AUTORIZACIÓN
CONSULTA DE REGISTRO DE INHABILIDADES POR DELITOS SEXUALES COMETIDOS CONTRA MENORES DE EDAD

El (la) suscrito(a) **Isabel Cristina Rivas Triana** identificado con C.C No. **67.002.689** expedida en **Cali (Valle),** 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 Distrito Especial de Santiago de Cali - Valle del Cauca con NIT. 890.399.011-3 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.

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, y el Decreto 1074 de 2015, manifestando que he sido informado(a) de forma clara y suficiente de los fines de su tratamiento.

Se suscribe en la ciudad de Cali – Valle del cauca, el día primero (1) de ENERO de 2026.

Firma: ISABEL CRISTINA RIVAS T.
Nombre: Isabel Cristina Rivas Triana
Cédula: 67.002.689 de Cali