FORMATO N° 15

PROCESO DE SELECCIÓN ABREVIADA DE MENOR CUANTÍA

AUTORIZACIÓN DE CONSULTA – REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS (REDAM)

CIUDAD Y FECHA

SEÑORES
UNIDAD EJECUTORA DE SANEAMIENTO
CARRERA 37 A NO. 4-88
CALI

EN MI CONDICIÓN DE REPRESENTATE LEGAL (O PERSONA NATURAL) YO, _____, IDENTIFICADO CON EL DOCUMENTO DE IDENTIDAD C.C: N°_____, AUTORIZO PARA QUE SE REALICE A MI NOMBRE, LA CONSULTA REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS (REDAM) (Ley 2097 de 2021).

EN CONSTANCIA FIRMO A LOS ____ DÍAS DEL MES DE ___ DEL AÑO _____ EN LA CIUDAD DE _____.

ATENTAMENTE,

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL _____
NOMBRE _____
C.C. N° _____ DE _____
RAZÓN SOCIAL _____
NIT _____
RÉGIMEN TRIBUTARIO AL CUAL PERTENECE _____
DIRECCIÓN _____
CELULAR _____
CIUDAD _____