

	<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: 4 DE 4
		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 **DANIEL MARTINEZ LOPEZ**, identificado(a) con C.C.   X   T.I.    C.E.    número **1015460736**, 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 la ciudad de *Bogotá* el **26/01/2023**, en señal de aceptación.

*Daniel Martinez Lopez*

Firma:

Nombre **DANIEL MARTINEZ LOPEZ**

Identificación: **1015460736**

Correo: **danielmaletines@gmail.com**

Nº Contacto: **3165781637**