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) _____ identificado(a) con N°._____ expedida en: _____ , 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 _____, el día _____.

_____

Firma:

Teléfono:

Correo: