


| | | |
|---|---|---------------------|
|  | 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, **Emili Yurani Castiblanco Ramírez**, identificado(a) con C.C _X_ T.I __ C.E __ número **53053223**, 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, **16/12/2024** en señal de aceptación.

Firma: 

Nombre: Emili Yurani Castiblanco Ramírez

Identificación: 53053223

Correo: castiblancoramirez@hotmail.com

N° Contacto: 3028552305