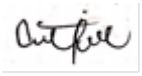
De conformidad con lo dispuesto en la normatividad vigente sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1074 de 2015, autorizo libre, expresa e inequívocamente a la Secretaria Distrital de Salud – Fondo Financiero Distrital de Salud, para que realice la recolección 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 veintisiete (27) de septiembre de 2022

Firma 

Nombre Cristhian Leandro Sanchez Ruiz

Cédula 1.030.583.647 de Bogotá.

Asunto: Constancia de Firmas

cristhian sanchez <cristosanru@hotmail.es>

Jue 29/09/2022 11:29

Para: Rigoberto, Moreno Zamora <R1Moreno@saludcapital.gov.co>

Cordial saludo;

Yo CRISTHIAN LEANDRO SANCHEZ RUIZ identificado con la CC 1.030.583.647 de la ciudad de Bogotá confirmo y constato que las firmas contenidas en los documentos adjuntos 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.

Cristhian Sánchez Ruiz
celular 3212634641