Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	**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, Julady Martinez FIgueredo, identificado(a) con C.C _x__ T.I __ C.E __ número 1023866357____ , 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 *(Ciudad)* _bogota a los *(incluir fecha dd/mm/aa)*, *05/10/202*_____ en señal de aceptación.

Firma: Julady Martinez

Nombre: Julady Martinez Figueredo_____

Identificación: 1023866357_____

Correo: juladymartinez18@gmail.com_____

N° Contacto: _____