“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, ***BRAYAN STEVEN ROMERO HERRERA***, identificado(a) con C.C X_ T.I __ C.E __ número ***1.016.098.741*** , 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 co nstancia de lo anterio r se firma en ***BOGOTA DC*** a los **11/07/2024** en señal de aceptación.

Firma: _____

Nombre: BRAYAN STEVEN ROMERO HERRERA

Identificación: 1.016.098.741 DE BGTA

Correo: brayan.romerog@cun.edu.co

N° Contacto: 313 286 9615