

	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, Angie Paola Godoy Tobo, identificado(a) con C.C. X T.I. C.E. número 1012406975, 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 21/01/2025, en señal de aceptación.



Firma: _____

Nombre: Angie Paola Godoy Tobo

Identificación: 1012406975

Correo: paolagodoyat@gmail.com

Nº Contacto: 3196491730