





PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN
FICHA DE CARACTERIZACIÓN SOCIO FAMILIAR
MODALIDAD FORTALECIMIENTO FAMILIAR Y COMUNITARIO

F1.MT5.PP

29/01/2026

Versión 2

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				☐ Amigo(a)																						
Tipo Documento	☐ RC ☐ TI ☐ CC ☐ PEP ☐ PPT ☐ PA ☐ CE ☐ SD ☐ Partida /Acta Nacimiento				Número de Identificación								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 ☐ NO				Si la respuesta a la pregunta anterior es afirmativa realice las siguientes dos preguntas, si no omitalas por favor																			
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 ☐ Afrocolombiano ☐ Palenquero ☐ Comunidad Negra ☐ Raizal																☐ Indígena ☐ Rrom/Gitano ☐ No se autorreconoce en ninguno de los anteriores																¿El participante reside en el lugar de origen de la comunidad?				☐ 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:																											
Si el participante es del grupo étnico indígena, indique:				Pueblo:								Tipo Resguardo / Comunidad:				Resguardo:																							
				Comunidad:								¿Cuál 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				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?				☐ 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				Tipo de apoyo				¿La persona tiene una condición de discapacidad?				NIVEL DE DIFICULTAD DE DESEMPEÑO %																							
☐ 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