

	AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES		CÓDIGO: AP-TH-F-111-01
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO		VERSIÓN: 1
			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, **Juan Camilo Ibañez Chaparro**, identificado(a) con C.C X T.I __ C.E __ número **1012454387**, 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 **Bogotá D.C.** a los **31/08/2023**, en señal de aceptación.

Firma: _____

Nombre: Juan Camilo Ibañez Chaparro

Identificación: 1012454387

Correo: ibanezcamilo092@gmail.com

N° Contacto: 32432522782