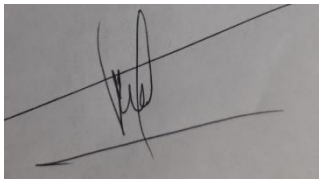
AUTORIZACIÓN CONSULTA INHABILIDADES POR DELITOS SEXUALES CONTRA NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES

El(la) suscrito(a) F R A N C I S C O L U I S O R T I Z V I V A S identificado (a) con. N°. 79.303.459 expedida en B O G O T A _____, 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, a la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E identificada con NIT. 900971006-4, 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 dicha vinculación autorizo a que la consulta se realice cada cuatro (4) meses a partir de esta 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, manifestando que he sido informado(a) de forma clara y suficiente de los fines de su tratamiento.

Se suscribe en la ciudad de BOGOTA _____, el día 08/ENE/2026_____.



_____

Firma:
Teléfono: 3103050043
Correo: ORTISPACO21061@GMAIL.COM