



**CONFEDERACION
INTERNACIONAL
DE CAPELLANES**

CICAP

**INSCRIPCION
MEMBRESIA**

NIT 901.398.941-2
Colombia



FECHA **6/10/2025**

CIUDAD **Apartadó**

PAIS **Colombia**

DATOS GENERALES

NOMBRES Y APELLIDOS **Stephany Sofía Flórez García**

TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD				NUMERO DOCUMENTO IDENTIDAD	LUGAR DE EXPEDICION Y FECHA	FECHA DE NACIMIENTO
CC <input type="checkbox"/>	CE <input type="checkbox"/>	PEP <input type="checkbox"/>	PA <input type="checkbox"/>	1032185926	Apar-5/8/19	DIA 22 MES 04 AÑO 2012
EDAD 13	TIPO DE SANGRE Y RH O+	NUMERO DE TELEFONO FIJO 3053546181			NUMERO DE TELEFONO CELULAR	
DIRECCION Calle 99B # 93-91				BARRIO 1ro de mayo		
CIUDAD Apartadó	DEPARTAMENTO Antioquía	PAIS Colombia				
CORREO ELECTRONICO stephanysofiafloresgarcia@gmail.com						
EPS SEGURO MEDICO Nueva EPS	SUBSIDIADO <input type="checkbox"/>	CONTRIBUTIVO <input checked="" type="checkbox"/>	ESTADO CIVIL soltera	NOMBRE DEL CONYUGE 3052485402		
PROFESION U OFICIO Estudiante	EN CASO DE EMERGENCIA AVISAR A: NOMBRE María Isabel Borja 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	Maria Isabel Marmolejo				TELEFONO 314 7987256

COMO LLEGO A CICAP

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

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 <input type="checkbox"/>
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 TI-1032185926	LUGAR DE EXPEDICION Apartadó(Ant)
-------	--	--

ESPAZIO EXCLUSIVO PARA CICAP

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