

AUTORIZACION DEL TITULAR PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS

Para efectos del tratamiento de los datos personales recolectados con anterioridad y con posterioridad a la entrada en vigencia del Decreto 1377 de 2013 reglamentario de la Ley Estatutaria 1581 de 2012 y demás normas complementarias para la protección de datos personales, **SOLMEDICAL SAS** identificada con NIT 805.021148-, con domicilio en la Calle 24 Norte # 8N-50 de la ciudad de Cali, como responsable de los datos personales obtenidos a través de sus distintos canales de atención, solicita a todas las personas (naturales o jurídicas) que en algún momento hayan suministrado datos personales de manera libre, expresa y voluntaria, permitan continuar con su tratamiento. Al firmar el presente documento manifiesto que he sido informado por SOLMEDICAL SAS, de lo siguiente:

- 1- Que SOLMEDICAL SAS actúa y actuará como Responsables del Tratamiento de datos personales de los cuales soy titular y que, conjunta o separadamente podrá recolectar, usar y tratar mis datos personales conforme a la Política de Tratamiento de Datos Personales de SOLMEDICAL SAS disponible en la oficina sede y por medio del correo electrónico servicioalcliente@solmedical.com.
- 2- Que es de carácter facultativo responder preguntas que versen sobre Datos Sensibles o sobre menores de edad.
- 3- Mis derechos como titular de los datos son los previstos en la Constitución y la ley, especialmente el derecho a conocer, actualizar, rectificar y suprimir mi información personal, así como el derecho a revocar el consentimiento otorgado para el Tratamiento de Datos Personales.
- 4- Que los consagrados en la ley para el Titular, pueden ser ejercicios a través de los canales gratuitos dispuestos por SOLMEDICAL SAS y observando la Política de Tratamiento de Datos Personales de SOLMEDICAL SAS.
- 5- Para cualquier inquietud o información adicional relacionada con el Tratamiento de Datos Personales, puedo contactarme al correo electrónico servicioalcliente@solmedical.com.
- 6- Que SOLMEDICAL SAS garantiza la confidencialidad, seguridad, veracidad, transparencia, acceso y circulación restringida de mis datos y se reserva el derecho de modificar su Política de Tratamiento de Datos Personales en cualquier momento. Cualquier cambio será informado y publicado oportunamente.

Teniendo en cuenta lo anterior, autorizo de manera voluntaria, explícita e inequívoca a SOLMEDICAL SAS para tratar mis datos personales y los de la sociedad que represento, de acuerdo a la Política de Tratamiento de Datos Personales de SOLMEDICAL SAS y para los fines relacionados con su objeto social y en especial para fines legales, contractuales, comerciales descritos en la Política de Tratamiento de Datos Personales de SOLMEDICAL SAS. La información obtenida para el Tratamiento de mis datos personales la he suministrado de forma voluntaria y es verídica. La autorización se otorga para datos personales que se traten en el futuro y para los datos personales que hubieran sido tratados por SOLMEDICAL SAS en el pasado, situación que se entiende autorizada por medio del presente documento. Si pasados treinta (30) días calendario contados a partir de la fecha de divulgación, no recibimos ninguna comunicación expresa e inequívoca referente a la supresión o revocatoria de la administración de sus datos personales mediante comunicado escrito y/o correo electrónico dirigido a servicioalcliente@solmedical.com, en los términos del decreto 1377 de 2013, continuaremos con la labor que hemos desarrollado hasta la fecha.

Se firma en (ciudad) _____, el día _____ del mes de _____ de 20 ____

Razón Social: _____ Firma: _____

NIT: _____ Nombre Representante Legal: _____

Nota: Por favor diligencie este documento y remítalo al correo electrónico servicioalcliente@solmedical.com

AVISO DE PRIVACIDAD

En cumplimiento con las normativas legales que buscan una adecuada Protección a sus Datos Personales, adicionalmente le informamos que usted puede conocer nuestra política de Tratamiento de la información, a través de los siguientes mecanismos que ponemos a su disposición:

Página Web: www.solmedical.com E-mail: servicioalcliente@solmedical.com PBX: 6080108 Dirección: Calle 24 Norte # 8N-50
Ciudad: Cali

Cali Oficina Principal: Calle 24 Norte # 8N-50 **PBX:** 602 608 0108 **Bogotá:** Carrera 13 # 94A – 25 Edificio Centro Ejecutivo Castilla. Oficinas 213 **Teléfonos:** 601 257 5437 y 601 257 5037 **Barranquilla:** Calle 76 # 54 – 11. Edificio World Trade Center. Oficina 311 **Teléfono:** 605 360 8798. **Bucaramanga:** Calle 48 # 32– 14. Edificio Tempo 1. Oficina 204 **Teléfono** 607 657 0976.

Pereira: Avenida Circunvalar # 11-80. Edificio Capitol. Oficina 805 **Teléfono:** 606 334 1432.

Línea de servicio al cliente: 018000522232 /servicioalcliente@solmedical.com

<https://www.solmedical.com>