

PROCESO		
GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO		
NOMBRE DEL FORMATO		
FORMATO AUTORIZACIÓN CONSULTA INHABILIDADES POR DELITOS SEXUALES CONTRA MENORES DE EDAD		
CLASIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN		
Pública <input type="checkbox"/>	Pública Clasificada <input type="checkbox"/>	Pública Reservada <input type="checkbox"/>

Ciudad y fecha

**Generalidades:**

1. El objetivo de este formato es tener la constancia de autorización por parte del futuro contratista para que la entidad tenga la potestad de consultar, en las diferentes bases de datos, la existencia o no de una causal de inhabilidad que impida la contratación.
2. No existe un procedimiento adjunto a este formato
3. El formato debe ser diligenciado por el futuro contratista que pretenda suscribir un contrato con la entidad.
4. El formato es diligenciado cada vez que se presente la necesidad de tramitar un futuro contrato.
5. El formato es suscrito por el futuro contratista
6. El formato no requiere impresión y deberá ser suscrito digitalmente.
7. Este documento debe ser cargado en documentos del proceso en la Plataforma de SECOP II.

Nombres y apellidos del Destinatario

Cargo

Nombre de la Dependencia: *(Centro, Regional o Dirección General)*

Ciudad:

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

Estimado señor(a):

El (la) suscrito(a) \_\_\_\_\_ identificado con C.C./ C.E./ P.P No. \_\_\_\_\_ expedida en \_\_\_\_\_, 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 identificado con NIT. 899.999.034-1, a consultar mis datos personales en el registro de inhabilidades por delitos sexuales cometidos contra personas menores de 18 años que administra el Ministerio de Defensa-Policía Nacional de Colombia, de manera previa a mi eventual vinculación laboral, contractual o legal y reglamentaria.

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.sena.edu.co](http://www.sena.edu.co), manifestando que he sido informado(a) de forma clara y suficiente de los fines de su tratamiento.

Firma \_\_\_\_\_  
Nombres y Apellidos \_\_\_\_\_  
C.C./ C.E./ P.P \_\_\_\_\_

## Instrucciones para el diligenciamiento del formato

**NO IMPRIMIR**

### 2. Instrucciones para diligenciar las casillas o campos del formato

<b>INSTRUCCIONES</b>	
<b>NOMBRE DEL FORMATO</b>	Autorización consulta inhabilidades por delitos sexuales contra menores de edad 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), coordinador del grupo solicitante de la contratación u ordenador del gasto que realice la contratación.
Cargo	Digite coordinador de grupo de apoyo administrativo (si el cargo es de Regional o centro) coordinador del grupo solicitante de la contratación u ordenador del gasto que realice la contratación.
Nombre de la Dependencia	Digitar nombre de la regional o centro a la que dirige la comunicación
El suscrito	Escriba nombres y apellidos completos de quien autoriza la consulta
C.C./ C.E./ P.P.	Escriba según el tipo de documento que posee e indique el número de identificación
Expedida el	Indique la fecha de expedición de su documento de identidad
Firma	Suscriba con la rúbrica de quien autoriza la consulta
Nombre	Escriba nombres y apellidos completos
Documento de identidad	Escriba según el tipo de documento que posee e indique el número de identificación