 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	<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

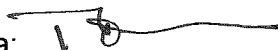
**“AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES”**  
**PROCEDIMIENTO DE VERIFICACIÓN DE REQUISITOS PARA CONTRATO DE**  
**PRESTACION DE SERVICIOS CON LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE**  
**SALUD NORTE E.S.E.**

Yo **TOMAS MARTINEZ CUESTA**, identificado(a) con C.C \_X\_ T.I \_\_ C.E \_\_ número **4794778**, 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 **19/04/2023**, en señal de aceptación.

Firma:



Nombre **TOMAS MARTINEZ CUESTA**

Identificación: **4794778**

Correo: **jattanm@yahoo.com**

N° Contacto: **3183656765**