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, *(nombres y apellidos completos del aspirante)* Luz Marina Mosquera Dediego, identificado(a) con C.C X T.I __ C.E __ número 39 415 707, 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)*, 10-05-2024 en señal de aceptación.

Firma: Luz Marina Mosquera

Nombre: Luz Marina Mosquera

Identificación: 39 415 707

Powered by CamScanner