Bogotá D.C, 27 de diciembre de 2025

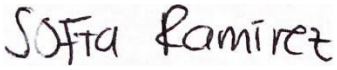
Dr. Carlos Arturo Salgar Ramírez
Interventor delegado
Centro de Tecnologías para la Construcción y la Madera - SENA

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

Estimado señor:

El (la) suscrito(a) Karen Sofía Ramírez Hernández identificado con C.C No. 1007107036 expedida el 11 de junio de 2021, 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 NIT. 899.999.034-1, 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, de manera previa a mi eventual vinculación laboral, contractual o legal y reglamentaria y, de llegarse a formalizar, 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, 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.

Firma 

Nombres y Apellidos Karen Sofía Ramírez Hernández
C.C 1007107036

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 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) o del coordinador del grupo de relaciones laborales (si el cargo es de Dirección General)**
Cargo	**Digite coordinador de grupo de apoyo administrativo (si el cargo es de Regional o centro) o coordinador grupo de relaciones laborales (si el cargo es de Dirección General) 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**