

	<b>AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES</b>	<b>LOP-05-AD-43</b>
		<b>ACTUALIZACION: 1</b>
		<b>Pág: 2 de 2</b>
		<b>VIGENTE DESDE: 25 de Julio de 2018</b>

### AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Manifiesto, con la firma del presente documento, del cual hago entrega física o remito por correo electrónico, que he sido informado(a) por MANTILLA SILVA SAS de conformidad con lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013; que entrego de forma libre y voluntaria los siguientes datos personales: Nombres y apellidos, documento de identificación, género, dirección, ciudad, departamento, teléfonos, celular, fecha de nacimiento, correo electrónico (en adelante los "Datos Personales") a nombre de la clínica. En los términos de las definiciones de la Ley 1581 de 2012, MANTILLA SILVA SAS actúa como responsable del tratamiento de mis Datos Personales.

Doy mi autorización expresa para que MANTILLA SILVA SAS, recolecte y de cualquier otra manera trate mis Datos Personales para las siguientes finalidades: Medir niveles de satisfacción, Informar sobre Campañas de Servicio, Comunicar Campañas promocionales, Realizar Encuestas, Realizar Recordatorio para citas, Ejecutar Campañas de Fidelización, Realizar actualización de datos, presupuestos y planes de tratamientos odontológicos, consentimiento informado y uso de imágenes del tratamiento realizado; para fines relacionados con su objeto social y en especial para fines legales, contractuales y comerciales.

He comprendido mis derechos como titular de los datos y los deberes y responsabilidades que MANTILLA SILVA SAS ha adquirido al otorgarle el derecho al uso de mi información, garantizando la confidencialidad, libertad, seguridad, veracidad, transparencia, acceso y circulación restringida de mis datos.

Con el fin de ejercer los derechos anteriormente descritos, realizar consultas o reclamos relacionados con mis Datos Personales, puedo contactar al Área de Servicio al cliente en [comercial@lopmanplus.co](mailto:comercial@lopmanplus.co) o a los teléfonos Bogotá: 6362351

Se firma en \_\_\_\_\_ a los \_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_

<b>FIRMA DEL CLIENTE</b>	
<b>NOMBRE</b>	
<b>IDENTIFICACIÓN</b>	
<b>FECHA</b>	

Si el titular de los datos es menor de edad, la autorización debe ser firmada por su Representante Legal.