Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	**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, REINA ALEJANDRA ACOSTA FRANCO, identificado(a) con C.C X__ C.E __ número 102241345 ,autorizo expresamente a la **Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E;** para recolectar, almacenar, consultar, procesar, actualizar, trasmitir, 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 días 2 de mes de septiembre del año 2025 en señal de aceptación.

Firma: 

Nombre: REINA ALEJANDRA ACOSTA FRANCO

Identificación: 1022413451

Correo ajedrandraacosta2215@gmail.com

N° Contacto: 312 3223594