Formato 13

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA LA CONSULTA DE INHABILIDADES DELITOS SEXUALES COMETIDOS CONTRA MENORES DE 18 AÑOS

yo JULIE ANGELICA ROJAS CRUZ de nacionalidad COLOMBIANA identificado(a) con 52875431 No. BOGOTÁ, D.C. expedida en la ciudad de: BOGOTÁ, D.C. suscribo el presente COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD Y NO DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN, en relación con la información clasificada o reservada que sea puesta a mi disposición por el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar – ICBF, manteniendo su confidencialidad, disponibilidad e integridad.

Yo **JULIE ANGELICA ROJAS CRUZ** de nacionalidad COLOMBIANA identificado(a) con Cédula de Ciudadania No. 52875431 expedida en la ciudad de BOGOTA, D.C.

suscribo el presente AUTORIZACIÓN para que el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar - ICBF adelante la respectiva cunsulta de inhabilidades delitos sexuales cometidos contra menores de 18 años, en la plataforma virtual de la Policía Nacional(https://inhabilidades.policia.gov.co:8080/consulta), y cuya entidad administra la base de datos de quienes hayan sido declarados inhabilitados por delitos sexuales contra menores de edad.para la protección de los derechos de los niños, niñas y adolescentes.

Se suscribe en la ciudad de **BOGOTÁ, D.C.** a los **13** días del mes de **febrero** de **2024**



Firma _____

Nombre JULIE ANGELICA ROJAS CRUZ

Cédula 52.875.431