

**AUTORIZACIÓN PARA VERIFICACIÓN DE INHABILIDAD POR DELITOS
SEXUALES COMETIDOS CONTRA MENORES**

El(la) suscrito(a) autorizo libre, expresa, inequívoca y exclusivamente a la Secretaria de Educación del Distrito, 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, en los términos señalados en la Ley 1918 de 2018, reglamentada por el Decreto 753 de 2019 y la Ley 2375 de 2024, como requisito previo para mi eventual vinculación o contratación y, de llegarse a formalizar, cada cuatro (4) meses a partir del inicio de ésta 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.

Dada en la ciudad de Medellín el día 28 de Julio 2026.



Firma

Nombre **ZORAYA MARIA ARTEAGA BEDOYA**
Cédula **4 3 . 0 4 7 . 3 5 8**