	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

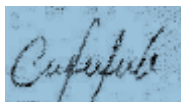
“AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES”
PROCEDIMIENTO DE VERIFICACIÓN DE REQUISITOS PARA CONTRATO DE
PRESTACION DE SERVICIOS CON LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE
SALUD NORTE E.S.E.

Yo **CAROLINA VELASQUEZ RAMIREZ**, identificado(a) con C.C _X_ T.I __ C.E __ número **52934661**, 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 **11/08/2022**, en señal de aceptación.

Firma:



Nombre **CAROLINA VELASQUEZ RAMIREZ**

Identificación: **52934661**

Correo: **veraco24@hotmail.com**

Nº Contacto: **3148645482**