



Fecha

**DATOS PERSONALES**

Primer Nombre: \_\_\_\_\_ Segundo Nombre: \_\_\_\_\_  
 Primer Apellido: \_\_\_\_\_ Segundo Apellido: \_\_\_\_\_  
 Tipo de Documento C.C.  P.P.  C.E.  Otro.  Cuál: \_\_\_\_\_  
 Número: \_\_\_\_\_ Expedido en: \_\_\_\_\_  
 Fecha y Lugar de Nacimiento:  DD  MM  AAAA \_\_\_\_\_  
 Dirección  
 Residencia: \_\_\_\_\_ Barrio: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
 Celular: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_  
 Nivel Académico: Técnico  Tecnológico  Profesional  Posgrado  Otro   
 Cuál: \_\_\_\_\_ Área: \_\_\_\_\_

**INFORMACION ADICIONAL**

Marque con una X según corresponda

1. ¿ En que tipo de inmueble vive usted ?

Conjunto	<input type="checkbox"/>
Edificio de uso mixto	<input type="checkbox"/>
Condominio	<input type="checkbox"/>
Conjunto de uso mixto	<input type="checkbox"/>
Conjunto de uso residencial	<input type="checkbox"/>
Edificio residencial	<input type="checkbox"/>

2. Nombre de la propiedad dónde usted habita? : \_\_\_\_\_

3. En la propiedad horizontal dónde usted habita es? :

Copropietario	<input type="checkbox"/>
Administrador	<input type="checkbox"/>
Arrendatario	<input type="checkbox"/>
Miembro del Consejo de Administración	<input type="checkbox"/>

4. De las siguientes conflictividades cuáles son los mas comunes en su propiedad:

Convivencia	<input type="checkbox"/>
Mascotas	<input type="checkbox"/>
Inseguridad	<input type="checkbox"/>
Inconformidad con las obras realizadas por los constructores	<input type="checkbox"/>
Escasa competencia legal de las alcaldías locales sobre los problemas de P.H.	<input type="checkbox"/>
Desconocimiento de la cartera morosa	<input type="checkbox"/>

5. Conoce usted y aplica la Ley 675 de 2001 de Propiedad Horizontal en su inmueble:

Si  No

6. Tiene algún tipo de discapacidad: si  no

Mental	<input type="checkbox"/>	Cognitiva	<input type="checkbox"/>
Visual	<input type="checkbox"/>	Auditiva	<input type="checkbox"/>
Sensorial	<input type="checkbox"/>	Voz y habla	<input type="checkbox"/>
Física	<input type="checkbox"/>	Otra	<input type="checkbox"/>

Cuál ? \_\_\_\_\_

Firma del participante \_\_\_\_\_