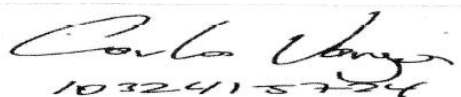
	AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES	CÓDIGO: AP-TH-F-111-01
		VERSIÓN: 1
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	PÁGINA: 4 DE 4
		FECHA: 10/09/2021

“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 **VARGAS CLAROS CARLOS ANDRES**, identificado(a) con C.C. X T.I. C.E. número **1032415724**, 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 **12/01/2023**, en señal de aceptación.



Firma: *1032415724*
 Nombre **VARGAS CLAROS CARLOS ANDRES**
 Identificación: **1032415724**
 Correo: **carl97@gmail.com**
 N° Contacto: **3187951306**