretos reglamentarios autorizo a la Junta Regional de Calificación de Invalidez de Antioquia con NIT 811044203-1, para tratar mis datos personales y utilizar mis datos de identificación, contacto, ubicación y de contenido socioeconómico, realizar su recolección, almacenamiento, uso, circulación, transferencia o transmisión. Así mismo, autorizo para que permitan su tratamiento a quienes sean sus representantes o con quienes celebren contratos de transferencia o transmisión de datos; intermediarios, entidades de control y prestadores necesarios para el cumplimiento de su objeto social; así como autorizo el envío de información a mi correo electrónico personal, el cual declaro que es: _____ y/o al correo de mi apoderado, el cual manifiesto que es: _____.

De igual forma, autorizo el tratamiento de mis datos sensibles, en especial, los relativos a la salud, y entiendo que las preguntas que me hagan sobre estos datos, tienen carácter facultativo y profesional.

Manifiesto que los datos que he suministrado a la Junta Regional de Calificación de Invalidez de Antioquia son ciertos, que la información que he entregado es veraz, y autorizo su verificación ante cualquier persona natural o jurídica, pública o privada que lo requiera.

La presente autorización se diligencia el día _____ de (mes) _____ de 2023.

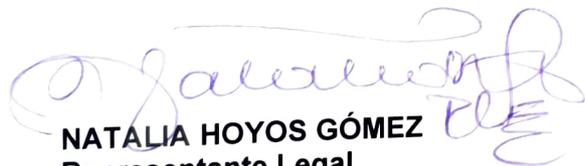
Firma del titular del Dato,

Nombre: _____
Cédula: _____
Teléfono de contacto: _____
Dirección: _____ del Municipio de _____.

Señor Usuario

Como titular de los datos personales, le asisten los derechos previstos en la Ley 1581 de 2012, en especial, acceder a los datos proporcionados en forma gratuita en los términos de la ley, solicitar prueba de la autorización otorgada, y conocer, actualizar, rectificar y solicitar la supresión de sus datos, siempre que no exista un deber legal o contractual que impida eliminarlos.

Usted podrá ejercitar los derechos descritos presentando una consulta o reclamo a través de los siguientes canales de atención: 604 4449448 II) Dirección física: Calle 27 No. 46-70 Local 225 Centro Integral de Servicios Punto Clave III) Correo electrónico: correspondencia@jrcantioquia.com.co



NATALIA HOYOS GÓMEZ
Representante Legal
Junta Regional de Calificación de Invalidez de Antioquia



AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Con el diligenciamiento de este formato y en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, Resolución 8430 de 1993 y decretos reglamentarios, autorizo a la Junta Regional de Calificación de Invalidez de Antioquia con NIT 811044203-1, para tratar mis datos personales y utilizar mis datos de identificación, contacto, ubicación y de contenido socioeconómico, realizar su recolección, almacenamiento, uso, circulación, transferencia o transmisión. Así mismo, autorizo para que permitan su tratamiento a quienes sean sus representantes o con quienes celebren contratos de transferencia o transmisión de datos; intermediarios, entidades de control y prestadores necesarios para el cumplimiento de su objeto social, así como autorizo el envío de información a mi correo electrónico personal, el cual declaro que es: _____, y/o al correo de mi apoderado, el cual manifiesto que es: _____.

De igual forma, autorizo el tratamiento de mis datos sensibles, en especial, los relativos a la salud, y entiendo que las preguntas que me hagan sobre estos datos, tienen carácter facultativo y profesional.

Manifiesto que los datos que he suministrado a la Junta Regional de Calificación de Invalidez de Antioquia son ciertos, que la información que he entregado es veraz, y autorizo su verificación ante cualquier persona natural o jurídica, pública o privada que lo requiera.

La presente autorización se diligencia el día _____ de (mes) _____ de 2023.

Firma del titular del Dato,

Nombre: _____
Cédula _____
Teléfono de contacto _____
Dirección _____ del Municipio de _____

Señor Usuario

Como titular de los datos personales, le asisten los derechos previstos en la Ley 1581 de 2012, en especial, acceder a los datos proporcionados en forma gratuita en los términos de la ley, solicitar prueba de la autorización otorgada, y conocer, actualizar, rectificar y solicitar la supresión de sus datos, siempre que no exista un deber legal o contractual que impida eliminarlos.

Usted podrá ejercitar los derechos descritos presentando una consulta o reclamo a través de los siguientes canales de atención: (604 4449448 II) Dirección física: Calle 27 No. 46-70 Local 225 Centro Integral de Servicios Punto Clave III) Correo electrónico: correspondencia@jrciantioquia.com.co

*Notificación judicial exclusivamente en: correspondencia@jrciantioquia.com.co
Calle 27 No. 46-70 Local 225 Centro Integral Punto Clave (604-4449448 ext. 145)*