



PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN
FICHA DE CARACTERIZACIÓN TEJIENDO CAMINOS
MODALIDAD INTEGRADA

F2.GO2.MT7.PP

17/02/2026

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											Nombre UDS: (Cuando Aplique)		
Tipo Documento ☐ NIT Entidad Contratista ☐ RUT	Número de Identificación de la Entidad Contratista											Número de Contrato	
Nombre completo del profesional de Acompañamiento Familiar y Comunitario:													
Número de identificación del profesional de Acompañamiento Familiar y Comunitario:													

INFORMACIÓN UBICACIÓN DE LA VIVIENDA FAMILIAR

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

INFORMACIÓN DE LA CABEZA DEL 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 ☐ RC ☐ TI ☐ CC ☐ PA ☐ CE ☐ PEP ☐ PPT	Número de documento												
☐ Partida /Acta Nacimiento	Correo electrónico										Número de Celular		
Fecha de Vinculación al servicio	D D M M A A A A		Sexo:	☐ H ☐ M ☐ Intersex		Fecha de Nacimiento	D D M M A A A A						
¿Desea responder preguntas sobre su género y orientación sexual? ☐ SI ☐ NO													
Género ☐ Femenino ☐ Masculino ☐ Trans ☐ Otro ☐ No deseo responder						Orientación sexual (con edad de 14 o más años) ☐ Homosexual (Lesbiana - Gay) ☐ Heterosexual ☐ Bisexual ☐ Otro ☐ No deseo responder							
País de nacimiento			Departamento de nacimiento				Municipio de nacimiento						
Autorreconocimiento Grupo Étnico del Participante ☐ Afrocolombiano ☐ Palenquero ☐ Comunidad Negra ☐ Raizal	☐ Indígena ☐ Rrom/Gitano ☐ No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores		¿El participante se autorreconoce como campesino o campesina? ¿Cuál?:		☐ SI ☐ NO		¿Pertenece o hace parte de una organización, asociación u otra forma organizativa campesina? ¿El participante considera que la comunidad en que vive es campesina? ¿El participante reside en el lugar de origen de la comunidad?		☐ SI ☐ NO ☐ SI ☐ NO ☐ SI ☐ NO				
Si el participante es del grupo étnico afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:	Consejo:		Comunidad:										
Si el participante es del grupo étnico indígena, indique:	Pueblo:		Tipo Resguardo / Comunidad:		☐ Comunidad ☐ Resguardo ☐ Reserva ☐ Resguardo / Comunidad		Resguardo:						
Si el participante es del grupo étnico Rrom/ Gitano, indique la comunidad kumpania u organización a la que pertenece:	Comunidad:		¿Cual es la lengua propia?		¿En que idioma o lengua se comunica habitualmente?		Tipo de participante ☐ Persona lactante ☐ Persona Gestante ☐ Niños, niñas, adolescentes o adultos						
Nivel de escolaridad			Ocupación			Actualmente asiste a establecimiento educativo		☐ SI ☐ NO					
En el sistema de Seguridad Social en Salud (SGSSS) es:	☐ Afiliado Régimen Subsidiado ☐ Afiliado Régimen Contributivo ☐ Afiliado Régimen Especial ☐ No Afiliado(a)		Si es Afiliado indique la EPS		Si es afiliado indique tipo de afiliación: ☐ Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Régimen subsidiado ☐ Beneficiario								
¿La persona presenta discapacidad? ☐ SI ☐ NO													
Si la persona no presenta discapacidad, no se deben diligenciar las siguientes preguntas:													
¿La discapacidad está certificada?	☐ SI ☐ NO		Entidad que certifica la discapacidad ☐ EPS ☐ IPS Resolución 1239 - 2022 ☐ No Def. ☐ Administradoras del régimen especial de Excep ☐ Instituto Nacional de Medicina Legal INMLCF		¿Está inscrito en el registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad? ☐ SI ☐ NO		La persona requiere la ayuda de otra persona La persona requiere ayuda técnica/Producto de apoyo La persona cuenta con la ayuda técnica/Producto de apoyo La persona requiere terapia y/o rehabilitación La persona recibe atención en terapia y/o rehabilitación						
¿Tiene proceso de Interdicción?	Frecuencia Intensidad del apoyo ☐ Intermitente ☐ Limitado ☐ Extenso ☐ Generalizado		Tipo de apoyo ☐ De la misma PcD ☐ De otras personas ☐ Sistemas de comunicación Aumentativos alternativos SAAC		¿La persona tiene una condición de discapacidad? ☐ Auditiva ☐ Física ☐ Sordoceguera ☐ Psicosocial (Mental) ☐ Múltiple ☐ Intelectual ☐ Visual		NIVEL DE DIFICULTAD DE DESEMPEÑO % Global Movilidad Relaciones Cognición Cuidado Personal 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
FICHA DE CARACTERIZACIÓN TEJIENDO CAMINOS
MODALIDAD INTEGRADA

F2.GO2.MT7.PP

17/02/2026

Versión 1

Página 2 de 2

INFORMACIÓN INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR

PARTICIPANTE (se repite por cada integrante de la familia)

Primer Nombre					Segundo Nombre				
Primer Apellido					Segundo Apellido				
Parentesco con respecto a la Cabeza del Grupo Familiar	☐ Conyuge/Compañero(a) ☐ Padre/Madre ☐ Padastro/Madrastra ☐ Hijastro(a)				☐ Hijo(a) ☐ Hermano(a) ☐ Nieto(a) ☐ Abuelo(a)				
				☐ Tío(a) ☐ Sobrino(a) ☐ Primo(a) ☐ Suegro(a)					
				☐ Yerno/Nuera ☐ Cuñado(a) ☐ Padrino/Madrina ☐ Pariente					
☐ RC ☐ TI ☐ CC ☐ PEP ☐ PPT				Número de Identificación					
☐ PA ☐ CE ☐ SD ☐ Partida /Acta Nacimiento				Correo electrónico					
Número de Celular				Sexo ☐ H ☐ M ☐ Intersex					
				Fecha de Nacimiento					
				D D M M A A A A					
¿Desea responder preguntas sobre su género y orientación sexual?				Si la respuesta a la pregunta anterior es afirmativa realice las siguientes dos preguntas, si no omitalas por favor					
☐ SI ☐ NO									
Género				Orientación sexual (con edad de 14 o más años)					
☐ Femenino ☐ Masculino ☐ Trans ☐ Otro ☐ No deseo responder				☐ Homosexual (Lesbiana - Gay) ☐ Heterosexual ☐ Bisexual ☐ Otro ☐ No deseo responder					
País de nacimiento		Departamento de nacimiento		Municipio de nacimiento					
Autorreconocimiento Grupo Étnico del Participante				¿El participante reside en el lugar de origen de la comunidad?					
☐ Indígena ☐ Afrocolombiano ☐ Palenquero ☐ Rrom/Gitano ☐ Comunidad Negra ☐ Raizal ☐ No se autorreconoce en ninguno de los anteriores				☐ SI ☐ NO					
¿El participante se autorreconoce como campesino o campesina?		☐ SI ☐ NO		¿Pertenece o hace parte de una organización, asociación u otra forma organizativa campesina?		☐ SI ☐ NO			
¿Cuál?:				¿El participante considera que la comunidad en que vive es campesina?		☐ SI ☐ NO			
Si el participante es del grupo étnico afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:		Consejo:		Comunidad:					
		Asociación y organización a la que pertenece:							
Si el participante es del grupo étnico indígena, indique:		Pueblo:		Tipo Resguardo / Comunidad:		Resguardo:			
		Comunidad:		¿Cual es la lengua propia?		¿En que idioma o lengua se comunica habitualmente?			
Si el participante es del grupo étnico Rrom/ Gitano, indique la comunidad kumpania u organización a la que pertenece:						Tipo de participante			
						☐ Persona lactante ☐ Persona Gestante ☐ Niños, niñas, adolescentes o adultos			
Nivel de escolaridad		Ocupación		Actualmente asiste a establecimiento educativo		☐ SI ☐ NO			
En el sistema de Seguridad Social en Salud (SGSSS) es:		☐ Afiliado Régimen Subsidiado ☐ Afiliado Régimen Contributivo		Si es Afiliado indique la EPS		Si es afiliado indique tipo de afiliación:			
		☐ Afiliado Régimen Especial ☐ No Afiliado(a)				☐ Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Régimen subsidiado ☐ Beneficiario			
¿La persona presenta discapacidad?		☐ SI ☐ NO		Si la persona 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?		NIVEL DE DIFICULTAD DE DESEMPEÑO %			
☐ SI ☐ NO		☐ EPS ☐ IPS Resolución 1239 - 2022 ☐ No Def. ☐ Administradoras del régimen especial de Excep ☐ Instituto Nacional de Medicina Legal INMLCF		☐ SI ☐ NO		☐ La persona requiere la ayuda de otra persona ☐ La persona requiere ayuda técnica/Producto de apoyo ☐ La persona cuenta con la ayuda técnica/Producto de apoyo ☐ La persona requiere terapia y/o rehabilitación ☐ La persona recibe atención en terapia y/o rehabilitación			
¿Tiene proceso de Interdicción?		Frecuencia Intensidad del apoyo		Tipo de apoyo		¿La persona tiene una condición de discapacidad?			
☐ SI ☐ NO		☐ Intermitente ☐ Limitado ☐ Extenso ☐ Generalizado		☐ De la misma PcD ☐ De otras personas ☐ Sistemas de comunicación Aumentativos o Alternativos SAAC		☐ Auditiva ☐ Múltiple ☐ Física ☐ Intelectual ☐ Sordoceguera ☐ Visual ☐ Psicosocial (Mental)			
						Global % Movilidad % Relaciones % Cognición %			
						Cuidado Personal % 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