



**PROCESO**  
**PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN**  
**FICHA DE CARACTERIZACIÓN SOCIO FAMILIAR**

F13.MO18.PP

10/02/2020

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 <input type="radio"/> NIT <input type="radio"/> RUT	Número de Identificación de la Entidad Contratista										
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: <input type="radio"/> Cabecera <input type="radio"/> Resto	Nombre Cabecera / Centro poblado				Tipo de Cabecera: <input type="radio"/> Localidad <input type="radio"/> Comuna <input type="radio"/> No Aplica					
	Nombre Localidad / Comuna				Nombre del Barrio					
	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	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 pregunta sobre su género? (Para beneficiarios con edad de 14 años o más) <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO										Si la respuesta a la pregunta anterior es afirmativa realice la siguiente pregunta, si no omitala por favor <input type="radio"/> Femenino <input type="radio"/> Masculino <input type="radio"/> Trans <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> No deseo responder											
País de nacimiento		Departamento de nacimiento		Municipio de nacimiento																	
Autoreconocimiento 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 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 como 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.									
Grado 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: <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.									
										<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? <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO		Entidad que certifica la discapacidad <input type="radio"/> IPS. <input type="radio"/> EPS. <input type="radio"/> Medicina legal. <input type="radio"/> EPS Resolución 583. <input type="radio"/> Junta de Calificación de Invalidez		¿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"/> 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		<input type="radio"/> Le han diagnosticado discapacidad psicosocial (mental). <input type="radio"/> Le han diagnosticado discapacidad intelectual. <input type="radio"/> Le han diagnosticado discapacidad visual. <input type="radio"/> Le han diagnosticado discapacidad auditiva. <input type="radio"/> Le han diagnosticado discapacidad sordoceguera.		<input type="radio"/> Le han diagnosticado discapacidad física. <input type="radio"/> Le han diagnosticado discapacidad múltiple. <input type="radio"/> Sensorial, gusto, olfato, tacto. <input type="radio"/> Piel, pelo y uñas. <input type="radio"/> Sistémica. <input type="radio"/> Voz y habla.		<b>NIVEL DE DIFICULTAD DE DESEMPEÑO %</b> 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 DEL ICBF Y LA LEY 1581 DE 2012



**PROCESO**  
**PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN**  
**FICHA DE CARACTERIZACIÓN SOCIO FAMILIAR**

F13.MO18.PP

10/02/2020

Versión 1

Pagina 2 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		<div style="display: flex; justify-content: space-between;"><div><input type="radio"/> Conyuge/Compañero(a) <input type="radio"/> Padre/Madre <input type="radio"/> Padoastro/Madrastra <input type="radio"/> Hijastro(a)</div><div><input type="radio"/> Hijo(a) <input type="radio"/> Hermano(a) <input type="radio"/> Nieto(a) <input type="radio"/> Abuelo(a)</div><div><input type="radio"/> Tio(a) <input type="radio"/> Sobrino(a) <input type="radio"/> Primo(a) <input type="radio"/> Suegro(a)</div><div><input type="radio"/> Yerno/Nuera <input type="radio"/> Cuñado(a) <input type="radio"/> Padrino/Madrina <input type="radio"/> Pariente</div><div><input type="radio"/> Amigo(a)</div></div>	
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	Fecha de Nacimiento
Correo electrónico			
¿Desea responder pregunta sobre su género? (Para beneficiarios con edad de 14 años o más)		Si la respuesta a la pregunta anterior es afirmativa realice la siguiente pregunta, si no omitala por favor	
<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO		<input type="radio"/> Femenino <input type="radio"/> Masculino <input type="radio"/> Trans <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> No deseo responder	
País de nacimiento		Departamento de nacimiento	
Municipio de nacimiento			
Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario <input type="radio"/> Afrocolombiano <input type="radio"/> Comunidad Negra		<input type="radio"/> Palenquero <input type="radio"/> Raizal del Archipiélago de San Andrés y Providencia <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	
		Comunidad	
Si el Beneficiario se autoreconoce como Indígena Indique:		Pueblo	
		Comunidad	
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano indique la Kumpania a la que pertenece.		Resguardo	
		Reside en la misma zona de origen del pueblo <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	
Grado 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.	
<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 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?		Entidad que certifica la discapacidad	
<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO		<input type="radio"/> IPS <input type="radio"/> EPS <input type="radio"/> Medicina legal. <input type="radio"/> EPS Resolución 583. <input type="radio"/> Junta de Calificación de Invalidez.	
¿Está inscrito en el registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad?		<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	
¿Tiene proceso de Interdicción?		NIVEL DE DIFICULTAD DE DESEMPEÑO %	
<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO		<div style="display: flex; justify-content: space-between;"><div><input type="text"/> % Global.</div><div><input type="text"/> % Movilidad.</div><div><input type="text"/> % Cuidado Personal.</div></div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"><div><input type="text"/> % Relaciones.</div><div><input type="text"/> % Actividades Cotidianas.</div><div><input type="text"/> % Participación</div></div>	

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 DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012