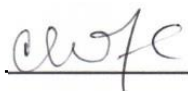
	AUTORIZACIÓN CONSULTA INHABILIDADES POR DELITOS SEXUALES CONTRA NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES	CÓDIGO: AP-TH-F-140
		VERSIÓN: 1
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	PÁGINA: 1 DE 1
		FECHA: 03/11/2023

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

El(la) suscrito(a) C l a u d i a M e r c e d e s I n f a n t e C a m a r g o __
identificado (a) con. N°.52179406 expedida en B o g o t á , 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, a la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E
identificada con NIT. 900971006-4, 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 dicha vinculación autorizo a que la consulta se realice cada
cuatro (4) meses a partir de esta 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, 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 18 de septiembre de 2025.

 _____

Firma:

Teléfono:

3017487020

Correo:

cinfantepsico@

gmail.com