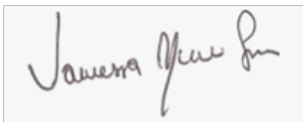
Formato 14

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

yo VANESSA PAOLA MORENO GARCIA de nacionalidad COLOMBIA identificado(a) con 1047467932 No. CARTAGENA expedida en la ciudad de: CARTAGENA 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 **VANESSA PAOLA MORENO GARCIA** de nacionalidad COLOMBIA
identificado(a) con Cédula de Ciudadania No. 1047467932
expedida en la ciudad de CARTAGENA
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 **CARTAGENA** a los **17** días del mes de **mayo** de **2024**



Firma _____

Nombre VANESSA PAOLA MORENO GARCIA
Cédula 1.047.467.932