

 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	<b>AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES</b>		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 **Lina Paola Castro Romero**, identificado(a) con C.C. X T.I.    C.E.    número **1.000.723.267**, 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 23/08/2023, en señal de aceptación.

Firma: *Lina Castro*

Nombre **Lina Paola Castro Romero**

Identificación: **1.000.723.267**

Correo: **castrolina681@gmail.com**

Nº Contacto: **3204202511**