

|                                                                                                                      |                                            |                                  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|----------------------------------|
|  <b>Gobernación de Cundinamarca</b> | <b>PROMOCION DEL DESARROLLO DE SALUD</b>   | Código: M-PDS-GSP-GPSP-FR-103    |
|                                                                                                                      | <b>GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA</b>         | Versión: 1                       |
|                                                                                                                      | <b>Formato Custodia de Información DSP</b> | 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](mailto: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   |
|--------------------------------------------|---------------------|------------------------|------------------------|-----------------------|----------------------------|
| Jenny Constanza                            |                     | Vargas                 | Vargas                 | CC                    | 10691078270                |
| Entidad/institución/Dependencia            | Correo electrónico  | Información Solicitada | Periodicidad de tiempo | Uso de la información | Medio de envío información |
| ESE Region de Salud Centro Oriente Almeida | cot231286@gmail.com |                        |                        |                       |                            |

**Descripción de la Información a entregar:**

Firma del solicitante: \_\_\_\_\_

Cargo del Solicitante:

Auxiliar de Enfermería.

Día/Mes/Año: Noviembre 2025