



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

F1.MT5.PP

26/05/2025

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	
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 Nombre Localidad / Comuna Nombre de la Zona Resto	Tipo de Cabecera: ☐ Localidad ☐ Comuna ☐ No Aplica Nombre del Barrio Dirección	
Número de Teléfono	Tenencia de la Vivienda ☐ Propia ☐ En Arriendo ☐ Familiar ☐ Albergue ☐ Posada(Vivienda otra persona sin pagar) ☐ Asentamiento- Invasión ☐ Lugar de trabajo ☐ 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
Fecha de Vinculación al servicio	Número de Celular
Sexo: ☐ H ☐ M ☐ Intersex	Fecha de Nacimiento
¿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 ☐ 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	
Autoreconocimiento Grupo Étnico del Participante ☐ Afrocolombiano ☐ Palenquero ☐ Indígena ☐ Rrom/Gitano ☐ No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores	¿El participante reside en el lugar de origen de la comunidad? ☐ SI ☐ NO
¿Se autoreconoce como campesino (a)? ☐ SI ☐ NO	
Si el participante es del grupo étnico afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:	Consejo: ☐ SI ☐ NO
Comunidad: ☐ SI ☐ NO	
Si el participante es del grupo étnico indígena, indique:	Asociación y organización a la que pertenece:
Pueblo: ☐ SI ☐ NO	Tipo Resguardo / Comunidad: ☐ Comunidad ☐ Resguardo ☐ Resguardo / Comunidad
Comunidad: ☐ SI ☐ NO	Resguardo: ☐ SI ☐ NO
¿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 ☐ 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 ☐ SI ☐ NO
¿La persona requiere ayuda técnica/Producto de apoyo ☐ SI ☐ NO	¿La persona cuenta con la ayuda técnica/Producto de apoyo ☐ SI ☐ NO
¿La persona requiere terapia y/o rehabilitación ☐ SI ☐ NO	¿La persona recibe atención en terapia y/o rehabilitación ☐ SI ☐ NO
¿Tiene proceso de Interdicción? ☐ SI ☐ NO	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? ☐ SI ☐ NO
Auditiva ☐ SI ☐ NO	Múltiple ☐ SI ☐ NO
Física ☐ SI ☐ NO	Intelectual ☐ SI ☐ NO
Sordoceguera ☐ SI ☐ NO	Visual ☐ SI ☐ NO
Psicosocial (Mental) ☐ SI ☐ NO	
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 SOCIO FAMILIAR
MODALIDAD FORTALECIMIENTO FAMILIAR Y COMUNITARIO

F1.MT5.PP

26/05/2025

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				☐ 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																															
Autoreconocimiento Grupo Étnico del Participante																☐ Indígena ☐ Afrocolombiano ☐ Palenquero ☐ Rrom/Gitano ☐ Comunidad Negra ☐ Raizal ☐ No se autorreconoce en ninguno de los anteriores																¿El participante reside en el lugar de origen de la comunidad?				☐ SI ☐ NO				¿Se autoreconoce como campesino (a)?				☐ 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:																			
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				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 ☐ Física ☐ Sordoceguera ☐ Psicosocial (Mental)				☐ Múltiple ☐ Intelectual ☐ Visual				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