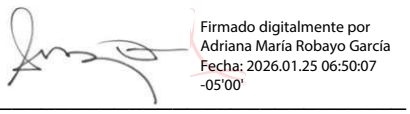
Salud	PROCESO	GESTIÓN DE CONTRATACIÓN	Código:	GCOF46
	FORMATO	AUTORIZACIÓN CONSULTA DE INHABILIDADES POR DELITOS SEXUALES COMETIDOS CONTRA MENORES DE EDAD LEY 1918 DE 2018	Versión:	01

Yo, **ADRIANA MARIA ROBAYO GARCIA** identificado(a) con cédula de ciudadanía No 52021893 de Bogotá en calidad de representante legal del INSTITUTO DE EVALUACION TECNOLOGICA EN SALUD – IETS NIT 900574083-9 por medio del presente documento autorizo al MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL para que, previamente a la suscripción del convenio y, cada cuatro (4) meses a partir de la fecha de inicio de la ejecución, realice la consulta en la plataforma virtual que se encuentra en la página Web de la Policía Nacional en aplicación de lo establecido en el artículo 4° de la Ley 1918 de 2018, a efectos de verificar que no me encuentro inscrito(a) en el registro de inhabilidades por delitos sexuales cometidos contra personas menores edad.

Lo anterior, teniendo en cuenta que, en ejecución de las obligaciones contractuales, podré tener una relación directa y habitual con menores.

Para constancia de lo anterior, se suscribe el presente documento en la ciudad de Bogotá, 25/01/2026

NOMBRE:

FIRMA: 

C.C.