

**“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, Brenda Estefanía Manrique, ^{nombres} ^{apellidos} ^{completos} ^{del} aspirante, identificado(a) con C.C. X
T.I. C.E. número 1033809709, 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 (Ciudad) Bogotá a los (incluir fecha) 17/01/2022 en señal de aceptación.

Firma: Brenda
Nombre: Brenda Estefanía Manrique Vega
Identificación: 1033809709
Correo: brendamanrique0825@gmail.com
N° Contacto: 3116578905