



**PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN
FORMATO FICHA DE CARACTERIZACIÓN SOCIO FAMILIAR**

F1.G4.MO18.PP

05/04/2023

Versión 2

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

REGIONAL

A continuación se debe diligenciar la información de la Entidad Contratista

Nombre Entidad Contratista		Número de Identificación de la Entidad Contratista										Número de Contrato		
Tipo Documento Entidad Contratista	<input type="radio"/> NIT <input type="radio"/> RUT													
Primer Nombre Prof. Acompañamiento Familiar					Primer Apellido Prof. Acompañamiento Familiar									
Tipo Doc. Prof. Acompañamiento Familiar		<input type="radio"/> CC	<input type="radio"/> PA	<input type="radio"/> CE	Número de identificación Prof. Acompañamiento Familiar									

INFORMACIÓN UBICACIÓN DE LA VIVIENDA FAMILIAR

Tipo de Vivienda												<input type="radio"/> Casa	<input type="radio"/> Habitación o Cuarto	<input type="radio"/> Albergue (Vivienda Temporal)	<input type="radio"/> Apartamento	<input type="radio"/> Vivienda Indígena	<input type="radio"/> Palafito	<input type="radio"/> Inquilinato	<input type="radio"/> Casa lote	
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"/> Lugar de trabajo				
												<input type="radio"/> Posada(Vivienda otra persona sin pagar)	<input type="radio"/> Asentamiento- Invasión	<input type="radio"/> Paga Diario						
Tiene acceso a Servicios básicos												<input type="radio"/> Agua	<input type="radio"/> Alcantarillado	<input type="radio"/> Energía Eléctrica	<input type="radio"/> Gas Natural	<input type="radio"/> Internet	<input type="radio"/> Recolección de basuras	<input type="radio"/> Telefonía fija	<input type="radio"/> Telefonía móvil	<input type="radio"/> Ninguna de las Anteriores

INFORMACIÓN DEL JEFE DE 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				<input type="radio"/> RC	<input type="radio"/> TI	<input type="radio"/> CC	<input type="radio"/> PA	<input type="radio"/> CE	<input type="radio"/> PEP	<input type="radio"/> TMF	Número de documento																	
PPT				<input type="radio"/> Partida/Acta Nac	<input type="radio"/> Correo electrónico	Número de Celular																						
Fecha de Vinculación a la modalidad				<table border="1"><tr><td>D</td><td>D</td><td>M</td><td>M</td><td>A</td><td>A</td><td>A</td><td>A</td></tr></table>	D	D	M	M	A	A	A	A	Sexo:		<input type="radio"/> H	<input type="radio"/> M	<input type="radio"/> Intersex	Fecha de Nacimiento		<table border="1"><tr><td>D</td><td>D</td><td>M</td><td>M</td><td>A</td><td>A</td><td>A</td><td>A</td></tr></table>	D	D	M	M	A	A	A	A
D	D	M	M	A	A	A	A																					
D	D	M	M	A	A	A	A																					
¿Desea responder preguntas sobre su género y orientación sexual?								<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> 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)																								
<input type="radio"/> Femenino				<input type="radio"/> Masculino	<input type="radio"/> Trans	<input type="radio"/> Otro	<input type="radio"/> No deseo responder	<input type="radio"/> Homosexual (Lesbiana - Gay)				<input type="radio"/> Heterosexual	<input type="radio"/> Bisexual	<input type="radio"/> Otro	<input type="radio"/> No deseo responder													
País de nacimiento.		Departamento de nacimiento.			Municipio de nacimiento.																							
Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario				<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				<input type="radio"/> Comunidad Negra																								
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.		Comunidad.		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 la Kumpania a la que pertenece.				Tipo de beneficiario		<input type="radio"/> Madre lactante <input type="radio"/> Mujer Gestante <input type="radio"/> Niños, niñas y adolescentes y adulto																						
Nivel de escolaridad		Ocupación		Actualmente asiste a establecimiento educativo				<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO																			
En el sistema de Seguridad Social en Salud (SGSSS) es:				<input type="radio"/> Afiliado Régimen Subsidiado.	<input type="radio"/> Afiliado Régimen Contributivo.	Si es Afiliado indique la EPS.		Si es afiliado indique tipo de afiliación.																				
<input type="radio"/> Afiliado Régimen Especial.				<input type="radio"/> No Afiliado(a).		<input type="radio"/> Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Régimen subsidiado				<input type="radio"/> Beneficiario																		
¿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																						
¿La discapacidad está certificada?		<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO		Entidad que certifica la discapacidad		¿Está 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/Producto de apoyo. <input type="radio"/> El beneficiario cuenta con la ayuda técnica/Producto de apoyo. <input type="radio"/> El beneficiario requiere terapia y/o rehabilitación. <input type="radio"/> El beneficiario recibe atención en terapia y/o rehabilitación.																		
¿Tiene proceso de Interdicción?		¿La persona tiene una condición de discapacidad?						NIVEL DE DIFICULTAD DE DESEMPEÑO %																				
<input type="radio"/> SI		<input type="radio"/> Física.		<input type="radio"/> Intelectual.		<input type="radio"/> Psicosocial		<table border="1"> <tr> <td>%</td> <td>Global.</td> <td>%</td> <td>Movilidad.</td> <td>%</td> <td>Cuidado Personal.</td> </tr> <tr> <td>%</td> <td>Relaciones.</td> <td>%</td> <td>Actividades Cotidianas.</td> <td>%</td> <td>Participación</td> </tr> </table>				%	Global.	%	Movilidad.	%	Cuidado Personal.	%	Relaciones.	%	Actividades Cotidianas.	%	Participación					
%	Global.	%	Movilidad.	%	Cuidado Personal.																							
%	Relaciones.	%	Actividades Cotidianas.	%	Participación																							
<input type="radio"/> NO		<input type="radio"/> Auditiva		<input type="radio"/> Visual		<input type="radio"/> Sordoceguera.																						
		<input type="radio"/> Múltiple.		<input type="radio"/> Sensorial, gusto, olfato, tacto		<input type="radio"/> Sistémica.																						
		<input type="radio"/> Voz y Habla.		<input type="radio"/> Piel, Pelo y uñas																								

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
FORMATO FICHA DE CARACTERIZACIÓN SOCIO FAMILIAR**

F1.G4.MO18.PP

05/04/2023

Versión 2

Página 1 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 al Jefe de Grupo Familiar			
<input type="radio"/> Conyuge/Compañero(a)		<input type="radio"/> Hijo(a)	
<input type="radio"/> Padre/Madre		<input type="radio"/> Hermano(a)	
<input type="radio"/> Padoastro/Madrastra		<input type="radio"/> Nieto(a)	
<input type="radio"/> Hijastro(a)		<input type="radio"/> Abuelo(a)	
<input type="radio"/> Tio(a)		<input type="radio"/> Sobrino(a)	
<input type="radio"/> Primo(a)		<input type="radio"/> Suegro(a)	
<input type="radio"/> Yerno/Nuera		<input type="radio"/> Cuñado(a)	
<input type="radio"/> Padrino/Madrina		<input type="radio"/> Pariente	
<input type="radio"/> Amigo(a)			
Tipo Documento		Número de Identificación	
RC <input type="radio"/> TI <input type="radio"/> CC <input type="radio"/> PEP <input type="radio"/> PPT <input type="radio"/>			
PA <input type="radio"/> CE <input type="radio"/> TMF <input type="radio"/> SD <input type="radio"/> Partida /Acta Nac <input type="radio"/>		Correo electrónico	
Número de Celular		Sexo <input type="radio"/> H <input type="radio"/> M <input type="radio"/> 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	
<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO			
Género		Orientación sexual (con edad de 14 o más años)	
<input type="radio"/> Femenino <input type="radio"/> Masculino <input type="radio"/> Trans <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> No deseo responder		<input type="radio"/> Homosexual (Lesbiana - Gay) <input type="radio"/> Heterosexual <input type="radio"/> Bisexual <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> No deseo responder	
País de nacimiento		Departamento de nacimiento	
		Municipio de nacimiento	
Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario		Autoreconocimiento	
<input type="radio"/> Afrocolombiano		<input type="radio"/> Palenquero	
<input type="radio"/> Comunidad Negra		<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.	
		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 la Kumpania a la que pertenece.		Tipo de beneficiario	
		<input type="radio"/> Madre lactante	
		<input type="radio"/> Mujer Gestante	
		<input type="radio"/> Niños, niñas y adolescentes y adulto	
Nivel de escolaridad		Ocupación	
		Actualmente asiste a establecimiento educativo <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	
En el sistema de Seguridad Social en Salud (SGSSS) es:		Si es Afiliado indique la EPS.	
<input type="radio"/> Afiliado Régimen Subsidiado. <input type="radio"/> Afiliado Régimen Contributivo. <input type="radio"/> Afiliado Régimen Especial. <input type="radio"/> No Afiliado(a).		Si es afiliado indique tipo de afiliación.	
		<input type="radio"/> Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Régimen subsidiado <input type="radio"/> Beneficiario	
¿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			
Entidad que certifica la discapacidad		¿Está inscrito en el registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad?.	
<input type="radio"/> IPS <input type="radio"/> EPS <input type="radio"/> EPS Resolución 583		<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	
<input type="radio"/> Instituto Nacional de Medicina Legal INML		El beneficiario requiere la ayuda de otra persona.	
<input type="radio"/> Junta de Calificación de Invalidez		El beneficiario requiere ayuda técnica/Producto de apoyo.	
		El beneficiario cuenta con la ayuda técnica/Producto de apoyo.	
		El beneficiario requiere terapia y/o rehabilitación.	
		El beneficiario recibe atención en terapia y/o rehabilitación.	
¿Tiene proceso de Interdicción?		¿La persona tiene una condición de discapacidad?	
<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO		<input type="radio"/> Física. <input type="radio"/> Intelectual. <input type="radio"/> Psicosocial	
		<input type="radio"/> Auditiva <input type="radio"/> Visual <input type="radio"/> Sordoceguera.	
		<input type="radio"/> Múltiple. <input type="radio"/> Sensorial, gusto,olfato,tacto <input type="radio"/> Sistémica.	
		<input type="radio"/> Voz y Habla. <input type="radio"/> Piel, Pelo y uñas	
NIVEL DE DIFICULTAD DE DESEMPEÑO %			
% Global.		% Movilidad. % Cuidado Personal.	
% Relaciones.		% 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