

	<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: 1 DE 1
			FECHA: 10/09/2021

### **“AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES”**

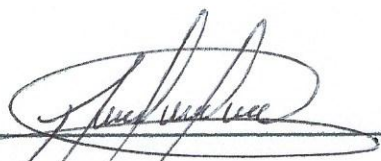
#### **PROCEDIMIENTO DE VERIFICACIÓN DE REQUISITOS PARA CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS CON LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.**

Yo, **Martha Lilian Gualteros Camacho** identificado(a) con C.C x T.I \_\_ C.E \_\_ número 1019028552, 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 20 días del mes de mayo 2022 en señal de aceptación.

Firma: \_\_\_\_\_



Nombre: **Martha Liliana Gualteros Camacho**

Identificación: **1.019.028.552**

Correo: **mgualteros406@gmail.com**

N° Contacto: **3209029131**