

|                                                                                                                                                      |                                                                                                 |                |          |   |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|----------|---|
| <br><b>ALCALDÍA MAYOR<br/>DE BOGOTÁ D.C.</b><br>SECRETARÍA DE SALUD | GESTIÓN CONTRACTUAL<br>SUBDIRECCIÓN DE CONTRATACIÓN<br>SISTEMA DE GESTIÓN<br>CONTROL DOCUMENTAL |                |          |   |
|                                                                                                                                                      | AUTORIZACIÓN CONSULTA INHABILIDADES POR DELITOS SEXUALES CONTRA<br>NIÑOS NIÑAS Y ADOLESCENTES   |                |          |   |
|                                                                                                                                                      | Código:                                                                                         | SDS-CON-FT-087 | Versión: | 1 |

Elaboró: Luis Eduardo Zamora Sánchez-Héctor Fabio González Castellanos / Revisó: Luz Ángela Garzón Rojas / Aprobó: Luz Myriam Ciro Flórez

## AUTORIZACIÓN CONSULTA INHABILIDADES POR DELITOS SEXUALES CONTRA NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES

El(la) suscrito(a) Pedro Germán Fonseca Sanabria identificado (a) con C.C N°. 1022360635 expedida en Bogotá, 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 Fondo Financiero Distrital de Salud identificada con NIT. 800.246.953-2, 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.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.

Se suscribe en la ciudad de Bogotá, el día 15 de marzo de 2023.




---

**Firma**