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 D.C., el día veintinueve (29) de Julio de 2022.

Firma _____

Nombre Leidy Judith Rodríguez Nieves

Cédula 1.010.162.327

Re: AJUSTES DOCUMENTOS PROCESO DE CONTRATACION - LEIDY JUDITH RODRIGUEZ NIEVES

Leidy Rodriguez <leidyrodriguez39@gmail.com>

Lun 03/10/2022 9:46

Para: SDS, SaludPublicaContratos <Contratossaludpublica@saludcapital.gov.co>

Cordial saludo,

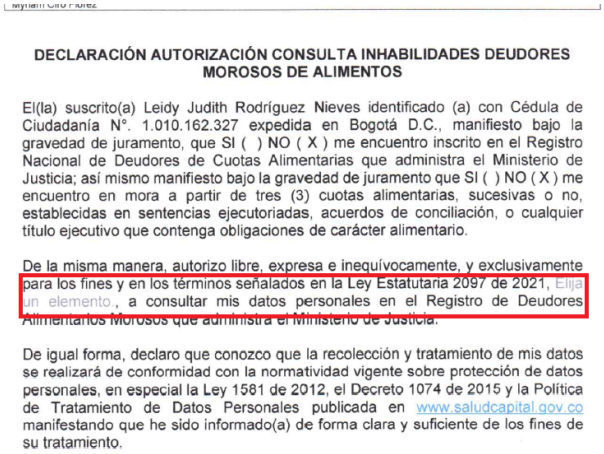
Yo Leidy Judith Rodríguez Nieves identificada/o con la CC 1.010.162.327 de la ciudad de Bogotá confirmo y constato que las firmas contenidas en los documentos enviados a la Secretaria Distrital de Salud para fines de procesos contractuales, confirman y autorizan mi identidad y a su vez reportan la validez y la idoneidad en la aceptación de cada documento.

Gracias por su atención,

Atentamente,

LEIDY RODRIGUEZ
QUÍMICA FARMACÉUTICA
TEL 3123218021

El sáb, 1 oct 2022 a la(s) 18:08, SDS, SaludPublicaContratos (Contratossaludpublica@saludcapital.gov.co) escribió:

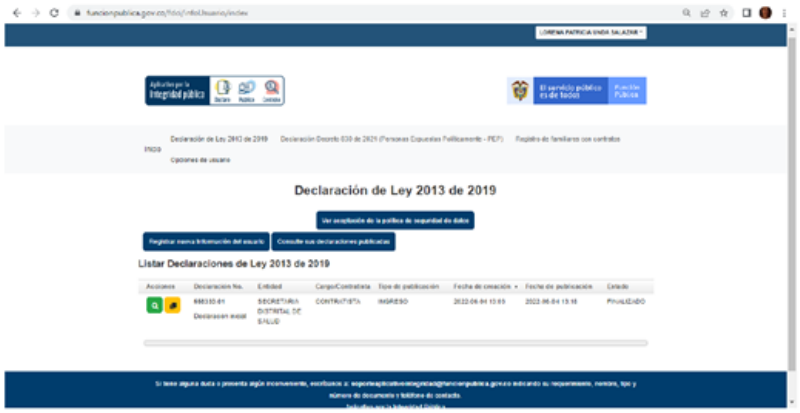
> Buenas tardes
> Dando respuesta a correo documentos le informo correcciones a realizar.
>
> 9. FORMATO DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN CONSULTA INHABILIDADES DEUDORES MOROSOS DE ALIMENTOS - ELEGIR COMO ENTIDAD FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD
>
> 
>
> **DECLARACIÓN AUTORIZACIÓN CONSULTA INHABILIDADES DEUDORES MOROSOS DE ALIMENTOS**
>
> El(la) suscrito(a) Leidy Judith Rodríguez Nieves identificado (a) con Cédula de Ciudadanía N°. 1.010.162.327 expedida en Bogotá D.C., manifiesto bajo la gravedad de juramento, que SI ( ) NO (X) me encuentro inscrito en el Registro Nacional de Deudores de Cuotas Alimentarias que administra el Ministerio de Justicia; así mismo manifiesto bajo la gravedad de juramento que SI ( ) NO (X) me encuentro en mora a partir de tres (3) cuotas alimentarias, sucesivas o no, establecidas en sentencias ejecutoriadas, acuerdos de conciliación, o cualquier título ejecutivo que contenga obligaciones de carácter alimentario.
>
> De la misma manera, autorizo libre, expresa e inequívocamente, y exclusivamente para los fines y en los términos señalados en la Ley Estatutaria 2097 de 2021, Elija un elemento., a consultar mis datos personales en el Registro de Deudores Alimentarios Morosos que administra el Ministerio de Justicia.
>
> De igual forma, declaro que conozco que la recolección y tratamiento de mis datos se realizará de conformidad con la normatividad vigente sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1074 de 2015 y la Política de Tratamiento de Datos Personales publicada en www.saludcapital.gov.co manifestando que he sido informado(a) de forma clara y suficiente de los fines de su tratamiento.

10. FORMATO DE INFORMACIÓN A TERCEROS PERSONA NATURAL - NO SE ANEXA DOCUMENTO

11. FORMATO DE RELACION DE CONTRATOS DE PRESTACION DE SERVICIOS - PERSONA NATURAL - **DEJAR EN BLANCO EL CONTRATO RELACIONADO NO RELACIONAR**

12. FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA - ANEXAR HOJA DE VIDA VALIDADA POR LA ENTIDAD

14. DECLARACIÓN_BIENES_Y_RENTAS_Y_CONFLICTO_DE_INTERÉS_SIGEP.
NO SE EVIDENCIA DOCUMENTO EL CUAL DEBE INDICAR NOMBRE DE CONTRATISTA Y LA PALABRA FINALIZACION COMO INDICA LA IMAGEN ADJUNTA.



19. CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN Y/O VIGENCIA DE MATRICULA PROFESIONAL EXPEDIDO POR LA AUTORIDAD COMPETENTE - ANEXAR CAPTURA DE PANTALLA DEL RETHUS

20. ACTUALIZAR ANTECEDENTES

21. ACTUALIZAR REGISTRO NACIONAL DE MEDIDAS CORRECTIVAS - RNMC

24. ACTUALIZAR CERTIFICADOS DE EPS Y PENSION

30. PANTALLAZO_CREACION_USUARIO_SECOP II_COMO_PROVEEDOR
DEBE INDICAR DATOS DEL CONTRATISTA COMO INDICA IMAGEN ADJUNTA



POR FAVOR TENER EN CUENTA LAS OBSERVACIONES ANTERIORES Y ENVIAR LAS CORRECCIONES LO MÁS A MAS TARDAR EL DIA LUNES 3 DE OCTUBRE

Atentamente,

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