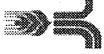




GOBIERNO DE COLOMBIA



MINAGRICULTURA



FIDA FONDO INTERNACIONAL DE DESARROLLO AGRÍCOLA



ANEXO No. 5

REGISTRO DE REPRESENTANTES DE FAMILIAS O JÓVENES RURALES

Nombre del grupo postulante: \_\_\_\_\_

Departamento: \_\_\_\_\_ Municipio/vereda: \_\_\_\_\_ Unidad territorial: \_\_\_\_\_

Grupo FORMAL: SI  NO  Grupo con NEGOCIO EN MARCHA: SI  NO

#	Diligenciamiento por parte del grupo		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	Registro Único de Víctimas
	Nombre	Mujer					Indígena	Afro-colombiano	Palenque/Raizal/ROM			
1		<input type="checkbox"/>		Año / mes / día			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2		<input type="checkbox"/>		Año / mes / día			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3		<input type="checkbox"/>		Año / mes / día			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4		<input type="checkbox"/>		Año / mes / día			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5		<input type="checkbox"/>		Año / mes / día			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6		<input type="checkbox"/>		Año / mes / día			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7		<input type="checkbox"/>		Año / mes / día			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8		<input type="checkbox"/>		Año / mes / día			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9		<input type="checkbox"/>		Año / mes / día			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10		<input type="checkbox"/>		Año / mes / día			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11		<input type="checkbox"/>		Año / mes / día			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12		<input type="checkbox"/>		Año / mes / día			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13		<input type="checkbox"/>		Año / mes / día			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

Handwritten signature or initials

Diligenciamiento por parte del grupo		GRUPOS ÉTNICOS			En caso de pertenecer a un grupo étnico, indique a qué comunidad pertenece	Población Red Unidos	Registro Único de Víctimas
NOMBRE DE LOS REPRESENTANTES POR FAMILIA O GRUPO DE JOVENES RURALES (Escriba el nombre de las personas que figuran como integrantes del grupo)		Indígena	Afro-colombiano	Palenque/Raizal/ROM			
#	Mujer	Hombre	Número de cédula de ciudadanía	Fecha de nacimiento	Area SISBEN	Puntaje SISBEN	
1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Año / mes / día			<input type="checkbox"/>
4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Año / mes / día			<input type="checkbox"/>
1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Año / mes / día			<input type="checkbox"/>
5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Año / mes / día			<input type="checkbox"/>
1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Año / mes / día			<input type="checkbox"/>
6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Año / mes / día			<input type="checkbox"/>
1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Año / mes / día			<input type="checkbox"/>
7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Año / mes / día			<input type="checkbox"/>
1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Año / mes / día			<input type="checkbox"/>
8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Año / mes / día			<input type="checkbox"/>

Nombre del representante del grupo \_\_\_\_\_ CC. \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

Fecha diligenciamiento: \_\_\_\_\_ Nombre promotor rural \_\_\_\_\_ Firma promotor rural \_\_\_\_\_