



**PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN
FICHA DE CARACTERIZACIÓN SOCIO FAMILIAR
VIGENCIA 2017**

F5.MO16.PP

23/02/2017

Versión 2

Página 1 de 2

Fecha de Diligenciamiento

D	D	M	M	A	A	A	A
---	---	---	---	---	---	---	---

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

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	Número de Identificación													Número de Contrato					
Entidad Contratista	<input type="radio"/> Rut	Entidad Contratista																		
Primer Nombre Agente/Facilitador/Psicosocial					Primer Apellido Agente/Facilitador/Psicosocial															
Tipo Documento Agente/Facilitador/Psicosocial	<input type="radio"/> CC	<input type="radio"/> PA	<input type="radio"/> CE	Número de Identificación Agente/Facilitador/Psicosocial																

INFORMACIÓN UBICACIÓN DE LA VIVIENDA FAMILIAR

Tipo de Vivienda	<input type="radio"/> Casa	<input type="radio"/> Cuarto	<input type="radio"/> Albergue	<input type="radio"/> Apartamento	<input type="radio"/> Vivienda Indígena/Palafito	<input type="radio"/> Inquilinato	
País	Departamento			Municipio		Rancheria	
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"/> Asentamiento
Tiene acceso a servicios básicos: <input type="radio"/> Agua y Alcantarillado <input type="radio"/> Luz <input type="radio"/> Gas <input type="radio"/> Telefonía fija <input type="radio"/> Internet <input type="radio"/> Recolección de basuras							

INFORMACIÓN DE QUIEN EJERCE LA JEFATURA DEL GRUPO FAMILIAR

A continuación, se debe diligenciar la información de quien ejerce la jefatura del grupo familiar.

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		Número de documento	
Correo electrónico		Número de Celular	
Fecha de Vinculación a la modalidad		Sexo <input type="radio"/> M <input type="radio"/> F	Fecha de Nacimiento
País de nacimiento		Departamento de nacimiento	
Municipio de nacimiento			
Autoreconocimiento Grupo Étnico		<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	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 a la Kumpania a la que pertenece.		En el istema de Seguridad Social en Salud (SGSSS) es:	
		<input type="radio"/> Beneficiario Regimen Subsidiado <input type="radio"/> Beneficiario Regimen Contributivo <input type="radio"/> Beneficiario Regimen Excepcional <input type="radio"/> No Afiliado(a)	
Tipo de beneficiario	Grado de escolaridad	Actualmente asiste a establecimiento educativo	
<input type="radio"/> Madre lactante <input type="radio"/> Mujer Gestante <input type="radio"/> Niños, niñas y adolescentes y adulto	Ocupación	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	
¿Cuáles son sus ingresos mensuales promedio? <input type="radio"/> Menos de un SMLV <input type="radio"/> 1 SMLV <input type="radio"/> Más de 1 SMLV <input type="radio"/> No percibe ingresos <input type="radio"/> No aplica			
¿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			
¿El beneficiario se encuentra 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 <input type="radio"/> El beneficiario cuenta con la ayuda técnica <input type="radio"/> El beneficiario requiere terapia y/o rehabilitación	
		<input type="radio"/> El beneficiario recibe atención en terapia y/o rehabilitación <input type="radio"/> El beneficiario tiene proceso de Interdicción <input type="radio"/> El beneficiario tiene la discapacidad certificada	
Entidad que certifica la discapacidad	Le han diagnosticado discapacidad: (múltiple respuesta)	Grado limitación discapacidad:	
<input type="radio"/> IPS <input type="radio"/> Junta de calificación de invalidez <input type="radio"/> Medicina Legal (INML)	<input type="radio"/> Mental psicossocial <input type="radio"/> Mental cognitiva <input type="radio"/> Sensorial visual <input type="radio"/> Sensorial auditiva	<input type="radio"/> Sensorial sordoceguera <input type="radio"/> Sensorial gusto, olfato y tacto <input type="radio"/> Movilidad <input type="radio"/> Discapacidad sistémica	<input type="radio"/> de voz y habla <input type="radio"/> de piel, pelo y uñas <input type="radio"/> Leve <input type="radio"/> Moderado <input type="radio"/> Severo

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

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



PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN
FICHA DE CARACTERIZACIÓN SOCIO FAMILIAR
VIGENCIA 2017

F5.MO16.PP

23/02/2017

Versión 2

Página 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 a la cabeza de familia <input type="radio"/> Conyuge/Compañero(a) <input type="radio"/> Hijo(a) <input type="radio"/> Tío(a) <input type="radio"/> Yerno/Nuera <input type="radio"/> Amigo(a) <input type="radio"/> Padre/Madre <input type="radio"/> Hermano(a) <input type="radio"/> Sobrino(a) <input type="radio"/> Cuñado(a) <input type="radio"/> Padastro/Madrastra <input type="radio"/> Nieto(a) <input type="radio"/> Primo(a) <input type="radio"/> Padrino/Madrina <input type="radio"/> Hijastro(a) <input type="radio"/> Abuelo(a) <input type="radio"/> Suegro(a) <input type="radio"/> Pariente			
Tipo Documento		Número de Identificación	
<input type="radio"/> RC <input type="radio"/> TI <input type="radio"/> CC <input type="radio"/> PA <input type="radio"/> CE <input type="radio"/> SD		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
Número de Celular		Sexo	Fecha de Nacimiento
<input type="radio"/> M <input type="radio"/> F		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
Correo electrónico			
País de nacimiento		Departamento de nacimiento	
		Municipio de nacimiento	
Autoreconocimiento Grupo Étnico			
<input type="radio"/> Afrocolombiano <input type="radio"/> Palenquero <input type="radio"/> Indígena <input type="radio"/> Comunidad Negra <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 (Continúe en xx)			
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 a la Kumpania a la que pertenece.		En el sistema de Seguridad Social en Salud (SGSSS) es:	
		<input type="radio"/> Beneficiario Regimen Subsidiado <input type="radio"/> Beneficiario Regimen Contributivo <input type="radio"/> Beneficiario Regimen Excepcional <input type="radio"/> No Afiliado(a)	
Tipo de beneficiario		Grado de escolaridad	
<input type="radio"/> Madre lactante <input type="radio"/> Mujer Gestante <input type="radio"/> Niños, niñas y adolescentes y adulto			
		Ocupación	
		Actualmente asiste a establecimiento educativo <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	
¿Cuáles son sus ingresos mensuales promedio? <input type="radio"/> Menos de un SMLV <input type="radio"/> 1 SMLV <input type="radio"/> Más de 1 SMLV <input type="radio"/> No percibe ingresos <input type="radio"/> No aplica			
¿El beneficiario presenta discapacidad?		Si el beneficiario no presenta discapacidad, no se deben diligenciar las siguientes preguntas	
<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO			
¿El beneficiario se encuentra inscrito en el registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad?		<input type="radio"/> El beneficiario requiere la ayuda de otra persona <input type="radio"/> El beneficiario requiere atención en terapia y/o rehabilitación <input type="radio"/> El beneficiario requiere ayuda técnica <input type="radio"/> El beneficiario tiene proceso de Interdicción <input type="radio"/> El beneficiario cuenta con la ayuda técnica <input type="radio"/> El beneficiario tiene la discapacidad certificada <input type="radio"/> El beneficiario requiere terapia y/o rehabilitación	
Entidad que certifica la discapacidad		Le han diagnosticado discapacidad:	
<input type="radio"/> IPS <input type="radio"/> Junta de calificación de invalidez <input type="radio"/> Medicina Legal (INML)		<input type="radio"/> Mental psicosocial <input type="radio"/> Sensorial sordoceguera <input type="radio"/> Mental cognitiva <input type="radio"/> Sensorial gusto, olfato y tacto <input type="radio"/> Sensorial visual <input type="radio"/> Movilidad <input type="radio"/> Sensorial auditiva <input type="radio"/> Discapacidad sistémica	
		<input type="radio"/> de voz y habla <input type="radio"/> de piel, pelo y uñas	
		Grado limitación discapacidad:	
		<input type="radio"/> Leve <input type="radio"/> Moderado <input type="radio"/> Severo	

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

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