| | | |
|---|---|---|
| Secretaría de Salud<br>Subred Integrada de Servicios de Salud<br>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.<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, *(nombre completos del aspirante)* Leidy Rosalba Cavieces Forero, identificado(a) con C.C X C.E __ número 1023929292 ,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 *(Ciudad)* Bogotá DC. a los *(incluir fecha dd/mm/aa)*, 06-04-2026 en señal de aceptación.

Firma: Leidy Cavieces F.

Nombre: Leidy Cavieces Forero

Identificación: 1023929292

Correo: leidycavieces818@gmail.com

N° Contacto: 3219553338