INICIO

| ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD | GESTIÓN DE TIC<br>DIRECCIÓN TIC<br>SISTEMA DE GESTIÓN<br>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:** | 12/02/2025 |
|---|---|---|---|

**DATOS PARA LA CREACIÓN DEL USUARIO**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Nombres:** | LEIDY JAZMIN | | **Apellidos:** | BUITRAGO CAPERA | | **No. Cédula** | 52731843 |
| **Dependencia:** | Subsecretaría_de_Gestión_Territorial_Participación_y_Atención_a_la_Ciudadanía | | | | | | |
| **Dirección:** | Dirección_Participación_Social_Gest._Territorial_y_Transec | | | **Subdirección:** | Subdirección_de_Territorial_RED_SUR_OCCIDENTE | | |
| **Tipo de Vinculación:** | Contratista | **Cargo:** | Contratista | **Inicio Vigencia** | 10/02/2025 | **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 contatistas, la cuenta estará vigente hasta el vencimento 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**

LEIDY BUITRAGO

**Firma del Solicitante**

**Nombres y Apellidos:** LEIDY JAZMIN BUITRAGO CAPERA
**Cargo:** Contratista
**Fecha:** 10/02/2025

Carolina Cg.

**Firma Jefe de área**

**Nombres y Apellidos:** Lady Carolina Calderon
**Cargo:** Subdirectora
**Fecha:** 10/02/2025

| ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD | GESTIÓN DE BIENES Y SERVICIOS<br>SUBDIRECCIÓN DE BIENES Y SERVICIOS<br>SISTEMA DE GESTIÓN<br>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, excacta 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:** | **12/02/2025** |
| **DEPENDENCIA SOLICITANTE:** | Dirección Participación Social, Gest. Territorial y Transec. | **EXTENSIÓN:** | **N/A** |
| **TIPO DE SOLICITUD:** | Expedición o refrendación de carnet | *Este tipo de requerimiento aplica para los nuevos ingresos de funcionarios y contratistas o cuando se requiera refrendar 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:** | *LEIDY JAZMIN BUITRAGO CAPERA* | **No. CEDULA:** | **52731843** | **RH :** | **O positivo (O+)** |
| **SEXO:** | *Mujer* | **CORREO:** | **leidi-dani2000@hotmail.com** | **¿TIENE ALGUNA DISCAPACIDAD?:** | **NO** |
| **DIRECCIÓN DE RESIDENCIA:** | **Calle 31 sur No. 9 c 51 este** | **BARRIO** | **San Cristobal** | **CELULAR:** | **3006932196** |
| **TIPO DE VINCULACIÓN:** | Contratista | **FECHA DE INICIO:** | 10/02/2025 | **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)** | |
|---|---|
| **1 CARNET INSTITUCIONAL:** | X |
| **2.CARNET VEHICULAR:** | N/A |
| **3.CARNET BICIUSUARIO:** | N/A |

**CARNET VEHICULAR**

| | |
|---|---|
| **CLASE VEHICULO:** | *(Seleccione clase de Vehículo)* |
| **PLACA:** | |
| **MARCA:** | |
| **MODELO:** | |
| **TIPO VEHÍCULO:** | |
| **COLOR:** | |

**BICIUSUARIOS**

| | |
|---|---|
| **CLASE VEHICULO** | |
| **SERIE:** | |
| **MARCA:** | |
| **COLOR:** | |

## COMENTARIOS U OBSERVACIONES ADICIONALES

*Diligencie en este campo sus comentarios , observaciones o solicitudes adicionales si las tiene.*

Carolina Cg.

**Firma del Directivo, Jefe Inmediato o Supervisor**

IEIDY BUITRAGO

**Firma del solicitante**

**No es necesario realizar la impresión de este documento, será valida 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 términación laboral, al área de seguridad y control.
3.) Para contatistas, se deberá adjuntar el acta incio, 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.) Sí 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 parquedero 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