


|   |   |                     |
|---|---|---------------------|
|  | <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   |

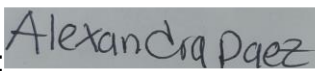
*“AUTORIZACIÓN PARA CONSULTA Y DESCARGUE DE ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS, JUDICIALES Y AL SISTEMA REGISTRO NACIONAL DE MEDIDAS CORRECTIVAS RNMC”*

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

Yo, Maria Alexandra Paez Padilla, identificado(a) con C.C. X C.E. \_\_\_\_\_ número 1.010.143.509, 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 *(Bogotá D.C)* a los *28 Días de noviembre del año 2025*, en señal de aceptación.

Firma: 

Nombre: Maria Alexandra Paez Padilla

Identificación: 1.010.143.509

Correo: -

[Diosesamor2830@gmail.com](mailto:Diosesamor2830@gmail.com)

Nº Contacto: 313 804 1567