| 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.<br>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, (nombres y apellidos completos del aspirante) Gina Marcela Salgado Camona, identificado(a) con C.C x T.I __ C.E __ número 52845699, 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) Bogotá a los (fecha letras diferencia), 07/12/2023. en señal de aceptación.

Firma: MARCELA SALGADO CAMONA

Nombre: Gina Marcela Salgado camona.

Identificación: 52845699.

Correo: marcelasalgadoc@gmail.com.

N° Contacto: 3183153402.