



Federación Colombiana de Fútbol

DECLARACIONES, AUTORIZACIONES, DERECHOS Y DEBERES ANTE DIFUTBOL MÉDICO/KINESIÓLOGO

1. Con la presente inscripción como MÉDICO/KINESIÓLOGO ante la FCF, declaro conocer y aceptar los Reglamentos y normas deportivas que rigen el fútbol, en particular, los estatutos y Reglamentos de la FIFA, la CONMEBOL, la FCF y la liga a la que está inscrita el club al que pertenezco, así como las decisiones de las autoridades deportivas anteriormente mencionadas.
2. Autorizo a la FCF la recolección y el tratamiento de mis datos personales para mantener canales de comunicación, inscripción, desarrollo, y promoción de las competencias organizadas por la Entidad, para la investigación y sanción de las comisiones reglamentarias de la liga a la que pertenece mi club, la FCF y sus divisiones, la CONMEBOL y FIFA, así como también para suministrar, compartir, enviar o entregar mis datos personales a los clubes afiliados a la FCF, patrocinadores, medios de comunicación, siempre que esto último se relacione con los objetivos mencionados. Los datos personales serán incorporados a una base de datos de la que es titular y responsable la FCF. Declaro que los datos suministrados son veraces, exactos, auténticos y vigentes y en todo caso el suscrito será el único responsable de las manifestaciones falsas o inexactas que realice y de los eventuales perjuicios que cause a la FCF o a terceros, por la información que facilite. Igualmente, declaro conocer mis derechos como titular de la información y los procedimientos establecidos por la FCF para el manejo y protección de datos personales que se encuentran en su Política de Tratamiento de Datos Personales, Versión 2.0 (vigente desde junio de 2026), publicada en la página web oficial de la FCF¹.
3. En mi calidad de profesional de la salud vinculado a la FCF, declaro conocer y aceptar el deber de reserva y confidencialidad sobre la historia clínica y demás información médica de los deportistas a mi cargo, conforme a la Ley 23 de 1981 (ética médica) y a la protección reforzada de datos sensibles de salud prevista en la sección 6.3 de la Política. Declaro conocer y dar cumplimiento al Formato de Políticas y Procedimientos de Tratamiento de Datos Personales — Bases de Datos Médicas FCF (código FCF-PDP-MED-001, vigente), incluyendo las medidas técnicas, humanas y administrativas de seguridad de la información allí dispuestas, así como el deber de reserva que subsiste aun después de finalizada mi relación con la FCF.
4. Declaro conocer las medidas adoptadas por la FCF para la protección frente a la suplantación de identidad digital y física, en cumplimiento de la Ley Estatutaria 2573 de 2026, conforme a la sección 19 de la Política de Tratamiento de Datos Personales FCF, así como los canales dispuestos para reportar situaciones de presunta suplantación relacionadas con mi vinculación ante la FCF (correo habeasdata@fcf.com.co; teléfono 518 5501; www.fcf.com.co/canal-de-denuncias/)

NOMBRE:

CARGO:

IDENTIFICACIÓN:

FIRMA:

AUTORIZO:

NOMBRE REPRESENTANTE LEGAL:

IDENTIFICACIÓN:

FIRMA:

¹ En virtud de la Ley 1581 de 2012 y el Decreto Único Reglamentario 1074 de 2015 (que incorpora la reglamentación del Decreto 1377 de 2013), en caso de que el presente documento deba ser suscrito por un menor de edad, su(s) representante(s) legal(es) o tutor(es) deberá(n) firmarlo otorgando la autorización necesaria y pertinente, atendiendo el interés superior del menor conforme a la sección 3 (Definiciones — NNA) de la Política de Tratamiento de Datos Personales FCF, Versión 2.0 (junio de 2026). <https://fcf.com.co/2026/07/06/actualizacion-politica-de-tratamiento-de-datos-personales/>