

|                                                                                   |                                                                                   |                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------|
|  | <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.<br>GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO | PÁGINA: 1 DE 1      |
|                                                                                   |                                                                                   | FECHA: 21/01/2025   |

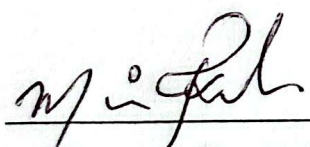
**“AUTORIZACIÓN PARA CONSULTA Y DESCARGUE DE ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS, JUDICIALES Y AL SISTEMA REGISTRO NACIONAL DE MEDIDAS CORRECTIVAS RNMC”**

**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 y apellidos completos del aspirante) Maria Fernanda Laspiella Salamanca, identificado(a) con C.C X C.E        número 46376540, 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) Bogota a los (incluir fecha dd/mm/aa), 8 07 - 2025 en señal de aceptación.

Firma:   
 Nombre: Maria Fernanda Laspiella S.  
 Identificación: 46376540  
 Correo: mafe.laspiella@gmail.com  
 N° Contacto: 3043478029