ANEXO 8

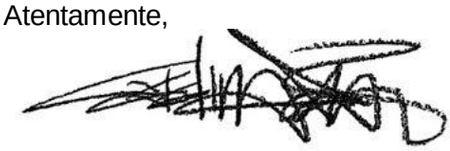
FORMATO DE AUTORIZACIÓN DE CONSULTA DE INHABILIDADES POR DELITOS SEXUALES COMETIDOS CONTRA MENORES DE 18 AÑOS. - LEY 1918 DE 2018.

El(la) suscrito(a) _____, identificado (a) con C.C. No. _____, 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 **MUNICIPIO DE BUCARAMANGA** con NIT. 890201222-0, 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 contractual con el **MUNICIPIO DE BUCARAMANGA** o durante la vigencia de aquella.

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.bucaramanga.gov.co manifestando que he sido informado(a) de forma clara y suficiente de los fines de su tratamiento.

Se suscribe a los,

Atentamente,



_____

Firma
Nombre o razón social del Proponente: IQ BIOINGENIERIA SAS
NIT. :900.538.263-5_____
Nombre del Representante Legal y/o representante: AIDA CAROLINA DIAZ PINZON
C.C. Nº 52442085_____de BOGOTA_____
Dirección: CALLE 77c N0. 114ª-54__
Ciudad: BOGOTA_____
Teléfono: 3175106369_____
Celular: 3175106369_____
Telefax: _____
e-mail:iqbioingenieriasas@gmail.com