

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	
Nombres y apellidos:	
Tipo de identificación:	C.C <input type="checkbox"/> C.E <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> Número:
Sexo:	Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>
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 <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	
Nombres y apellidos:	
Tipo de identificación:	C.C <input type="checkbox"/> C.E <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> Número:
Sexo:	Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>
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 <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	
Nombres y apellidos:	
Tipo de identificación:	C.C <input type="checkbox"/> C.E <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> Número:
Sexo:	Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>
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 <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.