

 Secretario 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
		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 **ERIKA LORENA MORA ACOSTA**, identificado(a) con C.C _X_ T.I _ C.E _ número **1013642053**, 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 **29/03/2023**, en señal de aceptación.

Firma:  

Nombre **ERIKA LORENA MORA ACOSTA**

Identificación: **1013642053**

Correo: **m2707er@gmail.com**

N° Contacto: **3202604954**