**PDP04-05-04-01. Oficina de Admisiones, Registro y Control – Proceso de Admisión - Autorización de Tratamiento de Datos Personales Menor de Edad.** LA FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DE CIENCIAS DE LA SALUD - FUCS identificado con NIT 860,051,853 - 4 es responsable del tratamiento de datos personales, y en tal virtud, recolectará, almacenará y usará su información personal para las siguientes finalidades: 1. Formalizar procedimientos o actividades de inscripción a los diferentes programas académicos de la FUCS. 2. Informarle sobre inducciones, admisiones o entrevistas. 3. Realizar análisis e informes estadísticos. 4. Atender preguntas o inquietudes, y entregar información sobre las actividades institucionales, los programas académicos, el proceso de admisión y demás aspectos institucionales. 5. Adelantar campañas de actualización de datos e información de cambios en el tratamiento de datos personales. 6. Responder a obligaciones, deberes, mandatos y/o requerimientos legales de entidades administrativas y judiciales. 7. Adelantar comunicaciones o contacto vía correo electrónico, SMS, teléfono, redes sociales u otros medios. 8. Dar cumplimiento a obligaciones contraídas con el titular. 9. Informar al titular sobre programas académicos de educación superior, educación formal e informal, así como otros servicios que la FUCS brinde a la comunidad en general. 10. Solicitar ante terceras instituciones de educación, certificaciones relacionadas con su información académica y disciplinaria. 11. Atender respuestas a quejas, derechos de petición, tutelas, acciones administrativas y judiciales. 12. Fijar, reproducir y comunicar públicamente por cualquier medio conocido o por conocer su imagen personal, con el propósito de llevar a cabo la ejecución, seguimiento, control, evaluación, identificación, auditoría del examen de admisión institucional.13. Informar sobre cambios en programas académicos o servicios institucionales. 14. Informar sobre el estado de admisión a un programa académico.  
  
Para el desarrollo de las actividades o servicios requerimos datos de: menores de edad, estos datos de acuerdo a la Ley se consideran sensibles puesto que pueden llegar a afectar su intimidad o cuyo uso indebido puede generar discriminación, al requerir la recolección de esta información usted tiene el derecho a contestar o no las preguntas que se le formulan y a entregar o no los datos solicitados  
  
Como titular de sus datos personales usted tiene derecho a: (i) Acceder en forma gratuita a los datos proporcionados que hayan sido objeto de tratamiento. (ii) Conocer, actualizar y rectificar su información frente a datos parciales, inexactos, incompletos, fraccionados, que induzcan a error, o a aquellos cuyo tratamiento esté prohibido o no haya sido autorizado. (iii) Solicitar prueba de la autorización otorgada. (iv) Presentar ante la Superintendencia de Industria y Comercio (SIC) quejas por infracciones a lo dispuesto en la normatividad vigente. (v) Revocar la autorización y/o solicitar la supresión del dato, siempre que no exista un deber legal o contractual que impida eliminarlos. (vi) Abstenerse de responder las preguntas sobre datos sensibles. Puede ejercer sus derechos siguiendo el procedimiento descrito en nuestra política, la cual puede consultar escribiéndonos un correo electrónico a pqrs@fucsalud.edu.co o ingresando a nuestra página web www.fucsalud.edu.co  
  
Firmar o diligenciar la información requerida se entenderá como una conducta inequívoca de que usted como titular de los datos personales otorga su consentimiento a para que trate su información personal de acuerdo con las finalidades mencionadas anteriormente y manifiesta que la presente autorización le fue solicitada y puesta de presente antes de entregar sus datos y que la suscribe de forma libre y voluntaria una vez leída en su totalidad.

|  |  |
| --- | --- |
| (Firma)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Parentesco:  Nombre:  Cédula de Ciudadanía:  Teléfono de Contacto: | (Firma)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Parentesco:  Nombre:  Cédula de Ciudadanía:  Teléfono de Contacto: |

  Fecha:

Datos del menor:

Nombre:

Documento de Identidad:

Teléfono de Contacto:

**AUTORIZACIÓN DE USO DE IMAGEN**

**FOTOGRAFÍAS Y FIJACIONES AUDIOVISUALES**

**MENORES DE EDAD**

Nosotros, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ identificado(a) con cédula de ciudadanía   No. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, y  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ identificado(a) con cédula de ciudadanía   No. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, en calidad de padres  del menor \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, identificado con tarjeta de identidad No. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_en ejercicio de la patria potestad sobre el menor arriba identificado, autorizamos de manera libre, informada, expresa y gratuita a la Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud, para que fije, reproduzca, adapte, modifique, distribuya y comunique públicamente por cualquier medio conocido o por conocer, la imagen del menor contenida en \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (fotografías/videos) tomado(s) el día \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. Igualmente cedemos a la Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud – FUCS, los derechos sobre sobre las fotografías/videos/audios tomados sobre el menor y sobre mí y arriba indicados, de forma permanente, sin límite de tiempo y con efectos en cualquier territorio.

La autorización de uso sobre la imagen del menor y la cesión de la filmación tiene como propósito efectuar campañas publicitarias o de divulgación de información de la FUCS, sus programas, servicios e iniciativas académicas, investigativas, de proyección social o internas, registrar la asistencia a eventos académicos y actividades institucionales, proporcionar acceso a los servicios tecnológicos y plataformas institucionales, proporcionar acceso a las instalaciones de la FUCS, y demás actividades administrativas requeridas por la FUCS.

La imagen sobre la cual se autoriza el uso y la fijación audiovisual solo podrán ser usadas con fines pedagógicos, sin fines de lucro ni explotación comercial, ni para fines diferentes a los enunciados en esta autorización.  Así mismo, todo uso y fijación de las imágenes o videos del menor respetará la dignidad, honor e intimidad del menor de tal manera que con tal uso no se ponga en riesgo la integridad del menor de edad, y en todo caso se asegurará el respeto a los derechos prevalentes de menores de edad.

De igual manera, informo que la Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud – FUCS me ha informado que las imágenes y fijaciones audiovisuales que se expongan al público irán siempre acompañadas de la siguiente expresión: *“Las fotografías, videos, nombre y edad del menor de edad son publicadas con la autorización expresa de sus padres”*

Dada en Bogotá D.C, a los \_\_\_\_\_\_\_ (  ) días del mes de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_.

|  |  |
| --- | --- |
| (Firma)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Parentesco:  Nombre:  Cédula de Ciudadanía:  Teléfono de Contacto: | (Firma)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Parentesco:  Nombre:  Cédula de Ciudadanía:  Teléfono de Contacto: |