Alcaldia Municipal de Envigado	**AUTORIZACIONES Y CONSENTIMIENTO CONTRATISTA MUNICIPIO DE ENVIGADO**	Código: CC-F-237
		Versión: 01
		Página **1** de **1**

Empresa: Municipio de Envigado		**Fecha:**	abril 23 de 2025
Nombre del Contratista	**Fundación El Ágora**		
Documento de identidad	**Nit 900.193.182-4**		

CONSENTIMIENTO EXPRESO CON TRANSFERENCIA DE DATOS SENSIBLES BIOMÉTRICOS Y DECLARACIÓN

Descripción De acuerdo con la Ley Estatutaria 1581 de 2012 de Protección de Datos y normas concordantes; y resolución municipal 5068 del 13 de Abril de 2021 "política seguridad de la información".		**Aplica** (Marcar con "X")	
		Si	**No**
Consentimiento expreso con transferencia de datos	Autorizo como Titular de los datos, que éstos sean incorporados en una base de datos responsabilidad del **Municipio de Envigado**, siendo tratados con la finalidad de Concesión y gestión de permisos, licencias y autorizaciones, fines históricos, científicos o estadísticos, gestión de sanciones, amonestaciones, requerimientos, exclusiones, procedimientos administrativos, gestión de pago, gestión de contratista, prevención de riesgos laborales, promoción y gestión de administrativa, transmisión y/o transferencia de datos. De igual modo, autorizo la transmisión y/o transferencia de mis datos a terceras entidades, cuyo objeto social sea la prestación de servicios de salud, fondo de pensiones y cesantías, ARL, cajas de compensación familiar y pago de honorarios, en todo caso, gestión administrativa en general y publicidad contractual en los portales de Colombia compra eficiente y los entes de control. Es de carácter facultativo suministrar información que verse sobre Datos Sensibles, entendidos como aquellos que afectan la intimidad o generen algún tipo de discriminación, o sobre menores de edad.	**X**	
Consentimiento expreso para utilizar datos sensibles - biométricos	Autorizo como titular mis datos sensibles correspondientes a Información del estado de Salud, Imágenes fotográficas, videos y huellas dactilares sean incorporadas en una base de datos responsabilidad de **Municipio de Envigado**, con la finalidad de conocer el estado de salud de la persona que incluyen: resultados de pruebas de laboratorios, estudios médicos, diagnósticos médicos, generales o especializados, psicológicos o psiquiátricos, además que las fotografías y videos puedan ser publicadas en medios impresos (carnets), medios audiovisuales, redes sociales institucionales, así como, para realizar gestión administrativa en seguridad industrial Es de carácter facultativo suministrar información que verse sobre Datos Sensibles, entendidos como aquellos que afectan la intimidad o generen algún tipo de discriminación, o sobre menores de edad.	**X**	
Declaración	De igual modo, declaro haber sido informado respecto de las autorizaciones aquí suscritas que puedo ejercitar mis derechos de acceso, corrección, supresión, revocación o reclamo por infracción sobre mis datos, mediante escrito dirigido al **Municipio de Envigado** al correo electrónico ciudadano@envigado.gov.co, indicando en el asunto el derecho que desea ejercitar, o mediante correo ordinario remitido a la Cra. 43 #38S-35, Zona 9, Envigado, Antioquia.	Aplica en cualquiera de los casos	

AUTORIZACIÓN CONSULTA INHABILIDADES POR DELITOS SEXUALES CONTRA NIÑOS NIÑAS Y ADOLESCENTES

APLICA[1]: SI____**X**____ NO: _____

El (la) suscrito(a) 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 Envigado con NIT. 890907106-5, 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 publicada en https://www.envigado.gov.co/, manifestando que he sido informado(a) de forma clara y suficiente de los fines de su tratamiento.

Incluir la siguiente nota cuando aplique, tanto para persona jurídica/persona natural que cuente con personal a cargo y en razón de su objeto y actividades a desarrollar tenga relación directa y habitual con menores de edad.

Así mismo declaro que he realizado la verificación del personal a mi cargo, previa autorización de éste y que no se encuentra incurso en inhabilidad por delitos sexuales.

SOLICITUD DE AFILIACIÓN A LA ARL SOLO PARA PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES Y/O DE APOYO A LA GESTIÓN PERSONA NATURAL[2]

Actualmente SI __**NA**__ NO _____ (marque con una x según el caso) me encuentro afiliado (a) a la ARL _____ (indique el nombre de la ARL a la que se encuentre afiliado(a) en la actualidad).

Actualmente Si ____ No ____ (marque con una x) tengo contrato vigente con otra entidad. (**Tener en cuenta que si tiene varios contratos debe estar afiliado en todos a la misma ARL).**
NO me encuentro en mora por el pago de aportes con ninguna ARL del país.

Autorizo al Municipio de Envigado para que determine el grado de riesgo en el que quedaré clasificado (a), de acuerdo al objeto y obligaciones contractuales que se pacten obligándome a realizar el pago oportunamente.

Así mismo declaro que he consignado la información de ARL en el formato anexo de Excel de afiliación a ARL y es completamente verídica

Gloria Patricia Giraldo

Autoriza/declara: Gloria Patricia Giraldo

N° Cédula: 43.741.862

Teléfono/ celular: 604 4440445/ 3136163736

[1] Cuando no le aplique indicar N/A