
	E.S.E HOSPITAL SAN FRANCISCO Nit No. 860.060.016-4			
	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION PROCESOS DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN			
	CONTRATACION			
	AUTORIZACIÓN CONSULTA INHABILIDADES POR DELITOS SEXUALES CONTRA MENORES DE EDAD			
	CODIGO: XXXXX	VERSIÓN: XXXX	FECHA: XXXXX	Página 1 de 1

San Luis de Gaceno Boyacá, _____ de _____ 202_____

Señores:
E.S.E HOSPITAL SAN FRANCISCO
Ciudad

Asunto: Autorización consulta inhabilidades por delitos sexuales contra menores de edad

El (la) suscrito(a) _____ identificado con C.C./ C.E./ P.P No. _____ expedida en _____, por el presente manifiesto que autorizo de manera 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 Empresa Social del Hospital San Francisco identificada con NIT. 860.060.016-4, 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 u otro, de manera previa dentro del proceso de selección, vinculación contractual, legal o reglamentaria y así mismo de surtirse esta, 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, Ley 1712 de 2014 y la Política de Protección y datos personales de datos, manifestando que he sido informado(a) de forma clara y suficiente de los fines de su tratamiento.

Firma _____

Nombres y Apellidos _____
C.C./ C.E./ P.P _____