FORMATO AUTORIZACIÓN CONSULTA DE INHABILIDADES POR DELITOS SEXUALES COMETIDOS CONTRA MENORES DE EDAD LEY 1918 DE 2018					
Naturaleza del proceso:	**Apoyo**	**Código:**	**GCOF46**	**Versión:**	**01**

Yo, **Mayra Mercedes Alba García,** identificado(a) con cédula de ciudadanía No 27.591.239 de Cúcuta., por medio del presente documento autorizo al MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL para que, previamente a la suscripción del contrato de prestación de servicios y, cada cuatro (4) meses a partir de la fecha de inicio de la ejecución, realice la consulta en la plataforma virtual que se encuentra en la página Web de la Policía Nacional en aplicación de lo establecido en el artículo 4° de la Ley 1918 de 2018, a efectos de verificar que no me encuentro inscrito(a) en el registro de inhabilidades por delitos sexuales cometidos contra personas menores edad.

Lo anterior, teniendo en cuenta que, en ejecución de las obligaciones contractuales, podré tener una relación directa y habitual con menores.

Para constancia de lo anterior, se suscribe el presente documento en la ciudad de Bogotá, D.C., el veinte del mes de diciembre de 2023.

NOMBRE: Mayra Mercedes Alba García

Firmado digitalmente por Mayra Mercedes Alba Garcia
Fecha: 2023.12.20 10:36:19 -05'00'

FIRMA: _____
C.C.