"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, ***ANA FRANCISCA PINZON VANEGAS***, identificado(a) con C.C _X_ T.I __ C.E __ número _***52169727***_ , 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, trasmitir, 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 __***BOGOTÁ***_ a los, __***02/12/2024***__ en señal de aceptación.

Firma: ___ANA FRANCISCA PINZON VANEGAS

Nombre: _ANA FRANCISCA PINZON VANEGAS

Identificación: _52169727_____

Correo: _anapinva2014@gmail.com_____

N° Contacto: __3123171452_____