



AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS

Para dar cumplimiento a lo establecido en la ley 1581 de 2012 ley de protección de datos personales y el decreto reglamentario 1377 de 2013, le informamos que los datos personales que han sido suministrados a través de los diferentes medios a nuestra compañía Suministros Clínicos Isla SAS, son recolectados, custodiados, transferidos, transmitidos y conservados en nuestra base de datos, cumpliendo con los principios de seguridad y confidencialidad de conformidad con lo establecido en la normatividad legal vigente, realizando nuestro mayor esfuerzo para brindar un servicio óptimo de acuerdo a nuestras políticas de tratamiento de datos personales.

Por lo anterior, yo _____ identificado(a) con tipo de documento ____ no. _____ de _____, actuando como representante de la empresa _____ doy fe que los datos personales e información suministrada son confiables y verídicos; y autorizo voluntariamente a SUMINISTROS CLÍNICOS ISLA S.A.S., para realizar las siguientes actividades:

ACTIVIDAD	AUTORIZO	NO AUTORIZO
Recolectar, custodiar, transferir, transmitir, y procesar mis datos personales para fines contractuales, comerciales y publicitarios.		
Suministrar la información a terceros con los cuales se requiera el procesamiento de los datos y sea necesaria dicha información o para el inicio y cumplimiento del objeto contractual.		
Contactar al titular a través de medios telefónicos o electrónicos para realizar encuestas, estudios, Preservar y almacenar la documentación histórica y estadística con relación a la permanencia y desarrollo del personal, según el tiempo determinado por la ley.		
Transmitir los datos personales fuera del país a terceros con los cuales SUMINISTROS CLINICOS ISLA S.A.S., haya suscrito un contrato de procesamiento de datos y sea necesario entregársela para el cumplimiento del objeto contractual.		
Prestar los servicios ofrecidos por SUMINISTROS CLINICOS ISLA S.A.S., y aceptados en el contrato suscrito.		



AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS

De igual manera manifiesto que:

- Conozco y acepto expresamente el tratamiento de mis datos personales por parte de Suministros Clínicos Isla SAS, los cuales son utilizados exclusivamente en ejercicio de las actividades establecidas en las políticas de tratamiento de datos personales.
- Que, puedo presentar quejas sobre la protección de mis datos personales a través de los canales o medios dispuestos por SUMINISTROS CLINICOS ISLA S.A.S., para la atención al público, al teléfono 6250580 o al correo electrónico scliente@islasas.com y las oficinas de atención al cliente a nivel nacional, cuya información puedo consultar en www.islasas.com, disponibles de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 5:00 p.m., en la dirección Calle 143 # 46-45 para la atención de requerimientos relacionados con el tratamiento de mis datos personales y el ejercicio de los derechos mencionados en esta autorización.
- Conozco que mis derechos como titular de la información son los previstos por la ley, como el de conocer, actualizar, rectificar y suprimir mi información personal, así como el de revocar el consentimiento otorgado y presentar quejas ante el canal establecido en ISLA SAS y de no recibir respuesta satisfactoria, posteriormente ante la SIC por infracciones a los dispuesto en la ley.
- Declaro que se me informó que el responsable del tratamiento de mis datos personales es Suministros Clínicos Isla S.A.S a través del encargado para el manejo de datos, establecido en las políticas de tratamiento de datos personales.
- Finalmente me fue entregada la política de tratamiento de datos personales.

Nota importante: Si dentro de los treinta (30) días hábiles siguientes a la entrega de la presente autorización, no la ha entregado debidamente firmada; Suministros Clínicos Isla SAS con base en lo establecido en el artículo 10 del Decreto Reglamentario 1377 de 2013, podrá continuar realizando el tratamiento de sus datos para las finalidades indicadas.

De acuerdo a lo anterior autorizo de manera voluntaria y explícita a SUMINISTROS CLÍNICOS ISLA SAS. para tratar mis datos personales de acuerdo con la Política de Tratamiento de Datos personales de la Compañía y, que me dio a conocer antes de recolectar mis datos personales.

Firma Aceptación

Nombre

C.C No. _____

Nit. _____

Razón Social (si aplica):

Fecha:
