

 Unidad para las Víctimas	FORMATO AUTORIZACIÓN CONSULTA INHABILIDADES	Código: 760,10,15-68
	PROCESO GESTIÓN CONTRACTUAL	Versión: 02
	PROCEDIMIENTO PLANEACIÓN CONTRACTUAL Y GESTIÓN CONTRACTUAL	Fecha: 05/10/2021 Página 1 de 1

El(la) suscrito(a) XXXX XXXX XXXX identificado con C.C./ C.E./ P.P No. XXXXXX expedida en XXXXX, 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 Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas con NIT. 900490473-6, 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, de manera previa a mi eventual contratación y, de llegarse a formalizar, 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 Reglamentada parcialmente por el Decreto Nacional 1377 de 2013, Reglamentada Parcialmente por el Decreto 1081 de 2015 y la Política de privacidad y protección de datos personales publicada en la página web www.unidadvictimas.gov.co manifestando que he sido informado(a) de forma clara y suficiente de los fines de su tratamiento.

Se suscribe en la ciudad de XXXXX, el día XXX (XX) de XXXXX del 2026.

Firma

Nombre

Cédula

XXXX

XXXX

Versión	Fecha	Descripción de la modificación
01	04/12/2020	Creación Documento
02	05/10/2021	Se realizan ajustes de redacción en el documento