

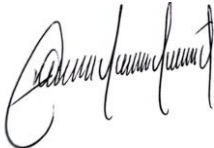
	FORMATO AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES	CÓDIGO: AP-TH-F-111
		VERSIÓN: 2
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	PÁGINA: 1 DE 1
		FECHA: 02/12/2024

“AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES”

Yo, **Carlos Gerardo Alvarez Torres**, identificado(a) con C.C x T.I __ C.E __ número 80810375 en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, sobre la protección de datos personales, autorizo expresamente a la **Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E**; para recolectar, almacenar, consultar, procesar, actualizar, transmitir, compartir, transferir y a dar tratamiento a la información personal indispensable que haya suministrado para adelantar la correspondiente consulta, revisión y/o verificación en el proceso de vinculación del participo en la institución.

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 13/12/2024, en señal de aceptación.

Firma: 

Nombre: Carlos Gerardo Alvarez Torres

Identificación: CC. 80810375

Correo: carlosgerardo1203@gmail.com

Nº Contacto: 300 2150062