

AUTORIZACIÓN PARA MANEJO Y TRATAMIENTO DE DATOS

Yo _____ ; identificado con c.c _____ de
_____ en mi calidad de _____, en representación de
_____ identificado con Nit: _____;

Autorizo de manera expresa, voluntaria e informada a FARMAQUIRURGICOS JM S.A.S NIT 900433437-8 su matriz, sus filiales y subordinadas de forma permanente para que toda la información que suministre o se genere en desarrollo de las relaciones comerciales, contractuales o de servicios, sea tratada, recolectada, almacenada, reportada, consultada, puesta en circulación y usada para las finalidades que se indican más adelante. La información personal objeto de esta autorización se refiere a datos personales regulados por la Ley 1266 de 2008 y los regulados por la Ley 1581 de 2012.

La presente autorización se otorga para las siguientes finalidades; (i) como elemento de análisis para establecer y mantener una relación contractual o comercial, cualquiera que sea su naturaleza, (ii) como elemento de análisis para hacer estudios de mercado o investigaciones comerciales o estadísticas, ya sea directamente o a través de terceros contratados para tal efecto, (iii) como herramienta para el ofrecimiento de productos o servicios propios o de terceros, (iv) como herramienta para el inicio de cualquier cobro prejudicial o judicial, (v) para que la información sea compartida, circulada y usada por FARMAQUIRURGICOS JM S.A.S, su matriz, filiales y subordinadas, para cualquiera de los fines aquí previstos, (vi) para el adelantamiento de cualquier trámite ante una autoridad pública o una persona o entidad privada, respecto del cual la información resulte pertinente, (vii) para que toda la información positiva y/o negativa referida a mi comportamiento crediticio, financiero, comercial, de servicios y datos de la misma naturaleza proveniente de terceros países sea consultada, suministrada, reportada, procesada o divulgada ante cualquier entidad pública y/o privada, para cualquier finalidad legal, incluyendo pero no limitado a, la evaluación integral y concurrente de riesgos crediticios y comportamiento de pago. El titular por la firma del presente documento declara que se le informó de manera clara y expresa lo siguiente: (i) el tratamiento al cual serán sometidos sus datos personales y la finalidad del mismo; (ii) el carácter facultativo de la respuesta a las preguntas que sean hechas, cuando estas versen sobre datos sensibles o sobre los datos de las niñas, niños y adolescentes ; (iii) los derechos que le asisten como titular; y (iv) la identificación, dirección física o electrónica y teléfono del Responsable del Tratamiento.

REPRESENTANTE LEGAL

Firma: _____
Nombre: _____
Cédula: _____
Teléfono: _____
Fecha: _____

No imprima esta Hoja

Control de Cambios		
Elaborador por:	Revisado por:	Aprobado por:
Firma:	Firma:	Firma:
Nombre: LILIA MARIA LARGO	Nombre: JACHELINE MOLINA CAMARGO	Nombre: DEWIN ESALAS
Cargo: Ingeniera de Procesos	Cargo: Jefe Administrativa y de talento humano	Cargo: Subgerente
Fecha: 22/07/2020	Fecha: 22/07/2020	Fecha: 22/07/2020
Versión	Fecha	Descripción
1	01-12-2018	Creación del documento
2	22/07/2020	Se realiza cambio de versión al formato por cambio de logo y color institucional, se cambia de proceso de GC pasa a GM.