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

Señores
INSTITUCION EDUCATIVA SIMON BOLIVAR
Ciudad

El(la) suscrito(a) GUILLERMO CUELLAR RINCON identificado(a) con cedula de ciudadanía No.14243312, 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 INSTITUCION EDUCATIVA SIMON BOLIVAR con NIT: 800.005.425-1, 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 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 la página web de la entidad, manifestando que he sido informado(a) de forma clara y suficiente de los fines de su tratamiento.

Dado en Ibague , lunes, 26 de enero de 2026

GUILLERMO CUELLAR RINCON /14243312
DIRECCION: CALLE 11 NO.12-25
TELEFONO: 3158800243