RE: VALIDACIÓN FIRMA

Oscar Cruz <odcruzpai007@hotmail.com>
Vie 15/07/2022 7:13
Para: SDS, SaludPublicaContratos <Contratossaludpublica@saludcapital.gov.co>

Cordial saludo;

Yo Oscar Danilo Cruz Redondo identificada con la CC 80012282 de la ciudad de Bogotá confirmo y constato que las firmas contenidas en los documentos enviados a la Secretaria Distrital de Salud para fines de procesos contractuales, confirman y autorizan mi identidad y a su vez reportan la validez y la idoneidad en la aceptación de cada documento

Gracias

De: SDS, SaludPublicaContratos <Contratossaludpublica@saludcapital.gov.co>
Enviado: jueves, 14 de julio de 2022 11:40 a. m.
Asunto: VALIDACIÓN FIRMA

Buen día,

Reciban un especial saludo en este día. Continuamos con la gestión y avance en el proceso de contratación, por indicaciones del área, de manera atenta solicitamos que nos envíen el siguiente párrafo, con el fin de garantizar la validez de sus documentos firmados:

Cordial saludo;

Yo XXXXXXXXX identificada/o con la CC XXXXXX de la ciudad de Bogotá confirmo y constato que las firmas contenidas en los documentos enviados a la Secretaria Distrital de Salud para fines de procesos contractuales, confirman y autorizan mi identidad y a su vez reportan la validez y la idoneidad en la aceptación de cada documento.

Agradecemos el pronto envío,

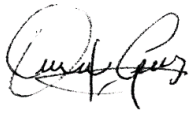
EQUIPO CONTRATACIÓN
Subsecretaría de Salud Pública
Secretaría Distrital de Salud
Extensión: 9539

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 ocho (_8_) de Julio de 2022.

Firma 

Nombre OSCAR DANILO CRUZ REDODONDO

Cédula 80012282