Gobernación de Cundinamarca	**PROMOCION DEL DESARROLLO DE SALUD** **GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA**	Código: M-PDS-GSP-GPSP-FR-103 Versión: 1
	Formato Custodia de Información DSP	Fecha de aprobación :27 Dic-2024

"Señor Ciudadano, autoriza a la Gobernación de Cundinamarca a utilizar sus datos personales para fines informativos exclusivamente en cumplimiento de la misión de la entidad, de conformidad con las disposiciones de la Ley 1581 de 2012, ley de protección de datos y el Decreto 1377 de 2013 que la reglamenta parcialmente. Así mismo, si desea ejercer sus derechos de conocer, actualizar, rectificar o suprimir sus datos, lo puede solicitar a través del correo electrónico habeasdata@saludpublica.gov.co"

Datos del solicitante de Información (quien recibe la custodia)

Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Tipo documento	Número de identificación
ADRIANA	MARCELA	CORTES	REYES	CC	52666973
Entidad/institución/Dependencia	**Correo electrónico**	**Información Solicitada**	**Periodicidad de tiempo**	**Uso de la información**	**Medio de envío información**
HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE NEMOCON	saludpublicahospitaldenemocon@gmail.com	Bases de datos (ficha familiar y AIEPI)	SEMANAL	SEGUIMIENTO Y GESTION	CORREO ELECTRONICO

Descripción de la Información a entregar:

Bases de datos de ficha familiar Survey123 y AIPE 2025V7 las cuales contienen información diligenciada del entorno hogar por auxiliares de enfermería contratadas desde la ESE Hospital San Vicente de Paul de Nemocón bajo el convenio interadministrativo No. SS-CDCTI-1540-2024

Firma del solicitante:



Cargo del Solicitante: contratista persona natural

Coordinador de Salud Publica Hospital San Vicente de Paul de Nemocon

Día/Mes/Año: 8 de enero de 2025

Gobernación de Cundinamarca	**PROMOCION DEL DESARROLLO DE SALUD** **GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA**	Código: M-PDS-GSP-GPSP-FR-103 Versión: 1
	Formato Custodia de Información DSP	Fecha de aprobación :27 Dic-2024

Instructivo de Diligenciamiento:

Si usted va a solicitar información a la Dirección de Salud Pública, por favor diligenciar el formato de custodia de información, así:

Datos del solicitante de Información:

Diligencie sus nombres y apellidos, documento de identificación, empresa, institución y/o dependencia interna, correo electrónico al que se enviará la información, información solicitada, periodicidad de la información solicitada, uso de la información y medio de envío de la información (vía electrónica).

Descripción de la información a entregar:

Bases de datos correspondientes al municipio específico, con los ítems requeridos, base anonimizada, informe u otra información a entregar según disponibilidad.

Firma del solicitante:

Registre su firma.

Cargo del solicitante:

Diligencie si es contratista o funcionario.

Día/Mes/Año:

Registre la fecha en que se realiza la solicitud.