

JUNTA DE ACCIÓN ___ / VIVIENDA ___ COMUNAL DEL BARRIO ___ / VEREDA ___

SECTOR _____

POSTULACIÓN POR PLANCHAS

PLANCHA No. _____

1. BLOQUE 1: DIRECTIVO.

Cargo: PRESIDENTE(A)

Nombres completos:							
Apellidos completos:							
Número de afiliación:				Fecha de nacimiento:			
Tipo de Doc. T.I. ___ / C.C. ___ / C.E. ___ / PPT. ___				No. Doc.			
Correo electrónico:							
Dirección de residencia:							
Prof. U Oficio:				Teléfono:			
SEXO DE NACIMIENTO		ENFOQUE DIFERENCIAL		IDENTIDAD ÉTNICA		NIVEL DE FORMACIÓN	
Masculino		Discapacidad		Indígena		Sin formación	
Femenino		Diversidad sexual		Afrodescendiente		Primaria	
No binario		Pobreza extrema		Raizal		Bachillerato	
NS / NR		Víctima		Palenquero		Técnico(nólogo)	
		Migrante		Rrom		Profesional	
				Otro		Posgrado	
<small>Dando cumplimiento a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 (por el cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales) y de conformidad con lo señalado en el Decreto 1377 de 2013, con el diligenciamiento de este formulario AUTORIZO a la Alcaldía de Chía para que utilice mis datos personales, incluido mis imágenes y mi voz, que he compartido para documentar las actividades desarrolladas y hacer el correspondiente tratamiento de datos. Asimismo, manifiesto que he sido informado por la Alcaldía Municipal de Chía de la Política de Protección de Datos Personales, ubicada en el siguiente enlace: http://www.chia-cundinamarca.gov.co/archivos/Datos%20Abiertos/Politica%20de%20Tratamiento%20de%20Datos%20Personales.pdf. De igual manera, AUTORIZO a la Secretaría de Participación Ciudadana y Acción Comunitaria a remitir vía correo electrónico y/o whatsapp, sobre decisiones, peticiones, requerimientos, notificaciones, y otros comunicados relacionados con las funciones asociadas a la acción comunal y los ejercicios de participación ciudadana adelantados en el municipio de Chía.</small>						FIRMA DEL CANDIDATO	

Cargo: VICEPRESIDENTE(A)

Nombres completos:							
Apellidos completos:							
Número de afiliación:				Fecha de nacimiento:			
Tipo de Doc. T.I. ___ / C.C. ___ / C.E. ___ / PPT. ___				No. Doc.			
Correo electrónico:							
Dirección de residencia:							
Prof. U Oficio:				Teléfono:			
SEXO DE NACIMIENTO		ENFOQUE DIFERENCIAL		IDENTIDAD ÉTNICA		NIVEL DE FORMACIÓN	
Masculino		Discapacidad		Indígena		Sin formación	
Femenino		Diversidad sexual		Afrodescendiente		Primaria	
No binario		Pobreza extrema		Raizal		Bachillerato	
NS / NR		Víctima		Palenquero		Técnico(nólogo)	
		Migrante		Rrom		Profesional	
				Otro		Posgrado	
<small>Dando cumplimiento a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 (por el cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales) y de conformidad con lo señalado en el Decreto 1377 de 2013, con el diligenciamiento de este formulario AUTORIZO a la Alcaldía de Chía para que utilice mis datos personales, incluido mis imágenes y mi voz, que he compartido para documentar las actividades desarrolladas y hacer el correspondiente tratamiento de datos. Asimismo, manifiesto que he sido informado por la Alcaldía Municipal de Chía de la Política de Protección de Datos Personales, ubicada en el siguiente enlace: http://www.chia-cundinamarca.gov.co/archivos/Datos%20Abiertos/Politica%20de%20Tratamiento%20de%20Datos%20Personales.pdf. De igual manera, AUTORIZO a la Secretaría de Participación Ciudadana y Acción Comunitaria a remitir vía correo electrónico y/o WhatsApp, sobre decisiones, peticiones, requerimientos, notificaciones, y otros comunicados relacionados con las funciones asociadas a la acción comunal y los ejercicios de participación ciudadana adelantados en el municipio de Chía.</small>						FIRMA DEL CANDIDATO	

Cargo: TESORERO(A)

Nombres completos:					
Apellidos completos:					
Número de afiliación:			Fecha de nacimiento:		
Tipo de Doc. T.I. ___ / C.C. ___ / C.E. ___ / PPT. ___			No. Doc.		
Correo electrónico:					
Dirección de residencia:					
Prof. U Oficio:			Teléfono:		
SEXO DE NACIMIENTO		ENFOQUE DIFERENCIAL		IDENTIDAD ÉTNICA	
Masculino		Discapacidad		Indígena	
Femenino		Diversidad sexual		Afrodescendiente	
No binario		Pobreza extrema		Raizal	
NS / NR		Víctima		Palenquero	
		Migrante		Rrom	
				Otro	
<small>Dando cumplimiento a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 (por el cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales) y de conformidad con lo señalado en el Decreto 1377 de 2013, con el diligenciamiento de este formulario AUTORIZO a la Alcaldía de Chía para que utilice mis datos personales, incluido mis imágenes y mi voz, que he compartido para documentar las actividades desarrolladas y hacer el correspondiente tratamiento de datos. Asimismo, manifiesto que he sido informado por la Alcaldía Municipal de Chía de la Política de Protección de Datos Personales, ubicada en el siguiente enlace: http://www.chia-cundinamarca.gov.co/archivos/Datos%20Abiertos/Politica%20de%20Tratamiento%20de%20Datos%20Personales.pdf. De igual manera, AUTORIZO a la Secretaría de Participación Ciudadana y Acción Comunitaria a remitir vía correo electrónico y/o whatsapp, sobre decisiones, peticiones, requerimientos, notificaciones, y otros comunicados relacionados con las funciones asociadas a la acción comunal y los ejercicios de participación ciudadana adelantados en el municipio de Chía.</small>					FIRMA DEL CANDIDATO

Cargo: SECRETARIO(A)

Nombres completos:					
Apellidos completos:					
Número de afiliación:			Fecha de nacimiento:		
Tipo de Doc. T.I. ___ / C.C. ___ / C.E. ___ / PPT. ___			No. Doc.		
Correo electrónico:					
Dirección de residencia:					
Prof. U Oficio:			Teléfono:		
SEXO DE NACIMIENTO		ENFOQUE DIFERENCIAL		IDENTIDAD ÉTNICA	
Masculino		Discapacidad		Indígena	
Femenino		Diversidad sexual		Afrodescendiente	
No binario		Pobreza extrema		Raizal	
NS / NR		Víctima		Palenquero	
		Migrante		Rrom	
				Otro	
<small>Dando cumplimiento a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 (por el cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales) y de conformidad con lo señalado en el Decreto 1377 de 2013, con el diligenciamiento de este formulario AUTORIZO a la Alcaldía de Chía para que utilice mis datos personales, incluido mis imágenes y mi voz, que he compartido para documentar las actividades desarrolladas y hacer el correspondiente tratamiento de datos. Asimismo, manifiesto que he sido informado por la Alcaldía Municipal de Chía de la Política de Protección de Datos Personales, ubicada en el siguiente enlace: http://www.chia-cundinamarca.gov.co/archivos/Datos%20Abiertos/Politica%20de%20Tratamiento%20de%20Datos%20Personales.pdf. De igual manera, AUTORIZO a la Secretaría de Participación Ciudadana y Acción Comunitaria a remitir vía correo electrónico y/o WhatsApp, sobre decisiones, peticiones, requerimientos, notificaciones, y otros comunicados relacionados con las funciones asociadas a la acción comunal y los ejercicios de participación ciudadana adelantados en el municipio de Chía.</small>					FIRMA DEL CANDIDATO

2. BLOQUE 2: FISCAL.

Cargo: FISCAL

Nombres completos:					
Apellidos completos:					
Número de afiliación:			Fecha de nacimiento:		
Tipo de Doc. T.I. ___ / C.C. ___ / C.E. ___ / PPT. ___			No. Doc.		
Correo electrónico:					
Dirección de residencia:					

Prof. U Oficio:				Teléfono:			
SEXO DE NACIMIENTO		ENFOQUE DIFERENCIAL		IDENTIDAD ÉTNICA		NIVEL DE FORMACIÓN	
Masculino		Discapacidad		Indígena		Sin formación	
Femenino		Diversidad sexual		Afrodescendiente		Primaria	
No binario		Pobreza extrema		Raizal		Bachillerato	
NS / NR		Víctima		Palenquero		Técnico(nólogo)	
		Migrante		Rrom		Profesional	
				Otro		Posgrado	
<p>Dando cumplimiento a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 (por el cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales) y de conformidad con lo señalado en el Decreto 1377 de 2013, con el diligenciamiento de este formulario AUTORIZO a la Alcaldía de Chía para que utilice mis datos personales, incluido mis imágenes y mi voz, que he compartido para documentar las actividades desarrolladas y hacer el correspondiente tratamiento de datos. Asimismo, manifiesto que he sido informado por la Alcaldía Municipal de Chía de la Política de Protección de Datos Personales, ubicada en el siguiente enlace: http://www.chia-cundinamarca.gov.co/archivos/Datos%20Abiertos/Politica%20de%20Tratamiento%20de%20Datos%20Personales.pdf.</p> <p>De igual manera, AUTORIZO a la Secretaría de Participación Ciudadana y Acción Comunitaria a remitir vía correo electrónico y/o WhatsApp, sobre decisiones, peticiones, requerimientos, notificaciones, y otros comunicados relacionados con las funciones asociadas a la acción comunal y los ejercicios de participación ciudadana adelantados en el municipio de Chía.</p>						FIRMA DEL CANDIDATO	

Cargo: FISCAL SUPLENTE

Nombres completos:							
Apellidos completos:							
Número de afiliación:				Fecha de nacimiento:			
Tipo de Doc. T.I. ___ / C.C. ___ / C.E. ___ / PPT. ___				No. Doc.			
Correo electrónico:							
Dirección de residencia:							
Prof. U Oficio:				Teléfono:			
SEXO DE NACIMIENTO		ENFOQUE DIFERENCIAL		IDENTIDAD ÉTNICA		NIVEL DE FORMACIÓN	
Masculino		Discapacidad		Indígena		Sin formación	
Femenino		Diversidad sexual		Afrodescendiente		Primaria	
No binario		Pobreza extrema		Raizal		Bachillerato	
NS / NR		Víctima		Palenquero		Técnico(nólogo)	
		Migrante		Rrom		Profesional	
				Otro		Posgrado	
<p>Dando cumplimiento a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 (por el cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales) y de conformidad con lo señalado en el Decreto 1377 de 2013, con el diligenciamiento de este formulario AUTORIZO a la Alcaldía de Chía para que utilice mis datos personales, incluido mis imágenes y mi voz, que he compartido para documentar las actividades desarrolladas y hacer el correspondiente tratamiento de datos. Asimismo, manifiesto que he sido informado por la Alcaldía Municipal de Chía de la Política de Protección de Datos Personales, ubicada en el siguiente enlace: http://www.chia-cundinamarca.gov.co/archivos/Datos%20Abiertos/Politica%20de%20Tratamiento%20de%20Datos%20Personales.pdf.</p> <p>De igual manera, AUTORIZO a la Secretaría de Participación Ciudadana y Acción Comunitaria a remitir vía correo electrónico y/o WhatsApp, sobre decisiones, peticiones, requerimientos, notificaciones, y otros comunicados relacionados con las funciones asociadas a la acción comunal y los ejercicios de participación ciudadana adelantados en el municipio de Chía.</p>						FIRMA DEL CANDIDATO	

3. BLOQUE 3: COMISIÓN DE CONVIVENCIA Y CONCILIACIÓN.

Cargo: CONCILIADOR(A) UNO (1)

Nombres completos:							
Apellidos completos:							
Número de afiliación:				Fecha de nacimiento:			
Tipo de Doc. T.I. ___ / C.C. ___ / C.E. ___ / PPT. ___				No. Doc.			
Correo electrónico:							
Dirección de residencia:							
Prof. U Oficio:				Teléfono:			
SEXO DE NACIMIENTO		ENFOQUE DIFERENCIAL		IDENTIDAD ÉTNICA		NIVEL DE FORMACIÓN	
Masculino		Discapacidad		Indígena		Sin formación	
Femenino		Diversidad sexual		Afrodescendiente		Primaria	
No binario		Pobreza extrema		Raizal		Bachillerato	
NS / NR		Víctima		Palenquero		Técnico(nólogo)	
		Migrante		Rrom		Profesional	
				Otro		Posgrado	

<p>Dando cumplimiento a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 (por el cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales) y de conformidad con lo señalado en el Decreto 1377 de 2013, con el diligenciamiento de este formulario AUTORIZO a la Alcaldía de Chía para que utilice mis datos personales, incluido mis imágenes y mi voz, que he compartido para documentar las actividades desarrolladas y hacer el correspondiente tratamiento de datos. Asimismo, manifiesto que he sido informado por la Alcaldía Municipal de Chía de la Política de Protección de Datos Personales, ubicada en el siguiente enlace: http://www.chia-cundinamarca.gov.co/archivos/Datos%20Abiertos/Politica%20de%20Tratamiento%20de%20Datos%20Personales.pdf.</p> <p>De igual manera, AUTORIZO a la Secretaría de Participación Ciudadana y Acción Comunitaria a remitir vía correo electrónico y/o WhatsApp, sobre decisiones, peticiones, requerimientos, notificaciones, y otros comunicados relacionados con las funciones asociadas a la acción comunal y los ejercicios de participación ciudadana adelantados en el municipio de Chía.</p>	FIRMA DEL CANDIDATO
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------

Cargo: CONCILIADOR(A) DOS (2)

Nombres completos:							
Apellidos completos:							
Número de afiliación:				Fecha de nacimiento:			
Tipo de Doc. T.I. ___ / C.C. ___ / C.E. ___ / PPT. ___				No. Doc.			
Correo electrónico:							
Dirección de residencia:							
Prof. U Oficio:				Teléfono:			
SEXO DE NACIMIENTO		ENFOQUE DIFERENCIAL		IDENTIDAD ÉTNICA		NIVEL DE FORMACIÓN	
Masculino		Discapacidad		Indígena		Sin formación	
Femenino		Diversidad sexual		Afrodescendiente		Primaria	
No binario		Pobreza extrema		Raizal		Bachillerato	
NS / NR		Víctima		Palenquero		Técnico(nólogo)	
		Migrante		Rrom		Profesional	
				Otro		Posgrado	
<p>Dando cumplimiento a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 (por el cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales) y de conformidad con lo señalado en el Decreto 1377 de 2013, con el diligenciamiento de este formulario AUTORIZO a la Alcaldía de Chía para que utilice mis datos personales, incluido mis imágenes y mi voz, que he compartido para documentar las actividades desarrolladas y hacer el correspondiente tratamiento de datos. Asimismo, manifiesto que he sido informado por la Alcaldía Municipal de Chía de la Política de Protección de Datos Personales, ubicada en el siguiente enlace: http://www.chia-cundinamarca.gov.co/archivos/Datos%20Abiertos/Politica%20de%20Tratamiento%20de%20Datos%20Personales.pdf.</p> <p>De igual manera, AUTORIZO a la Secretaría de Participación Ciudadana y Acción Comunitaria a remitir vía correo electrónico y/o WhatsApp, sobre decisiones, peticiones, requerimientos, notificaciones, y otros comunicados relacionados con las funciones asociadas a la acción comunal y los ejercicios de participación ciudadana adelantados en el municipio de Chía.</p>							FIRMA DEL CANDIDATO

Cargo: CONCILIADOR(A) TRES (3)

Nombres completos:							
Apellidos completos:							
Número de afiliación:				Fecha de nacimiento:			
Tipo de Doc. T.I. ___ / C.C. ___ / C.E. ___ / PPT. ___				No. Doc.			
Correo electrónico:							
Dirección de residencia:							
Prof. U Oficio:				Teléfono:			
SEXO DE NACIMIENTO		ENFOQUE DIFERENCIAL		IDENTIDAD ÉTNICA		NIVEL DE FORMACIÓN	
Masculino		Discapacidad		Indígena		Sin formación	
Femenino		Diversidad sexual		Afrodescendiente		Primaria	
No binario		Pobreza extrema		Raizal		Bachillerato	
NS / NR		Víctima		Palenquero		Técnico(nólogo)	
		Migrante		Rrom		Profesional	
				Otro		Posgrado	
<p>Dando cumplimiento a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 (por el cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales) y de conformidad con lo señalado en el Decreto 1377 de 2013, con el diligenciamiento de este formulario AUTORIZO a la Alcaldía de Chía para que utilice mis datos personales, incluido mis imágenes y mi voz, que he compartido para documentar las actividades desarrolladas y hacer el correspondiente tratamiento de datos. Asimismo, manifiesto que he sido informado por la Alcaldía Municipal de Chía de la Política de Protección de Datos Personales, ubicada en el siguiente enlace: http://www.chia-cundinamarca.gov.co/archivos/Datos%20Abiertos/Politica%20de%20Tratamiento%20de%20Datos%20Personales.pdf.</p> <p>De igual manera, AUTORIZO a la Secretaría de Participación Ciudadana y Acción Comunitaria a remitir vía correo electrónico y/o WhatsApp, sobre decisiones, peticiones, requerimientos, notificaciones, y otros comunicados relacionados con las funciones asociadas a la acción comunal y los ejercicios de participación ciudadana adelantados en el municipio de Chía.</p>							FIRMA DEL CANDIDATO

4. BLOQUE 4: DE DELEGADOS A LA ASOJUNTAS.

Cargo: DELEGADO(A) UNO (1)

Nombres completos:							
Apellidos completos:							
Número de afiliación:				Fecha de nacimiento:			

Tipo de Doc. T.I. ___ / C.C. ___ / C.E. ___ / PPT. ___				No. Doc.			
Correo electrónico:							
Dirección de residencia:							
Prof. U Oficio:				Teléfono:			
SEXO DE NACIMIENTO		ENFOQUE DIFERENCIAL		IDENTIDAD ÉTNICA		NIVEL DE FORMACIÓN	
Masculino		Discapacidad		Indígena		Sin formación	
Femenino		Diversidad sexual		Afrodescendiente		Primaria	
No binario		Pobreza extrema		Raizal		Bachillerato	
NS / NR		Víctima		Palenquero		Técnico(nólogo)	
		Migrante		Rrom		Profesional	
				Otro		Posgrado	
<p><small>Dando cumplimiento a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 (por el cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales) y de conformidad con lo señalado en el Decreto 1377 de 2013, con el diligenciamiento de este formulario AUTORIZO a la Alcaldía de Chía para que utilice mis datos personales, incluido mis imágenes y mi voz, que he compartido para documentar las actividades desarrolladas y hacer el correspondiente tratamiento de datos. Asimismo, manifiesto que he sido informado por la Alcaldía Municipal de Chía de la Política de Protección de Datos Personales, ubicada en el siguiente enlace: http://www.chia-cundinamarca.gov.co/archivos/Datos%20Abiertos/Politica%20de%20Tratamiento%20de%20Datos%20Personales.pdf.</small></p> <p><small>De igual manera, AUTORIZO a la Secretaría de Participación Ciudadana y Acción Comunitaria a remitir vía correo electrónico y/o WhatsApp, sobre decisiones, peticiones, requerimientos, notificaciones, y otros comunicados relacionados con las funciones asociadas a la acción comunal y los ejercicios de participación ciudadana adelantados en el municipio de Chía.</small></p>						FIRMA DEL CANDIDATO	

Cargo: SUPLENTE DELEGADO(A) UNO (1)

Nombres completos:							
Apellidos completos:							
Número de afiliación:				Fecha de nacimiento:			
Tipo de Doc. T.I. ___ / C.C. ___ / C.E. ___ / PPT. ___				No. Doc.			
Correo electrónico:							
Dirección de residencia:							
Prof. U Oficio:				Teléfono:			
SEXO DE NACIMIENTO		ENFOQUE DIFERENCIAL		IDENTIDAD ÉTNICA		NIVEL DE FORMACIÓN	
Masculino		Discapacidad		Indígena		Sin formación	
Femenino		Diversidad sexual		Afrodescendiente		Primaria	
No binario		Pobreza extrema		Raizal		Bachillerato	
NS / NR		Víctima		Palenquero		Técnico(nólogo)	
		Migrante		Rrom		Profesional	
				Otro		Posgrado	
<p><small>Dando cumplimiento a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 (por el cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales) y de conformidad con lo señalado en el Decreto 1377 de 2013, con el diligenciamiento de este formulario AUTORIZO a la Alcaldía de Chía para que utilice mis datos personales, incluido mis imágenes y mi voz, que he compartido para documentar las actividades desarrolladas y hacer el correspondiente tratamiento de datos. Asimismo, manifiesto que he sido informado por la Alcaldía Municipal de Chía de la Política de Protección de Datos Personales, ubicada en el siguiente enlace: http://www.chia-cundinamarca.gov.co/archivos/Datos%20Abiertos/Politica%20de%20Tratamiento%20de%20Datos%20Personales.pdf.</small></p> <p><small>De igual manera, AUTORIZO a la Secretaría de Participación Ciudadana y Acción Comunitaria a remitir vía correo electrónico y/o WhatsApp, sobre decisiones, peticiones, requerimientos, notificaciones, y otros comunicados relacionados con las funciones asociadas a la acción comunal y los ejercicios de participación ciudadana adelantados en el municipio de Chía.</small></p>						FIRMA DEL CANDIDATO	

Cargo: DELEGADO(A) DOS (2)

Nombres completos:							
Apellidos completos:							
Número de afiliación:				Fecha de nacimiento:			
Tipo de Doc. T.I. ___ / C.C. ___ / C.E. ___ / PPT. ___				No. Doc.			
Correo electrónico:							
Dirección de residencia:							
Prof. U Oficio:				Teléfono:			
SEXO DE NACIMIENTO		ENFOQUE DIFERENCIAL		IDENTIDAD ÉTNICA		NIVEL DE FORMACIÓN	
Masculino		Discapacidad		Indígena		Sin formación	
Femenino		Diversidad sexual		Afrodescendiente		Primaria	
No binario		Pobreza extrema		Raizal		Bachillerato	
NS / NR		Víctima		Palenquero		Técnico(nólogo)	
		Migrante		Rrom		Profesional	
				Otro		Posgrado	

<p>Dando cumplimiento a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 (por el cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales) y de conformidad con lo señalado en el Decreto 1377 de 2013, con el diligenciamiento de este formulario AUTORIZO a la Alcaldía de Chía para que utilice mis datos personales, incluido mis imágenes y mi voz, que he compartido para documentar las actividades desarrolladas y hacer el correspondiente tratamiento de datos. Asimismo, manifiesto que he sido informado por la Alcaldía Municipal de Chía de la Política de Protección de Datos Personales, ubicada en el siguiente enlace: http://www.chia-cundinamarca.gov.co/archivos/Datos%20Abiertos/Politica%20de%20Tratamiento%20de%20Datos%20Personales.pdf.</p> <p>De igual manera, AUTORIZO a la Secretaría de Participación Ciudadana y Acción Comunitaria a remitir vía correo electrónico y/o WhatsApp, sobre decisiones, peticiones, requerimientos, notificaciones, y otros comunicados relacionados con las funciones asociadas a la acción comunal y los ejercicios de participación ciudadana adelantados en el municipio de Chía.</p>	FIRMA DEL CANDIDATO

Cargo: SUPLENTE DELEGADO(A) DOS (2)

Nombres completos:							
Apellidos completos:							
Número de afiliación:				Fecha de nacimiento:			
Tipo de Doc. T.I. ___ / C.C. ___ / C.E. ___ / PPT. ___				No. Doc.			
Correo electrónico:							
Dirección de residencia:							
Prof. U Oficio:				Teléfono:			
SEXO DE NACIMIENTO		ENFOQUE DIFERENCIAL		IDENTIDAD ÉTNICA		NIVEL DE FORMACIÓN	
Masculino		Discapacidad		Indígena		Sin formación	
Femenino		Diversidad sexual		Afrodescendiente		Primaria	
No binario		Pobreza extrema		Raizal		Bachillerato	
NS / NR		Víctima		Palenquero		Técnico(nólogo)	
		Migrante		Rrom		Profesional	
				Otro		Posgrado	
<p>Dando cumplimiento a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 (por el cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales) y de conformidad con lo señalado en el Decreto 1377 de 2013, con el diligenciamiento de este formulario AUTORIZO a la Alcaldía de Chía para que utilice mis datos personales, incluido mis imágenes y mi voz, que he compartido para documentar las actividades desarrolladas y hacer el correspondiente tratamiento de datos. Asimismo, manifiesto que he sido informado por la Alcaldía Municipal de Chía de la Política de Protección de Datos Personales, ubicada en el siguiente enlace: http://www.chia-cundinamarca.gov.co/archivos/Datos%20Abiertos/Politica%20de%20Tratamiento%20de%20Datos%20Personales.pdf.</p> <p>De igual manera, AUTORIZO a la Secretaría de Participación Ciudadana y Acción Comunitaria a remitir vía correo electrónico y/o WhatsApp, sobre decisiones, peticiones, requerimientos, notificaciones, y otros comunicados relacionados con las funciones asociadas a la acción comunal y los ejercicios de participación ciudadana adelantados en el municipio de Chía.</p>						FIRMA DEL CANDIDATO	

Cargo: DELEGADO(A) TRES (3)

Nombres completos:							
Apellidos completos:							
Número de afiliación:				Fecha de nacimiento:			
Tipo de Doc. T.I. ___ / C.C. ___ / C.E. ___ / PPT. ___				No. Doc.			
Correo electrónico:							
Dirección de residencia:							
Prof. U Oficio:				Teléfono:			
SEXO DE NACIMIENTO		ENFOQUE DIFERENCIAL		IDENTIDAD ÉTNICA		NIVEL DE FORMACIÓN	
Masculino		Discapacidad		Indígena		Sin formación	
Femenino		Diversidad sexual		Afrodescendiente		Primaria	
No binario		Pobreza extrema		Raizal		Bachillerato	
NS / NR		Víctima		Palenquero		Técnico(nólogo)	
		Migrante		Rrom		Profesional	
				Otro		Posgrado	
<p>Dando cumplimiento a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 (por el cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales) y de conformidad con lo señalado en el Decreto 1377 de 2013, con el diligenciamiento de este formulario AUTORIZO a la Alcaldía de Chía para que utilice mis datos personales, incluido mis imágenes y mi voz, que he compartido para documentar las actividades desarrolladas y hacer el correspondiente tratamiento de datos. Asimismo, manifiesto que he sido informado por la Alcaldía Municipal de Chía de la Política de Protección de Datos Personales, ubicada en el siguiente enlace: http://www.chia-cundinamarca.gov.co/archivos/Datos%20Abiertos/Politica%20de%20Tratamiento%20de%20Datos%20Personales.pdf.</p> <p>De igual manera, AUTORIZO a la Secretaría de Participación Ciudadana y Acción Comunitaria a remitir vía correo electrónico y/o WhatsApp, sobre decisiones, peticiones, requerimientos, notificaciones, y otros comunicados relacionados con las funciones asociadas a la acción comunal y los ejercicios de participación ciudadana adelantados en el municipio de Chía.</p>						FIRMA DEL CANDIDATO	

Cargo: SUPLENTE DELEGADO(A) TRES (3)

Nombres completos:						
Apellidos completos:						
Número de afiliación:				Fecha de nacimiento:		
Tipo de Doc. T.I. ___ / C.C. ___ / C.E. ___ / PPT. ___				No. Doc.		
Correo electrónico:						
Dirección de residencia:						

Prof. U Oficio:				Teléfono:			
SEXO DE NACIMIENTO		ENFOQUE DIFERENCIAL		IDENTIDAD ÉTNICA		NIVEL DE FORMACIÓN	
Masculino		Discapacidad		Indígena		Sin formación	
Femenino		Diversidad sexual		Afrodescendiente		Primaria	
No binario		Pobreza extrema		Raizal		Bachillerato	
NS / NR		Víctima		Palenquero		Técnico(nólogo)	
		Migrante		Rrom		Profesional	
				Otro		Posgrado	
<p>Dando cumplimiento a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 (por el cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales) y de conformidad con lo señalado en el Decreto 1377 de 2013, con el diligenciamiento de este formulario AUTORIZO a la Alcaldía de Chía para que utilice mis datos personales, incluido mis imágenes y mi voz, que he compartido para documentar las actividades desarrolladas y hacer el correspondiente tratamiento de datos. Asimismo, manifiesto que he sido informado por la Alcaldía Municipal de Chía de la Política de Protección de Datos Personales, ubicada en el siguiente enlace: http://www.chia-cundinamarca.gov.co/archivos/Datos%20Abiertos/Politica%20de%20Tratamiento%20de%20Datos%20Personales.pdf.</p> <p>De igual manera, AUTORIZO a la Secretaría de Participación Ciudadana y Acción Comunitaria a remitir vía correo electrónico y/o WhatsApp, sobre decisiones, peticiones, requerimientos, notificaciones, y otros comunicados relacionados con las funciones asociadas a la acción comunal y los ejercicios de participación ciudadana adelantados en el municipio de Chía.</p>						FIRMA DEL CANDIDATO	

5. BLOQUE 5: COORDINADORES DE COMISIONES DE TRABAJO.

Cargo: COORDINADOR 1, DE LA COMISIÓN DE TRABAJO _____.

Nombres completos:							
Apellidos completos:							
Número de afiliación:				Fecha de nacimiento:			
Tipo de Doc. T.I. ___ / C.C. ___ / C.E. ___ / PPT. ___				No. Doc.			
Correo electrónico:							
Dirección de residencia:							
Prof. U Oficio:				Teléfono:			
SEXO DE NACIMIENTO		ENFOQUE DIFERENCIAL		IDENTIDAD ÉTNICA		NIVEL DE FORMACIÓN	
Masculino		Discapacidad		Indígena		Sin formación	
Femenino		Diversidad sexual		Afrodescendiente		Primaria	
No binario		Pobreza extrema		Raizal		Bachillerato	
NS / NR		Víctima		Palenquero		Técnico(nólogo)	
		Migrante		Rrom		Profesional	
				Otro		Posgrado	
<p>Dando cumplimiento a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 (por el cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales) y de conformidad con lo señalado en el Decreto 1377 de 2013, con el diligenciamiento de este formulario AUTORIZO a la Alcaldía de Chía para que utilice mis datos personales, incluido mis imágenes y mi voz, que he compartido para documentar las actividades desarrolladas y hacer el correspondiente tratamiento de datos. Asimismo, manifiesto que he sido informado por la Alcaldía Municipal de Chía de la Política de Protección de Datos Personales, ubicada en el siguiente enlace: http://www.chia-cundinamarca.gov.co/archivos/Datos%20Abiertos/Politica%20de%20Tratamiento%20de%20Datos%20Personales.pdf.</p> <p>De igual manera, AUTORIZO a la Secretaría de Participación Ciudadana y Acción Comunitaria a remitir vía correo electrónico y/o WhatsApp, sobre decisiones, peticiones, requerimientos, notificaciones, y otros comunicados relacionados con las funciones asociadas a la acción comunal y los ejercicios de participación ciudadana adelantados en el municipio de Chía.</p>						FIRMA DEL CANDIDATO	

Cargo: COORDINADOR 2, DE LA COMISIÓN DE TRABAJO _____.

Nombres completos:							
Apellidos completos:							
Número de afiliación:				Fecha de nacimiento:			
Tipo de Doc. T.I. ___ / C.C. ___ / C.E. ___ / PPT. ___				No. Doc.			
Correo electrónico:							
Dirección de residencia:							
Prof. U Oficio:				Teléfono:			
SEXO DE NACIMIENTO		ENFOQUE DIFERENCIAL		IDENTIDAD ÉTNICA		NIVEL DE FORMACIÓN	
Masculino		Discapacidad		Indígena		Sin formación	
Femenino		Diversidad sexual		Afrodescendiente		Primaria	
No binario		Pobreza extrema		Raizal		Bachillerato	
NS / NR		Víctima		Palenquero		Técnico(nólogo)	
		Migrante		Rrom		Profesional	
				Otro		Posgrado	

<p>Dando cumplimiento a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 (por el cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales) y de conformidad con lo señalado en el Decreto 1377 de 2013, con el diligenciamiento de este formulario AUTORIZO a la Alcaldía de Chía para que utilice mis datos personales, incluido mis imágenes y mi voz, que he compartido para documentar las actividades desarrolladas y hacer el correspondiente tratamiento de datos. Asimismo, manifiesto que he sido informado por la Alcaldía Municipal de Chía de la Política de Protección de Datos Personales, ubicada en el siguiente enlace: http://www.chia-cundinamarca.gov.co/archivos/Datos%20Abiertos/Politica%20de%20Tratamiento%20de%20Datos%20Personales.pdf.</p> <p>De igual manera, AUTORIZO a la Secretaría de Participación Ciudadana y Acción Comunitaria a remitir vía correo electrónico y/o WhatsApp, sobre decisiones, peticiones, requerimientos, notificaciones, y otros comunicados relacionados con las funciones asociadas a la acción comunal y los ejercicios de participación ciudadana adelantados en el municipio de Chía.</p>	FIRMA DEL CANDIDATO

Cargo: COORDINADOR 3, DE LA COMISIÓN DE TRABAJO _____.

Nombres completos:							
Apellidos completos:							
Número de afiliación:				Fecha de nacimiento:			
Tipo de Doc. T.I. ___ / C.C. ___ / C.E. ___ / PPT. ___				No. Doc.			
Correo electrónico:							
Dirección de residencia:							
Prof. U Oficio:				Teléfono:			
SEXO DE NACIMIENTO		ENFOQUE DIFERENCIAL		IDENTIDAD ÉTNICA		NIVEL DE FORMACIÓN	
Masculino		Discapacidad		Indígena		Sin formación	
Femenino		Diversidad sexual		Afrodescendiente		Primaria	
No binario		Pobreza extrema		Raizal		Bachillerato	
NS / NR		Víctima		Palenquero		Técnico(nólogo)	
		Migrante		Rrom		Profesional	
				Otro		Posgrado	
<p>Dando cumplimiento a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 (por el cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales) y de conformidad con lo señalado en el Decreto 1377 de 2013, con el diligenciamiento de este formulario AUTORIZO a la Alcaldía de Chía para que utilice mis datos personales, incluido mis imágenes y mi voz, que he compartido para documentar las actividades desarrolladas y hacer el correspondiente tratamiento de datos. Asimismo, manifiesto que he sido informado por la Alcaldía Municipal de Chía de la Política de Protección de Datos Personales, ubicada en el siguiente enlace: http://www.chia-cundinamarca.gov.co/archivos/Datos%20Abiertos/Politica%20de%20Tratamiento%20de%20Datos%20Personales.pdf.</p> <p>De igual manera, AUTORIZO a la Secretaría de Participación Ciudadana y Acción Comunitaria a remitir vía correo electrónico y/o WhatsApp, sobre decisiones, peticiones, requerimientos, notificaciones, y otros comunicados relacionados con las funciones asociadas a la acción comunal y los ejercicios de participación ciudadana adelantados en el municipio de Chía.</p>						FIRMA DEL CANDIDATO	

Cargo: COORDINADOR 4, DE LA COMISIÓN DE TRABAJO _____.

Nombres completos:							
Apellidos completos:							
Número de afiliación:				Fecha de nacimiento:			
Tipo de Doc. T.I. ___ / C.C. ___ / C.E. ___ / PPT. ___				No. Doc.			
Correo electrónico:							
Dirección de residencia:							
Prof. U Oficio:				Teléfono:			
SEXO DE NACIMIENTO		ENFOQUE DIFERENCIAL		IDENTIDAD ÉTNICA		NIVEL DE FORMACIÓN	
Masculino		Discapacidad		Indígena		Sin formación	
Femenino		Diversidad sexual		Afrodescendiente		Primaria	
No binario		Pobreza extrema		Raizal		Bachillerato	
NS / NR		Víctima		Palenquero		Técnico(nólogo)	
		Migrante		Rrom		Profesional	
				Otro		Posgrado	
<p>Dando cumplimiento a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 (por el cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales) y de conformidad con lo señalado en el Decreto 1377 de 2013, con el diligenciamiento de este formulario AUTORIZO a la Alcaldía de Chía para que utilice mis datos personales, incluido mis imágenes y mi voz, que he compartido para documentar las actividades desarrolladas y hacer el correspondiente tratamiento de datos. Asimismo, manifiesto que he sido informado por la Alcaldía Municipal de Chía de la Política de Protección de Datos Personales, ubicada en el siguiente enlace: http://www.chia-cundinamarca.gov.co/archivos/Datos%20Abiertos/Politica%20de%20Tratamiento%20de%20Datos%20Personales.pdf.</p> <p>De igual manera, AUTORIZO a la Secretaría de Participación Ciudadana y Acción Comunitaria a remitir vía correo electrónico y/o WhatsApp, sobre decisiones, peticiones, requerimientos, notificaciones, y otros comunicados relacionados con las funciones asociadas a la acción comunal y los ejercicios de participación ciudadana adelantados en el municipio de Chía.</p>						FIRMA DEL CANDIDATO	

Cargo: COORDINADOR __, DE LA COMISIÓN DE TRABAJO _____.

Nombres completos:							
Apellidos completos:							
Número de afiliación:			Fecha de nacimiento:				
Tipo de Doc. T.I. ___ / C.C. ___ / C.E. ___ / PPT. ___			No. Doc.				
Correo electrónico:							
Dirección de residencia:							
Prof. U Oficio:			Teléfono:				
SEXO DE NACIMIENTO		ENFOQUE DIFERENCIAL		IDENTIDAD ÉTNICA		NIVEL DE FORMACIÓN	
Masculino		Discapacidad		Indígena		Sin formación	
Femenino		Diversidad sexual		Afrodescendiente		Primaria	
No binario		Pobreza extrema		Raizal		Bachillerato	
NS / NR		Víctima		Palenquero		Técnico(nólogo)	
		Migrante		Rrom		Profesional	
				Otro		Posgrado	
<p>Dando cumplimiento a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 (por el cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales) y de conformidad con lo señalado en el Decreto 1377 de 2013, con el diligenciamiento de este formulario AUTORIZO a la Alcaldía de Chía para que utilice mis datos personales, incluido mis imágenes y mi voz, que he compartido para documentar las actividades desarrolladas y hacer el correspondiente tratamiento de datos. Asimismo, manifiesto que he sido informado por la Alcaldía Municipal de Chía de la Política de Protección de Datos Personales, ubicada en el siguiente enlace: http://www.chia-cundinamarca.gov.co/archivos/Datos%20Abiertos/Politica%20de%20Tratamiento%20de%20Datos%20Personales.pdf.</p> <p>De igual manera, AUTORIZO a la Secretaría de Participación Ciudadana y Acción Comunitaria a remitir vía correo electrónico y/o WhatsApp, sobre decisiones, peticiones, requerimientos, notificaciones, y otros comunicados relacionados con las funciones asociadas a la acción comunal y los ejercicios de participación ciudadana adelantados en el municipio de Chía.</p>						FIRMA DEL CANDIDATO	

Cargo: COORDINADOR __, DE LA COMISIÓN DE TRABAJO _____.

Nombres completos:							
Apellidos completos:							
Número de afiliación:			Fecha de nacimiento:				
Tipo de Doc. T.I. ___ / C.C. ___ / C.E. ___ / PPT. ___			No. Doc.				
Correo electrónico:							
Dirección de residencia:							
Prof. U Oficio:			Teléfono:				
SEXO DE NACIMIENTO		ENFOQUE DIFERENCIAL		IDENTIDAD ÉTNICA		NIVEL DE FORMACIÓN	
Masculino		Discapacidad		Indígena		Sin formación	
Femenino		Diversidad sexual		Afrodescendiente		Primaria	
No binario		Pobreza extrema		Raizal		Bachillerato	
NS / NR		Víctima		Palenquero		Técnico(nólogo)	
		Migrante		Rrom		Profesional	
				Otro		Posgrado	
<p>Dando cumplimiento a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 (por el cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales) y de conformidad con lo señalado en el Decreto 1377 de 2013, con el diligenciamiento de este formulario AUTORIZO a la Alcaldía de Chía para que utilice mis datos personales, incluido mis imágenes y mi voz, que he compartido para documentar las actividades desarrolladas y hacer el correspondiente tratamiento de datos. Asimismo, manifiesto que he sido informado por la Alcaldía Municipal de Chía de la Política de Protección de Datos Personales, ubicada en el siguiente enlace: http://www.chia-cundinamarca.gov.co/archivos/Datos%20Abiertos/Politica%20de%20Tratamiento%20de%20Datos%20Personales.pdf.</p> <p>De igual manera, AUTORIZO a la Secretaría de Participación Ciudadana y Acción Comunitaria a remitir vía correo electrónico y/o WhatsApp, sobre decisiones, peticiones, requerimientos, notificaciones, y otros comunicados relacionados con las funciones asociadas a la acción comunal y los ejercicios de participación ciudadana adelantados en el municipio de Chía.</p>						FIRMA DEL CANDIDATO	

Imprimir nuevamente esta página en caso de tener más comisiones de trabajo.

PLANCHA No _____, PRESENTADA POR:

AFILIADO 1

Nombres completos:	
Apellidos completos:	
Número de afiliación:	Fecha de nacimiento:
Tipo de Doc. T.I. ___ / C.C. ___ / C.E. ___ / PPT. ___	No. Doc.
Correo electrónico:	
Dirección de residencia:	
Prof. U Oficio:	Teléfono:
<p>Dando cumplimiento a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 (por el cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales) y de conformidad con lo señalado en el Decreto 1377 de 2013, con el diligenciamiento de este formulario AUTORIZO a la Alcaldía de Chía para que utilice mis datos personales, incluido mis imágenes y mi voz, que he compartido para documentar las actividades desarrolladas y hacer el correspondiente tratamiento de datos. Asimismo, manifiesto que he sido informado por la Alcaldía Municipal de Chía de la Política de Protección de Datos Personales, ubicada en el siguiente enlace: http://www.chia-cundinamarca.gov.co/archivos/Datos%20Abiertos/Politica%20de%20Tratamiento%20de%20Datos%20Personales.pdf.</p> <p>De igual manera, AUTORIZO a la Secretaría de Participación Ciudadana y Acción Comunitaria a remitir vía correo electrónico y/o WhatsApp, sobre decisiones, peticiones, requerimientos, notificaciones, y otros comunicados relacionados con las funciones asociadas a la acción comunal y los ejercicios de participación ciudadana adelantados en el municipio de Chía.</p>	
FIRMA DEL AFILIADO	

AFILIADO 2

Nombres completos:	
Apellidos completos:	
Número de afiliación:	Fecha de nacimiento:
Tipo de Doc. T.I. ___ / C.C. ___ / C.E. ___ / PPT. ___	No. Doc.
Correo electrónico:	
Dirección de residencia:	
Prof. U Oficio:	Teléfono:
<p>Dando cumplimiento a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 (por el cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales) y de conformidad con lo señalado en el Decreto 1377 de 2013, con el diligenciamiento de este formulario AUTORIZO a la Alcaldía de Chía para que utilice mis datos personales, incluido mis imágenes y mi voz, que he compartido para documentar las actividades desarrolladas y hacer el correspondiente tratamiento de datos. Asimismo, manifiesto que he sido informado por la Alcaldía Municipal de Chía de la Política de Protección de Datos Personales, ubicada en el siguiente enlace: http://www.chia-cundinamarca.gov.co/archivos/Datos%20Abiertos/Politica%20de%20Tratamiento%20de%20Datos%20Personales.pdf.</p> <p>De igual manera, AUTORIZO a la Secretaría de Participación Ciudadana y Acción Comunitaria a remitir vía correo electrónico y/o WhatsApp, sobre decisiones, peticiones, requerimientos, notificaciones, y otros comunicados relacionados con las funciones asociadas a la acción comunal y los ejercicios de participación ciudadana adelantados en el municipio de Chía.</p>	
FIRMA DEL AFILIADO	

AFILIADO 3

Nombres completos:	
Apellidos completos:	
Número de afiliación:	Fecha de nacimiento:
Tipo de Doc. T.I. ___ / C.C. ___ / C.E. ___ / PPT. ___	No. Doc.
Correo electrónico:	
Dirección de residencia:	
Prof. U Oficio:	Teléfono:
<p>Dando cumplimiento a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 (por el cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales) y de conformidad con lo señalado en el Decreto 1377 de 2013, con el diligenciamiento de este formulario AUTORIZO a la Alcaldía de Chía para que utilice mis datos personales, incluido mis imágenes y mi voz, que he compartido para documentar las actividades desarrolladas y hacer el correspondiente tratamiento de datos. Asimismo, manifiesto que he sido informado por la Alcaldía Municipal de Chía de la Política de Protección de Datos Personales, ubicada en el siguiente enlace: http://www.chia-cundinamarca.gov.co/archivos/Datos%20Abiertos/Politica%20de%20Tratamiento%20de%20Datos%20Personales.pdf.</p> <p>De igual manera, AUTORIZO a la Secretaría de Participación Ciudadana y Acción Comunitaria a remitir vía correo electrónico y/o WhatsApp, sobre decisiones, peticiones, requerimientos, notificaciones, y otros comunicados relacionados con las funciones asociadas a la acción comunal y los ejercicios de participación ciudadana adelantados en el municipio de Chía.</p>	
FIRMA DEL AFILIADO	

AFILIADO 4

Nombres completos:	
Apellidos completos:	
Número de afiliación:	Fecha de nacimiento:
Tipo de Doc. T.I. ___ / C.C. ___ / C.E. ___ / PPT. ___	No. Doc.
Correo electrónico:	
Dirección de residencia:	
Prof. U Oficio:	Teléfono:
<p>Dando cumplimiento a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 (por el cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales) y de conformidad con lo señalado en el Decreto 1377 de 2013, con el diligenciamiento de este formulario AUTORIZO a la Alcaldía de Chía para que utilice mis datos personales, incluido mis imágenes y mi voz, que he compartido para documentar las actividades desarrolladas y hacer el correspondiente tratamiento de datos. Asimismo, manifiesto que he sido informado por la Alcaldía Municipal de Chía de la Política de Protección de Datos Personales, ubicada en el siguiente enlace: http://www.chia-cundinamarca.gov.co/archivos/Datos%20Abiertos/Politica%20de%20Tratamiento%20de%20Datos%20Personales.pdf.</p> <p>De igual manera, AUTORIZO a la Secretaría de Participación Ciudadana y Acción Comunitaria a remitir vía correo electrónico y/o WhatsApp, sobre decisiones, peticiones, requerimientos, notificaciones, y otros comunicados relacionados con las funciones asociadas a la acción comunal y los ejercicios de participación ciudadana adelantados en el municipio de Chía.</p>	
FIRMA DEL AFILIADO	

AFILIADO 5

Nombres completos:	
Apellidos completos:	
Número de afiliación:	Fecha de nacimiento:
Tipo de Doc. T.I. ___ / C.C. ___ / C.E. ___ / PPT. ___	No. Doc.
Correo electrónico:	
Dirección de residencia:	
Prof. U Oficio:	Teléfono:
<p>Dando cumplimiento a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 (por el cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales) y de conformidad con lo señalado en el Decreto 1377 de 2013, con el diligenciamiento de este formulario AUTORIZO a la Alcaldía de Chía para que utilice mis datos personales, incluido mis imágenes y mi voz, que he compartido para documentar las actividades desarrolladas y hacer el correspondiente tratamiento de datos. Asimismo, manifiesto que he sido informado por la Alcaldía Municipal de Chía de la Política de Protección de Datos Personales, ubicada en el siguiente enlace: http://www.chia-cundinamarca.gov.co/archivos/Datos%20Abiertos/Politica%20de%20Tratamiento%20de%20Datos%20Personales.pdf.</p> <p>De igual manera, AUTORIZO a la Secretaría de Participación Ciudadana y Acción Comunitaria a remitir vía correo electrónico y/o WhatsApp, sobre decisiones, peticiones, requerimientos, notificaciones, y otros comunicados relacionados con las funciones asociadas a la acción comunal y los ejercicios de participación ciudadana adelantados en el municipio de Chía.</p>	
FIRMA DEL AFILIADO	

AFILIADO 6

Nombres completos:	
Apellidos completos:	
Número de afiliación:	Fecha de nacimiento:
Tipo de Doc. T.I. ___ / C.C. ___ / C.E. ___ / PPT. ___	No. Doc.
Correo electrónico:	
Dirección de residencia:	
Prof. U Oficio:	Teléfono:
<p>Dando cumplimiento a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 (por el cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales) y de conformidad con lo señalado en el Decreto 1377 de 2013, con el diligenciamiento de este formulario AUTORIZO a la Alcaldía de Chía para que utilice mis datos personales, incluido mis imágenes y mi voz, que he compartido para documentar las actividades desarrolladas y hacer el correspondiente tratamiento de datos. Asimismo, manifiesto que he sido informado por la Alcaldía Municipal de Chía de la Política de Protección de Datos Personales, ubicada en el siguiente enlace: http://www.chia-cundinamarca.gov.co/archivos/Datos%20Abiertos/Politica%20de%20Tratamiento%20de%20Datos%20Personales.pdf.</p> <p>De igual manera, AUTORIZO a la Secretaría de Participación Ciudadana y Acción Comunitaria a remitir vía correo electrónico y/o WhatsApp, sobre decisiones, peticiones, requerimientos, notificaciones, y otros comunicados relacionados con las funciones asociadas a la acción comunal y los ejercicios de participación ciudadana adelantados en el municipio de Chía.</p>	
FIRMA DEL AFILIADO	

AFILIADO 7

Nombres completos:	
Apellidos completos:	
Número de afiliación:	Fecha de nacimiento:
Tipo de Doc. T.I. ___ / C.C. ___ / C.E. ___ / PPT. ___	No. Doc.
Correo electrónico:	
Dirección de residencia:	
Prof. U Oficio:	Teléfono:
<p>Dando cumplimiento a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 (por el cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales) y de conformidad con lo señalado en el Decreto 1377 de 2013, con el diligenciamiento de este formulario AUTORIZO a la Alcaldía de Chía para que utilice mis datos personales, incluido mis imágenes y mi voz, que he compartido para documentar las actividades desarrolladas y hacer el correspondiente tratamiento de datos. Asimismo, manifiesto que he sido informado por la Alcaldía Municipal de Chía de la Política de Protección de Datos Personales, ubicada en el siguiente enlace: http://www.chia-cundinamarca.gov.co/archivos/Datos%20Abiertos/Politica%20de%20Tratamiento%20de%20Datos%20Personales.pdf.</p> <p>De igual manera, AUTORIZO a la Secretaría de Participación Ciudadana y Acción Comunitaria a remitir vía correo electrónico y/o WhatsApp, sobre decisiones, peticiones, requerimientos, notificaciones, y otros comunicados relacionados con las funciones asociadas a la acción comunal y los ejercicios de participación ciudadana adelantados en el municipio de Chía.</p>	
FIRMA DEL AFILIADO	

FIRMA DE RECIBIDO TRIBUNAL DE GARANTÍAS.

Yo, _____, identificado con cédula de ciudadanía número _____, en mi calidad de integrante del Tribunal de Garantías, certifico que la presente **PLANCHA** fue presentada para su inscripción el día _____, del mes de _____, del año 2026.

Firma: _____.