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**
BRENDA	NATALIA	SUAREZ	RAMIREZ	CEDULA	1.077.970.748
Entidad/institución/Dependencia	**Correo electrónico**	**Información Solicitada**	**Periodicidad de tiempo**	**Uso de la información**	**Medio de envío información**
HOSPITAL SALAZAR DE VILLETA	Nataliasuarez1991re@hotmail.com	BASE DE DATOS	**1** MESES	APS	MEDIOS DIGITALES

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

FIRMA DEL SOLICITANTE:
CARGO DEL SOLICITANTE:
AUXILIAR DE ENFERMERIA APS
DÍA/MES/AÑO: 15/12/2025

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:

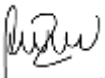
Datos del solicitante de Información:

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: Auxiliar de enfermería
Diligencie si es contratista o funcionario.
Día/Mes/Año: 15/12/2025
Registre la fecha en que se realiza la solicitud.