

**ANEXO 1****HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN MARCOS****INSCRIPCIÓN DE PARTICIPANTES Y PROPUESTAS****Audiencia Pública de Rendición de cuentas Vigencia 2020**

Recomendación: los hechos sobre los cuales se va a pronunciar deben estar relacionados con los temas definidos para la audiencia pública de rendición de cuentas del Hospital Regional de II nivel de San Marcos para la vigencia 2020. Si no tiene ninguna propuesta, pregunta, recomendación, observación o sugerencia, sus datos serán tomados para ser inscrito como participante. Las observaciones remitidas referentes al proceso de intervención o a la presente vigencia 2021 no serán tenidas en cuenta.

<b>Fecha del evento</b>	<b>11/03/2021</b>
<b>Lugar</b>	Audiencia virtual, el link del evento se publicará en página web y redes sociales de la entidad

**I. DATOS GENERALES DEL SOLICITANTE**

<b>Nombre</b>			
<b>N. de identificación</b>		<b>Correo electrónico</b>	
<b>Dirección</b>		<b>Teléfono</b>	

Marque con una x según el caso

<b>Actua en forma personal</b>	
<b>Actua en representación de una organización</b>	
<b>¿Cuál?</b>	

**II. Escriba su propuesta, pregunta, recomendación, observación o sugerencia**


**III. Relacione los documentos que adjunta a la propuesta**


<b>Quien entrega</b>		<b>Quien recibe</b>	
<b>Firma</b>		<b>Firma</b>	
<b>Nombre</b>		<b>Nombre</b>	
<b>N. de identificación</b>		<b>N. de identificación</b>	

Declaro de manera libre, expresa, inequívoca e informada, que AUTORIZO al HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN MARCOS para que, en los términos del literal a) del artículo 6 de la Ley 1581 de 2012, realice la recolección, almacenamiento, uso, circulación, supresión, y en general, tratamiento de mis datos personales, incluyendo datos sensibles, como mis huellas digitales, fotografías, videos y demás datos que puedan llegar a ser considerados como sensibles de conformidad con la Ley, para que dicho tratamiento se realice con el fin de lograr las finalidades relativas a ejecutar el control, seguimiento, monitoreo, vigilancia y, en general, garantizar la seguridad de sus instalaciones; así como para documentar las actividades del hospital.

Declaro que se me ha informado de manera clara y comprensible que tengo derecho a conocer, actualizar y rectificar los datos personales proporcionados, a solicitar prueba de esta autorización, a solicitar información sobre el uso que se le ha dado a mis datos personales, a presentar quejas ante la Superintendencia de Industria y Comercio por el uso indebido de mis datos personales, a revocar esta autorización o solicitar la supresión de los datos personales suministrados y a acceder de forma gratuita a los mismos.

La información por mí proporcionada es veraz, completa, exacta, actualizada y verificable. Mediante la firma del presente documento, manifiesto que reconozco y acepto que cualquier consulta o reclamación relacionada con el Tratamiento de mis datos personales podrá ser elevada verbalmente o por escrito ante el HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN MARCOS, como responsable del tratamiento, cuya página web es: [www.esehospitallregionalsanmarcos.gov.co](http://www.esehospitallregionalsanmarcos.gov.co) y su teléfono de atención es +57 (5) 295 31 65