

	<b>AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES</b>	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, **YULY MARCELA CORTES HORMAZA**, identificado(a) con C.C \_X\_ T.I \_\_ C.E \_\_ número **1013643878**, 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 **BOGOTA D.C** a los **(08/11/2023)** en señal de aceptación.

Firma: 

Nombre: Yuly Marcela Cortes Hormaza

Identificación: **1013643878**

Correo: lauremflorezc@gmail.com

N° Contacto: 3138803412