



**PROCESO  
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN  
FICHA DE CARACTERIZACIÓN SOCIO FAMILIAR  
VIGENCIA 2018**

F5.MO16..PP  
Formato Ficha de  
Caracterización Socio  
Familiar Versión  
Imprimible V4.

12/06/2018

Página 1 de 2

Fecha de Diligenciamiento

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	<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 Contrato	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Entidad Contratista	<input type="radio"/> Rut	Entidad Contratista	<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"/>					
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	<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"/>

**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	<input type="text"/>	Departamento	<input type="text"/>	Municipio	<input type="text"/>	Rancheria	<input type="text"/>					
Zona de ubicación:	Nombre Cabecera / Centro poblado			Tipo de Cabecera:								
<input type="radio"/> Cabecera	Nombre Localidad / Comuna			<input type="radio"/> Localidad <input type="radio"/> Comuna <input type="radio"/> No Aplica								
<input type="radio"/> Resto	Nombre de la Zona Resto			Nombre del Barrio								
	Dirección											
Número de Teléfono	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	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										<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>						
Correo electrónico												Número de Celular						<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>					
Fecha de Vinculación a la modalidad			<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"/>	Sexo	<input type="radio"/> M	<input type="radio"/> F	Fecha de Nacimiento		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
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 Rrom/Gitano No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores																
Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano comunidad negra, palenquero o raizal indique		Territorio				Comunidad				Consejo																		
Si el Beneficiario se autoreconoce con Indígena 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 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		<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 recibe 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		<input type="radio"/> IPS				Le han diagnosticado discapacidad: (múltiple respuesta)				<input type="radio"/> Mental psicossocial				<input type="radio"/> Sensorial sordoceguera				<input type="radio"/> de voz y habla				Grado limitación discapacidad:						
		<input type="radio"/> Junta de calificación de invalidez								<input type="radio"/> Mental cognitiva				<input type="radio"/> Sensorial gusto, olfato y tacto				<input type="radio"/> de piel, pelo y uñas				<input type="radio"/> Leve						
		<input type="radio"/> Medicina Legal (INML)								<input type="radio"/> Sensorial visual				<input type="radio"/> Movilidad				<input type="radio"/> Severo										
										<input type="radio"/> Sensorial auditiva				<input type="radio"/> Discapacidad sistémica														

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.



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

F5.MO16..PP  
Formato Ficha de  
Caracterización Socio  
Familiar Versión  
Imprimible V4.

12/06/2018

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="radio"/> M <input type="radio"/> F	
Número de Celular		Fecha de Nacimiento	
Correo electrónico		D D M M A A A A	
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	
		Comunidad	
Si el Beneficiario se autoreconoce con Indígena 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 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?			
<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:	
<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	
		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.

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012.