

 <p>ECOGRAFÍAS 4D / 3D / 2D Av. Caracas # 34 - 36 Tel: 249 7209 - 285 7417 313 349 7822 - 315 387 1298</p>	<p>INSTITUTO MEDICO LA 34 EU.</p>	<p>VERSION 001</p>
	<p>AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DATOS PERSONALES (Proveedores, Clientes y Otros)</p>	<p>AÑO 2017</p>

Por medio del presente documento otorgo mi consentimiento previo, expreso, libre, e informado a PINSTITUTO MEDICO LA 34 EU. (en adelante la “Compañía”) sus filiales y subordinadas vinculadas en los términos de los artículos 260 y 261 del Código de comercio, y a las personas a quién esta delegue el tratamiento de sus bases de datos, para recolectar, compilar, transferir, transmitir, tratar, compartir, almacenar, administrar, procesar, consultar, utilizar y suprimir mis datos conocidos a través de cualquier medio, incluyendo pero sin limitarse a: (i) toda información relacionada o que pueda asociarse a mí (en adelante los “Datos Personales”), que revele a La Compañía ahora o haya revelado en el pasado o que sean entregados o hayan sido entregados a la Compañía por terceros, para ser utilizada en los términos consignados en esta autorización; y (ii) aquella información de carácter sensible, entendida como información que puede afectar mi intimidad o cuyo uso indebido puede generar algún tipo de discriminación (los “Datos Sensibles”), incluyendo pero sin limitarse a datos biométricos, información producto de evaluaciones médicas y exámenes de salud ocupacional, condición socioeconómica, afiliación a sindicatos u otro tipo de organizaciones, creencias religiosas y otros, para ser usados con las finalidades establecidas en la Política de manejo de Información y Datos Personales de la Compañía (en adelante la “Política”). Con la firma del presente documento declaro que he sido informado y acepto:

1. Que el tratamiento que se le dará a mis Datos Personales y Datos Sensibles, incluyendo las finalidades para las cuales serán tratados estos datos, se ajustará a la Política de manejo de Información y Datos Personales de la Compañía (en adelante la “Política”), la cual conozco y sé que puede ser consultada en: <http://institutomedicola34.com.co/>
2. De los derechos que como titular de los Datos Personales y Datos Sensibles me asisten, tales como los derechos a conocer, actualizar, rectificar, suprimir los Datos Personales o revocar la autorización aquí otorgada
3. Que los procedimientos para ejercer mis derechos se encuentran consagrados en la Política.
4. Del carácter facultativo de responder las preguntas que versen sobre mis Datos Sensibles y de conceder autorización para su tratamiento.
5. Que la Compañía se reserva el derecho de modificar su Política en cualquier momento y que cualquier cambio será informado oportunamente a través de la página web <http://institutomedicola34.com.co/>

6. Que los datos del responsable del tratamiento de los Datos Personales y Datos Sensibles vigentes al momento de otorgar mi autorización son:

Nombre: INSTITUTO MEDICO LA 34 EU. NIT. 900.175.307-1

Dirección física: avenida caracas n° 34-36 piso 2

Correo electrónico: <http://institutomedicola34.com.co/>

Teléfono: 2 45 7209.

Que en todo caso los datos establecidos previamente pueden variar con el tiempo, razón por la cual los datos actualizados podré consultarlos en todo momento en la Política. Con la aceptación de la presente autorización, se permite el tratamiento de mis datos personales para las finalidades mencionadas reconoce que los datos suministrados a INSTITUTO MEDIO LA 34 EU.

Son ciertos, dejando por sentado que no se ha omitido o adulterado ninguna información.

Se firma en _____, el ____ de _____ de _____.

Firma: _____

Nombre / Razón Social: _____

Identificación: _____ Dirección: _____

Teléfono: _____ Correo Electrónico: _____

Naturaleza: Proveedor _____ Cliente _____ Otros _____