Ciudad y fecha de Solicitud: Escriba ciudad. , 00/00/2024

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| DATOS DE EL (LA) CONVOCANTE O SOLICITANTE | | |
| Convocante 1 | | |
| Nombres y apellidos: Haga clic o pulse aquí para escribir texto. | | Edad: Escriba aquí |
| Tipo de identificación:CCTIC. ExtranjeríaPTP | No: Digite número | De: Escriba aquí |
| Dirección de Correspondencia: Escriba aquí | Ciudad: Haga clic | Estrato: Escriba aquí |
| Correo electrónico: Haga clic o pulse aquí para escribir texto. | Celular: Número | Nacionalidad: Escriba aquí |
| Estado civil:Soltero(a) Casado(a) Compañero (a) P. | Sexo: Hombre Mujer | Género:M F No Binario Prefiero no decirlo |
| Escolaridad: Haga clic o pulse aquí para escribir texto. | No. Personas a cargo: # | Sabe leer y escribir:  SI  NO |
| Tipo de discapacidad:  Auditiva  Física  Visual  Intelectual  Múltiple  Sordoceguera  Psicosocial  Ninguna | | |
| Convocante 2 | | |
| Nombres y apellidos:Haga clic o pulse aquí para escribir texto. | | Edad: Escriba aquí |
| Tipo de identificación:CCTIC. ExtranjeríaPTP | No: Digite número | De: Escriba aquí |
| Dirección de Correspondencia: Escriba aquí | Ciudad: Haga clic | Estrato: Escriba aquí |
| Correo electrónico:Haga clic o pulse aquí para escribir texto. | Celular: Número | Nacionalidad:Escriba aquí |
| Estado civil:Soltero(a) Casado(a) Compañero (a) P | Sexo: Hombre Mujer | Género:M F No Binario Prefiero no decirlo |
| Escolaridad: Haga clic o pulse aquí para escribir texto. | No. Personas a cargo: # | Sabe leer y escribir:  SI  NO |
| Tipo de discapacidad:  Auditiva  Física  Visual  Intelectual  Múltiple  Sordoceguera  Psicosocial  Ninguna | | |
|  | | |
| DATOS APODERADO DEL CONVOCANTE (S) EN CASO DE QUE APLIQUE | | |
| Nombres y apellidos: Haga clic o pulse aquí para escribir texto. | | |
| No. Documento de identificación: número | De:escribir texto. | No. TP: escribir texto. |
| Dirección de Correspondencia: Escriba aquí | Ciudad: escribir texto. | |
| Correo electrónico:Escriba aquí | Celular:Número | Teléfono: escribir texto. |
|  |  |  |
| \*La violencia contra las mujeres NO SE CONCILIA y tienen derecho a no ser confrontadas con el (los) agresor (s). Así mismo la violencia basada en género y la Violencia intrafamiliar no son objeto de conciliación de conformidad con el artículo 4 del Decreto 4799 de 2011. | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Fecha de inicio del conflicto | | | Intención del Convocante | Cumplir requisito de procedibilidad | |
| Año | Mes | Día | Conciliar | |
|  |  |  | Escalada del Conflicto | Con violencia física  Con violencia verbal | Sin violencia  Violencia con armas |

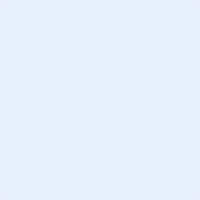
|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| DATOS DE LA (S) PERSONA (S) CON QUIEN SE DESEA CONCILIAR / CONVOCADO (A)(S) | | |
| Persona natural (1) | | |
| Nombre y apellidos: Haga clic o pulse aquí para escribir texto. | | Edad: escribir aquí |
| Tipo de identificación:CC TI C Extranjería  PTP | No: Digite Número | De: escribir texto. |
| Dirección de correspondencia: escribir texto. | Ciudad: escribir texto. | Estrato: escribir aquí |
| Correo electrónico: escribir texto. | Celular: Número | Nacionalidad: escribir texto. |
| Estado civil: Soltero (a)  Casado (a)  Compañero (a) P | Sexo:Hombre Mujer | Género:M F No Binario Prefiero no decirlo |
| Tipo de discapacidad:Auditiva Física Visual Intelectual Múltiple Sordoceguera Psicosocial Ninguna | | |
| Persona natural (2) | | |
| Nombre y apellidos: Haga clic o pulse aquí para escribir texto. | | Edad: escribir aquí |
| Tipo de identificación:CC TI C Extranjería  PTP | No: Digite número | De: escribir texto. |
| Dirección de correspondencia: escribir texto. | Ciudad: escribir texto. | Estrato: escribir aquí |
| Correo electrónico: escribir texto. | Celular: Número | Nacionalidad: escribir texto. |
| Estado civil: Soltero (a)  Casado (a)  Compañero (a) P | Sexo:Hombre Mujer | Género:M F No Binario Prefiero no decirlo |
| Tipo de discapacidad:Auditiva Física Visual Intelectual Múltiple Sordoceguera Psicosocial Ninguna | | |
| Persona jurídica | | |
| Nombre de la sociedad: Haga clic o pulse aquí para escribir texto. | | |
| Dirección comercial: Haga clic o pulse aquí para escribir texto. | | Ciudad: escribir texto. |
| Nombre del representante legal: Haga clic o pulse aquí para escribir texto. | | Nit: escribir texto. |
| Correo electrónico: Haga clic o pulse aquí para escribir texto. | | Celular: Número. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| RESUMEN DE LOS HECHOS | | |
|  | | |
| PRETENSIONES U OBJETO DE LA CONCILIACIÓN (Lo que busca con la conciliación) | | |
|  | | |
| Cuantía del asunto a conciliar: $ Haga clic o pulse aquí para escribir texto. | | |
| DOCUMENTOS APORTADOS O ANEXOS (Relacionar los documentos que considere necesarios para clarificar el asunto o conflicto) | |
| 1. | 5. |
| 2. | 6. |
| 3. | 7. |
| 4. | 8. |

Código QR

Descripción generada automáticamenteEl (la) usuario (a) acepta de manera expresa recibir información a través de mensajes de texto o cualquier medio electrónico, por lo cual la información le será remitida a los números celulares y al correo electrónico que se encuentren registrados en el presente formulario. Manifiesta que actuará de forma presencial/digital en la audiencia de conciliación, certificando que cuenta con los medios tecnológicos.

Acepto la política de tratamiento de datos consultada a través del enlace: [htpps://www.ucc.edu.co/asuntos legales/AcuerdosSuperiores2014/Acuerdo171de2014.pdf](https://www.ucc.edu.co/Biblioteca%20de%20documentos%20prueba/Acuerdo_171_de_2014.pdf)



Firma del solicitante

|  |  |
| --- | --- |
| ESPACIO PARA USO EXCLUSIVO DEL CENTRO DE CONCILIACIÓN | |
| Datos del conciliador (a) designado (a) | Reasignación del Conciliador (a) por fuerza mayor o caso fortuito |
| Nombres y apellidos: escribir texto. | Nombres y apellidos: escribir texto. |
| No. Cédula ciudadanía: Digite número | No. Cédula ciudadanía: Digite número |
| Fecha designación: pulse para escribir una fecha. | Fecha designación: pulse para escribir una fecha. |
| Fecha programada para la audiencia: Seleccione fecha | Fecha programada para la audiencia: Seleccione fecha |
| Aceptación por parte del conciliador:  SI  NO | Aceptación por parte del conciliador:  SI  NO |
|  |  |
| Audiencia presencial  Audiencia Virtual | Audiencia presencial  Audiencia Virtual |
| Firma del conciliador (a) | Firma del conciliador (a) |