	E.S.E CENTRO DE SALUD LAGOSALUD CUITIVA	
	GESTIÓN LEGAL	Código: A-GLE-M-01-F-07
		Versión: 01
	FORMATO AUTORIZACION CONSULTA DELITOS SEXUALES	Fecha: 14/05/2025
		Página 1 de 1

Cuitiva – Boyacá, 01 de junio del 2026

Señores:
E.S.E. CENTRO DE SALUD LAGOSALUD CUITIVA
Ciudad

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

El (la) suscrito(a) **ANDREA CAMILA MONROY CABEZAS**, identificada con C.C./ C.E./ P.P No. C.C. No 1030669153 de Bogotá 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 E.S.E. CENTRO DE SALUD LAGOSALUD CUITIVA identificada con Nit. 826.002.609 – 0, 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: **ANDREA CAMILA MONROY CABEZAS**
C.C./ C.E./ P.P: No. 1030669153 de Bogotá