

Título:**Autorización para el tratamiento de Datos Personales – Profesionales de la Salud y/o personal administrativo****Autorización para el tratamiento de datos personales de Profesionales de la Salud y/o personal administrativo**

Por medio de la firma del presente documento, yo _____, identificado/a con el documento de identidad número _____, autorizo a DR. REDDY'S LABORATORIES S.A.S., con el NIT 900.789.062 ("DR. REDDY'S"), ubicado en la Carrera 7 #155C – 30 Oficina 2805 Edificio North Point Torre E y con número de teléfono 7499078, para que, en calidad de responsable, recolecte y trate mis datos personales, de conformidad con lo establecido en la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1074 de 2015 y las demás normas que las modifiquen, sustituyan o complementen.

Por lo anterior, en mi calidad de titular, manifiesto expresamente que tengo conocimiento de lo siguiente:

1. Los datos personales que reposan o ingresen a las bases de datos de DR. REDDY'S, designado como responsable de los mismos, se tratarán y almacenarán de acuerdo con su naturaleza, en consecuencia, se manejarán datos de carácter general como nombre completo número y tipo de identificación, género y datos de contacto (correo electrónico, dirección física, teléfono fijo y móvil), datos específicos requeridos para el tratamiento al que serán sometidos los datos.
2. Los datos personales se tratarán de conformidad y en cumplimiento de la Política de Privacidad, que se encuentra disponible en su Página Web.
3. Que en calidad de Titular tengo derecho a conocer, actualizar y rectificar mis datos personales, solicitar prueba de la autorización otorgada, ser informado respecto de los usos que se le hayan dado, revocar la autorización, solicitar su supresión y a acceder en forma gratuita a estos. Podré ejercer mis derechos en calidad de Titular a través del correo electrónico notificacionescol@drreddys.com
4. Esta autorización permitirá a DR. REDDY'S el tratamiento de mi información, incluyendo la recolección, intercambio, actualización, procesamiento, reproducción, compilación, almacenamiento, uso, sistematización y organización, para alcanzar las siguientes finalidades:
 - a. Realizar todas las actividades necesarias para ejecutar adecuadamente los contratos existentes con los Profesionales de la Salud.
 - b. Enviar comunicaciones por correo físico, electrónico o a través de cualquier otro medio, con información comercial, publicitaria o promocional sobre los servicios, eventos comerciales, eventos académicos, promociones, campañas y/o concursos adelantados por Dr. Reddy's; así, como con información de productos y entrega de material promocional.
 - c. Monitorear la prescripción de los productos fabricados por Dr. Reddy's que sean prescritos por Profesionales de la Salud en el marco del Programa de Apoyo a Pacientes.
 - d. Monitorear y fomentar la participación de los Profesionales de la Salud en el desarrollo de los Programas de Pacientes.
 - e. Fomentar participación en actividades académicas, de investigación técnico científica, que apoyen el aumento o refuerzo de saberes profesionales al servicio de los pacientes.
 - f. Resolver y tramitar los reportes que se puedan presentar por eventos adversos.
 - g. Realizar reportes ante autoridades públicas, incluyendo aquellos relacionados con el Registro de Transferencias de Valor del Sector Salud ante el Ministerio de Salud y Protección Social.
 - h. Realizar la verificación y actualización de los Datos Personales.
 - i. Realizar mediciones, monitoreo y captura de la interacción con la información enviada al Titular con fines estadísticos.
5. En el evento de tener cualquier inquietud me puedo comunicar a través del correo electrónico notificacionescol@drreddys.com
6. Declaro que cuento con la autorización de todos los trabajadores de la sociedad que represento, para que se realice el tratamiento de sus datos de contacto corporativos con la finalidad de dar cabal cumplimiento y ejecutar las obligaciones derivadas de la relación con DR. REDDY'S, y de manera específica las finalidades que se encuentran en el numeral 4. La información suministrada será tratada respetando la confidencialidad de acuerdo con las normas de ley. Por lo anterior, otorgo de manera previa, expresa e informada mi autorización para el tratamiento de mis datos personales en los términos señalados:

Nombre _____

Documento de identificación (C.C, C.E. etc.): _____

Fecha: _____

Firma: _____