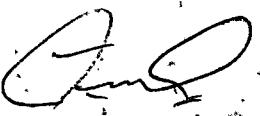


 <b>BIENESTAR FAMILIAR</b>	<b>PROCESO</b> <b>ADQUISICIÓN BIENES Y SERVICIOS</b> <b>FORMATO AUTORIZACIÓN CONSULTA</b> <b>INHABILIDADES POR DELITOS SEXUALES CONTRA</b> <b>NIÑOS NIÑAS Y ADOLESCENTES</b>	<b>F4.P5.ABS</b>	<b>14/11/2019</b>
		<b>Versión 1</b>	<b>Página 1 de 1</b>

El(la) suscrito(a), ARNU (FO) CAMPOS VARGAS, identificado con C.C./ C.E./ P.P No. 12 273 541 expedida en La Plata N., autorizo libre, expresa e inequivocamente, y exclusivamente para los fines y en los términos señalados en la Ley 1918 de 2018 reglamentada por el Decreto 753 de 2019, al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar Cecilia de la Fuente de Lleras – ICBF con NIT. 899.999.239-2, 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 vinculación laboral, contractual o legal y reglamentaria 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; el Decreto 1074 de 2015 y la Política de Tratamiento de Datos Personales publicada en [www.icbf.gov.co](http://www.icbf.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 La Plata N., el día 03 de 10 del 2025

Firma 

Nombre ARNULFO CAMPOS

Cédula 12278541