

	<b>AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES</b>	CÓDIGO: AP-TH-F-111-01
		VERSIÓN: 1
		PÁGINA: 1 DE
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	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, Angelica Patricia Castro S. (nombres y apellidos completos) del aspirante, identificado(a) con C.C. x T.I. C.E. número 65820011, 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 dd/mm/aa), 2-Dic-2022 en señal de aceptación.

Firma: Angelica P. Castro  
Nombre: Angelica P. Castro  
Identificación: 65820011  
Correo: angelica@castro.sanchez@gmail.com  
N° Contacto: 314-5715855