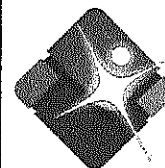




ALCALDÍA MAYOR  
DE BOGOTÁ D.C.  
SECRETARÍA DE SALUD

SUBDIRECCIÓN DE CONTRATACIÓN  
SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN  
CONTROL DOCUMENTAL  
FORMATO AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO  
DE DATOS PERSONALES  
Código: SDS-CON-FT-077 V.1

Elaborado por: Angela Ortiz  
Gasca - Eliana Andrea  
Pineda Sanchez- Karín  
Yalem Cáceres Ortigoza.  
Revisado y Aprobado por:  
Andrea Pedroza Molina



De conformidad con lo dispuesto en la normatividad vigente 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 – Fondo Financiero Distrital de Salud, para que realice la recolección y tratamiento de mis datos personales que suministro de manera veraz y completa, los cuales serán utilizados para los diferentes aspectos relacionados con la elaboración, suscripción y seguimiento de los contratos de prestación de servicios de la entidad.

Así mismo, declaro que conozco que la recolección y tratamiento de mis datos se realizará de conformidad con la Política de Seguridad de la Información de la Secretaría Distrital de Salud, publicada en la página web de la entidad [www.saludcapital.gov.co](http://www.saludcapital.gov.co), manifestando que he sido informado(a) de forma clara y suficiente de los fines de su tratamiento y la posibilidad que tenía de no efectuar la autorización en aquella información considerada sensible.

Manifiesto que como titular de la información, fui informado de los derechos con que cuento como titular de la información, especialmente a conocer, actualizar y rectificar mi información personal, revocar la autorización y solicitar la supresión del dato.

Se suscribe en la ciudad de Bogotá D.C., el día Nueve ( 09 ) de Diciembre del 2020.

Firma

Nombre

Laura Isabel Garces Horta

Cédula

1.019.141.540