


| | | |
|---|---|------------------------|
|  | AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES | CÓDIGO: AP-TH-F-111-01 |
| | | VERSIÓN: 1 |
| | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO | PÁGINA: 1 DE 1 |
| | | FECHA: 10/09/2021 |

“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, *SANDRA PATRICIA LOPEZ PATAQUIVA* identificado(a) con C.C x T.I __ C.E __ número **1.136.883.058**, 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, transmitir, 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 BOGOTA a los **27/11/2024** en señal de aceptación.

Firma: *SANDRA P. LOPEZ P.*

Nombre: Sandra Patricia Lopez Pataquiva

Identificación: 1.136.883.058

Correo: sandrapatricialopezpataquiva@gmail.com

N° Contacto: 3123637762