

FORMATOS ANEXOS – TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Empresa: Salud y Calidad Consulting S.A.S

1. Formato de Autorización de Tratamiento de Datos Personales

Yo, _____, identificado(a) con _____
No. _____,

en calidad de Titular de los datos personales, autorizo de manera libre, previa, expresa y voluntaria a SALUD Y CALIDAD CONSULTING S.A.S para
realizar el tratamiento de mis datos personales conforme a la Política de Tratamiento de Datos Personales publicada por la empresa.

Finalidades:

-

Firma: _____ Fecha: _____ Teléfono: _____

2. Formato de Solicitud de Consulta o Rectificación de Datos

Fecha: _____

Yo, _____, identificado(a) con _____
No. _____,

solicito formalmente a SALUD Y CALIDAD CONSULTING S.A.S realizar la siguiente acción respecto a mis datos personales:

☐ Consultar la información registrada

☐ Rectificar la siguiente información: _____

Motivo o explicación de la solicitud:

Firma: _____ Correo electrónico: _____

3. Registro de Incidentes de Seguridad de la Información

Fecha del incidente: _____

Nombre del reportante: _____

Área: _____

Descripción del incidente:

Datos comprometidos (si aplica):

Acciones tomadas:

Responsable que atiende el incidente: _____

Firma: _____ Fecha: _____