



**CONFEDERACION  
INTERNACIONAL  
DE CAPELLANES**

**CICAP**

NIT 901.398.941-2  
Colombia

**INSCRIPCIÓN  
MEMBRESÍA**



FECHA **6/10/2025**

CIUDAD **Apartadó**

PAIS **Colombia**

**DATOS GENERALES**

NOMBRES Y APELLIDOS <b>Stephany Sofía Flórez García</b>					
TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> PEP <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/>		NUMERO DOCUMENTO IDENTIDAD <b>1032185926</b>	LUGAR DE EXPEDICION Y FECHA <b>Apar-5/8/19</b>	FECHA DE NACIMIENTO DIA <b>22</b> MES <b>04</b> AÑO <b>2012</b>	
EDAD <b>13</b>	TIPO DE SANGRE Y RH <b>O+</b>	NUMERO DE TELEFONO FIJO <b>3053546181</b>		NUMERO DE TELEFONO CELULAR	
DIRECCION <b>Calle 99B # 93-91</b>			BARRIO <b>1ro de mayo</b>		
CIUDAD <b>Apartadó</b>		DEPARTAMENTO <b>Antioquía</b>	PAIS <b>Colombia</b>		
CORREO ELECTRONICO <b>stephanysofiafloresgarcia@gmail.com</b>					
EPS - SEGURO MEDICO <b>Nueva EPS</b>		SUBSIDIADO <input type="checkbox"/>	CONTRIBUTIVO <input checked="" type="checkbox"/>	ESTADO CIVIL <b>soltera</b>	NOMBRE DEL CONYUGE <b>3052485402</b>
PROFESION U OFICIO <b>Estudiante</b>		EN CASO DE EMERGENCIA AVISAR A: NOMBRE <b>María Isabel Borja</b> TELEFONO			

**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 <b>María Isabel Marmolejo</b>	TELEFONO <b>314 7987256</b>

**COMO LLEGO A CICAP**

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

**DILIGENCIAR SI ES PERSONA JURIDICA**

TIPO DE ORGANIZACIÓN 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 <b>Stephany</b>	TIPO Y NUMERO DE IDENTIFICACION <b>TI-1032185926</b>	LUGAR DE EXPEDICION <b>Apartadó(Ant)</b>
-----------------------	---	---

**ESPACIO EXCLUSIVO PARA CICAP**

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