

EVENTOS CULTURALES Y ARTÍSTICOS 2018

Contrato de Prestación de Servicios No. 246 de 2017

FECHA	
No. FORMULARIO	

Marque con una X el estímulo por el cual desea participar.

Nota: Una persona o agrupación únicamente podrá inscribirse en la convocatoria con una (1) propuesta artística.

ACTIVIDAD	EVENTO	ESTÍMULO (Categoría)	
DIFUSIÓN Y MEMORIA	Todos	Piezas gráficas publicitarias	
		Fotografía	
		Videoclip	
		Documental	
ENCUENTRO	Festival Rock X	Música	
	Festival Hip Hop	Rap MC	
		Break Dance	
		Grafiti	
	Electrofest	DJ	
ENCUENTRO	Festival Engativá Goza La Fiesta	Comparsa	
		Música	
	Festival de Danza	Agrupación	
	Festival Engativarte Ciudad Teatro	Sala	
		Calle	
Festival de Música Tradicional	Música		
SALÓN	Salón de Artistas Plásticos	Exploración	
		Jóvenes	
		Consagrados	
		Obra Realizada	
ENCUENTRO	Muro de La Fama	Grafiti	
	Maratón de Graffiti	Grafiti	
	New Styles	Grafiti	
FESTIVAL	Engativá Renace Contigo	Música	

DATOS DE LA PROPUESTA

Nombre:			
Tipo o género:		Duración:	Número de integrantes:
Dirección lugar de trabajo o ensayo:		Barrio:	UPZ:
Correo Electrónico:			
Redes Sociales	Facebook		
	Twitter		
	Instagram		
	Youtube		
	Otra		
Crew List:	1	Rol: Nombres y Apellidos	No. Documento Edad
	2	Rol: Nombres y Apellidos	No. Documento Edad
	3	Rol: Nombres y Apellidos	No. Documento Edad
	4	Rol: Nombres y Apellidos	No. Documento Edad
	5	Rol: Nombres y Apellidos	No. Documento Edad

DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL				
Primer Nombre*		Primer Apellido*		Estado Civil*
Segundo Nombre		Segundo Apellido*		
Tipo de documento*		No.*		Lugar de expedición*
Sexo* M ____ F ____		Tipo de Discapacidad Si ____ No ____ ¿Cuál? _____		EPS
Fecha de nacimiento*		Edad*	Ciudad de nacimiento*	Departamento*
Día	Mes	Año		
Caracterización de la población		(CI) Comunidad Indígena ____ (AFR) Afrocolombianos ____ (ROM) Gitanos ____		
(VCA) Víctimas del Conflicto Armado ____ (LGBTI) Personas del sector Lesbianas, Gay, Bisexual, Transgénero o Intersexual ____				
Dirección de residencia*		Estrato*	Barrio	UPZ
Número de Contacto	Fijo:		Celular:	
Correo Electrónico Personal				
Ocupación*			Formación Académica	
<hr/> FIRMA DE LA O EL REPRESENTANTE LEGAL				
<p>Nota: En caso de que la o el inscrito no pueda firmar, debe diligenciarse el siguiente párrafo:</p> <p>A ruego del señor _____, quien se identifica con C.C. No. _____, quien manifiesta no saber firmar y así se observa en su cédula, lo hace en su nombre la señora o el señor _____, quien es mayor de edad y sin ningún impedimento para poder dar fe de lo que está celebrando. Como testigo, da fe de todo lo anterior y certifica que la huella dactilar del dedo índice de la mano derecha pertenece al señor _____ (Quien no sabe firmar).</p> <p>El testigo: _____ Huella índice: _____</p>				

DATOS DE LOS INTEGRANTES DEL GRUPO				
NÚMERO: _____				
Primer Nombre			Primer Apellido	Estado Civil
Segundo Nombre			Segundo Apellido	
Sexo* M ____ F ____	Tipo de Discapacidad Si ____ No ____ ¿Cuál? _____		EPS	
Tipo de documento	TI ____ CC ____ CE ____ P ____	No.	Lugar de expedición	
Fecha de nacimiento*	Edad*	Ciudad de nacimiento*	Departamento*	País*
Día Mes Año				
Caracterización de la población	(CI) Comunidad Indígena ____ (AFR) Afrocolombianos ____ (ROM) Gitanos ____			
(VCA) Víctimas del Conflicto Armado ____ (LGBTI) Personas del sector Lesbianas, Gay, Bisexual, Transgenero o Intersexual ____				
Dirección de residencia*		Estrato*	Barrio	UPZ
Número de Contacto	Fijo:	Celular:		
Correo Electrónico Personal				
Ocupación*			Formación Académica	
NÚMERO: _____				
Primer Nombre			Primer Apellido	Estado Civil
Segundo Nombre			Segundo Apellido	
Sexo* M ____ F ____	Tipo de Discapacidad Si ____ No ____ ¿Cuál? _____		EPS	
Tipo de documento	TI ____ CC ____ CE ____ P ____	No.	Lugar de expedición	
Fecha de nacimiento*	Edad*	Ciudad de nacimiento*	Departamento*	País*
Día Mes Año				
Caracterización de la población	(CI) Comunidad Indígena ____ (AFR) Afrocolombianos ____ (ROM) Gitanos ____			
(VCA) Víctimas del Conflicto Armado ____ (LGBTI) Personas del sector Lesbianas, Gay, Bisexual, Transgenero o Intersexual ____				
Dirección de residencia*		Estrato*	Barrio	UPZ
Número de Contacto	Fijo:	Celular:		
Correo Electrónico Personal				
Ocupación*			Formación Académica	
NÚMERO: _____				
Primer Nombre			Primer Apellido	Estado Civil
Segundo Nombre			Segundo Apellido	
Sexo* M ____ F ____	Tipo de Discapacidad Si ____ No ____ ¿Cuál? _____		EPS	
Tipo de documento	TI ____ CC ____ CE ____ P ____	No.	Lugar de expedición	
Fecha de nacimiento*	Edad*	Ciudad de nacimiento*	Departamento*	País*
Día Mes Año				
Dirección de residencia*		Estrato*	Barrio	UPZ
Número de Contacto	Fijo:	Celular:		
Correo Electrónico Personal				
Ocupación*			Formación Académica	
 _____ FIRMA DE LA O EL REPRESENTANTE LEGAL				