| E.S.E Centro de Salud TOGÜÍ | E.S.E CENTRO DE SALUD TOGÜI<br>NIT. 820.003.435-9 | | |
|---|---|---|---|
| | SISTEMA INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN | | |
| | APOYO | CONTRATACIÓN PÚBLICA | FORMATO |
| | Versión 0 | F-CP-21 | 11-08-2025 |
| AUTORIZACIÓN CONSULTA INHABILIDADES POR DELITOS SEXUALES CONTRA MENORES DE EDAD | | | Página 1 de 1 |

Togüi Boyacá, diciembre 2025

Señores:
**E.S.E CENTRO DE SALUD DE TOGÜÍ**
Ciudad

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

El (la) suscrito(a) **MARIA ALEJANDRA USCATEGUI LEON** identificado con C.C./ C.E./ P.P No. 1.003.510.898 de Moniquirá., 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 Empresa Social del Estado Centro de Salud de Togüi identificada con NIT. 820.003.435-9, 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 C.C./ C.E./ P.P. **MARIA ALEJANDRA USCATEGUI LEON**
C.C. No. 1.003.510.898 de Moniquirá.