

 Shmtb * Si 당 5 NnHe ESE	FORMATO AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES	CODIGO: AP-TH-F-111
		VERSIÓN:3
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTION DEL TALENTO HUMANO	PAGINA: 1 DE 1
		FECHA: 21/01/2025

"AUTORIZACION PARA CONSULTA Y DESCARGUE DE ANTECEDENTES
DISCIPLINARIOS, JUDICIALES Y AL SISTEMA REGISTRO NACIONAL DE MEDIDAS
CORRECTIVAS RNMC"

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

Yo, joly victoria bello garcia _____ identificado(a) con C.C. x
C.E. __ numero 1012357500 __, 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
16/11/2025 en señal de aceptación.

Firma: joly victoria bello _____

Nombre: joly victoria bello garcia _____

Identificación: 1012357500 _____

Correo: joly.bello@hotmail.com _____

Nº Contacto: 3202347913 _____