

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD</p>	<p>SUBDIRECCIÓN DE CONTRATACIÓN SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL FORMATO AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES Código: SDS-CON-FT-077 V.1</p>	<p>Elaborado por: Angela Ortiz Gasca - Eliana Andrea Pineda Sanchez- Karín Yalem Cáceres Ortigoza. Revisado y Aprobado por: Andrea Pedroza Molina</p>	
---	--	---	--

De conformidad con lo dispuesto en la normatividad vigente sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1074 de 2015, autorizo libre, expresa e inequívocamente a la Secretaria Distrital de Salud – Fondo Financiero Distrital de Salud, para que realice la recolección y tratamiento de mis datos personales que suministro de manera veraz y completa, los cuales serán utilizados para los diferentes aspectos relacionados con la elaboración, suscripción y seguimiento de los contratos de prestación de servicios de la entidad.

Así mismo, declaro que conozco que la recolección y tratamiento de mis datos se realizará de conformidad con la Política de Seguridad de la Información de la Secretaria Distrital de Salud, publicada en la página web de la entidad www.saludcapital.gov.co, manifestando que he sido informado(a) de forma clara y suficiente de los fines de su tratamiento y la posibilidad que tenía de no efectuar la autorización en aquella información considerada sensible.

Manifiesto que como titular de la información, fui informado de los derechos con que cuento como titular de la información, especialmente a conocer, actualizar y rectificar mi información personal, revocar la autorización y solicitar la supresión del dato.

Se suscribe en la ciudad de ____Bogotá_____, el día __treinta____ (_30_) de ____noviembre____ de 2021__.

Firma _____
Nombre _Diana Patricia Martínez Yate_____
Cédula ____1016009155_____

Validación de firmas Diana Martínez Y

Diana Yate <dianayate@gmail.com>

Mar 28/12/2021 20:06

Para: Silva Puerto, Sonia Marcela <SMSilva@saludcapital.gov.co>

Buenas noches,

Por medio del presente solicito la validación de las firmas de los formatos de calidad de los documentos enviados como parte del proceso para realizar la cesión de un contrato de servicios profesionales.

Cordialmente,

Diana Patricia Martínez Yate

cc 1016009155

Cel 3148239034