

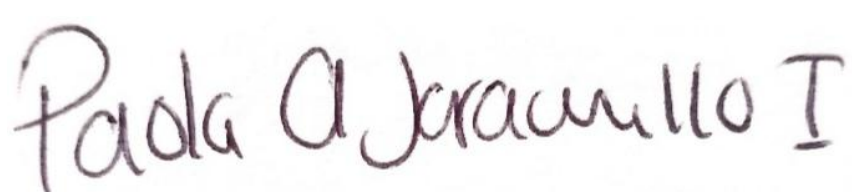
	AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES	CÓDIGO: AP-TH-F-111-01
		VERSIÓN: 1
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	PÁGINA: 4 DE 4
		FECHA: 10/09/2021

**“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 **PAOLA ANDREA JARAMILLO IZQUIERDO**, identificado(a) con C.C. X T.I. C.E. número **31640707**, 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 **08/05/2023**, en señal de aceptación.

Firma: 
 Nombre **PAOLA ANDREA JARAMILLO IZQUIERDO**
 Identificación: **31640707**
 Correo: **paoandrejizq@gmail.com**
 N° Contacto: **3233926770**

Calle 66 # 15-41
 dircontratacion@subrednorte.gov.co
 Tel.:4431790Ext.1036
 Nit: 900971006-4