

|                                                                                   |                                                                                   |                        |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------|
|  | <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.<br>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, **Leysdi Paola Coronel Avila** identificado(a) con C.C x T.I \_\_ C.E \_\_ número **1065590694**, 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 **Bogota** a los **07-03-2023** en señal de aceptación.

Firma: 

Nombre: Leysdi Paola Coronel Avila

Identificación: 1065590694

Correo: Leypa\_1287@hotmail.com

Nº Contacto: 3022874862