

	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: 1 DE 1
		FECHA: 28/09/2022

“AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES”

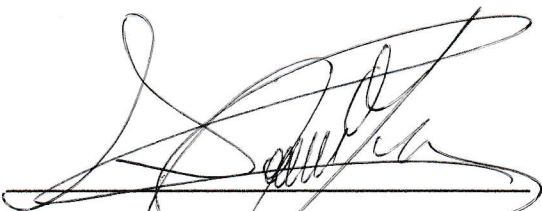
PROCEDIMIENTO DE VERIFICACIÓN DE REQUISITOS PARA CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS CON LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.

Yo **SONIA GINETH GALINDO ALARCON**, identificado(a) con C.C X T.I __ C.E __ número : **53891803**, 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 **Ciudad BOGOTA** a los **incluir fecha 28/09/2022**, en señal de aceptación.

Firma:



Nombre: **SONIA GINETH GALINDO ALARCON**

Identificación: **53891803**

Correo: **GINETHGALINDO@LIVE.COM**

N° Contacto: **3203123577**