



ANEXO No. 5  
REGISTRO DE REPRESENTANTES DE FAMILIAS 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 O GRUPO DE MUJERES RURALES <small>(Escriba el nombre de las personas que figuran como integrantes del grupo)</small>	Hombre	Mujer	Número de cédula de ciudadanía	Fecha de nacimiento Año / mes / día	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)	Cuántos miembros hay en el núcleo familiar	Hijos menores de 5 años	Nivel de Escolaridad (Primaria, Bachillerato, Técnico, Tecnólogo, Profesional)
								Indígena	NARP	ROM							
1																	
2																	
3																	
4																	
5																	
6																	
7																	
8																	
9																	
10																	
11																	
12																	
13																	
14																	
15																	

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 O GRUPO DE MUJERES RURALES (Escriba el nombre de las personas que figuran como integrantes del grupo)	Hombre	Mujer	Número de cédula de ciudadanía	Fecha de nacimiento Año / mes / día	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)	Cuántos miembros hay en el núcleo familiar	Hijos menores de 5 años	Nivel de Escolaridad (Primaria, Bachillerato, Técnico, Tecnólogo, Profesional)
								Indígena	NARP	ROM							
16																	
17																	
18																	
19																	
20																	
21																	
22																	
23																	
24																	
25																	

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.*