**CONSULTA INHABILIDADES POR DELITOS SEXUALES CONTRA NIÑOS NIÑAS Y ADOLESCENTES (Ley 1918 de 2018)**

Bogotá D. C.,

Señores:
**SECRETARÍA DISTRITAL DE GOBIERNO – FONDO DE DESARROLLO RURAL DE SUMAPAZ**

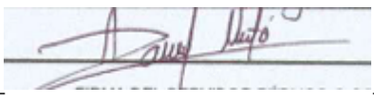
**ASUNTO:** AUTORIZACIÓN CONSULTA INHABILIDADES POR DELITOS SEXUALES CONTRA NIÑOS NIÑAS Y ADOLESCENTES

Yo, ____Antonio David Nieto Cubillos_____ identificado con C.C. X/ C.E./ P.P No. __1033730092____ expedida en ____Bogotá D.C.____, 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 Secretaría Distrital de Gobierno/ Fondo de Desarrollo Rural de Sumapaz identificado con NIT. 899.999.061-9, a consultar mis datos personales en el registro de inhabilidades por delitos sexuales cometidos contra personas menores edad que 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.

manifestando que he sido informado(a) de forma clara y suficiente de los fines de su tratamiento.

Se suscribe en la ciudad de __Bogotá D.C.__, el día _27_ (__) de ____Enero__ de 2026.

Firma 
Nombre __Antonio David Nieto Cubillos_____
Cédula __1033730092_____