**EDICTO**

**(ACTA No. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)**

La Junta de Acción Comunal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del Municipio de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Departamento de Casanare.

En uso de sus facultades legales, estatutarias y reglamentarias,

**HACE SABER:**

Que el (la) secretario (a) y el fiscal, adelantó el proceso de revisión secretarial y cito a los(as) afectados(as) para la notificación personal del acta No. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del día \_\_\_\_ del mes \_\_\_\_ del año 202\_\_, el cual se indica que:

Una vez revisado el libro e identificada la situación de cada afiliado se procede a retirar a las siguientes personas:

a) FALLECIMIENTO DEL AFILIADO

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **No. de Registro** | **NOMBRE Y APELLIDO** | **DOCUMENTO DE IDENTIDAD** | **FECHA DE AFILIACIÓN** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

b) RETIRO VOLUNTARIO DEL AFILIADO (RENUNCIA)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **No. de Registro** | **NOMBRE Y APELLIDO** | **DOCUMENTO DE IDENTIDAD** | **FECHA DE AFILIACIÓN** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

c) ANULAR REGISTROS REPETIDOS

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **No. de Registro** | **NOMBRE Y APELLIDO** | **DOCUMENTO DE IDENTIDAD** | **FECHA DE AFILIACIÓN** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

c) DATOS INCOMPLETOS, FALTA DE FIRMA O HUELLA.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **No. de Registro** | **NOMBRE Y APELLIDO** | **DOCUMENTO DE IDENTIDAD** | **FECHA DE AFILIACIÓN** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

El total de desafiliaciones es de \_\_\_\_\_\_\_\_\_, quedando a la fecha un total de \_\_\_\_\_\_\_\_\_ afiliados activos de la Junta de Acción Comunal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Notifíquese y Cúmplase

Dado a los \_\_\_\_\_\_ días del mes \_\_\_\_\_\_\_ del 20\_\_\_\_, en el Municipio de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Departamento de Casanare.

**FIRMADO**

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

Nombre: Nombre:

Secretaría Fiscal

FECHA DE FIJACIÓN:                 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

FECHA DE DESFIJACIÓN:        \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

LUGAR DE FIJACIÓN: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_