

 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES		CÓDIGO: AP-TH-F-111-01
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO		VERSIÓN: 1
			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, **Diana Carolina Peña Rodríguez**, identificado(a) con C.C. X T.I. C.E. número **1014250307**, 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 **Bogotá** a los 09/Febrero/2023 en señal de aceptación.

Firma: Diana Carolina Peña Rodríguez
 Nombre: Diana Carolina
 Identificación: 1014250307
 Correo: Karolina271293@hotmail.com
 N° Contacto: 3015204495