



ANEXO No. 5
REGISTRO DE REPRESENTANTES DE FAMILIAS O JÓVENES RURALES

Nombre del grupo postulante:		
Departamento:	Municipio:	Unidad territorial:
Grupo FORMAL: SI () NO ()	Grupo con NEGOCIO EN MARCHA: SI () NO ()	

DILIGENCIAMIENTO POR PARTE DEL GRUPO

#	NOMBRE DE LOS REPRESENTANTES POR FAMILIA O GRUPO DE JÓVENES RURALES (Escriba el nombre de las personas que figuran como integrantes del grupo)	Hombre	Mujer	Número de cédula de ciudadanía	Fecha de nacimiento	Área SISBEN	Puntaje SISBEN	GRUPOS ÉTNICOS			En caso de pertenecer a un grupo étnico, indique a qué comunidad pertenece	Población Red Unidos	Víctima (RUV)	Posea alguna discapacidad (En caso afirmativo defínala)	Cuanto miembros hay en el núcleo familiar	Hijos menores de 5 años
								Indígena	NARP	ROM						
1					Año / mes / día											
2					Año / mes / día											
3					Año / mes / día											
4					Año / mes / día											
5					Año / mes / día											
6					Año / mes / día											
7					Año / mes / día											
8					Año / mes / día											
9					Año / mes / día											
10					Año / mes / día											
11					Año / mes / día											
12					Año / mes / día											
13					Año / mes / día											

En caso de que el número de beneficiarios sea mayor, por favor imprima este formato en hoja blanca y continúe relacionando las demás.



DILIGENCIAMIENTO POR PARTE DEL GRUPO

#	NOMBRE DE LOS REPRESENTANTES POR FAMILIA O GRUPO DE JÓVENES RURALES (Escriba el nombre de las personas que figuran como integrantes del grupo)	Hombre	Mujer	Número de cédula de ciudadanía	Fecha de nacimiento	Área SISBEN	Puntaje SISBEN	GRUPOS ÉTNICOS			En caso de pertenecer a un grupo étnico, indique a qué comunidad pertenece	Población Red Unidos	Víctima (RUV)	Posea alguna discapacidad (En caso afirmativo defínala)	Cuanto miembros hay en el núcleo familiar	Hijos menores de 5 años
								Indígena	NARP	ROM						
14					Año / mes / día											
15					Año / mes / día											
16					Año / mes / día											
17					Año / mes / día											
18					Año / mes / día											
19					Año / mes / día											
20					Año / mes / día											
21					Año / mes / día											
22					Año / mes / día											
23					Año / mes / día											
24					Año / mes / día											
25					Año / mes / día											

Nombre del representante del grupo _____ CC. _____ Firma: _____

Fecha diligenciamiento: _____

En caso de que el número de beneficiarios sea mayor, por favor imprima este formato en hoja blanca y continúe relacionando las demás.