

**ANEXO 4**  
**CUADRO INTEGRANTES DEL GRUPO**

Nombre del Grupo Constituido: \_\_\_\_\_

Número de integrantes: \_\_\_\_\_

**INTEGRANTE 1**

**Nombres y apellidos:** \_\_\_\_\_

**Tipo de identificación:** C.C  C.E  Pasaporte  **Número:** \_\_\_\_\_

**Sexo:** Femenino  Masculino

**Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_\_

**Lugar de nacimiento:**

**País:** \_\_\_\_\_

**Ciudad si el país de nacimiento no es Colombia:** \_\_\_\_\_

**Departamento:** \_\_\_\_\_

**Ciudad/municipio:** \_\_\_\_\_

**Lugar de ubicación:**

**País:** \_\_\_\_\_

**Ciudad si el país no es Colombia:** \_\_\_\_\_

**Departamento:** \_\_\_\_\_

**Ciudad/Municipio:** \_\_\_\_\_

**Dirección:** \_\_\_\_\_

**Número telefónico:** \_\_\_\_\_

**Número celular:** \_\_\_\_\_

**Correo electrónico:** \_\_\_\_\_

¿Posee alguna discapacidad física? Sí  No  ¿Cuál? \_\_\_\_\_

¿Hace parte de algún grupo poblacional específico? Sí  No  ¿Cuál? \_\_\_\_\_

INTEGRANTE 2	
<b>Nombres y apellidos:</b>	
<b>Tipo de identificación:</b>	C.C <input type="checkbox"/> C.E <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> <b>Número:</b>
<b>Sexo:</b>	Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>
<b>Fecha de nacimiento:</b>	
<b>Lugar de nacimiento:</b>	<b>País:</b>
	<b>Ciudad si el país de nacimiento no es Colombia:</b>
	<b>Departamento:</b>
	<b>Ciudad/municipio:</b>
<b>Lugar de ubicación:</b>	<b>País:</b>
	<b>Ciudad si el país no es Colombia:</b>
	<b>Departamento:</b>
	<b>Ciudad/municipio:</b>
	<b>Dirección:</b>
	<b>Número telefónico:</b>
	<b>Número celular:</b>
<b>Correo electrónico:</b>	
¿Posee alguna discapacidad física? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Cuál?	
¿Hace parte de algún grupo poblacional específico? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Cuál?	

Anexe tantos cuadros como integrantes tenga su grupo.

INTEGRANTE 3	
<b>Nombres y apellidos:</b>	
<b>Tipo de identificación:</b>	C.C <input type="checkbox"/> C.E <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> <b>Número:</b>
<b>Sexo:</b>	Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>
<b>Fecha de nacimiento:</b>	
<b>Lugar de nacimiento:</b>	<b>País:</b>
	<b>Ciudad si el país de nacimiento no es Colombia:</b>
	<b>Departamento:</b>
	<b>Ciudad/municipio:</b>
<b>Lugar de ubicación:</b>	<b>País:</b>
	<b>Ciudad si el país no es Colombia:</b>
	<b>Departamento:</b>
	<b>Ciudad/municipio:</b>
	<b>Dirección:</b>
	<b>Número telefónico:</b>
	<b>Número celular:</b>
<b>Correo electrónico:</b>	
¿Posee alguna discapacidad física? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Cuál?	
¿Hace parte de algún grupo poblacional específico? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Cuál?	

Anexe tantos cuadros como integrantes tenga su grupo.

INTEGRANTE 4	
<b>Nombres y apellidos:</b>	
<b>Tipo de identificación:</b>	C.C <input type="checkbox"/> C.E <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> <b>Número:</b>
<b>Sexo:</b>	Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>
<b>Fecha de nacimiento:</b>	
<b>Lugar de nacimiento:</b>	<b>País:</b>
	<b>Ciudad si el país de nacimiento no es Colombia:</b>
	<b>Departamento:</b>
	<b>Ciudad/municipio:</b>
<b>Lugar de ubicación:</b>	<b>País:</b>
	<b>Ciudad si el país no es Colombia:</b>
	<b>Departamento:</b>
	<b>Ciudad/municipio:</b>
	<b>Dirección:</b>
	<b>Número telefónico:</b>
	<b>Número celular:</b>
	<b>Correo electrónico:</b>
¿Posee alguna discapacidad física? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Cuál?	
¿Hace parte de algún grupo poblacional específico? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Cuál?	

Anexe tantos cuadros como integrantes tenga su grupo.