

	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: 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, **MAURICIO ABRIL VELOSA** identificado(a) con C.C X T.I __ C.E __ número **79361131**, 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** los (incluir fecha dd/mm/aa), **08/06/2023** en señal de aceptación.

Firma: _____



Nombre: MAURICIO ABRIL VELOSA

Identificación: 79361131

Correo: yimas05@gmail.com

Nº Contacto: 3163033341