“AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES”

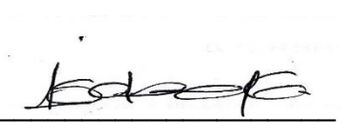
PROCEDIMIENTO DE VERIFICACIÓN DE REQUISITOS PARA CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS CON LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.

Yo, *(nombres y apellidos completos del aspirante)*__***NIDI ISABEL GONZALEZ CAMACHO***_____, identificado(a) con C.C _X_ T.I __ C.E __ número 1012327738_____ , 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), _24/10/2024*_____ en señal de aceptación.

Firma:



Nombre: NIDI ISABEL GONZALEZ

Identificación: 1012327738

Correo: isabellagon7@gmail.com

N° Contacto: 3204843556