



ALCALDÍA LOCAL DE
KENNEDY



ALCALDIA LOCAL DE KENNEDY FICHA TÉCNICA MECANISMO DE SELECCIÓN DE INICIATIVAS GASTRONÓMICAS ANCESTRALES				No.		
Nombres y Apellidos				Tipo de Documento	C.C._ PPT_ C.E. _ T.I._	
Numero Documento de Identidad				Sexo	Hombre_ Mujer_ Intersexual_	
¿Tiene algún tipo de discapacidad?	Física_ Auditiva_ Visual_ Sordoceguera_ Intelectual_ Mental o psicosocial_ Discapacidad múltiple_ Ninguna_			¿Cuál es su orientación sexual?	Bisexual_ Heterosexual_ Homosexual_ Pansexual_ Asexual_ No responde_ Otro_	
Fecha de nacimiento	Día ____ Mes ____ Año ____			Teléfono/Celular		
Lugar de Nacimiento				Localidad donde vive		
Barrio						
Marque con una X la UPZ a la que Pertenece	44 AMÉRICAS	45 CARVAJAL	46 CASTILLA	47 KENNEDY CENTRAL	48 TIMIZA	78 TINTAL NORTE
	79 CALANDAIMA	80 CORABASTOS	81 GRAN BRITALIA	82 PATIO BONITO	83 LAS MARGARITAS	113 BAVARIA
Pertenece a:	Población Víctima del Conflicto Armado <input type="checkbox"/>			Certificado del registro único de víctimas		
	Población en proceso de reincorporación <input type="checkbox"/>			Certificado de persona en proceso de reincorporación		
	Población diferencial étnica <input type="checkbox"/>			Documento del ministerio de Interior o carta aval de su autoridad. Cabildo en el caso de la población Indígena. Kumpania en el caso de población RROM Gitana.		
	Otro <input type="checkbox"/>			¿Cuál? _____		
¿Tiene algún rol de cuidado?	_Cuidado de personas con discapacidad _Cuidado de niños-niñas _Cuidado de personas con enfermedades _Cuidado de personas mayores _Ninguna			¿Cuál es su identidad étnica?	_NARP _Indígena _Rrom _Ninguna	

Firma Postulante

Consentimiento para el Tratamiento de Datos Personales

Al Firmar este formato, declaro que he leído y acepto que se pueda recopilar, almacenar y utilizar mis datos personales proporcionados en este formulario para los fines específicos de esta inscripción.



ALCALDÍA LOCAL DE
KENNEDY



Entiendo que mis datos serán tratados de acuerdo con las políticas de privacidad de adecuados y que tengo el derecho de acceder, rectificar o eliminar mis datos en cualquier momento, según lo establecido en la legislación vigente sobre protección de datos personales.

1. IDENTIFICACIÓN DE LA INICIATIVA GASTRONÓMICA ANCESTRAL

NOMBRE DE LA INICIATIVA: _____

NOMBRE DE LA ORGANIZACIÓN PROPONENTE DE LA INICIATIVA: _____

NOMBRE PROPONENTE DE LA INICIATIVA: _____

DIRECCIÓN DONDE DESARROLLA SU ACTIVIDAD: _____

TELÉFONO: _____

CORREO ELECTRÓNICO: _____

2. PRESENTACIÓN DEL PROYECTO (Realice una breve descripción del proyecto)

¿Cuál es el propósito de su iniciativa gastronómica ancestral en torno a la paz?

¿A qué población pretende impactar?

Población Víctima del Conflicto Armado

Población en proceso de reincorporación

Población diferencial étnica

Otro ¿Cuál? _____

¿Dónde va a desarrollar su iniciativa?:

Indique una breve descripción sobre la población destinataria de su iniciativa

3. POBLACIÓN DESTINATARIA (Seleccione sólo un grupo, el que más se ajuste y debe corresponder a un mínimo de 5 personas que hayan vivido el conflicto armado interno)

A. GRUPO ETARIO

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> DE 0 A 5 AÑOS | <input type="checkbox"/> DE 18 A 26 AÑOS | <input type="checkbox"/> TODAS LAS EDADES |
| <input type="checkbox"/> DE 6 A 13 AÑOS | <input type="checkbox"/> DE 27 A 59 AÑOS | <input type="checkbox"/> SIN CLASIFICAR |
| <input type="checkbox"/> DE 14 A 17 AÑOS | <input type="checkbox"/> DE 60 AÑOS O MAS | |

B. GRUPO POBLACIONAL

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> HABITANTE DE CALLE | <input type="checkbox"/> REINCORPORADOS/AS | <input type="checkbox"/> TRABAJADORES/AS SEXUALES |
| <input type="checkbox"/> CABEZA DE FAMILIA | <input type="checkbox"/> PERSONAS CON DISCAPACIDAD | <input type="checkbox"/> CONSUMIDORES/AS SPA |
| <input type="checkbox"/> ROM | <input type="checkbox"/> DEFENSORES DE DERECHOS HUMANOS | <input type="checkbox"/> OTRA ¿Cuál? _____ |
| <input type="checkbox"/> LIDERES SOCIALES | <input type="checkbox"/> SIN CLASIFICAR | |
| <input type="checkbox"/> TODOS/AS | <input type="checkbox"/> NARP | |
| <input type="checkbox"/> VICTIMAS DEL CONFLICTO ARMADO | <input type="checkbox"/> INDÍGENAS | |

TOTAL, POBLACIÓN A BENEFICIAR (NUMERO PERSONAS)

4. JUSTIFICACIÓN ¿Por qué y Para qué desarrollará su iniciativa gastronómica ancestral?

5. OBJETO (Indique lo que se espera lograr con la iniciativa gastronómica ancestral)



ALCALDÍA LOCAL DE
KENNEDY



--

6. ACTIVIDADES A REALIZAR (Enuncie las actividades que realizará en su iniciativa gastronómica ancestral y descríbalas).

ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD

Las iniciativas gastronómicas ancestral para la paz, memoria y reconciliación no podrán ser impactados con los siguientes ítems: - Pago de arriendos de espacios físicos como oficinas, casas, apartamentos, etc. - Hipotecas, prendas, multas, deudas, sanciones o medidas cautelares en contra de la organización o sus integrantes - Tiquetes aéreos o terrestres - Medios de transporte como motos, carros, triciclos comerciales y/o bicicletas - Computadores, celulares, pago de planes de celular e internet - Costos por carga impositiva a cargo del contratista o asociado según corresponda. (impuestos, tasas y contribuciones) - Pago de servicios públicos - Páginas web o publicidad digital - Nómina de la organización.



ALCALDÍA LOCAL DE
KENNEDY



7. PRESUPUESTO

A CONTINUACIÓN, DEBE ESCRIBIR EN QUÉ GASTARÍA EL INCENTIVO PARA SU INICIATIVA (1'425.000).

*ESTA PROPUESTA PRESUPUESTAL PODRÁ SER MODIFICADA DURANTE EL PROCESO DE EJECUCIÓN.

*DETERMINAR MÁXIMO 7 ÍTEMS PARA LA COMPRA.

*SOLO PODRÁ DESTINAR HASTA 20% DEL VALOR TOTAL DEL PROYECTO O INICIATIVA PARA EL RECURSO HUMANO.

DESCRIPCIÓN DEL TIPO DE GASTO	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	SUBTOTAL