

**Personas Jurídicas:**

Yo, \_\_\_\_\_ [Nombre completo del representante legal], identificado(a) con \_\_\_\_\_ [tipo y número de documento], actuando en nombre y representación de \_\_\_\_\_ [Nombre o razón social de la empresa], identificada con NIT \_\_\_\_\_, en adelante **LA CONTRAPARTE**, manifiesto que:

**Personas Naturales:**

Yo, \_\_\_\_\_ [Nombre completo], identificado(a) con \_\_\_\_\_ [tipo y número de documento], actuando en nombre propio, en adelante **LA CONTRAPARTE**, manifiesto que:

**1. Contexto de la autorización**

**RP MÉDICAS S.A.**, identificada con NIT **811.019.499-7**, y **LA CONTRAPARTE** se encuentran adelantando conversaciones y/o negociaciones de carácter **comercial, contractual o precontractual**, razón por la cual resulta necesario el intercambio, verificación y análisis de información, en cumplimiento de la normativa aplicable y de los sistemas de cumplimiento implementados por **RP MÉDICAS S.A.**

**2. Autorización para el tratamiento de datos personales**

En mi calidad de titular y/o responsable de la información suministrada, **autorizo de manera libre, previa, expresa e informada a RP MÉDICAS S.A.** para recolectar, almacenar, usar, circular, verificar, actualizar y, en general, realizar el tratamiento de los datos personales suministrados por **LA CONTRAPARTE** y por las personas naturales vinculadas a esta, incluyendo, entre otros:

- Representante(s) legal(es).
- Accionistas, socios o asociados.
- Beneficiarios finales.
- Administradores, directivos y personas de contacto.

El tratamiento se realizará conforme a lo dispuesto en **la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013**, y demás normas concordantes.

**3. Finalidades del tratamiento**

Los datos personales podrán ser tratados para las siguientes finalidades:

- Adelantar, evaluar y documentar la **negociación comercial y/o relación contractual** con **LA CONTRAPARTE**.
- Realizar procesos de **debida diligencia**, conocimiento de contrapartes y verificación de información.
- Cumplir con las obligaciones legales y regulatorias asociadas al **SAGRILIFT** y al **PTEE**, así como demás sistemas de cumplimiento aplicables.
- Gestionar aspectos administrativos, jurídicos, financieros, contables y contractuales derivados de la relación comercial.
- Atender requerimientos de autoridades administrativas o judiciales competentes.

**4. Autorización para consulta en listas restrictivas y vinculantes**

Autorizo de manera expresa a **RP MÉDICAS S.A.** para **consultar, verificar y cruzar la información** de **LA CONTRAPARTE** y de las personas naturales vinculadas a esta, en:

- Listas restrictivas, vinculantes, informativas o de control nacionales e internacionales.
- Bases de datos públicas o privadas relacionadas con **riesgos de LA/FT/FPADM**, corrupción, soborno transnacional, sanciones, inhabilidades o conductas asociadas.

Dicha consulta se realiza exclusivamente para fines de **cumplimiento normativo, prevención de riesgos y toma de decisiones**, sin que ello implique una presunción de conducta irregular.

#### **5. Carácter proporcional y no discriminatorio**

LA CONTRAPARTE declara conocer que estas verificaciones se realizan bajo criterios de **proporcionalidad, razonabilidad y confidencialidad**, y que su finalidad es cumplir con la normativa aplicable y las políticas internas de RP MÉDICAS S.A., sin que constituyan medidas discriminatorias o sancionatorias.

#### **6. Derechos de los titulares**

Declaro que he sido informado(a) de que los titulares de los datos personales tienen derecho a:

- Conocer, actualizar y rectificar sus datos personales.
- Solicitar prueba de la presente autorización.
- Conocer el uso que se ha dado a la información.
- Revocar la autorización o solicitar la supresión de los datos, cuando sea legalmente procedente.
- Acceder de forma gratuita a los datos personales.

Estos derechos podrán ejercerse a través de los canales dispuestos por RP MÉDICAS S.A. en su **Política de Tratamiento de Datos Personales**, disponible en la página web [www.rpmedicas.com](http://www.rpmedicas.com).

#### **7. Vigencia**

La presente autorización estará vigente durante el tiempo necesario para cumplir con las finalidades descritas y con las obligaciones legales y contractuales aplicables, aun cuando no se llegue a perfeccionar una relación contractual.

#### **Personas Jurídicas:**

**Nombre del representante legal:** \_\_\_\_\_

**Documento de identidad:** \_\_\_\_\_

**Cargo:** \_\_\_\_\_

**Empresa:** \_\_\_\_\_

**Firma:** \_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_\_

#### **Personas Naturales:**

**Nombre:** \_\_\_\_\_

**Documento de identidad:** \_\_\_\_\_

**Firma:** \_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_\_