



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 _____