Yo, , identificado(a) con la cédula de ciudadanía No. de , como Titular de la información que estoy suministrando, autorizo de manera libre, previa, expresa, voluntaria, y debidamente informada a **SINTECTO LTDA.** (en adelante la Compañía), para que durante el proceso de selección en el que me encuentro adelantando para ingresar a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (en adelante la Entidad), así como durante toda la vigencia de mi relación laboral en caso de llegar a ser contratado, o durante la relación laboral ya existente, la Compañía pueda solicitar, recolectar, recaudar, almacenar, usar, circular, suprimir, procesar, compilar, intercambiar, dar tratamiento, actualizar, conservar, remitir a la Entidad y disponer de los datos que han sido por mi suministrados y aquellos que incorporados en distintas bases o bancos de datos tales como pero sin limitarse a, los entes Administradores del Sistema de Seguridad Social Integral, las Autoridades Judiciales y de Policía, la Procuraduría General de la República, la Contraloría General de la Nación o cualquier otra fuente de información legalmente constituida. De igual manera, autorizo a la Compañía para que adelante los procesos para la referenciación y/o verificación de mis condiciones laborales, académicas y demás que consideren pertinentes, gestiones que la entidad realizará directamente, a través de sus filiales o aliados estratégicos con que acuerde realizar estas actividades.

Esta autorización se extiende a la recolección y tratamiento de mis **datos sensibles** de acuerdo con lo descrito en la Política de Tratamiento de Datos de la Compañía, el art. 6º del Decreto 1377 de 2013 y el art. 5º de la Ley 1581 de 2012. De igual forma, de conformidad con el art. 26 de la Ley 1581 de 2012, autorizo a la Compañía a que mis datos sean transferidos a terceros países según el manejo que la Compañía considere conveniente.

Consiento y autorizo de manera previa, expresa e inequívoca que mis datos personales sean tratados conforme a lo previsto en el presente documento, así como según lo contemplado en el Manual de Política de Tratamiento de Datos Personales, el cual declaro conocer y saber dónde puedo consultarlo.

De conformidad con los términos dispuestos por el artículo 9º del decreto 1377 de 2013 y el artículo 15 de la Ley 1581 de 2012, si no deseo que mis datos personales sean utilizados por la Compañía, podré revocar de manera parcial o total tal autorización de manera expresa e inequívoca, directa, expresa y por escrito bien sea en medio físico o electrónico; o por cualquier medio o conducta inequívoca que permita concluir de forma razonable que se revoca tal autorización o consentimiento. En el evento en que tenga alguna observación y/o comentario sobre el manejo y uso de mis datos personales, o en caso de que considere que la Compañía dio un uso contrario al autorizado y a las leyes aplicables; según el presente documento, me contactaré con la Compañía a través del Área de Operaciones quien es la responsable de protección de datos de la Compañía: Dirección Carrera 45 # 97-50 Oficina 807 -Edificio Porto 100 Teléfono 6019159000.

Autorización entidades laborales:

|  |  |
| --- | --- |
| Última experiencia Laboral N°1. |  |
| Nombre y teléfono de jefe inmediato |  |
| Experiencia Laboral N°2. |  |
| Nombre y teléfono de jefe inmediato: |  |
| Experiencia Laboral N°3. |  |
| Nombre y teléfono de jefe inmediato: |  |
| Experiencia Laboral N°4. |  |
| Nombre y teléfono de jefe inmediato: |  |

Autorización de contactar al jefe inmediato empleador actual.

Nota. Si no selecciona ninguna de las opciones relacionadas en esta sección, se entenderá que se podrán verificar todas las experiencias laborales.

Si No

Autorización de contactar a Recursos Humanos de su empleador actual.

Nota. Si no selecciona ninguna de las opciones relacionadas en esta sección, se entenderá que se podrán verificar todas las experiencias laborales.

Si No

\*Si no marca la anterior opción, damos por entendido que se verificarán todas las experiencias

laborales.

***Debido a la emergencia sanitaria por la pandemia del COVID 19 no se realiza la toma de huella digital del titular de la información.***

Firma:

Nombre: C.C. No.

Fecha de autorización: