

## FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

*La información contenida en el presente formulario será mantenida confidencial y sólo será utilizada por los organizadores del curso en el proceso de selección.*

### REQUISITOS EXIGIDOS AL ASPIRANTE

- De conformidad con lo indicado en el numeral 2 del artículo 8 del Decreto 1876 de 1994, el aspirante a ser elegido como miembro de la comunidad ante la ESE, deberá aportar hoja de vida con los respectivos soportes, en donde se demuestre su participación en Comité de Usuarios de Servicios de Salud, a los cuales estuvo vinculado y ejerció funciones específicas de salud; en su defecto, podrá aportar certificado en donde demuestre experiencia de trabajo no inferior a un año en un Comité de Usuarios.
- No hallarse incurso en ninguna de las inhabilidades e incompatibilidades contempladas en la ley. Para lo anterior, el aspirante deberá firmar un formato en donde manifieste que no se encuentra incurso en causal de inhabilidad o incompatibilidad alguna, previstas por la ley.

### DATOS PERSONALES:

Nombres: \_\_\_\_\_

Apellidos: \_\_\_\_\_

Teléfono / Celular: \_\_\_\_\_ Documento de identificación: \_\_\_\_\_

Fecha y Lugar de Expedición: \_\_\_\_\_

Dirección / Domicilio: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

### SOPORTES

	SI	NO	N.A.
Hoja de Vida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Certificado de vinculación en un Comité de Usuarios de Servicio de Salud	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Certificado de participación no inferior a un año en Comité de Usuarios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Formato de Aceptación de Habilidad para Elección	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DE ASPIRANTES A 2º REPRESENTANTE DE LA COMUNIDAD PARA LA JUNTA DIRECTIVA DE LA E.S.E. HOSPITAL FRAY LUIS DE LEÓN DE PLATO

A través del diligenciamiento del presente formulario, manifiesto de forma libre, consciente, expresa, informada, inequívoca y espontánea, que autorizo a la Cámara de Comercio de Santa Marta para el Magdalena (CCSM) para el tratamiento de mis datos personales, para los fines de la elección del 2º representante de la comunidad para la **JUNTA DIRECTIVA DE LA E.S.E. HOSPITAL FRAY LUIS DE LEÓN DE PLATO**. Por último, autorizo de manera libre y expresa a la CCSM a mantener mi información personal durante el tiempo que tenga la calidad de aspirante, y durante el tiempo de permanencia en el cargo, en caso de ser elegido, y cinco años más, con el fin de que sean tratados para el desarrollo de las funciones públicas y privadas propias de la CCSM.

SI  NO

**DERECHOS QUE LE ASISTEN COMO TITULAR DE DATOS PERSONALES:** Usted, o su representado, contará con los derechos de conocimiento, acceso, rectificación, actualización, revocación de la autorización y supresión sobre los datos personales no públicos a los que se dará tratamiento, los cuales podrá ejercer ante el Responsable del tratamiento por medio de los siguientes canales de comunicación:

**Domicilio:** Plato, Magdalena.

**Dirección:** Carrera 14 #8-96, Local 2

**Correo electrónico y teléfonos:** [pqr@ccsm.org.co](mailto:pqr@ccsm.org.co) - 4209909 opción 7.

Para mayor información acerca del Manual de Políticas y Protección de Datos Personales y el aviso de privacidad consultar en el siguiente enlace: <http://www.ccsm.org.co/es/camara/inst/normas.php>

Firma

\_\_\_\_\_

Nombre

Cédula de Ciudadanía

**Plato,**

**Señores**

**CÁMARA DE COMERCIO DE SANTA MARTA PARA EL MAGDALENA**

**Ciudad**

***Ref. Carta admitiendo que no se encuentra inhabilitado.***

Yo, \_\_\_\_\_, identificado con la cédula de ciudadanía número \_\_\_\_\_, con domicilio principal en la ciudad de \_\_\_\_\_, actuando a nombre propio, manifiesto bajo la gravedad del juramento, que reúno los requisitos establecidos para aspirar al cargo de segundo representante de la comunidad ante la Junta Directiva de la E.S.E. HOSPITAL FRAY LUIS DE LEÓN DE PLATO, especialmente, los señalados en el numeral 2º del artículo 8 del Decreto 1876 de 1994<sup>1</sup> y demás normas concordantes.

Adicionalmente, declaro bajo juramento que no me encuentro incurso en causal de inhabilidad e incompatibilidad señaladas en la norma en mención para integrar la Junta Directiva de esa Institución.

Cordialmente,

**Firma**

\_\_\_\_\_

**Nombre**

**Cédula de Ciudadanía**

<sup>1</sup> Los representantes de la comunidad deben:

- Estar vinculados y cumplir funciones específicas de salud en un Comité de Usuarios de Servicio de Salud; acreditar una experiencia de trabajo no inferior a un año en un Comité de Usuarios.
- No hallarse incurso en ninguna de las inhabilidades e incompatibilidades contempladas en la ley.