

Anexo N 2.

NOMBRE _____

Nit No. _____

AVISO DE PRIVACIDAD Y AUTORIZACIÓN EXPRESA PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

FUNDACIÓN ALIANZA PATER / HISPAMERICA, en cumplimiento de lo definido en la ley 1581 de 2012, el Decreto Reglamentario 1377 de 2013 y nuestra política de protección de datos personales, le informa que los datos personales que usted suministre en virtud de las operaciones que solicite o celebre con **FUNDACIÓN ALIANZA PATER / HISPAMERICA**, serán tratados mediante el uso y mantenimiento de medidas de seguridad técnicas, físicas y administrativas a fin de impedir que terceros no autorizados accedan a los mismos, lo anterior de conformidad a lo definido en la Ley, el desarrollo de las funciones públicas delegadas por el Estado y aquellas propias de su actividad gremial.

El responsable del tratamiento de sus datos personales es el **FUNDACIÓN ALIANZA PATER / HISPAMERICA**, ubicada en la Carrera 8 Este No. 1A – 72 / Torre8 305 del Municipio de Cajicá, quien los recogerá a través de sus diferentes canales transaccionales y serán usados para: a) actividades de operación y registro ; b) atender o formalizar cualquier tipo de trámite, producto o servicio que solicite; c) realizar encuestas, estadísticas; d) cumplir las funciones establecidas en el código de comercio Colombiano, en el artículo 10 del Decreto 898 de 2002 y en las demás normas que complementen su marco jurídico operacional.

Usted podrá ejercer los derechos que la Ley prevé, siguiendo los procedimientos que **FUNDACIÓN ALIANZA PATER / HISPAMERICA** proporciona para tales efectos, los cuales puede conocer en nuestro Manual de políticas y Procedimientos de Protección de Datos Personales. Para dudas e inquietudes relacionadas con estos temas puede escribirnos a: alianzapatercolombiainforma@gmail.com Es importante mencionar que el ejercicio de sus derechos no es requisito previo ni impide el ejercicio de otro derecho y que cualquier modificación al presente aviso le será notificado a través de los medios que disponga **FUNDACIÓN ALIANZA PATER / HISPAMERICA** para tal fin.

Leído lo anterior autorizo de manera previa, explícita e inequívoca a **FUNDACIÓN ALIANZA PATER / HISPAMERICA** para el tratamiento de los datos personales suministrados por mi persona dentro de las finalidades legales, contractuales, comerciales y las aquí contempladas. Declaro que soy titular de la información reportada en este formulario para autorizar el tratamiento de mis datos personales, que he suministrado de forma voluntaria y es completa, confiable, veraz, exacta y verídica.

Nota: Por favor diligencie en máquina o letra imprenta. No se admiten tachones o enmendaduras. Los campos (*) son obligatorios.

*Nombre(s)	*Apellido (S)
*Identificación N.	* Tipo documento CC ☐ CE ☐ ☐ I pais _____
Correo/Email	Teléfono
*Fecha:	*Firma: