


| | | |
|---|---|---------------------|
|  | FORMATO AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES | CÓDIGO: AP-TH-F-111 |
| | | VERSIÓN: 3 |
| | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO | PÁGINA: 1 DE 1 |
| | | FECHA: 21/01/2025 |

“AUTORIZACIÓN PARA CONSULTA Y DESCARGUE DE ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS, JUDICIALES Y AL SISTEMA REGISTRO NACIONAL DE MEDIDAS CORRECTIVAS RNMC”

PROCEDIMIENTO DE VERIFICACIÓN DE REQUISITOS PARA CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.

Yo, **LEYDI LILIANA BARRAGAN**, identificado(a) con C.C número **1014215170**, autorizo expresamente a la **Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.**; para recolectar, almacenar, consultar, procesar, actualizar, transmitir, compartir, transferir, descargar y a dar tratamiento a la información personal indispensable que haya suministrado para adelantar el proceso verificación y/o vinculación del cual hago parte para la contratación por prestación de servicios con la entidad frente a los antecedentes disciplinarios, judiciales y al sistema registro Nacional de medidas correctivas RNMC

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 **BOGOTA** a los **07/02/2025** en señal de aceptación.

Firma: 

Nombre: LEYDI LILIANA BARRAGAN RODRIGUEZ

Identificación: 1014215170 BTA

Correo: maryrg_1968@hotmail.com

Nº Contacto: 3222520985