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 D.C, el día jueves (25) de agosto de 2022.

Firma 

Nombre Raul Enrique Tuntaquimba Mesa

Cédula 1016046926 de Bogotá

Validación firma Raul Tuntaquimba

Raul Tuntaquimba <rau17tm6@gmail.com>

Mié 28/09/2022 9:04

Para: Yuly Lizeth, Rodriguez Sanchez <YL2Rodriguez@saludcapital.gov.co>

Cordial saludo estimada Lizeth

Yo Raul Enrique Tuntaquimba Mesa identificado con la C.C 1016046926 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.

Cordialmente