



## POLÍTICA TRATAMIENTO DE DATOS CONSULTORIO ODONTOLÓGICO CLAUDIA VICTORIA HINCAPIÉ Versión 2 (28-junio-2025)

**NOMBRE DEL PROFESIONAL:** Claudia Victoria Hincapié Mora

**ESPECIALIDAD:** Odontóloga egresada de la Fundación Universitaria San Martín y Especialista en Periodoncia y Oseointegración de la Universidad Cooperativa de Colombia.

**DIRECCIÓN DEL CONSULTORIO:** Avenida Carrera 30 # 60-81 Cons. 102. Edificio María Cristina Bogotá D.C Colombia

**TELÉFONO:** 6013151184

**CORREO ELECTRÓNICO:** odontohincapie@yahoo.com

El Habeas Data es el derecho que tiene toda persona para conocer, actualizar y rectificar toda aquella información relacionada con ella y que se recopile o almacene en centrales de información, bases de datos o documentos de reserva como la Historia Clínica.

Responsable: Claudia Victoria Hincapié Mora como Profesional Independiente actuará como responsable del Tratamiento de datos personales de los pacientes, por lo cual podrá recolectar, almacenar, usar y tratar mis datos personales conforme a la Política de Tratamiento de Datos Personales disponible en área de entrevista y área clínica.

Es de carácter facultativo de quien suscribe el presente documento, responder preguntas que versen sobre menores de edad y Datos que la ley clasifica como Sensibles; es decir, aquellos que afectan la intimidad del Titular o cuyo uso indebido puede generar discriminación, como, por ejemplo, por la orientación política, convicciones religiosas o filosóficas, derechos humanos, así como los relativos a la salud, vida sexual o datos biométricos.

Mis derechos como titular de los datos son los previstos en la Constitución Política de Colombia, la Ley 1581 de 2012, reglamentada por el Decreto 1377 de 2013 y demás normas concordantes, a través de las cuales se establecen disposiciones generales en materia de Habeas Data y se regula el tratamiento de la información que contengan datos personales, especialmente el derecho a conocer, actualizar, rectificar, y suprimir mi información personal, así como el derecho a revocar el consentimiento otorgado para el tratamiento de datos personales.

Cualquier inquietud o información adicional relacionada con el tratamiento de datos personales y el ejercicio de los derechos pueden ser ejercidos a través del correo electrónico: **odontohincapie@yahoo.com**

Se me garantiza la confidencialidad, libertad, seguridad, veracidad, transparencia, acceso y circulación restringida de mis datos y se reservan el derecho de modificar su Política de Tratamiento de Datos Personales en cualquier momento. Cualquier cambio será informado y publicado oportunamente en la Página Web del consultorio: **www.odontohincapie.com**. Teniendo en cuenta lo anterior, autorizo de manera voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca a **Claudia Victoria Hincapié Mora** para recolectar, recaudar, almacenar, usar, circular, suprimir, transferir, procesar, compilar, intercambiar, dar tratamiento, actualizar y disponer de mis datos personales que han sido suministrados de acuerdo con la Política de Tratamiento de Datos Personales y para las siguientes finalidades:

- 1- Poder hacer una Anamnesis: Conjunto de datos que se recogen en la historia clínica de un paciente con un objetivo de diagnóstico, lo que permitirá emitir un pronóstico, elaborar planes de tratamiento con sus ventajas, desventajas, riesgos e incluso contemplar la posibilidad de no ejecutar tratamiento alguno y conocer sus consecuencias.
- 2- Ejecutar la relación contractual existente con los laboratorios de diagnóstico y de apoyo para elaboración de Dispositivos Médicos sobre medida (Prótesis removibles, Coronas, Placas Oclusales, etc).
- 3- Atender oportunamente las peticiones, quejas, reclamos y sugerencias de los pacientes.
- 4- Almacenar y permitir la consulta de los exámenes y pruebas diagnósticas, que forman parte de mi Historia Clínica, así como todos los demás datos contenidos en ella para ser compartidos con el equipo de trabajo multidisciplinario que la odontóloga considere conveniente en mi plan de tratamiento, los cuales se encuentran almacenados en forma física, en bases de datos de Microsoft o en la nube (OneDrive, OralDrive, IDoc, misfacturas.com, RIPS o las plataformas que considere oportunas para el manejo de los datos). Enviar al correo físico, electrónico, celular o dispositivo móvil, vía mensajes de texto (SMS y/o MMS), WhatsApp o a través de cualquier otro medio análogo y/o digital de comunicación creado o por crearse, para recordar citas o para enviar información relevante para la prestación del servicio, o para hacer promoción y prevención de patologías orales- sistémicas, adelantados por el Consultorio y/o por terceras personas delegadas para tal fin. Podrá acceder a la Teleorientación en salud que corresponde al conjunto de acciones que se desarrollan a través de tecnologías de la información y comunicaciones para proporcionar al usuario información, consejería y asesoría en los componentes de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación, en donde la información que sea suministrada podrá ser parte de la Historia Clínica y, en caso que el usuario lo solicite, se entregará copia o resumen de la comunicación.
- 5- Cumplir con la normatividad vigente en Colombia para las sociedades comerciales, incluyendo, pero sin limitarse a cualquier requerimiento de las entidades de inspección, vigilancia y control, las autoridades locales, judiciales y de policía.



- 6- Realizar encuestas con fines estadísticos, estudios internos sobre hábitos de consumo, reporte de perfiles epidemiológicos (RIPS – Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud) a la autoridad de salud competente respecto de los servicios, productos o actividades del consultorio.
- 7- Llevar a cabo los procesos de facturación, cartera, cobranzas y pagos a proveedores y clientes del Consultorio.
- 8- Atender requerimientos judiciales o extrajudiciales de autoridades del poder público de la República de Colombia. Dar trámite a las consultas y reclamos presentadas por los titulares de la información dentro de los términos establecidos en la presente política de tratamiento de la información.
- 9- Cumplir con los protocolos de seguridad y vigilancia, con sistemas de video grabación y control de acceso, con el fin de garantizar la seguridad y protección de los bienes, reducir los riesgos para quienes visitan el Consultorio, así como la protección de las personas que puedan encontrarse en el mismo.
- 10- Documentar el trámite de un reclamo o solicitud ante una autoridad pública, un tercero o para obtener la indemnización de un reclamo ante la Compañía de Seguros por Pólizas suscritas por el Consultorio o por el paciente que así lo requiera.
- 11- Evaluar la calidad del servicio.
- 12- Soportar procesos de auditoría interna o externa.
- 13- Cumplir con los protocolos de bioseguridad y Plan de Emergencia establecidos por el Gobierno Nacional, las entidades territoriales y el Consultorio.
- 14- Suministrar, compartir, enviar o entregar sus datos personales a empresas filiales, vinculadas, o subordinadas del Consultorio, ubicadas en Colombia o cualquier otro país, en el evento que dichas compañías requieran la información para los fines aquí indicados. Respecto de los datos:
  - a. Recolectados directamente en el Consultorio.
  - b. Tomados de los documentos que suministran las personas.
  - c. Exámenes practicados de acuerdo con el objeto del Consultorio.
  - d. Obtenidos de las videograbaciones que se realizan dentro o fuera de las instalaciones del Consultorio, estos se utilizarán para fines de seguridad de las personas, los bienes e instalaciones del Consultorio y podrán ser utilizados como prueba en cualquier tipo de proceso.

La información obtenida para el Tratamiento de mis datos personales la he suministrado de forma voluntaria, es verídica, completa, exacta, actualizada, comprobable y comprensible. Como conducta inequívoca del **CONSENTIMIENTO y AUTORIZACIÓN** otorgada, procedo a diligenciar los formatos requeridos para mi atención dejando constancia con mi firma a la fecha del procedimiento realizado, así mismo entrego la información para consolidarla en el sistema.

La información tratada es la siguiente: • Fecha • Apellidos y Nombres del paciente o del tutor. • Tipo y número de documento de identidad. • Edad. • Fecha y Lugar de nacimiento • Ocupación • Estado Civil • Datos de contacto: Dirección de domicilio y teléfono, localidad en la que vive, Dirección de oficina y teléfono, correo electrónico • Número de Móvil o Celular • Grupo sanguíneo y Rh • Nombre de la EPS y tipo de vinculación • Nombre del Cotizante en caso de ser beneficiario, parentesco con el beneficiario, así como su número de identificación y número de contacto. • Si asiste solo y en caso de asistir con acompañante: Nombre del acompañante, parentesco y número de contacto • Datos consignados en la Historia Clínica médica y odontológica (Carta Dental), Resultados de exámenes de Laboratorio, lecturas y otras pruebas para ayuda Diagnóstica, Pronósticos, Planes de Tratamiento, Consentimientos Informados, Disentimientos, Evoluciones en el Tratamiento, Remisiones, Contra remisiones, Datos de fechas de citas en la agenda. • Firma. Fecha: Tipo de procedimiento a realizar: Nombres y Apellidos del Paciente: Tipo y número del documento de identidad: Nombre y Apellidos del Tutor: Tipo y número del documento de identidad.

Recordamos que los datos suministrados para la atención odontológica en el consultorio Odontológico de Claudia Victoria Hincapié Mora se encuentran protegidos de acuerdo con la Ley 1581 de 2012.

**CERTIFICO QUE ESTA INFORMACION LA LEÍ COMPLETAMENTE, Y LAS DUDAS QUE TENIA ME FUERON RESUELTAS, ENTENDIENDO SU CONTENIDO Y PROPOSITO**

Basado en información suministrada y ejerciendo el derecho que me asiste, autorizo a Claudia Victoria Hincapié Mora a realizar el tratamiento de datos personales conforme a su política de Habeas Data que tengo a mi disposición para los fines relacionados y que en cualquier momento podré conocer, actualizar, rectificar o revocar esta autorización. Por lo anterior firmo este documento.

Nombre del Paciente o Responsable: \_\_\_\_\_  
Obrando en calidad de: Paciente \_\_\_\_, Cónyuge \_\_\_\_, Hijo(a, e) \_\_\_\_, Padre \_\_\_\_, Madre \_\_\_\_, hermano (a, e) \_\_\_\_, Acudiente \_\_\_\_, Apoderado (a, e) \_\_\_\_.  
Firma: \_\_\_\_\_ CC \_\_ CE \_\_ # \_\_\_\_\_

**CLAUDIA VICTORIA HINCAPIE MORA**  
**Odontóloga. Especialista en Periodoncia y oseointegración**  
**CC # 51'733.055.**  
**Código de Prestador de Servicio # 11-001-05872-01**