



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

GESTIÓN DE TIC
DIRECCIÓN TIC
SISTEMA DE GESTIÓN
CONTROL DOCUMENTAL

SOLICITUD DE RECURSOS TIC

Código:

SDS-TIC-FT-047

Versión:

2



Elaborado por: Johanna Sandoval Bernal / Revisado por: Isabel Mira Rivas - Jeison Perdomo Polania / Aprobado por: Luis Carlos Ocampo Ramos

Tipo de Solicitud:

Creación de cuenta de red y/o correo para usuario

Fecha de Solicitud:

4/12/2024

DATOS PARA LA CREACIÓN DEL USUARIO

Nombres:

MARIA KATERINE

Apellidos:

TANGARIFE TANGARIFE

No. Cédula

1007232639

Dependencia:

Subsecretaría_de_Gestión_Territorial_Participación_y_Atención_a_la_Ciudadanía

Dirección:

Dirección_Participación_Social_Gest_Territorial_y_Trans

Subdirección:

Subdirección_de_Territorial_RED_SUR_OCCIDENTE

Tipo de Vinculación:

Contratista

Cargo:

Contratista

Inicio Vigencia

29/01/2025

Fin Vigencia

31/12/2025

SERVICIOS SOLICITADOS

Solicitud Cuenta de Red:

SI

Solicitud Cuenta de Correo:

SI

IMPORTANTE:

1) Para la creación de cuenta de red o correo se debe adjuntar el Acta de Posesión o Acta de Inicio de Contrato

2) Para contratistas, la cuenta estará vigente hasta el vencimiento del contrato reportado.

3) La Dirección de Talento Humano Informará sobre los funcionarios de planta que presenten novedades administrativas, para proceder con la inactivación de cuentas de red y correo

OBSERVACIONES

Firma del Solicitante

Nombres y Apellidos: Maria Katerin Tangarife Tangarife

Cargo: Contratista

Fecha: 31/01/2025

Firma Jefe de área

Nombres y Apellidos: Juan Alvarado Solano

Cargo: Profesional Especializado

Fecha: 31/01/2025

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	GESTIÓN DE BIENES Y SERVICIOS SUBDIRECCIÓN DE BIENES Y SERVICIOS SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL				
	SOLICITUD DE EXPEDICIÓN DE CARNETS Y ACTUALIZACIÓN DE DATOS				
	Código:	SDS-BYS-FT-052	Versión:	5	

Elaborado por: Luis Carlos Martínez Rincón / Edgar Andrés Leiva Contreras / Revisado por: Elma Yolanda Gómez Villamarín / Aprobado por: Diana Marcela Acosta Rubio

AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Antes de continuar con el diligenciamiento de este formato, consulte la Política de Protección de Datos Personales de la Secretaría Distrital de Salud, la cual se encuentra disponible en la siguiente dirección url http://www.saludcapital.gov.co/Documents/Politica_Proteccion_Datos_P.pdf

De conformidad con lo dispuesto en las normas vigentes 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 Secretaría Distrital de Salud, para que realice la recolección y tratamiento de mis datos personales, los cuales suministro de forma veraz, exacta y completa, para que sean utilizados en los trámites de la identificación institucional y los diferentes aspectos relacionados con la seguridad de la entidad.

ACEPTO	SI	Puede continuar con el diligenciamiento de la solicitud	
DATOS DEL DIRECTIVO, JEFE INMEDIATO O SUPERVISOR Diligencie todos los campos			
DIRECTIVO, JEFE INMEDIATO O SUPERVISOR:	Lady Carolina Calderon Gallo	FECHA SOLICITUD:	31/01/2025
DEPENDENCIA SOLICITANTE:	Dirección Participación Social, Gest. Territorial y Transec.	EXTENSIÓN:	N/A
TIPO DE SOLICITUD:	Expedición o refundación de carnet	Este tipo de requerimiento aplica para los nuevos ingresos de funcionarios y contratistas o cuando se requiera refundar el carnet por inicio de un nuevo contrato y cuando se presente el traslado del solicitante a otra dependencia.	

DATOS DEL USUARIO Diligencie todos los campos					
NOMBRE Y APELLIDOS:	MARIA KATERINE TANGARIFE TANGARIFE	No. CEDULA:	1007232639	RH :	O positivo (O+)
SEXO:	Mujer	CORREO:	katerintangarife@gmail.com	¿TIENE ALGUNA DISCAPACIDAD?:	NO
DIRECCIÓN DE RESIDENCIA:	Cra 69 d No. 3-80 sur Torre 5 apt 104	BARRIO	Hipotecho	CELULAR:	3208968262
TIPO DE VINCULACIÓN:	Contratista	FECHA DE INICIO:	29/01/2025	FECHA DE TERMINACIÓN:	31/12/2025
EDIFICIO:	Administrativo	PISO:	Piso 04	EXTENSIÓN:	NO

DESCRIPCIÓN DE LA SOLICITUD DE CARNETS (Seleccione el (los) carnet(s) requerido(s) y diligencie los datos de la descripción del vehículo de acuerdo al tipo de la solicitud si aplica)							
SELECCIONE CON UNA "X" EL (LOS) CARNET(S) REQUERIDO(S)		CARNET VEHICULAR	CLASE VEHICULO:	(Seleccione clase de Vehículo)	BICIUSUARIOS	CLASE VEHICULO	
1.CARNET INSTITUCIONAL:	X		PLACA:			SERIE:	
2.CARNET VEHICULAR:	N/A		MARCA:			MARCA:	
3.CARNET BICIUSUARIO:	N/A		MODELO:			COLOR:	
			TIPO VEHÍCULO:				
			COLOR:				

COMENTARIOS U OBSERVACIONES ADICIONALES
Diligencie en este campo sus comentarios, observaciones o solicitudes adicionales si las tiene.

Firma del Directivo, Jefe Inmediato o Supervisor	Firma del solicitante
No es necesario realizar la impresión de este documento, será válida la firma digital y la remisión desde el correo del jefe inmediato con los soportes mencionados en las observaciones.	

- OBSERVACIONES:**
- 1.) Esta solicitud sólo se efectuará si está avalada por el supervisor o jefe inmediato.
 - 2.) Para funcionarios de planta, se deberá adjuntar la resolución de nombramiento o acta de posesión y los permisos estarán vigentes hasta que sea reportada la terminación laboral, al área de seguridad y control.
 - 3.) Para contratistas, se deberá adjuntar el acta inicio, cesión o prórroga y el permiso estará vigente hasta la fecha final que registre el acta.
 - 4.) Se deben registrar todos los datos requeridos de acuerdo a la solicitud, de no allegarse toda la información se suspenderá el trámite hasta que se efectúen las observaciones reportadas.
 - 5.) Si presenta alguna discapacidad y requiere servicio de estacionamiento, deberá reportarla a la Dirección de Gestión del Talento Humano para habilitar el permiso del uso de parqueadero en zona de discapacidad.
 - 6.) La solicitudes de carnets se deberán realizar al correo carnetsds@saludcapital.gov.co, adjuntando a la solicitud los soportes respectivos y una foto reciente en tamaño 4 X 4 fondo azul.
 - 7.) Como responsable de la presente solicitud, el solicitante y supervisor del servidor público o contratista, deberá gestionar la devolución del carnet institucional, vehicular o de biciusuario, cuando termine la vinculación con la Secretaría Distrital de Salud -Fondo Financiero Distrital de Salud a la Subdirección de Bienes y Servicios - Seguridad y Control.
 - 8.) Cualquier duda o inquietud será atendida en la Ext. 9889