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

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 Diecinueve (19) de 09 de 2022.

Firma

Nombre Paula Viviana Romero Mayorga

Cédula 1012334879

Scanned with CamScanner

Solicitud aclaración de firma

PAULA VIVIANA ROMERO <paularomero1946@gmail.com>

Mar 1/11/2022 8:42 PM

Para: Maria Fernanda, Gomez Montero <MFGomez@saludcapital.gov.co>

Reciba un cordial saludo

Confirmo que cada una de las firmas que reposan en los formatos son suscritas y las autentico bajo mi propia responsabilidad.

Agradezco de antemano por toda su colaboración y atención prestada a la presente documentación enviada.

Quedo atenta a cualquier duda y/o inquietud al respecto.

Gomez Montero, Maria Fernanda <MFGomez@saludcapital.gov.co> escribió:

> Buenos días,
>
> Amablemente, solicito se sirva dar fe indicando si la firma que aparece en los documentos remitidos para dar inicio al trámite
> contractual con el FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD es de su puño y letra.
>
> Cordialmente,
>
> **María Fernanda Gómez Montero**
> Profesional Especializado - GF Administrativo
> Dirección de Provisión de Servicios de Salud
> Secretaria Distrital de Salud
> Tel. 3649090 Ext. 9882
>
> ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
>
> BOGOTÁ