Armenia, 20 de enero de 2022

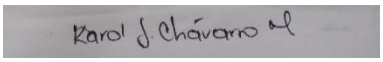
Cesar Augusto Ospina Puertas
Subdirector Centro de Comercio y Turismo
SENA Regional Quindío
Armenia

Asunto: Autorización consulta inhabilidades por delitos sexuales contra menores de edad

Estimado señor(a):

El (la) suscrito(a) Karol Juliette Chavarro Moreno identificado con ~~C.C~~./ C.E./ P.P No. 1.113.628.399 expedida el 04 de Agosto de 2005, autorizo libre, expresa e inequívocamente, y exclusivamente para los fines y en los términos señalados en la Ley 1918 de 2018, reglamentada por el Decreto 753 de 2019, al Servicio Nacional de Aprendizaje SENA con NIT. 899.999.034-1, a consultar mis datos personales en el registro de inhabilidades por delitos sexuales cometidos contra personas menores de edad que administra el Ministerio de Defensa-Policía Nacional de Colombia, de manera previa a mi eventual vinculación laboral, contractual o legal y reglamentaria y, de llegarse a formalizar, cada cuatro (4) meses a partir del inicio de la misma y mientras se encuentre vigente.

Así mismo, declaro que conozco que la recolección y tratamiento de mis datos se realizará de conformidad con la normatividad vigente sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1074 de 2015 y la Política de Tratamiento de Datos Personales publicada en www.sena.edu.co, manifestando que he sido informado(a) de forma clara y suficiente de los fines de su tratamiento.

Firma 
Nombres y Apellidos Karol Juliette Chavarro Moreno
C.C./ C.E./ P.P 1.113.628.399 de Palmira

**Instrucciones para el diligenciamiento del formato**

**NO IMPRIMIR**

**2. Instrucciones para diligenciar las casillas o campos del formato**

| INSTRUCCIONES | |
|---|---|
| **NOMBRE DEL FORMATO** | Autorización consulta inhabilidades por delitos sexuales contra menores de edad<br>Diligencie y radique si corresponde a cargos, oficios o profesiones que involucren una relación directa y habitual con niños, niñas y adolescentes, de conformidad con la Ley 1918 de 2018, reglamentada por el Decreto 753 de 2019. |
| Ciudad y fecha | Escriba ciudad y fecha en la que se encuentra actualmente y día de la radicación |
| Nombres y apellidos del Destinatario | Digite nombre del coordinador de grupo de apoyo administrativo (si el cargo es de Regional o centro) o del coordinador del grupo de relaciones laborales (si el cargo es de Dirección General) |
| Cargo | Digite coordinador de grupo de apoyo administrativo (si el cargo es de Regional o centro) o coordinador grupo de relaciones laborales (si el cargo es de Dirección General) u ordenador del gasto que realice la contratación |
| Nombre de la Dependencia | Digitar nombre de la regional o centro a la que dirige la comunicación |
| El suscrito | Escriba nombres y apellidos completos de quien autoriza la consulta |
| C.C./ C.E./ P.P. | Escriba según el tipo de documento que posee e indique el número de identificación |
| Expedida el | Indique la fecha de expedición de su documento de identidad |
| Firma | Suscriba con la rúbrica de quien autoriza la consulta |
| Nombre | Escriba nombres y apellidos completos |
| Documento de identidad | Escriba según el tipo de documento que posee e indique el número de identificación |