

FORMATO PARA AUTORIZACIÓN, MANEJO Y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Conforme a la ley 1581 de 2012 y demás Decretos reglamentarios, autorizo a **ESPECIALIDADES DIAGNOSTICAS IHR SAS** para tratamiento y manejo de mis datos personales el cual consiste en recolectar, almacenar, depurar, usar, circular, actualizar y cruzar información propia, con el fin de facilitar la venta de bienes y prestación de servicios, así como ejercer las gestiones de cobro.

Adicional a la información personal consignada en el presente documento se incluyen los datos suministrados en los formatos de (FO-AD03 Solicitud de crédito clientes o actualización de datos, FO-CO01 Hoja de datos del proveedor y FO-RH06 Hoja de datos del empleado) por solicitud de **ESPECIALIDADES DIAGNOSTICAS IHR SAS**. Para poder establecer una relación comercial o de prestación de servicios.

Declaro que soy responsable de la veracidad de los datos suministrados. Así mismo autorizo a **ESPECIALIDADES DIAGNOSTICAS IHR SAS** a efectuar sus procedimientos de notificación y comunicación a la dirección de correspondencia y/o correo electrónico antes mencionados. Declaro que he sido informado por **ESPECIALIDADES DIAGNOSTICAS IHR SAS** es responsable de los datos personales obtenidos a través de distintos canales de comunicación.

Mis derechos como titular de los datos son previstos en la Constitución y la ley, especialmente al derecho de conocer, actualizar, rectificar y suprimir mi información personal; así como el derecho a revocar el consentimiento otorgado para el tratamiento de datos personales. Estos los puedo ejercer a través de canales dispuestos por **ESPECIALIDADES DIAGNOSTICAS IHR SAS** para la atención al público y observando las políticas de tratamientos de datos personales de **ESPECIALIDADES DIAGNOSTICAS IHR SAS** disponibles en www.ihrdiagnostica.com. Los canales a mi disposición son la línea telefónica (2) 552 5444, al correo electrónico servicioalcliente@ihrdiagnostica.com y a la oficina ubicada en la Calle 8 No. 39-86, Cali, Colombia, disponible de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.

AUTORIZACIÓN PARA LA CONSULTA, REPORTE Y PROCESAMIENTO DE DATOS CREDITICIOS, FINANCIEROS, COMERCIALES, DE SERVICIOS Y DE TERCEROS PAÍSES EN CUALQUIER CENTRAL DE INFORMACIÓN SEA ENTIDAD PÚBLICA O PRIVADA DE CENTRALES DE RIESGO.

En mi calidad de titular de información, actuando libre y voluntariamente, autorizo de manera expresa e irrevocable a **ESPECIALIDADES DIAGNOSTICAS IHR SAS** o a quien represente sus derechos, a consultar, solicitar, suministrar, reportar, procesar y divulgar toda la información que se refiera a mi comportamiento crediticio, financiero, comercial, de servicios y de terceros países de la misma naturaleza, a cualquier central de datos sea entidad pública o privada que administre o maneje bases de datos, cualquier otra Entidad Financiera de Colombia, o a quien represente sus derechos. Acorde a la ley Hábeas Data 1266 del 2008.

Conozco que el alcance de esta autorización implica que el comportamiento frente a mis obligaciones será registrado con el objeto de suministrar información suficiente y adecuada al mercado sobre el estado de mis obligaciones financieras, comerciales, crediticias, de servicios y la proveniente de terceros países de la misma naturaleza. En consecuencia, quienes se encuentren afiliados y/o tengan acceso a cualquier central de datos sea entidad pública o privada que administre o maneje bases de datos podrán conocer esta información, de conformidad con la legislación y jurisprudencia aplicable. La información podrá ser usada igualmente a para efectos estadísticos. Mis derechos y obligación y así como mi permanencia en las bases de datos corresponden a lo determinado por el ordenamiento jurídico aplicable del cual, por ser de carácter público, estoy enterado.

En caso que, en el futuro, el autorizado en este documento efectúe, a favor de un tercero, una venta de cartera o una cesión a cualquier título de las obligaciones a mi cargo, los efectos de la presente autorización se extenderán a este en los mismos términos y condiciones. Asimismo, autorizo a la central de información a que, en su calidad de operador ponga mi información a disposición de otros operadores nacionales o extranjeros, en los términos que establece la ley, siempre y cuando su objeto sea similar al aquí establecido.

AUTORIZACIÓN ENVÍO FACTURA ELECTRÓNICA

El suscrito autoriza a **ESPECIALIDADES DIAGNOSTICAS IHR SAS** enviar factura electrónica según decreto 2242 de 2015, y certifica que el o los correos electrónicos que ha informado para el envío de la factura son válidos, obligándose a informar cualquier cambio de los mismos, todo ello bajo su entera responsabilidad,

Para constancia se firma en la ciudad de _____ a los ____ días del mes _____ de 20_____.

DATOS BÁSICOS DEL TITULAR DE LA INFORMACIÓN			
Nombre completo de la persona y/o razón social			
No. Identificación			
Dirección de correspondencia	Municipio:	Ciudad:	
Código postal completo (6 dígitos)	_____	Teléfono: _____	Celular: _____
Correo electrónico			
Correo electrónico recepción factura electrónica (decreto 2242 facturación electrónica)			
Régimen fiscal:	Responsabilidad Fiscal: _____		
Clasificación de la relación	() Cliente	() Proveedor	() Empleado () Otro
REPRESENTANTE LEGAL			
Nombre completo			
No. Identificación			

Atentamente,

Nombre persona que diligencia
Cedula No.

Si usted posee mas de una dirección de despacho por favor diligenciar los siguientes datos:

OTRAS DIRECCIONES			
Dirección de correspondencia		Municipio:	Ciudad:
Código postal completo (6 dígitos)	_____	Teléfono: _____	Celular: _____
Persona de contacto		Correo electrónico:	

OTRAS DIRECCIONES			
Dirección de correspondencia		Municipio:	Ciudad:
Código postal completo (6 dígitos)	_____	Teléfono: _____	Celular: _____
Persona de contacto		Correo electrónico:	

OTRAS DIRECCIONES			
Dirección de correspondencia		Municipio:	Ciudad:
Código postal completo (6 dígitos)	_____	Teléfono: _____	Celular: _____
Persona de contacto		Correo electrónico:	

OTRAS DIRECCIONES			
Dirección de correspondencia		Municipio:	Ciudad:
Código postal completo (6 dígitos)	_____	Teléfono: _____	Celular: _____
Persona de contacto		Correo electrónico:	

OTRAS DIRECCIONES			
Dirección de correspondencia		Municipio:	Ciudad:
Código postal completo (6 dígitos)	_____	Teléfono: _____	Celular: _____
Persona de contacto		Correo electrónico:	

OTRAS DIRECCIONES			
Dirección de correspondencia		Municipio:	Ciudad:
Código postal completo (6 dígitos)	_____	Teléfono: _____	Celular: _____
Persona de contacto		Correo electrónico:	

OTRAS DIRECCIONES			
Dirección de correspondencia		Municipio:	Ciudad:
Código postal completo (6 dígitos)	_____	Teléfono: _____	Celular: _____
Persona de contacto		Correo electrónico:	

OTRAS DIRECCIONES			
Dirección de correspondencia		Municipio:	Ciudad:
Código postal completo (6 dígitos)	_____	Teléfono: _____	Celular: _____
Persona de contacto		Correo electrónico:	

INTEGRANDO SOLUCIONES PARA LABORATORIO

QUIMICA | HEMATOLOGIA | UROANALISIS | INMUNOLOGIA | MICROBIOLOGIA | BIOLOGIA MOLECULAR | PRUEBAS RAPIDAS | SOFTWARE