



PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN
FORMATO FICHA DE CARACTERIZACIÓN SOCIO FAMILIAR

F1.G4.MO18.PP

31/08/2021

Versión 1

Página 1 de 2

Por favor diligencie completamente el presente formulario para garantizar un óptimo análisis de la información.

Fecha de Diligenciamiento D D M M A A A A

Modalidad de Atención:

Nombre del Servicio:

INFORMACIÓN ENTIDAD CONTRATISTA

A continuación se debe diligenciar la información de la Entidad Contratista

REGIONAL

Nombre Entidad Contratista																												
Tipo Documento Entidad Contratista	<input type="radio"/> NIT <input type="radio"/> RUT	Número de Identificación de la Entidad Contratista														Número de Contrato												
Primer Nombre Prof. Acompañamiento Familiar												Primer Apellido Prof. Acompañamiento Familiar																
Tipo Doc. Prof. Acompañamiento Familiar												<input type="radio"/> CC	<input type="radio"/> PA	<input type="radio"/> CE	Número de identificación Prof. Acompañamiento Familiar													

INFORMACIÓN UBICACIÓN DE LA VIVIENDA FAMILIAR

Tipo de Vivienda		<input type="radio"/> Casa <input type="radio"/> Habitación o Cuarto <input type="radio"/> Albergue (Vivienda Temporal) <input type="radio"/> Apartamento <input type="radio"/> Vivienda Indígena <input type="radio"/> Palafito <input type="radio"/> Inquilinato <input type="radio"/> Casa lote															
País		Departamento				Municipio				Ranchería							
Zona de ubicación:		Nombre Cabecera / Centro poblado								Tipo de Cabecera:				<input type="radio"/> Localidad <input type="radio"/> Comuna <input type="radio"/> No Aplica			
<input type="radio"/> Cabecera		Nombre Localidad / Comuna								Nombre del Barrio							
<input type="radio"/> Resto		Nombre de la Zona Resto								Dirección							
Número de Teléfono										Tenencia de la Vivienda				<input type="radio"/> Propia <input type="radio"/> En Arriendo <input type="radio"/> Familiar <input type="radio"/> Albergue <input type="radio"/> Lugar de trabajo <input type="radio"/> Posada (Vivienda otra persona sin pagar) <input type="radio"/> Asentamiento- Invasión <input type="radio"/> Paga Diario			
Tiene acceso a Servicios básicos		<input type="radio"/> Agua <input type="radio"/> Alcantarillado <input type="radio"/> Energía Eléctrica <input type="radio"/> Gas Natural <input type="radio"/> Internet <input type="radio"/> Recolección de basuras <input type="radio"/> Telefonía fija <input type="radio"/> Telefonía móvil <input type="radio"/> Ninguna de las Anteriores															

INFORMACIÓN DEL JEFE DE GRUPO FAMILIAR A continuación, por favor diligencie la información de quien ejerce la jefatura (con edad de 14 o más años)

Primer Nombre												Segundo Nombre																							
Primer Apellido												Segundo Apellido																							
Tipo Documento												<input type="radio"/> RC <input type="radio"/> TI <input type="radio"/> CC <input type="radio"/> PA <input type="radio"/> CE <input type="radio"/> PEP <input type="radio"/> TMF <input type="radio"/> Visa	Número de documento																						
Correo electrónico												Número de Celular																							
Fecha de Vinculación a la modalidad												D	D	M	M	A	A	A	A	Sexo:	<input type="radio"/> H <input type="radio"/> M <input type="radio"/> Intersex	Fecha de Nacimiento				D	D	M	M	A	A	A	A		
¿Desea responder preguntas sobre su género y orientación sexual?												<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO				Si la respuesta a la pregunta anterior es afirmativa realice las siguientes dos preguntas, si no omitalas por favor																			
Género												Orientación sexual (con edad de 14 o más años)																							
<input type="radio"/> Femenino <input type="radio"/> Masculino <input type="radio"/> Trans <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> No deseo responder												<input type="radio"/> Homosexual (Lesbiana - Gay) <input type="radio"/> Heterosexual <input type="radio"/> Bisexual <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> No deseo responder																							
País de nacimiento.				Departamento de nacimiento.								Municipio de nacimiento.																							
Autoconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario												<input type="radio"/> Palenquero <input type="radio"/> Indígena <input type="radio"/> Afrocolombiano <input type="radio"/> Raizal del Archipiélago de San Andrés y Providencia <input type="radio"/> Rrom/Gitano <input type="radio"/> No se Autoconoce en ninguno de los anteriores <input type="radio"/> Comunidad Negra																							
Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:												Territorio.								Consejo.															
Si el Beneficiario se autoreconoce con Indígena Indique:												Pueblo.								Resguardo.															
												Comunidad.								Reside en la misma zona de origen del pueblo				<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO											
Si el Beneficiario se Autoconoce como Rrom/Gitano indique la Kumpania a la que pertenece.																Tipo de beneficiario				<input type="radio"/> Madre lactante <input type="radio"/> Mujer Gestante <input type="radio"/> Niños, niñas y adolescentes y adulto															
Nivel de escolaridad				Ocupación								Actualmente asiste a establecimiento educativo				<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO																			
En el sistema de Seguridad Social en Salud (SGSSS) es:												Si es Afiliado indique la EPS.												Si es afiliado indique tipo de afiliación.											
<input type="radio"/> Afiliado Régimen Subsidiado. <input type="radio"/> Afiliado Régimen Contributivo. <input type="radio"/> Afiliado Régimen Especial. <input type="radio"/> No Afiliado(a).												<input type="radio"/> Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Régimen subsidiado <input type="radio"/> Beneficiario																							
¿El beneficiario presenta discapacidad?												<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO				Si el beneficiario no presenta discapacidad, no se deben diligenciar las siguientes preguntas																			
¿La discapacidad está certificada?		Entidad que certifica la discapacidad										¿Está inscrito en el registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad?				<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO		El beneficiario requiere la ayuda de otra persona. <input type="radio"/> El beneficiario requiere ayuda técnica/Producto de apoyo. <input type="radio"/> El beneficiario cuenta con la ayuda técnica/Producto de apoyo. <input type="radio"/> El beneficiario requiere terapia y/o rehabilitación. <input type="radio"/> El beneficiario recibe atención en terapia y/o rehabilitación.																	
¿Tiene proceso de Interdicción?		¿La persona tiene una condición de discapacidad?										NIVEL DE DIFICULTAD DE DESEMPEÑO %																							
<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO		<input type="radio"/> Física. <input type="radio"/> Auditiva <input type="radio"/> Múltiple. <input type="radio"/> Voz y Habla. <input type="radio"/> Intelectual. <input type="radio"/> Visual <input type="radio"/> Sensorial, gusto, olfato, tacto <input type="radio"/> Piel, Pelo y uñas <input type="radio"/> Psicosocial <input type="radio"/> Sordoceguera. <input type="radio"/> Sistémica.										% Global. % Movilidad. % Cuidado Personal. % Relaciones. % Actividades Cotidianas. % Participación																							

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES I.C.B.F. Y A LA LEY 1581 DE 2012



PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN
FORMATO FICHA DE CARACTERIZACIÓN SOCIO FAMILIAR

F1.G4.MO18.PP

31/08/2021

Versión 1

Página 1 de 2

INFORMACIÓN INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR

BENEFICIARIO (se repite por cada integrante de la familia)

Primer Nombre			Segundo Nombre		
Primer Apellido			Segundo Apellido		
Parentesco con respecto al Jefe de Grupo Familiar	<input type="radio"/> Conyuge/Compañero(a) <input type="radio"/> Padre/Madre <input type="radio"/> Padoastro/Madrastra <input type="radio"/> Hijastra(a)		<input type="radio"/> Hijo(a) <input type="radio"/> Hermano(a) <input type="radio"/> Nieto(a) <input type="radio"/> Abuelo(a)		<input type="radio"/> Tío(a) <input type="radio"/> Sobrino(a) <input type="radio"/> Primo(a) <input type="radio"/> Suegro(a)
			<input type="radio"/> Yerno/Nuera <input type="radio"/> Cuñado(a) <input type="radio"/> Padrino/Madrina <input type="radio"/> Pariente		<input type="radio"/> Amigo(a)
Tipo Documento	<input type="radio"/> RC <input type="radio"/> TI <input type="radio"/> CC <input type="radio"/> PA <input type="radio"/> CE <input type="radio"/> PEP <input type="radio"/> TMF <input type="radio"/> Visa <input type="radio"/> SD		Número de Identificación		
Número de Celular			Sexo	<input type="radio"/> H <input type="radio"/> M <input type="radio"/> Intersex	
Correo electrónico			Fecha de Nacimiento	D D M M A A A A	
¿Desea responder preguntas sobre su género y orientación sexual? <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO Si la respuesta a la pregunta anterior es afirmativa realice las siguientes dos preguntas, si no omitalas por favor					
Género			Orientación sexual (con edad de 14 o más años)		
<input type="radio"/> Femenino <input type="radio"/> Masculino <input type="radio"/> Trans <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> No deseo responder			<input type="radio"/> Homosexual (Lesbiana - Gay) <input type="radio"/> Heterosexual <input type="radio"/> Bisexual <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> No deseo responder		
País de nacimiento			Departamento de nacimiento		
Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario	<input type="radio"/> Palenquero <input type="radio"/> Afrocolombiano <input type="radio"/> Comunidad Negra		<input type="radio"/> Indígena <input type="radio"/> Rrom/Gitano <input type="radio"/> No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores		
Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:	Territorio.		Consejo.		
	Comunidad.				
Si el Beneficiario se autoreconoce con Indígena Indique:	Pueblo.		Resguardo.		
	Comunidad.		Reside en la misma zona de origen del pueblo <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO		
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano indique la Kumpania a la que pertenece.			Tipo de beneficiario	<input type="radio"/> Madre lactante <input type="radio"/> Mujer Gestante <input type="radio"/> Niños, niñas y adolescentes y adulto	
Nivel de escolaridad			Ocupación		
En el sistema de Seguridad Social en Salud (SGSSS) es:	<input type="radio"/> Afiliado Régimen Subsidiado. <input type="radio"/> Afiliado Régimen Contributivo. <input type="radio"/> Afiliado Régimen Especial. <input type="radio"/> No Afiliado(a).		Si es Afiliado indique la EPS.	Si es afiliado indique tipo de afiliación.	
¿El beneficiario presenta discapacidad?	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO		Si el beneficiario no presenta discapacidad, no se deben diligenciar las siguientes preguntas		
¿La discapacidad está certificada?	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO		Entidad que certifica la discapacidad	¿Está inscrito en el registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad? <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	
			<input type="radio"/> IPS <input type="radio"/> EPS <input type="radio"/> EPS Resolución 583 <input type="radio"/> Instituto Nacional de Medicina Legal INML <input type="radio"/> Junta de Calificación de Invalidez	<input type="radio"/> El beneficiario requiere la ayuda de otra persona. <input type="radio"/> El beneficiario requiere ayuda técnica/Producto de apoyo. <input type="radio"/> El beneficiario cuenta con la ayuda técnica/Producto de apoyo. <input type="radio"/> El beneficiario requiere terapia y/o rehabilitación. <input type="radio"/> El beneficiario recibe atención en terapia y/o rehabilitación.	
¿Tiene proceso de Interdicción?	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO		¿La persona tiene una condición de discapacidad?		NIVEL DE DIFICULTAD DE DESEMPEÑO %
			<input type="radio"/> Física. <input type="radio"/> Intelectual. <input type="radio"/> Psicosocial <input type="radio"/> Auditiva <input type="radio"/> Visual <input type="radio"/> Sordoceguera. <input type="radio"/> Múltiple. <input type="radio"/> Sensorial, gusto,olfato,tacto <input type="radio"/> Sistémica. <input type="radio"/> Voz y Habla. <input type="radio"/> Piel, Pelo y uñas		% Global. % Movilidad. % Cuidado Personal. % Relaciones. % Actividades Cotidianas. % Participación

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES I.C.B.F. Y A LA LEY 1581 DE 2012