FORMATO DE AUTORIZACIÓN DE CONSULTA DE INHABILIDADES POR DELITOS SEXUALES CONTRA NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES

El suscrito Orlando Peña D identificado con C.C. No. 91'106.413 expedida en SOCORRO, autorizo libre, expresa e inequívocamente, y exclusivamente para los fines y en los términos señalados en laLey 1918 de 2018 reglamentada por el Decreto 753 de 2019, al Departamento de Santander con NIT. 890201235-6, a consultar mis datos personales en el registro de inhabilidades por delitos sexuales cometidos contra personas menores de edadque administra el Ministerio de Defensa-Policía Nacional de Colombia, de manera previa a mi eventual vinculación contractual 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.santander.gov.co, manifestando que he sido informado(a) de forma clara y suficiente de los fines de su tratamiento.

Se suscribe en la ciudad de Socorro el dia 28 (28 de Enero De 2026

Firma

Nombre Orlando Peña Durán
Cédula 91'106.413 Socorro.

Powered by CamScanner