



**CONFEDERACION  
INTERNACIONAL  
DE CAPELLANES**

**CICAP**

**INSCRIPCION  
MEMBRESIA**

NIT 901.398.941-2  
Colombia



FECHA **6/10/2025**

CIUDAD **Apartado**

PAS **Colombia**

DATOS GENERALES

NOMBRES Y APELLIDOS		<b>María Isabel Borja</b>			
TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD		NUMERO DOCUMENTO IDENTIDAD		LUGAR DE EXPEDICION Y FECHA	
CC <input checked="" type="checkbox"/>	CE <input type="checkbox"/>	PEP <input type="checkbox"/>	PA <input type="checkbox"/>	39412857	Apar-16/6/1992
EDAD	TIPO DE SANGRE Y RH	NUMERO DE TELEFONO FIJO		NUMERO DE TELEFONO CELULAR	
53	O+	305 2485402			
DIRECCION		BARRIO <b>1ro de mayo</b>			
Apartado		DEPARTAMENTO <b>Antioquia</b>		PAIS <b>colombia</b>	
CORREO ELECTRONICO <b>IsabelBorja2712@gmail.com</b>					
EPS - SEGURO MEDICO		SUBSIDIADO <input checked="" type="checkbox"/>	CONTRIBUTIVO <input type="checkbox"/>	ESTADO CIVIL <b>soltera</b>	NOMBRE DEL CONYUGE
PROFESION U OFICIO		EN CASO DE EMERGENCIA AVISAR A:			
Ama de casa		NOMBRE <b>Daifer Borja</b> TELEFONO <b>305 4858327</b>			

ESTUDIOS REALIZADOS

PRIMARIA <input type="checkbox"/>	SECUNDARIA <input checked="" type="checkbox"/>	TECNICO <input type="checkbox"/>	TECNOLOGICO <input type="checkbox"/>	PREGRADO <input type="checkbox"/>	ESPECIALIZACION <input type="checkbox"/>	MAESTRIA <input type="checkbox"/>
-----------------------------------	--	----------------------------------	--------------------------------------	-----------------------------------	--	-----------------------------------

TITULO OBTENIDO DE LOS ESTUDIOS PROFESIONALES

PARTICIPACION EN ORGANIZACIONES SOCIALES

ORGANIZACION A LA QUE PERTENECE					
IGLESIA <input checked="" type="checkbox"/>	FUNDACION <input type="checkbox"/>	ASOCIACION <input type="checkbox"/>	OTRA <input type="checkbox"/>	NOMBRE	
NOMBRE DIRECTOR DE LA ORGANIZACION				TELEFONO	
<b>Maria Isabel Marmolejo</b>					

COMO LLEGO A CICAP

RECOMENDADO POR:	ASOCIADO CICAP <input type="checkbox"/>	IGLESIA <input type="checkbox"/>	OTRA ORGANIZACIÓN <input type="checkbox"/>	
NOMBRE <b>Cuadrangular 1ro de mayo</b>				

DILIGENCIAR SI ES PERSONA JURIDICA

TIPO DE ORGANIZACION	IGLESIA <input type="checkbox"/>	FUNDACION <input type="checkbox"/>	ASOCIACION <input type="checkbox"/>	OTROS <input type="checkbox"/>	ESPECIFIQUE OTROS
RAZON SOCIAL					
NIT O PERSONERIA JURIDICA					
REPRESENTANTE LEGAL		DIRECCION, BARRIO Y TELEFONO			

Con la firma del presente documento autorizo de manera voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca a la Confederación Internacional de Capellanes CICAP, para tratar mis datos personales, así como registros fotográficos, audiovisuales, entre otros, los cuales se hayan almacenado o que en el futuro almacene en sus bases de datos, en virtud del programa social al cual me estoy vinculado como miembro, para que sean usados en el marco de las gestiones institucionales y/o administrativas de CICAP. Reconozco el derecho que me asiste para actualizar, rectificar, conocer y suprimir mis datos personales. El tratamiento de datos personales se rige para estos efectos, por la POLÍTICA DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES en CICAP, en cumplimiento de la normatividad legal vigente.

FIRMA	TIPO Y NUMERO DE IDENTIFICACION	LUGAR DE EXPEDICION
	<b>CC-39412857</b>	<b>Apartado(Ant)</b>

ESPACIO EXCLUSIVO PARA CICAP

Observaciones:	Aporte de afiliación \$0
Grado de Inicio:	Placa No.