| PROCESO | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO | | | | | |
| **NOMBRE DEL FORMATO** | | | | | |
| **FORMATO AUTORIZACIÓN CONSULTA INHABILIDADES POR DELITOS SEXUALES CONTRA MENORES DE EDAD** | | | | | |
| **CLASIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN** | | | | | |
| **Pública** | X | Pública Clasificada | | Pública Reservada | |

Bogota 2 de ene. de 26

MONICA CUADROS SIERRA
Coordinadora de Grupo de Apoyo Administrativo Intercentros del Complejo Sur
*Centro de Electricidad Electrónica y Telecomunicaciones*
Ciudad: Bogota

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

Estimado señor(a):

El (la) suscrito(a) CARLOS FABIAN CASTRO PARRA identificado con C.C No. 1032392631 BOGOTA 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, manifestando que he sido informado(a) de forma clara y suficiente de los fines de su tratamiento.

Entiendo que como titular de los datos tengo derecho a conocer, actualizar, rectificar y, cuando proceda, revocar la autorización, así como presentar consultas, peticiones y reclamos ante la Superintendencia de

Industria y Comercio o demás entidades competentes. Para ejercer estos derechos, podré hacerlo a través del correo servicioalciudadano@sena.edu.co.

Firma 

Nombres y Apellidos CARLOS FABIAN CASTRO PARRA

C.C. 1032392631

**Instrucciones para el diligenciamiento del formato**

**NO IMPRIMIR**

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

| **INSTRUCCIONES** | |
|---|---|
| **NOMBRE DEL FORMATO** | Autorización consulta inhabilidades por delitos sexuales contra menores de edad<br>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 |

**Control de Cambios**

| **VERSION** | **FECHA DE ENTRADA EN VIGENTE** | **NATURALEZA DEL CAMBIO** |
|---|---|---|
| 06 | Abril 2025 | Se ajusta incluye información de canales de comunicación |

