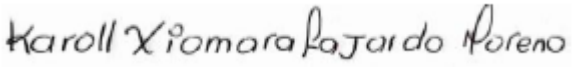
"AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES" PROCEDIMIENTO DE VERIFICACIÓN DE REQUISITOS PARA CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS CON LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.

Yo **KAROLL XIOMARA FAJARDO MORENO**, identificado(a) con C.C _X_ T.I __ C.E __ número ***52472635***, 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, trasmitir, 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 cuidad de *Bogotá* el **15/05/2023**, en señal de aceptación.

Firma: 
Nombre ***KAROLL XIOMARA FAJARDO MORENO***
Identificación: **52472635**
Correo: **karollx.corazon@hotmail.com**
N° Contacto: **3118942409**