	<b>AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES</b>	CÓDIGO: AP-TH-F-111-01
		VERSIÓN: 1
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	PÁGINA: 1 DE 1
		FECHA: 10/09/2021

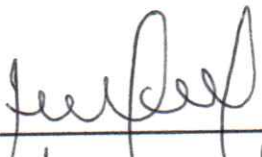
**“AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES”**

**PROCEDIMIENTO DE VERIFICACIÓN DE REQUISITOS PARA CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS CON LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.**

Yo, Laura Cecilia Sanchez Velandia, identificado(a) con C.C X T.I.      
 C.E.     número 53068463, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, sobre la  
 protección de datos personales, en calidad de aspirante autorizo expresamente a la **Subred  
 Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.**; para recolectar, almacenar, consultar,  
 procesar, actualizar, transmitir, compartir, transferir y a dar tratamiento a la información  
 personal indispensable que haya suministrado para adelantar el proceso verificación y/o  
 vinculación del cual hago parte para la contratación por prestación de servicios con la  
 entidad.

En caso de no ser seleccionado, y en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, sobre la  
 protección de datos personales podré solicitar la eliminación de los datos que hayan sido  
 almacenados en los archivos de la **Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.**,  
 y/o en caso contrario, éstos se conservarán en la base de datos de la entidad.

En constancia de lo anterior se firma en BOGOTA a los 22-12-2022 en señal de aceptación.

Firma:   
 Nombre: Laura Cecilia Sanchez Velandia  
 Identificación: 53068463  
 Correo: lafeyu22@hotmail.com  
 N° Contacto: 3017180623