**CONVOCATORIA PÚBLICA**

**PARA LA ELECCIÓN DE LOS NUEVOS REPRESENTANTES DE**

**LA COMUNIDAD EN EL COMITÉ PERMANENTE DE**

**ESTRATIFICACIÓN SOCIOECONÓMICA DEL MUNICIPIO DE**

**POPAYAN PARA EL PERIODO 2021-2023**

|  |  |
| --- | --- |
| **FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN** | |
| **INFORMACIÓN PERSONAL DEL ASPIRANTE** | |
| **1**. Nombres: | |
| **2**. Apellidos: | |
| **3**. Cédula de ciudadanos: | |
| **4**. Fecha de nacimiento: Día: Mes: Año: | |
| **5.** Teléfono Fijo: | Teléfono celular: |
| **6.** Correo electrónico: | |
| **7**. Dirección: | |
| **8.** Barrio o vereda: | |
| **INFORMACIÓN DE LA ORGANIZACIÓN O GRUPO DE RESPALDO DEL ASPIRANTE** | |
| **1.** Su organización o grupo de respaldo es una (marque con una X):    Comunidad Organizada: ( ) Comunidad No Organizada: ( ) Organización Comunitaria: ( )  Organización Cívica: ( ) Organización Académica: ( ) Organización Social: ( ) | |
| **2**. La organización o grupo de respaldo opera en el (marque con una X):  Area Urbana: ( ) Area Rural ( ) | |
| **3.** Nombre de la organización ó grupo de respaldo: | |
| **4.** Número aprox. de personas que conforman la organización ó grupo de respaldo: | |
| **5.** Qué papel desempeña usted dentro de dicha organización o grupo de respaldo: | |
| **INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA** | |
| **1**. Desde hace cuánto tiempo reside en el Municipio de Popayán: | |
| **2.** Qué nivel de estudio tiene:  Primaria: ( ) Bachillerato: ( ) Tecnólogo: ( ) Universitario: ( ) Postgrado: ( ) | |
| **3.** Es usuario de algún Servicio Público:  SI ( ) NO ( ) Cuál(es): | |
| **4**. Actualmente es funcionario o empleado de alguna empresa de Servicios Públicos Domiciliarios:  SI ( ) NO ( ) Cuál: | |
| **5**. Tiene algún parentesco con un funcionario o empleado de alguna empresa de Servicios Públicos Domiciliarios:  SI ( ) NO ( ) Cuál: | |
| **6.** Tiene deudas de más de 90 días con alguna empresa de Servicios Públicos Domiciliarios:  SI ( ) NO ( ) Cuál: | |
| **7.** Es Servidor Público: SI ( ) NO ( ) | |
| **8.** Fue Servidor Público: SI ( ) NO ( )  Hace cuánto tiempo: Entidad: | |
| **9.** Tiene inhabilidades para desempeñar cargos públicos:  SI ( ) NO ( ) | |