

 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	<b>FORMATO AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES</b>		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, (nombres completos del aspirante) Johana Giohna Otalora Espino, identificado(a) con C.C. 4 C.E. 1012324909, 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 (Ciudad) Bogotá a los (incluir fecha dd/mm/aa), 20- febrero -2025 en señal de aceptación.

Firma: [Firma manuscrita]  
Nombre: Johana Giohna Otalora Espino  
Identificación: 1012324909 Btu  
Correo: Sofia108@hotmail.com  
N° Contacto: 3106131921