PROCESO GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO
FORMATO AUTORIZACIÓN CONSULTA INHABILIDADES POR DELITOS SEXUALES CONTRA MENORES DE EDAD

Pereira, Junio de 2020

Sra:
Beatriz Elena Estrada Ocampo
Coordinadora Grupo de Apoyo Administrativo Mixto
Despacho Regional Risaralda
Pereira

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

Estimada señora:

La suscrita **MARIA EUGENIA BETANCOURT LOPEZ,** identificada con **C.C. No. 42.108.113** expedida en **Pereira** 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 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 del SENA (Acuerdo No.009 del 14/12/2016), manifestando que he sido informado(a) de forma clara y suficiente de los fines de su tratamiento.



Firma: _____
Nombre MARIA EUGENIA BETANCOURT LOPEZ
C.C./ C.E./ P.P 42.108.113 DE PEREIRA
Fecha de Expedición: 16-09-1991.

Instrucciones para el diligenciamiento del formato

NO IMPRIMIR

2. Instrucciones para diligenciar las casillas o campos del formato

INSTRUCCIONES	
NOMBRE DEL FORMATO	MANIFESTACIÓN DE INTERÉS DE ENCARGO 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)
Nombre de la Dependencia	Digitar nombre de la regional o centro a la que dirige la comunicación
El suscrito	Escriba nombres y apellidos completos
C.C./ C.E./ P.P.	Escriba según el tipo de documento que posee e indique el número de identificación
Firma	Suscriba con su rubrica
Nombre	Escriba nombres y apellidos completos
Documento de identidad	Escriba según el tipo de documento que posee e indique el número de identificación