

	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, Diana Mireya Bernal Ramírez identificado(a) con C.C 52463939 número 52463939 , 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 31-12-2024, en señal de aceptación.

Firma: 

Nombre: Diana Mireya Bernal Ramírez

Identificación: 52463939

Correo: dmbernal3@hotmail.com

Nº Contacto: 3204534857