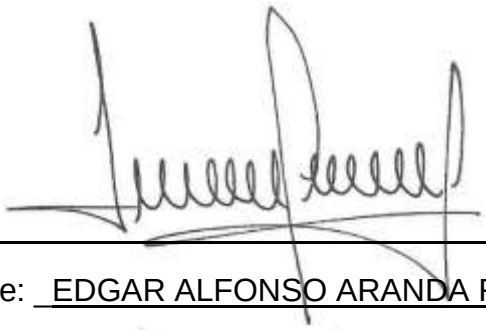
“AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES”

PROCEDIMIENTO DE VERIFICACIÓN DE REQUISITOS PARA CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS CON LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.

Yo, EDGAR ALFONSO ARANDA ROMERO_____, identificado(a) con C.C T.I ___ C.E _X_ número _***79.129.759***, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, sobre la protecciónde 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 delcual 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 Bogotá a los 27/02/2024*,* en señal de aceptación.



Firma:_____

Nombre: _EDGAR ALFONSO ARANDA ROMERO

Identificación:_79.129.759_____

Correo: _earanda67@gmail.com_____

N° Contacto:___3115515000_____