Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	**FORMATO AUTORIZACIÓN CONSULTA INHABILIDADES POR DELITOS SEXUALES CONTRA NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES**	CÓDIGO: AP-TH-F-140
		VERSIÓN: 2
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE ESE GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	PÁGINA: 1 DE 1
		FECHA: 31/08/2026

El(la) suscrito(a) A n g e l a p a t r i c i a A l d a n a M a r u l a n d a identificado(a) con N°.1121852500 expedida en: Villavicencio , 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 Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E identificada con NIT: 900.971.006-4, 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, de manera previa a mi eventual vinculación laboral (planta de personal) o contractual (contrato de prestación de servicios) y de llegase a formalizar dicha vinculación a la planta de personal o suscripción de contrato de prestación de servicios (según sea el caso) autorizo a que la consulta se realice cada cuatro (4) meses a partir de la fecha 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, manifestando que he sido informado(a) de forma clara y suficiente de los fines de su tratamiento.

Se suscribe en la ciudad de Bogotá, el día 29/09/2026



Firma:

Angela Aldana

Teléfono:
3112699721

Correo:angelamar
ulanda2088@gmai
lcom

Scanned with CamScanner