



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:** REGIONAL **Nombre del Servicio:**

### INFORMACIÓN ENTIDAD CONTRATISTA

A continuación se debe diligenciar la información de la Entidad Contratista

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	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"/> 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				D	D	M	M	A	A	A	A	Sexo <input type="radio"/> M <input type="radio"/> F				Fecha de Nacimiento				D	D	M	M	A	A	A	A						
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															
<input type="radio"/> Afrocolombiano		Territorio		Comunidad				Consejo																									
<input type="radio"/> Comunidad Negra		Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano comunidad negra, palenquero o raizal indique		Pueblo				Resguardo				Reside en la misma zona de origen del pueblo <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO																					
Si el Beneficiario se autoreconoce con Indígena Indique:		Comunidad				Reside en la misma zona de origen del pueblo																											
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	<input type="radio"/> Madre lactante	Grado de escolaridad		Actualmente asiste a establecimiento educativo				<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO																									
<input type="radio"/> Mujer Gestante	Occupación																																
<input type="radio"/> Niños, niñas y adolescentes y adulto	¿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	<input type="radio"/> IPS	Le han diagnosticado discapacidad: (múltiple respuesta)		<input type="radio"/> Mental psicosocial				<input type="radio"/> Sensorial sordoceguera				<input type="radio"/> de voz y habla				Grado limitación discapacidad:				<input type="radio"/> Leve				<input type="radio"/> Moderado				<input type="radio"/> Severo					
<input type="radio"/> Junta de calificación de invalidez	<input type="radio"/> Mental cognitiva		<input type="radio"/> Sensorial visual				<input type="radio"/> Sensorial gusto, olfato y tacto				<input type="radio"/> de piel, pelo y uñas																						
<input type="radio"/> Medicina Legal (INML)	<input type="radio"/> Sensorial auditiva		<input type="radio"/> Sensorial olfativa				<input type="radio"/> Movilidad																										
		<input type="radio"/> Sensorial sistémica				<input type="radio"/> Discapacidad sistémica																											

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



**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"/> Tio(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	<input type="radio"/> RC <input type="radio"/> TI <input type="radio"/> CC <input type="radio"/> PA <input type="radio"/> CE <input type="radio"/> SD	Número de Identificación	
Número de Celular		Sexo	<input type="radio"/> M <input type="radio"/> F
Correo electrónico			
País de nacimiento	Departamento de nacimiento	Municipio de nacimiento	
Autoreconocimiento Grupo Étnico	<input type="radio"/> Palenquero Raizal del Archipiélago de San Andrés y Providencia <input type="radio"/> Indígena <input type="radio"/> Afrocolombiano <input type="radio"/> Rrom/Gitano <input type="radio"/> Comunidad Negra <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	Actualmente asiste a establecimiento educativo	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO
<input type="radio"/> Madre lactante <input type="radio"/> Mujer Gestante <input type="radio"/> Niños, niñas y adolescentes y adulto	Ocupación		
¿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"/> 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"/> NO	<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 psicosocial <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