

No. SOLICITUD: _____

FECHA: _____ DD / MM / AAAA

DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

Nota: Todos los datos del solicitante son obligatorios si es persona natural, si es persona jurídica los marcados con asterisco*.

NOMBRES:* _____

APELLIDO 1: _____ APELLIDO 2: _____

N° DE IDENTIFICACIÓN O NIT: * _____ EXPEDIDA EN: _____

SEXO: _____ EDAD: _____ ESTADO CIVIL: _____

ESTRATO: _____ ESCOLARIDAD _____

OCUPACIÓN: _____ TELÉFONO: * _____

DIRECCIÓN: * _____

LOCALIDAD: _____ CIUDAD:* _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____

EMAIL* _____

PRESENTA ALGUN TIPO DE DISCAPACIDAD: SI _____ NO _____ ¿CUÁL? _____

EL CONFLICTO SE GENERA POR SU INCAPACIDAD: _____

HACE PARTE DE UN GRUPO MINORITARIO SI _____ NO _____ ¿CUÁL? _____

DATOS PERSONALES DEL APODERADO

NOMBRES: _____

APELLIDO 1: _____ APELLIDO 2: _____

N° DE IDENTIFICACIÓN: _____ EXPEDIDA EN: _____

TARJETA PROFESIONAL: _____

TELÉFONO: * _____ EMAIL* _____

CELULAR: _____

DATOS PERSONALES DEL CONVOCADO

Nota: Los datos personales del convocado marcados con asterisco* son de carácter obligatorio.

NOMBRES:* _____

APELLIDO 1:* _____ APELLIDO 2: _____

N° DE IDENTIFICACIÓN O NIT: * _____ EXPEDIDA EN: _____

SEXO: _____ EDAD: _____ ESTADO CIVIL: _____

Designación del Conciliador			Reasignación del Conciliador (Por fuerza mayor o caso fortuito)		
Forma	Si	No	Forma	Si	No
Por las partes			Por las partes		
Por orden de lista			Por orden de lista		
Por Balota			Por Balota		
Nombre del conciliador			Nombre del conciliador		
Fecha de Designación			Fecha de Designación		
Aceptación por parte del conciliador	Si	No	Aceptación por parte del conciliador	Si	No
Fecha de aceptación			Fecha de aceptación		
Fecha programada para la audiencia			Fecha programada para la audiencia		
Audiencia Virt		Audiencia presencial	Audiencia Virt		Audiencia presencial
Nombre y Firma del Conciliador C.C. T.P.			Nombre y Firma del Conciliador C.C. T.P.		