

|                                                                                                                                                                 |                                                                                   |                        |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------|
|  Secretaría de Salud<br>Subred Integrada de Servicios de Salud<br>Norte E.S.E. | <b>AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES</b>                       | CÓDIGO: AP-TH-F-111-01 |
|                                                                                                                                                                 |                                                                                   | VERSIÓN: 1             |
|                                                                                                                                                                 | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.<br>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, (nombres y apellidos completos del aspirante) Marcela del Pilar Camacho Canchero, identificado(a) con C.C. \_\_\_\_\_ T.I. \_\_\_\_\_ C.E. X número 30083035, 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 (Ciudad) Bogotá. a los (Incluir fecha dd/mm/aa), 26-11-2024 en señal de aceptación.

Firma: Marcela Del Pilar Camacho  
 Nombre: 30083035 Marcela Canchero  
 Identificación: 30083035  
 Correo: Pilar mcaee 102@hotmail.com  
 N° Contacto: 304-5232784