


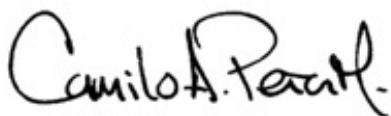
|   |   |                     |
|---|---|---------------------|
|  | <b>FORMATO AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES</b>               | CÓDIGO: AP-TH-F-111 |
|   |   | VERSIÓN: 2          |
|   | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.<br>GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO | PÁGINA: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

### “AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES”

Yo, **CAMILO ANDRES PEÑA MERCHAN** identificado(a) con C.C número **80082840** , 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 **BOGOTA** a los **13/12/2024** en señal de aceptación.



Nombre: CAMILO ANDRES PEÑA MERCHAN

Identificación: 80082840

Correo: camiloapm@gmail.com

N° Contacto: 3108129368