**ANEXO FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN POR ENFOQUE DIFERENCIAL**

**PROCESO DE ELECCIÓN Y POSESIÓN DEL CONSEJO DEPARTAMENTAL DE MUJER Y GÉNERO PARA EL PERÍODO 2024- 2027**

1. **INFORMACIÓN BÁSICA DE LA POSTULADA:**

Nombres y apellidos completos: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tipo de documento de identidad C.C\_\_\_\_ T.I\_\_\_\_\_

Número \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: día: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ mes: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_año: \_\_\_\_\_\_\_\_\_

Se identifica usted como transgénero Si: \_\_ No: \_\_\_

Dirección de residencia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Municipio: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Teléfono celular: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Cuál es su nivel máximo de estudios académicos? Marque con una X su último nivel cursado

|  |  |
| --- | --- |
| **NIVEL EDUCATIVO** | |
| Básica Primaria |  |
| Básica Secundaria (9° grado) |  |
| Bachiller académico (11° grado) |  |
| Técnico |  |
| Tecnólogo |  |
| Profesional universitario |  |
| Especialización |  |
| Maestría |  |
| Doctorado |  |
| Otro, cuál? | |

Actualmente, ¿qué trabajo u ocupación tiene? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **INSCRIPCIÓN DE LA CANDIDATURA**

Representante por enfoque diferencial, diversidades y/u organizaciones de mujeres cundinamarquesas, marque con una X cuál:

|  |  |
| --- | --- |
| **ENFOQUE DIFERENCIAL, DIVERSIDADES Y/U ORGANIZACIONES DE MUJERES** | |
| Representante de madres cabeza de familia y/o jefas de hogar |  |
| Representante de las mujeres víctimas del conflicto armado |  |
| Representante de las mujeres de las víctimas de violencias basadas en género |  |
| Representante de las mujeres rurales y/o campesinas |  |
| Representante de las mujeres persona adulta mayor |  |
| Representante de las mujeres diversas OSIGD (orientación sexual e identidad de género diversas) |  |
| Representante de las mujeres transgénero |  |
| Representante de las mujeres cuidadoras |  |
| Representante de las mujeres con discapacidad |  |
| Representante de las indígenas |  |
| Representante de las mujeres NARP (negras, afro, raizales, palenqueras) |  |
| Representante de las mujeres ROM o gitana |  |
| Representante de las mujeres jóvenes |  |
| Representante de las organizaciones de mujeres Cundinamarquesas |  |
| Representante de las mujeres víctimas de la violencia sociopolítica |  |
| Representante de las mujeres feministas |  |
| Representante de las mujeres académicas |  |
| Representante de las mujeres comunales |  |
| Representante de las mujeres de organizaciones que promuevan el cuidado ambiental o animal sostenible. |  |
| Representante de las mujeres en salud integral (salud mental y salud física sexual y reproductiva). |  |
| Representante de las organizaciones que trabajan con niñas y adolescentes. |  |
| Representante de las mujeres excombatientes |  |
| Representante de las mujeres en actividades sexuales pagadas. |  |
| Representante de la mujer en el arte y cultura |  |
| Representante de la mujer en el deporte y la actividad física. |  |
| Representante de las mujeres empresarias, microempresarias y de actividades comerciales sostenibles. |  |

1. **LISTA DE SOPORTES (obligatorio cumplimiento)**

Marque con X el adjunto de los presentes documentos

| **ANEXOS** | **ADJUNTO** |
| --- | --- |
| Carta de intención y compromiso (Anexo N. 1) |  |
| Perfil de trabajo organizativo y/o comunitarios y soportes |  |
| Fotocopia de la Cédula de Ciudadanía y/o Tarjeta de Identidad |  |
| Fotografía Física o digital tipo carnet |  |
| Certificado expedido por la junta de acción comunal, junta de acción veredal, Personería Municipal o alcaldía municipal, donde conste la residencia de la candidata. |  |

A continuación por favor indicar cuales son los soportes específicos para la inscripción de candidatura por el enfoque diferencial señalado (el cual representará):

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Doy fe que conozco y acepto todas las disposiciones y condiciones dispuestas por la Resolución SMEG No. 010 de 2024 emanada el 17 de septiembre de 2024 de junio de 2024 y sus anexos aclaratorios *“POR MEDIO DE LA CUAL SE ESTABLECE EL PROCESO PARA LA ELECCIÒN Y POSESIÒN DEL CONSEJO DEPARTAMENTAL DE MUJER Y GÈNERO PERIODO 2024-2027”*

Con la firma del presente formulario, autorizo a la Gobernación de Cundinamarca a utilizar mis datos personales para fines informativos exclusivamente en cumplimiento de la misión de la entidad, de conformidad con las disposiciones de la Ley 1581 de 2012, Ley de Protección de Datos y el decreto 1377 de 2013 que la reglamenta parcialmente.

Se firma a los \_\_\_\_\_\_\_\_ días del mes de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2024

Firma de la postulada: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre de la postulada: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

No. de identificación: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_