FORMATO SOLICITUD DE INFORMACIÓN DEL REGISTRO PARA LA LOCALIZACIÓN Y CARACTERIZACIÓN DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD - RLCPD	
DATOS DE LA SOLICITUD	
Fecha de la solicitud: **5-07-2024**	
Datos de la entidad que requiere la información del RLCPD:	
Nit: 901.845.498-9	
Razón Social: CONSORCIO WARI	
Departamento: CUNDINAMARCA	**Municipio: BOGOTA**
Dirección: CALLE 60 No. 19-19	**Teléfono: 601-3100470**
Página Web:	**E-mail:**
Datos del representante legal de la entidad que requiere la información del RLCPD:	
Tipo identificación: CEDULA DE CIUDADANIA	**Número identificación: 79.623.901**
Nombres: IVAN ALEXANDER	**Apellidos: MONTES PRIEDRAHITA**
Cargo: REPRESENTANTE LEGAL PRINCIPAL	
Acto administrativo de nombramiento:	
E-mail institucional: **consultores@avancceorganizacional.com**	**Teléfono: 601-3100470**
Firma:	
Descripción de la solicitud de información del RLCPD: (Qué información se requiere)	
Justificación de la solicitud de información del RLCPD: (Para qué se requiere / Soportar normativamente la necesidad, incluyendo su coherencia con los usos permitidos la Resolución 1239 de 2022 o la que lo modifique o sustituya)	
Periodicidad de la información solicitada del RLCPD: (En caso que requiera la información de forma sucesiva, señale el intervalo de tiempo – no menor a 15 días calendario- que requiere transcurra entre cada actualización)	
Datos de la persona autorizada para acceder a la información del RLCPD: (Se generará un único usuario y contraseña para una sola persona perteneciente a la entidad que requiere la información, con los datos que en este espacio se diligencien, los cuales se comunicarán al e-mail institucional aquí informado)	
Tipo identificación: CEDULA DE CIUDADANIA	**Número identificación: 19.199.622**
Nombres: LUIS RICARDO	**Apellidos: GOMEZ MORA**
Cargo: LIDER DE PROYECTO	**Dependencia:**
Acto administrativo de nombramiento:	
E-mail institucional: **deproyectos@deproyectos.com**	**Teléfono:** **3134669958**
Compromiso de confidencialidad:	
El representante legal de la entidad que requiere la información del RLCPD y la persona autorizada por este para acceder a la información del RLCPD, aquí firmantes, **SE COMPROMETEN** a hacer uso de la información única y exclusivamente para los fines expuestos en la justificación de la presente solicitud; a cumplir las disposiciones legales y reglamentarias relacionadas con las políticas de privacidad y protección de datos; a garantizar la aplicación de las medidas de seguridad que le sean exigidas por el Ministerio de Salud y Protección Social para tal efecto; a garantizar la protección y debido tratamiento de la información confidencial para evitar su entrega o acceso a terceros no autorizados, su divulgación, fuga, reproducción, almacenamiento o cualquier otro uso no autorizado; a mantener el carácter confidencial de la información	

indefinidamente y aún después de terminada la vinculación con la entidad que requiere la información y de la vigencia de la aceptación de la presente solicitud; y a asumir la responsabilidad penal y/o disciplinaria y/o fiscal y/o civil a que hubiere lugar ante el incumplimiento de las anteriores obligaciones.

Igualmente, **MANIFIESTAN** el reconocimiento del valor probatorio del presente compromiso y **ACEPTAN** que el Ministerio de Salud y Protección Social se reserva el derecho de verificar en cualquier momento y sin previo aviso, el cumplimiento del presente compromiso, con respecto al tratamiento de la información confidencial.

En constancia firman:

El representante legal de la entidad que requiere la información del RLCPD:

Nombre: IVAN ALEXANDER MONTES P.

Firma

La persona autorizada por el representante legal de la entidad que requiere la información del RLCPD para acceder a la información del RLCPD:

Nombre: LUIS RICARDO GOMEZ M.

Firma

ANÁLISIS DE LA SOLICITUD	
Datos de la persona vinculada a la Oficina de Calidad del Ministerio de Salud y Protección Social que realizó la revisión y verificación de cumplimiento de instrucciones de diligenciamiento del formato por parte del solicitante:	
Tipo identificación:	**Número identificación:**
Nombres:	**Apellidos:**
Cargo:	
Concepto de cumplimiento de instrucciones de diligenciamiento del formato de la persona vinculada a la Oficina de Promoción Social del Ministerio de Salud y Protección Social que realizó la revisión y verificación de cumplimiento de instrucciones de diligenciamiento del formato por parte del solicitante:	
Cumple ☐ No cumple ☐	
Aprobación de la solicitud por parte del jefe de la Oficina de Promoción Social del Ministerio de Salud y Protección Social:	
Aprobado ☐ No Aprobado ☐ Nombre: Firma	