DECLARACIÓN AUTORIZACIÓN CONSULTA INHABILIDADES DEUDORES MOROSOS DE ALIMENTOS

El(la) suscrito(a) ANA MARIA LIZARAZO SALAZAR identificado (a) con Cédula de Ciudadanía N°. 52062915 expedida en Bogotá_, manifiesto bajo la gravedad de juramento, que SI ( ) NO (X) me encuentro inscrito en el Registro Nacional de Deudores de Cuotas Alimentarias que administra el Ministerio de Justicia; así mismo manifiesto bajo la gravedad de juramento que SI ( ) NO (X) me encuentro en mora a partir de tres (3) cuotas alimentarias, sucesivas o no, establecidas en sentencias ejecutoriadas, acuerdos de conciliación, o cualquier título ejecutivo que contenga obligaciones de carácter alimentario.

De la misma manera, autorizo libre, expresa e inequívocamente, y exclusivamente para los fines y en los términos señalados en la Ley Estatutaria 2097 de 2021, al Fondo Financiero Distrital de Salud identificada con NIT. 800.246.953-2, a consultar mis datos personales en el Registro de Deudores Alimentarios Morosos que administra el Ministerio de Justicia.

De igual forma, 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.saludcapital.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 _Bogotá, el día 10/10/2022.

ANAMARIALIZARAZO S

Firma