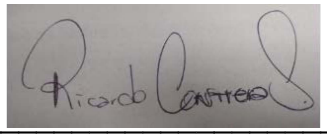
“AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES”

Yo, ***RICARDO CONTRERAS CONTRERAS***, identificado(a) con C.C X T.I __ C.E __ número ***1070326415*** , 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, trasmitir, 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 ***24/12/2024,*** en señal de aceptación.

Firma: 

Nombre: RICARDO CONTRERAS CONTRERAS

Identificación: 1070326415

Correo: RDCONTRERAS32@GMAIL.COM

N° Contacto: 3108137997