Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.	**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E** **ESTRATÉGICO– GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO** **FORMATO AUTORIZACIÓN CONSULTA TÍTULOS ACADÉMICOS**	**CÓDIGO: AP-TH-FT-014** **VERSIÓN: 02** **FECHA: 2017-01-16**

Bogotá D.C

Señores:

CENTRO VOCACIONAL DE SALUD.

(Nombre de la institución educativa en la que obtuvo el título que soporta el cargo actual)

REF, autorización para consulta de títulos Académicos

Yo, Luz Mery Chaparro Rojas en consideración a que el artículo 15 de la Constitución Política establece que "todas las personas tienen derecho a su intimidad personal y familiar y a su buen nombre y el Estado debe respetarlos y hacerlos respetar" y de acuerdo con lo establecido por el literal c del artículo 4 de la ley 1581 de 2012, en el que se establecen los principios para el tratamiento de datos personales, en cuanto al principio de libertad "el tratamiento sólo puede ejercerse con el consentimiento, previo, expreso e informado del titular. Los datos personales no podrán ser obtenidos o divulgados sin previa autorización, o en ausencia de mandato legal o judicial que releve el consentimiento…."

De igual manera, teniendo en cuenta que la información solicitada en cuenta a datos personales en mi calidad de egresado, solo podrá ser suministrada con mi consentimiento previo y expreso, autorizo a ustedes a emitir respuesta a la **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E** sobre la idoneidad de mi título académico como:

AUXILIAR DE ENFERMERIA TECNICO LABORAL

(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

Firma Luz Mery Chaparro Rojas

No. de documento: 51'962889

Tarjeta profesional No: 51962 889

Dirección de contacto: Kra 23 # 64-45 Sur.

Teléfono: 7-16-89-42. 301.5447275.