Paz de Rio, 13 de enero de 2026

Doctora:
CLAUDIA TERESA MOJICA ABRIL
Gerente ESE Salud Paz de Rio
Paz de Rio, Boyacá

Cordial saludo,
De conformidad con lo dispuesto en la normatividad vigente sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1074 de 2015, autorizo libre, expresa e inequívocamente a la ESE Salud Paz de Rio - Boyacá, para que realice la recolección y tratamiento de mis datos personales que suministro de manera veraz y completa, los cuales serán utilizados para los diferentes aspectos relacionados con la elaboración, suscripción y seguimiento del contrato de prestación de servicios con la entidad.

Hago entrega de mi hoja de vida en computador y en medio físico, totalmente diligenciada a la cual adjunto copia de los siguientes documentos originales:

1) Cedula de ciudadanía;
2) Tarjeta profesional (cuando aplique)
2) antecedentes judiciales y disciplinarios;
3) Diploma y/o certificado de estudios;
4) Certificaciones de afiliación a EPS, AFP ARL;
5) certificados de experiencia;

Asegurando bajo la gravedad de juramento que es información verídica y real catalogada como dato personal entregada para su tratamiento en el proceso de vinculación con la ESE Salud Paz de Rio, según lo definido en la ley 1581 del año 2012 y el decreto 1377 del año 2013. y por medio de este documento autorizo para que estos datos personales, puedan ser almacenados y tratados dentro de las actividades de la E.S.E.

Así mismo, declaro que conozco que la recolección y tratamiento de mis datos se realizará de conformidad con la Política de Tratamiento de Datos Personales, establecida por la Entidad, manifestando que he sido informado(a) de forma clara y suficiente de los fines de su tratamiento y la posibilidad que tenía de no efectuar la autorización en aquella información considerada sensible.

Manifiesto que, como titular de la información, fui informado de los derechos con que cuento como titular de la información, especialmente a conocer, actualizar y rectificar mi información personal, revocar la autorización y solicitar la supresión del dato, las cuales podré ejercer a través de los canales presenciales,

Se suscribe en el municipio de Paz de Rio, Boyacá el día trece (13) del mes de enero del año dos mil veintiséis (2026).

Firma: _____
Nombre: **LILIANA ANDREA NEISA RAMOS**
Cédula: 53.122.670 de **BOGOTÁ**