Socotá - Boyacá, _____ de _____ 2025

Señores:
E.S.E. CENTRO DE SALUD SAN ANTONIO – SOCOTÁ.
Ciudad

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

El (la) suscrito(a) XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX identificado con C.C./ C.E./ P.P No. C.C. No. XXXXXXXXXXX de XXXXXXXXXX por el presente manifiesto que autorizo de manera 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 E.S.E. CENTRO DE SALUD SAN ANTONIO DE SOCOTÁ identificada con Nit. 826.002.060.8, 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 u otro, de manera previa dentro del proceso de selección, vinculación contractual, legal o reglamentaria y así mismo de surtirse esta, 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, Ley 1712 de 2014 y la Política de Protección y datos personales de datos, manifestando que he sido informado(a) de forma clara y suficiente de los fines de su tratamiento.

Firma: _____
Nombres y Apellidos: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
C.C./ C.E./ P.P: No. XXXXXXXXXX de XXXXXXXX