

	FORMATO MERCADEO, VENTAS Y CONSULTAS MÉDICAS	Código FMV-001
	AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES – TESTIMONIO – REPORTE DE CASO	Versión - 02
		Fecha de Elaboración Marzo 2018
		Página 1 de 4

El (La) suscrito(a) _____, quien se identifica como aparece al pie de la firma, en adelante EL TITULAR, manifiesto de manera libre y voluntaria que he sido informado, conozco y acepto la Política de Uso de Datos de la empresa PRODUCTOS NATURALES ARAL THEL S.A.S., y que, en consecuencia, autorizo a dicha empresa para que trate mis datos personales, directa o indirectamente, como RESPONSABLE DEL TRATAMIENTO de los datos personales de los cuales soy titular y que, conjunta o separadamente podrá recolectar, usar y tratar mis datos personales conforme a las leyes vigentes y a su Política de Tratamiento de Datos Personales, según se establece en las siguientes

CLÁUSULAS

PRIMERA.- OBJETO: Por medio del presente documento autorizo de manera voluntaria, previa, explícita, informada y consciente a PRODUCTOS NATURALES ARAL THEL S.A.S., para que realice el tratamiento de mis datos personales, almacenados en documentos físicos y/o digitales o por cualquier medio conocido o por conocer, de acuerdo con su Política de Tratamiento de Datos Personales y para los fines relacionados con su objeto social; en especial para los fines legales, contractuales, publicitarios y/o comerciales descritos en la Política de Tratamiento de Datos Personales de PRODUCTOS NATURALES ARAL THEL S.A.S.. **SEGUNDA.- OBLIGACIONES DE LA RESPONSABLE DEL TRATAMIENTO DE DATOS:** Son obligaciones de PRODUCTOS NATURALES ARAL THEL S.A.S., como RESPONSABLE DEL TRATAMIENTO, el cumplimiento de los deberes establecidos en la Ley 1581 de 2012, el Decreto reglamentario 1377 de 2013 y la Política de Uso de Datos de PRODUCTOS NATURALES ARAL THEL S.A.S. **TERCERA.- DERECHOS DEL TITULAR:** En virtud de la presente autorización y conforme a las disposiciones legales vigentes, EL TITULAR tiene derecho a que su información sea tratada conforme a la Ley y la Política de Uso de Datos de la empresa PRODUCTOS NATURALES ARAL THEL S.A.S., la cual en su numeral 3º establece los derechos de los titulares, dentro de los cuales se destacan en especial los siguientes derechos: **a)** El derecho a conocer, actualizar, rectificar y suprimir su información personal; **b)** El derecho a revocar el consentimiento otorgado para el tratamiento de datos personales y **c)** Ser informado, previa solicitud, respecto del uso que le ha dado a sus datos personales. **CUARTA.- EJERCICIO DE LOS DERECHOS DEL TITULAR:** Los derechos del TITULAR pueden ser ejercidos a través de los canales dispuestos por la empresa PRODUCTOS NATURALES ARAL THEL S.A.S., observando la Política de Tratamiento de Datos Personales de la compañía. En ese sentido, para el ejercicio de los derechos del Titular de los Datos Personales, así como para absolver cualquier inquietud sobre los mismos, éste se podrá comunicar con la empresa RESPONSABLE DEL TRATAMIENTO a través del correo electrónico info@aralthel.com o mediante la a la línea de atención: 7421166 o al celular 3108468648. En todo caso el procedimiento se regirá por lo establecido en el numeral 4º de la Política de Uso de Datos de la empresa PRODUCTOS NATURALES ARAL THEL S.A.S., la cual el Titular conoce y acepta. **QUINTA.- AUTORIZACIÓN DE USO DE DATOS SENSIBLES:** Teniendo en cuenta la naturaleza de la relación existente entre el TITULAR y la empresa RESPONSABLE DEL TRATAMIENTO, el TITULAR de manera voluntaria, previa, explícita, informada y conscientemente autoriza a la empresa RESPONSABLE DEL TRATAMIENTO para hacer uso de sus datos sensibles, entendiendo como tales aquellos que atañen a la intimidad del TITULAR, por ejemplo los datos relativos a la salud, a la vida sexual y los datos biométricos obtenidos en las consultas a las que pueda acudir el TITULAR. **SEXTA.-** Estos datos podrán ser usados para fines científicos e investigativos. **SÉPTIMA.- DEBER DE SEGURIDAD:** La empresa RESPONSABLE DEL TRATAMIENTO garantiza la seguridad, veracidad y transparencia de la información relacionada con el TITULAR,. Así mismo, la empresa RESPONSABLE DEL TRATAMIENTO garantiza a el TITULAR el acceso a la información que sobre él tenga almacenada. **OCTAVA.- DE LA POLÍTICA DE USO DE DATOS:** El TITULAR conoce y acepta la Política de Uso de Datos de la EMPRESA RESPONSABLE DEL TRATAMIENTO, sin embargo acepta que ésta se reserve el derecho de modificar su Política de Tratamiento de Datos Personales en cualquier momento. En caso de modificación en la Política de uso de Datos, el cambio deberá ser informado y publicado oportunamente en la página web. **NOVENA.- REGISTRO NACIONAL DE BASES DE DATOS:** El

TITULAR autoriza a la empresa RESPONSABLE DEL TRATAMIENTO para utilizar sus datos y llevarlos al registro nacional de bases de datos adoptado por la Superintendencia de Industria y Comercio, en la medida que ello resulte necesario. **DÉCIMA.- VERACIDAD:** El TITULAR declara que toda la información que éste, de forma libre y voluntaria ha suministrado a la RESPONSABLE DEL TRATAMIENTO, es verídica y por ende se compromete a no elevar quejas o reclamos por la veracidad de la información y a salir en defensa de la RESPONSABLE DEL TRATAMIENTO cuando quiera que se discuta la veracidad de dicha información. **DÉCIMOPRIMERO.- INDEMNIDAD:** El TITULAR, de forma libre y voluntaria, se obliga a mantener indemne a la RESPONSABLE DEL TRATAMIENTO cuando quiera que la información suministrada por el TITULAR no sea veraz y ello implique cualquier tipo de perjuicio para la RESPONSABLE DEL TRATAMIENTO.

En constancia de lo anterior, se firma en _____, el ____ de _____ del año _____.

Firma: _____
Nombre: _____
Identificación: _____

TESTIMONIO

Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____
Sexo: _____ Teléfono: _____
Ciudad: _____ EPS: _____

DATOS CLINICOS:

Diagnóstico: _____

Hace cuánto tiempo sufre de esta enfermedad: _____
Síntomas: _____

Tratamientos realizados en el pasado:

TRATAMIENTO CON TERAPEUTICA ARAL THEL

Tratamiento: _____

Tiempo: _____

Calificación del tratamiento: _____

Testimonio:

Yo, _____, con documento de identidad CC _____
 TI _____ No. _____, q certifico que he sido informado(a) de forma clara, suficiente y oportuna respecto de los diferentes usos a los cuales puede ser sometida mi información, de conformidad con la política de uso de datos de la empresa PRODUCTOS NATURALES ARAL THEL S.A.S., y en especial he sido informado(a) respecto de la posible disposición del testimonio que libremente expresé, y conforme a lo anterior autorizo de manera voluntaria, explícita, informada y consciente a PRODUCTOS NATURALES ARAL THEL S.A.S. para que de acuerdo a su política de tratamiento de datos realice la divulgación de este testimonio a través de cualquier medio de comunicación que estime pertinente, bien sea mediante foto, video, audio o escrito; y así mismo, autorizo para la publicación de mis datos y de mi imagen, sin que ello genere derecho a retribución pecuniaria alguna en mi favor.

En constancia de lo anterior, se firma en _____, el _____ de _____ del año _____.

 Paciente
 CC. _____ de _____

 Persona Responsable (menos de edad)
 CC. _____ de _____

FUENTE DE VERIFICACIÓN:

Fotos: Video: Audio: Escrito:

CONTROL DE CAMBIOS

Nº MOD.	DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO	FECHA	VERSIÓN QUE SE MODIFICA	VERSIÓN CON LA QUE QUEDA	RESPONSABLE
1.	Se incluyó en el nombre del documento "Reporte de Caso" y la cláusula 6.	13/03/18	01	02	M. Aristizábal