


| | | |
|---|---|---------------------|
|  | 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, **Deissy Liliana Díaz Rodríguez**, identificado(a) con C.C X T.I C.E número **1033686065** , 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 06/02/2025 en señal de aceptación.

Firma: Liliana Díaz Rodríguez

Nombre: Deissy Liliana Díaz Rodríguez

Identificación: 1.033.686.065

Correo: lilianadiazrodriguez3@gmail.com

N° Contacto: 3232234431