



Asociación Colombiana de Hematología y Oncología

Proceso: Recertificación

Inscripción al proceso de Recertificación Medica Voluntaria

Versión 2

Fecha: 24/07/2024

ACTUALIZACIÓN DE DATOS

FECHA SOLICITUD:	
NOMBRES	APELLIDOS
TIPO DE DOC. DE IDENTIDAD	No. DEL DOC. DE IDENTIDAD
LUGAR DE NACIMIENTO	FECHA DE NACIMIENTO
CIUDAD DE RESIDENCIA	DIRECCIÓN DE RESIDENCIA
No. TELEFONO PERSONAL	CORREO ELECTRÓNICO
CIUDAD OFICINA	DIRECCIÓN OFICINA
No. TELEFONO OFICINA	

Documentación. Con la presente autorización, deberá adjuntarse la siguiente documentación:

1. Diplomas Académicos que acrediten la formación profesional y/o sus homologaciones.
2. Certificados de asistencia a eventos académicos.
3. Certificaciones Laborales.
4. Otros documentos requeridos para el proceso de recertificación médica voluntaria.

Estimados Miembros del Comité de Acreditación y Recertificación (CAR), cordial saludo:

Yo _____ identificado(a) con _____ No. _____, como aparece al pie de mi firma, y en mi calidad de especialista en _____, solicito mi vinculación en el proceso de Recertificación Médica Voluntaria (RCMV), para lo cual, doy fe de que la información aquí suministrada y que en adelante entregue a la Asociación Colombiana de Hematología y Oncología, es verídica y se encuentra debidamente actualizada.

Los datos solicitados mediante la presente autorización serán recolectados, usados y almacenados por la Asociación Colombiana de Hematología y Oncología -ACHO-, con la finalidad de ser transmitidos, transferidos, puestos en circulación, o compartidos con el Consejo Colombiano de Acreditación y Recertificación Médica de Especialistas y Profesionales Afines -CAMEC- mediante el cargue de la información en el Sistema de Información para la Certificación y Recertificación de Asociados -SICRA- o con cualquier tercero que participe dentro del proceso de recertificación médica voluntaria.

Este tratamiento de datos personales se realiza con el único propósito de facilitar y garantizar la inscripción y proceso de recertificación médica voluntaria de los miembros de la Asociación Colombiana de Hematología y Oncología -ACHO-.

Me ha sido informado que, como titular de los datos personales, y de conformidad con lo previsto en el artículo 8 de la ley 1581 de 2012, tengo los siguientes derechos:

- a) Conocer, actualizar y rectificar los datos personales
- b) Solicitar prueba de la autorización otorgada al Responsable del Tratamiento



Asociación Colombiana de Hematología y Oncología

Proceso: Recertificación

Inscripción al proceso de Recertificación Medica Voluntaria

Versión 2

Fecha: 24/07/2024

- c) Ser informado por el Responsable del Tratamiento o el Encargado del Tratamiento, previa solicitud, respecto del uso que le ha dado a los datos personales;
- d) Presentar ante la Superintendencia de Industria y Comercio quejas por infracciones a lo dispuesto en la ley 1581 de 2012;
- e) Revocar la autorización y/o solicitar la supresión del dato cuando en el Tratamiento no se respeten los principios, derechos y garantías constitucionales y legales.
- f) Acceder en forma gratuita a sus datos personales que hayan sido objeto de Tratamiento.

Ninguno de los datos que serán objeto de tratamiento son considerados datos sensibles en los términos del artículo 5 de la ley 1581 de 2012.

En ese sentido, autorizo a la Asociación Colombiana de Hematología y Oncología -ACHO- de manera escrita, expresa, concreta, ininterrumpida, suficiente, voluntaria, informada y permanente, para que la información de la que soy titular y ha sido por mi suministrada, incluyendo los soportes de la actividad profesional y académica requerida para la participación en el proceso de recertificación médica voluntaria, además de la información de carácter personal y comercial que exista o pueda existir en bases de datos, o centrales de información nacionales o extranjeras, sea consultada, administrada, capturada, procesada, operada, verificada, usada, reportada, transmitida, transferida, divulgada, y/o puesta en circulación con terceros que participen en el proceso de recertificación médica voluntaria.

El Responsable del tratamiento de los datos personales será la Asociación Colombiana de Hematología y Oncología -ACHO- identificada con NIT. 860.523.692, domiciliada en la ciudad de Bogotá, con dirección para notificaciones, Carrera 7A No. 123-25, Piso 3, correo electrónico protecciondatos@acho.com.co.

La información será tratada de conformidad con lo previsto en la política de privacidad de la Asociación Colombiana de Hematología y Oncología -ACHO-, publicada en www.acho.com.co

Firma

No. Doc. de Identidad: _____