Autorización para consulta de inhabilidades por delitos sexuales

Señores
AGUAS DEL SOCORRO S.A. E.S.P.

Socorro

EDGAR FERNANDO PINZON LASPRILLA, identificado con C.C 91.071.950 de San gil, en mi calidad de representante legal de **CENTRO MEDICO DE EXAMENES EN SALUD OCUPACIONAL Y MEDICINA LABORAL-CEMESO con Nit: 901.073980-4,.** autorizo de manera libre, expresa e inequívoca a la Empresa **AGUAS DEL SOCORRO S.A. E.S.P.** para que consulte mis datos personales en el Registro de Inhabilidades por Delitos Sexuales cometidos contra menores de dieciocho (18) años, con el fin de verificar mi idoneidad para la celebración y ejecución de un contrato de prestación de servicios profesionales y/o de apoyo a la gestión, de conformidad con la normatividad vigente aplicable.

Declaro bajo la gravedad del juramento que la información suministrada es veraz, completa y actualizada, y autorizo a la Empresa **AGUAS DEL SOCORRO S.A. E.S.P.** para realizar las consultas necesarias en las bases de datos oficiales y correspondientes para los fines aquí indicados.

De igual manera, manifiesto que he sido debidamente informada sobre el alcance de la presente autorización, así como de las consecuencias legales que se derivan del suministro de información falsa o inexacta.

En constancia de lo anterior, se firma la presente autorización el día 10 de septiembre del 2026.

Dr. Edgar Fernando Pinzón Lasprilla
Médico y Cirujano
Reg. 01419 S.S.S.
Espec. en Salud Ocupaciona
Resolución 00-4584 S.S.S

EDGAR FERNANDO PINZON LASPRILLA