BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO FICHA DE CARACTERIZACIÓN SOCIO FAMILIAR	F7.MO30.PP	29/08/2024
		Versión 1	Pagina 2 de 2

INFORMACIÓN INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR

BENEFICIARIO (se repite por cada integrante de la familia)

Primer Nombre	Victor	Segundo Nombre	Manuel.
Primer Apellido	Perez	Segundo Apellido	Peñalozd

Parentesco con respecto al Jefe de Grupo Familiar: ○ Conyuge/Compañero(a) ● Hijo(a) ○ Tio(a) ○ Yerno/Nuera ○ Padre/Madre ○ Hermano(a) ○ Sobrino(a) ○ Cuñado(a) ○ Amigo(a) ○ Padastro/Madrastra ○ Nieto(a) ○ Primo(a) ○ Padrino/Madrina ○ Hijastro(a) ○ Abuelo(a) ○ Suegro(a) ○ Pariente

Tipo Documento	RC ○ TI ● CC ○ PEP ○ PPT ○ PA ○ CE ○ TMF ○ SD ○ Partida /Acta Nac ○	Número de Identificación	1066 096 903
		Correo electrónico	
Número de Celular		Sexo ● H ○ M ○ Intersex	Fecha de Nacimiento 16 05 2013

¿Desea responder preguntas sobre su genero 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 mas años)
○ Femenino ○ Masculino ○ Trans ○ Otro ○ No deseo responder	○ Homosexual (Lesbiana - Gay) ○ Heterosexual ○ Bisexual ○ Otro ○ No deseo responder

País de nacimiento	Colombia	Departamento de nacimiento	Cesar	Municipio de nacimiento	Pailitas.

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ○ Afrocolombiano ○ Comunidad Negra ○ Palenquero ○ Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia ● Indígena ○ Rrom/Gitano ○ No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores

¿Se autoreconoce como campesino (a)? SI ○ NO ●

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:	Territorio.		Consejo.
	Comunidad.		
Si el Beneficiario se autoreconoce con Indigena Indique:	Pueblo.	Yukpa	Resguardo. Iroka
	Comunidad	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo ● SI ○ NO
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano indique la Kumpania a la que pertenece.			Tipo de beneficiario: ○ Persona lactante ○ Persona Gestante ● Niños, niñas y adolescentes y adulto
Nivel de escolaridad	Bachillerato	Ocupación	Estudiante — 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: Dusakawi

Si es afiliado indique tipo de afiliacion: ○ Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Regimen subsidiado ● Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ○ SI ● NO — Si el beneficiario 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

- ○ El beneficiario requiere la ayuda de otra persona.
- ○ 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?	Frecuencia Intensidad del apoyo	Tipo de apoyo	¿La persona tiene una condición de discapacidadad?	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 ☐

INFORMACIÓN INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR

BENEFICIARIO (se repite por cada integrante de la familia)

Primer Nombre	Juan	Segundo Nombre	Pablo
Primer Apellido	Peret	Segundo Apellido	Peñaloza

Parentesco con respecto al Jefe de Grupo Familiar: ○ Conyuge/Compañero(a) ● Hijo(a) ○ Tio(a) ○ Yerno/Nuera ○ Padre/Madre ○ Hermano(a) ○ Sobrino(a) ○ Cuñado(a) ○ Amigo(a) ○ Padastro/Madrastra ○ Nieto(a) ○ Primo(a) ○ Padrino/Madrina ○ Hijastro(a) ○ Abuelo(a) ○ Suegro(a) ○ Pariente

Tipo Documento	RC ● TI ○ CC ○ PEP ○ PPT ○ PA ○ CE ○ TMF ○ SD ○ Partida /Acta Nac ○	Número de Identificación	1067731727
		Correo electrónico	
Número de Celular		Sexo	● H ○ M ○ Intersex
Fecha de Nacimiento	03 / 07 / 2017		

¿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

Genero: ○ Femenino ○ Masculino ○ Trans ○ Otro ○ No deseo responder

Orientación sexual (con edad de 14 o mas años): ○ Homosexual (Lesbiana - Gay) ○ Heterosexual ○ Bisexual ○ Otro ○ No deseo responder

País de nacimiento	Colombia	Departamento de nacimiento	Cesar	Municipio de nacimiento	Codazzi

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ○ Afrocolombiano ○ Comunidad Negra ○ Palenquero ○ Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia ● Indigena ○ Rrom/Gitano ○ No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores

¿Se autoreconoce como campesino (a)? SI ○ NO ●

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:	Territorio.		Consejo.	
	Comunidad.			
Si el Beneficiario se autoreconoce con Indigena Indique.	Pueblo.	Yukpa	Resguardo.	Iroka
	Comunidad	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo	● SI ○ NO
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano indique la Kumpania a la que pertenece.			Tipo de beneficiario	○ Persona lactante ○ Persona Gestante ● Niños, niñas y adolescentes y adulto
Nivel de escolaridad	Primaria	Ocupación	Estudiante	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: Dusakawi

Si es afiliado indique tipo de afiliación: ○ Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Regimen subsidiado ● Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ○ SI ● NO — Si el beneficiario 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	○ El beneficiario requiere la ayuda de otra persona. ○ 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?	Frecuencia Intensidad del apoyo	Tipo de apoyo	¿La persona tiene una condición de discapacidadad?	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 ☐

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

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO FICHA DE CARACTERIZACIÓN SOCIO FAMILIAR	F7.MO30.PP	29/08/2024
		Versión 1	Pagina 1 de 2

Por favor diligencie completamente el presente formulario para garantizar un óptimo análisis de la información.

Fecha de Diligenciamiento: 06 09 2024

Modalidad de Atención: FAMILIA Y Comunidad **Nombre del Servicio:** Tejiendo interculturalidad

INFORMACIÓN ENTIDAD CONTRATISTA

A continuación se debe diligenciar la información de la Entidad Contratista

REGIONAL: Cesar

Nombre Entidad Contratista	Resguardo Indígena Iroka		
Tipo Documento Entidad Contratista	(●) NIT ( ) RUT	Número de Identificación de la Entidad Contratista	8 2 4 0 0 2 0 1 0-2 —
Número de Contrato	20005122024		
Primer Nombre Prof. Acompañamiento Familiar	Johana	Primer Apellido Prof. Acompañamiento Familiar	Valencia
Tipo Doc. Prof. Acompañamiento Familiar	(●) CC ( ) CE ( ) PA ( ) PPT	Número de identificación Prof. Acompañamiento Familiar	1 0 6 7 7 1 0 2 5 9

INFORMACIÓN UBICACIÓN DE LA VIVIENDA FAMILIAR

Tipo de Vivienda: ( ) Casa ( ) Habitación o Cuarto ( ) Albergue (Vivienda Temporal) ( ) Apartamento (●) Vivienda Indígena ( ) Palafito ( ) Inquilinato ( ) Casa lote

País	Colombia	Departamento	Cesar	Municipio	Agustín Codazzi
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	Tekwimo	Dirección	Tekwimo

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 basicos: ( ) Agua ( ) Alcantarillado ( ) Energía Eléctrica ( ) Gas Natural ( ) Internet ( ) Recolección de basuras ( ) Telefonía fija ( ) Telefonía móvil (●) 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	Angel	Segundo Nombre	
Primer Apellido	García	Segundo Apellido	Perez
Tipo Documento RC ( ) TI ( ) CC (●) PA ( ) CE ( ) PEP ( ) TMF ( ) PPT ( ) Partida/Acta Nac ( )		Número de documento	1133485532
Correo electrónico		Número de Celular	
Fecha de Vinculación a la modalidad	30 08 2024	Sexo: (●) H ( ) M ( ) Intersex	Fecha de Nacimiento: 15 01 1999

¿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.	Colombia	Departamento de nacimiento.	Cesar	Municipio de nacimiento.	Codazzi

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ( ) Afrocolombiano ( ) Comunidad Negra ( ) Palenquero ( ) Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia (●) Indígena ( ) Rrom/Gitano ( ) No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores

¿Se autoreconoce como campesino (a)? SI ( ) NO (●)

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:	Territorio.		Consejo.
	Comunidad.		
Si el Beneficiario se autoreconoce con Indigena Indique:	Pueblo	Yukpa	Resguardo. Iroka
	Comunidad	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo (●) SI ( ) NO
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano Indique la Kumpania a la que pertenece.			Tipo de beneficiario: ( ) Persona lactante ( ) Persona Gestante (●) Niños, niñas y adolescentes y adulto
Nivel de escolaridad: ninguna	Ocupación: Agricultor		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: Dusakawi

Si es afiliado indique tipo de afiliación: ( ) Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Régimen subsidiado (●) Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ( ) SI (●) NO — Si el beneficiario 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 ( )	( ) El beneficiario requiere la ayuda de otra persona. ( ) 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?	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 Aumentativoso alternativos SAAC	( ) Auditiva. ( ) Física. ( ) Sordoceguera. ( ) Visual. ( ) Múltiple. ( ) Intelectual. ( ) Psicosocial (Mental).	Global. Movilidad. Relaciones. Cognición. Cuidado Personal. Actividades Cotidianas Participación

INFORMACIÓN INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR

BENEFICIARIO (se repite por cada integrante de la familia)

Primer Nombre	Elsa	Segundo Nombre	
Primer Apellido	Peret	Segundo Apellido	Garcia

Parentesco con respecto al Jefe de Grupo Familiar: (●) Conyuge/Compañero(a) ( ) Padre/Madre ( ) Padastro/Madrastra ( ) Hijastro(a) ( ) Hijo(a) ( ) Hermano(a) ( ) Nieto(a) ( ) Abuelo(a) ( ) Tio(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 ( ) TMF ( ) SD ( ) Partida /Acta Nac ( )	Número de Identificación	1133485620
		Correo electrónico	
Número de Celular		Sexo ( )H (●)M ( )Intersex	Fecha de Nacimiento: 21/11/1994

¿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 mas años)
( )Femenino ( )Masculino ( )Trans ( )Otro ( )No deseo responder	( )Homosexual (Lesbiana - Gay) ( )Heterosexual ( )Bisexual ( )Otro ( )No deseo responder

País de nacimiento	Colombia	Departamento de nacimiento	Cesar	Municipio de nacimiento	Codazzi

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ( ) Afrocolombiano ( ) Comunidad Negra ( ) Palenquero ( ) Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia (●) Indígena ( ) Rrom/Gitano ( ) No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores

¿Se autoreconoce como campesino (a)? SI ( ) NO (●)

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:	Territorio.		Consejo.	
	Comunidad.			
Si el Beneficiario se autoreconoce con Indigena Indique:	Pueblo.	Yukpa	Resguardo.	Iroka
	Comunidad.	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo	(●)SI ( )NO
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano indique la Kumpania a la que pertenece.			Tipo de beneficiario	( ) Persona lactante ( ) Persona Gestante (●) Niños, niñas y adolescentes y adulto
Nivel de escolaridad	ninguno	Ocupación	Ama de Casa	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: Dusakawi

Si es afiliado indique tipo de afiliación: ( ) Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Régimen subsidiado (●) Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ( )SI (●)NO — Si el beneficiario 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 ( )

( ) El beneficiario requiere la ayuda de otra persona.
( ) 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?	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.

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO FICHA DE CARACTERIZACIÓN SOCIO FAMILIAR	F7.MO30.PP	29/08/2024
		Versión 1	Pagina 2 de 2

INFORMACIÓN INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR

BENEFICIARIO (se repite por cada integrante de la familia)

Primer Nombre	Arwaniel	Segundo Nombre	
Primer Apellido	Garcia	Segundo Apellido	Perez

Parentesco con respecto al Jefe de Grupo Familiar: ○ Conyuge/Compañero(a) ● Hijo(a) ○ Tio(a) ○ Yerno/Nuera ○ Padre/Madre ○ Hermano(a) ○ Sobrino(a) ○ Cuñado(a) ○ Amigo(a) ○ Padastro/Madrastra ○ Nieto(a) ○ Primo(a) ○ Padrino/Madrina ○ Hijastro(a) ○ Abuelo(a) ○ Suegro(a) ○ Pariente

Tipo Documento: RC ● TI ○ CC ○ PEP ○ PPT ○ PA ○ CE ○ TMF ○ SD ○ Partida /Acta Nac ○ — Número de Identificación: 1214469838 — Correo electrónico:

Número de Celular: | Sexo ● H ○ M ○ Intersex | Fecha de Nacimiento: 18 02 2015

¿Desea responder preguntas sobre su genero 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 mas años): ○ Homosexual (Lesbiana - Gay) ○ Heterosexual ○ Bisexual ○ Otro ○ No deseo responder

País de nacimiento	Colombia	Departamento de nacimiento	Cesar	Municipio de nacimiento	Codazzi

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ○ Afrocolombiano ○ Comunidad Negra ○ Palenquero ○ Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia ● Indigena ○ Rrom/Gitano ○ No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores

¿Se autoreconoce como campesino (a)? SI ○ NO ●

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:	Territorio,		Consejo.
	Comunidad.		
Si el Beneficiario se autoreconoce con Indigena Indique:	Pueblo.	Yukpa	Resguardo. Iroka
	Comunidad	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo ● SI ○ NO
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano indique la Kumpania a la que pertenece.			Tipo de beneficiario: ○ Persona lactante ○ Persona Gestante ● Niños, niñas y adolescentes y adulto
Nivel de escolaridad	Primaria	Ocupación	Estudiante — 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: Dusakawi

Si es afiliado indique tipo de afiliación: ○ Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Regimen subsidiado ● Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ○ SI ● NO — Si el beneficiario no presenta discapacidad, no se deben diligenciar las siguientes preguntas

¿La discapacidad esta 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 INML CF

¿Está inscrito en el registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad?. SI ○ NO ○

- ○ El beneficiario requiere la ayuda de otra persona.
- ○ 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? ○ SI ○ NO

Frecuencia Intensidad del apoyo: ○ Intermitente. ○ Limitado. ○ Extenso. ○ Generalizado.

Tipo de apoyo: ○ De la misma PcD. ○ De otras personas. ○ Sistemas de comunicación Aumentativos o Alternativos SAAC

¿La persona tiene una condición de discapacidad? ○ Auditiva. ○ Fisica. ○ Sordoceguera. ○ Psicosocial (Mental). ○ Múltiple. ○ Intelectual. ○ Visual.

NIVEL DE DIFICULTAD DE DESEMPEÑO %

Global.	Movilidad.	Relaciones.	Cognición.

Cuidado Personal.	Actividades Cotidianas	Participación

INFORMACIÓN INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR

BENEFICIARIO (se repite por cada integrante de la familia)

Primer Nombre	Eleida	Segundo Nombre	
Primer Apellido	Garcia	Segundo Apellido	Perez

Parentesco con respecto al Jefe de Grupo Familiar: ○ Conyuge/Compañero(a) ● Hijo(a) ○ Tio(a) ○ Yerno/Nuera ○ Padre/Madre ○ Hermano(a) ○ Sobrino(a) ○ Cuñado(a) ○ Amigo(a) ○ Padastro/Madrastra ○ Nieto(a) ○ Primo(a) ○ Padrino/Madrina ○ Hijastro(a) ○ Abuelo(a) ○ Suegro(a) ○ Pariente

Tipo Documento: RC ● TI ○ CC ○ PEP ○ PPT ○ PA ○ CE ○ TMF ○ SD ○ Partida /Acta Nac ○ — Número de Identificación: 1214469840 — Correo electrónico:

Número de Celular: — Sexo ○H ●M ○Intersex — Fecha de Nacimiento: 20042018

¿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	Colombia	Departamento de nacimiento	Cesar	Municipio de nacimiento	

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ○ Afrocolombiano ○ Comunidad Negra ○ Palenquero ○ Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia ● Indigena ○ Rrom/Gitano ○ No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores — ¿Se autoreconoce como campesino (a)? SI ○ NO ●

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:	Territorio.		Consejo.	
	Comunidad.			
Si el Beneficiario se autoreconoce con Indigena Indique:	Pueblo.	Yukpa	Resguardo.	Iroka
	Comunidad	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo	● SI ○ NO
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano indique la Kumpania a la que pertenece.			Tipo de beneficiario	○ Persona lactante ○ Persona Gestante ● Niños, niñas y adolescentes y adulto
Nivel de escolaridad	Primaria	Ocupación	Estudiante	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: Dusakawi — Si es afiliado indique tipo de afiliación: ○ Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Regimen subsidiado ● Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ○ SI ○ NO — Si el beneficiario 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

- ○ El beneficiario requiere la ayuda de otra persona.
- ○ 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? ○ SI ○ NO

Frecuencia Intensidad del apoyo: ○ Intermitente. ○ Limitado. ○ Extenso. ○ Generalizado.

Tipo de apoyo: ○ De la misma PcD. ○ De otras personas. ○ Sistemas de comunicación Aumentativos o Alternativos SAAC

¿La persona tiene una condición de discapacidad? ○ Auditiva. ○ Múltiple. ○ Física. ○ Intelectual. ○ Sordoceguera. ○ Visual. ○ Psicosocial (Mental).

NIVEL DE DIFICULTAD DE DESEMPEÑO %

Global.	Movilidad.	Relaciones.	Cognición.

Cuidado Personal.	Actividades Cotidianas	Participación

Aura

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO FICHA DE CARACTERIZACIÓN SOCIO FAMILIAR	F7.MO30.PP	29/08/2024
		Versión 1	Pagina 1 de 2

Por favor diligencie completamente el presente formulario para garantizar un óptimo análisis de la información.

Fecha de Diligenciamiento: 06/09/2024

Modalidad de Atención: Familias y Comunidades **Nombre del Servicio:** Tejiendo Interculturalmente.

INFORMACIÓN ENTIDAD CONTRATISTA

A continuación se debe diligenciar la información de la Entidad Contratista

REGIONAL: Cesar

Nombre Entidad Contratista	Resguardo Indígena Iroka		
Tipo Documento Entidad Contratista	(●) NIT ( ) RUT	Número de Identificación de la Entidad Contratista	8240020101-2
Número de Contrato	20005122024		
Primer Nombre Prof. Acompañamiento Familiar	Aura	Primer Apellido Prof. Acompañamiento Familiar	Olmedo
Tipo Doc. Prof. Acompañamiento Familiar	(✓) CC ( ) CE ( ) PA ( ) PPT	Número de identificación Prof. Acompañamiento Familiar	49691418

INFORMACIÓN UBICACIÓN DE LA VIVIENDA FAMILIAR

Tipo de Vivienda: ( ) Casa ( ) Habitación o Cuarto ( ) Albergue (Vivienda Temporal) ( ) Apartamento (●) Vivienda Indígena ( ) Palafito ( ) Inquilinato ( ) Casa lote

País	Colombia	Departamento	Cesar	Municipio	Agustín Codazzi
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	ONCE	Dirección	ONCE

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 basicos: ( ) Agua ( ) Alcantarillado ( ) Energía Eléctrica ( ) Gas Natural ( ) Internet ( ) Recolección de basuras ( ) Telefonía fija ( ) Telefonía móvil (✓) 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	Antonio	Segundo Nombre	
Primer Apellido	Penaloza	Segundo Apellido	Garcia

Tipo Documento RC ( ) TI ( ) CC (●) PA ( ) CE ( ) PEP ( ) TMF ( ) Número de documento: 1133485459

PPT ( ) Partida/Acta Nac ( ) Correo electrónico: Número de Celular:

Fecha de Vinculación a la modalidad: 30/07/24 Sexo: (●) H ( ) M ( ) Intersex Fecha de Nacimiento: 15/08/1974

¿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.	Colombia	Departamento de nacimiento.	Cesar	Municipio de nacimiento.	Agustín Codazzi

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ( ) Afrocolombiano ( ) Comunidad Negra ( ) Palenquero ( ) Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia (●) Indígena ( ) Rrom/Gitano ( ) No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores

¿Se autoreconoce como campesino (a)? SI ( ) NO (●)

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique: Territorio. Consejo. Comunidad.

Si el Beneficiario se autoreconoce con Indigena Indique: Pueblo: Yukpa Resguardo: Iroka Comunidad: Yukpa Reside en la misma zona de origen del pueblo (●) SI ( ) NO

Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano Indique la Kumpania a la que pertenece.

Tipo de beneficiario: ( ) Persona lactante ( ) Persona Gestante (●) Niños, niñas y adolescentes y adulto

Nivel de escolaridad	Ninguna	Ocupación	Labores del Campo	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: Dusakawi

Si es afiliado indique tipo de afiliación: (●) Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Régimen subsidiado (●) Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ( ) SI (●) NO

Si el beneficiario 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

- ( ) El beneficiario requiere la ayuda de otra persona.
- ( ) 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? ( ) SI ( ) NO

Frecuencia Intensidad del apoyo: ( ) Intermitente. ( ) Limitado. ( ) Extenso. ( ) Generalizado.

Tipo de apoyo: ( ) De la misma PcD. ( ) De otras personas. ( ) Sistemas de comunicación Aumentativoso alternativos SAAC

¿La persona tiene una condición de discapacidad? ( ) Auditiva. ( ) Física. ( ) Sordoceguera. ( ) Múltiple. ( ) Intelectual. ( ) Visual. ( ) Psicosocial (Mental).

NIVEL DE DIFICULTAD DE DESEMPEÑO %

Global.	Movilidad.	Relaciones.	Cognición.

Cuidado Personal.	Actividades Cotidianas	Participación

INFORMACIÓN INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR

BENEFICIARIO (se repite por cada integrante de la familia)

Primer Nombre	Fanny	Segundo Nombre	
Primer Apellido	García	Segundo Apellido	Perez

Parentesco con respecto al Jefe de Grupo Familiar: (●) Conyuge/Compañero(a) ( ) Padre/Madre ( ) Padastro/Madrastra ( ) Hijastro(a) ( ) Hijo(a) ( ) Hermano(a) ( ) Nieto(a) ( ) Abuelo(a) ( ) Tio(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 ( ) TMF ( ) SD ( ) Partida /Acta Nac ( )	Número de Identificación	1133485522
		Correo electrónico	
Número de Celular		Sexo	( ) H (●) M ( ) Intersex
Fecha de Nacimiento	27071970		

¿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	Colombia	Departamento de nacimiento	Cesar	Municipio de nacimiento	Codazzi

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ( ) Afrocolombiano ( ) Comunidad Negra ( ) Palenquero ( ) Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia (●) Indígena ( ) Rrom/Gitano ( ) No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores

¿Se autoreconoce como campesino (a)? SI ( ) NO (●)

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:	Territorio.		Consejo.	
	Comunidad.			
Si el Beneficiario se autoreconoce con Indigena Indique:	Pueblo.	Yukpa	Resguardo.	Iroka
	Comunidad.	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo	(●) SI ( ) NO
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano indique la Kumpania a la que pertenece.			Tipo de beneficiario	( ) Persona lactante ( ) Persona Gestante (●) Niños, niñas y adolescentes y adulto
Nivel de escolaridad	Ninguna	Ocupación	Hogar	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: Dusakawi

Si es afiliado indique tipo de afiliación: ( ) Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Régimen subsidiado (●) Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ( ) SI (●) NO — Si el beneficiario 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 ( )
				( ) El beneficiario requiere la ayuda de otra persona. ( ) 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?	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 [ ]

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO FICHA DE CARACTERIZACIÓN SOCIO FAMILIAR	F7.MO30.PP	29/08/2024
		Versión 1	Pagina 1 de 2

Por favor diligencie completamente el presente formulario para garantizar un óptimo análisis de la información.

Fecha de Diligenciamiento: 06/09/2024

Modalidad de Atención: Familias y Comunidades **Nombre del Servicio:** Tejiendo Interculturalidad

INFORMACIÓN ENTIDAD CONTRATISTA

A continuación se debe diligenciar la información de la Entidad Contratista

REGIONAL: Cesar

Nombre Entidad Contratista	Resguardo Indígena Iroka		
Tipo Documento Entidad Contratista: (●) NIT ( ) RUT	Número de Identificación de la Entidad Contratista: 8240020101-2	Número de Contrato	20005122024
Primer Nombre Prof. Acompañamiento Familiar: Luis	Primer Apellido Prof. Acompañamiento Familiar: Maestre		
Tipo Doc. Prof. Acompañamiento Familiar: (●) CC ( ) CE ( ) PA ( ) PPT	Número de identificación Prof. Acompañamiento Familiar: 1895880		

INFORMACIÓN UBICACIÓN DE LA VIVIENDA FAMILIAR

Tipo de Vivienda: ( ) Casa ( ) Habitación o Cuarto ( ) Albergue (Vivienda Temporal) ( ) Apartamento (●) Vivienda Indígena ( ) Palafito ( ) Inquilinato ( ) Casa lote

País: Colombia	Departamento: Cesar	Municipio: Agustín Codazzi	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: Tekwimo		Dirección: Tekwimo.		

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 basicos: ( ) Agua ( ) Alcantarillado ( ) Energía Eléctrica ( ) Gas Natural ( ) Internet ( ) Recolección de basuras ( ) Telefonía fija ( ) Telefonía móvil (●) 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: JOHN	Segundo Nombre: Jairo		
Primer Apellido: Franco	Segundo Apellido: Garcia.		
Tipo Documento RC ( ) TI ( ) CC (●) PA ( ) CE ( ) PEP ( ) TMF ( )	Número de documento: 1133484733		
PPT ( ) Partida/Acta Nac ( )	Correo electrónico:	Número de Celular:	
Fecha de Vinculación a la modalidad: 08/02/24	Sexo: (●) H ( ) M ( ) Intersex	Fecha de Nacimiento: 14/08/1995	

¿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: Colombia	Departamento de nacimiento: Cesar		Municipio de nacimiento: Codazzi		
Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ( ) Afrocolombiano ( ) Comunidad Negra	( ) Palenquero ( ) Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia	(●) Indígena ( ) Rrom/Gitano ( ) No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores	¿Se autoreconoce como campesino (a)?	SI ( ) NO (●)	

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:	Territorio.		Consejo.	
	Comunidad.			
Si el Beneficiario se autoreconoce con Indígena Indique:	Pueblo: Yukpa		Resguardo: Iroka	
	Comunidad: Yukpa		Reside en la misma zona de origen del pueblo: (●) SI ( ) NO	
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano indique la Kumpania a la que pertenece.			Tipo de beneficiario: ( ) Persona lactante ( ) Persona Gestante (●) Niños, niñas y adolescentes y adulto	
Nivel de escolaridad: Ninguno	Ocupación: Agricultor		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: Dusakawi		Si es afiliado indique tipo de afiliación: (●) Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Régimen subsidiado ( ) Beneficiario	

¿El beneficiario presenta discapacidad? ( ) SI (●) NO — Si el beneficiario 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 regimen 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 ( )	( ) El beneficiario requiere la ayuda de otra persona. ( ) 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?	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 Aumentativoso alternativos SAAC	( ) Auditiva. ( ) Física. ( ) Sordoceguera. ( ) Múltiple. ( ) Intelectual. ( ) Visual. ( ) Psicosocial (Mental).	Global. Movilidad. Relaciones. Cognición. Cuidado Personal. Actividades Cotidianas Participación

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

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO FICHA DE CARACTERIZACIÓN SOCIO FAMILIAR	F7.MO30.PP	29/08/2024
		Versión 1	Pagina 2 de 2

INFORMACIÓN INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR

BENEFICIARIO (se repite por cada integrante de la familia)

Primer Nombre	CiDiA	Segundo Nombre	
Primer Apellido	Perez	Segundo Apellido	Peñalozo

Parentesco con respecto al Jefe de Grupo Familiar: (●) Conyuge/Compañero(a) ○ Padre/Madre ○ Padastro/Madrastra ○ Hijastro(a) ○ Hijo(a) ○ Hermano(a) ○ Nieto(a) ○ Abuelo(a) ○ Tio(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 ○ TMF ○ SD ○ Partida /Acta Nac ○	Número de Identificación	1133485557
		Correo electrónico	
Número de Celular		Sexo ○H (●)M ○Intersex	Fecha de Nacimiento: 06/09/1999

¿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 mas años)
○ Femenino ○ Masculino ○ Trans ○ Otro (●) No deseo responder	○ Homosexual (Lesbiana - Gay) ○ Heterosexual ○ Bisexual ○ Otro (●) No deseo responder

País de nacimiento	Colombia	Departamento de nacimiento	Cesar	Municipio de nacimiento	Codazzi

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ○ Afrocolombiano ○ Comunidad Negra ○ Palenquero ○ Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia (●) Indígena ○ Rrom/Gitano ○ No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores

¿Se autoreconoce como campesino (a)? SI ○ NO (●)

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:	Territorio.		Consejo.
	Comunidad.		
Si el Beneficiario se autoreconoce con indigena Indique:	Pueblo.	Yukpa	Resguardo. Iroka
	Comunidad.	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo (●) SI ○ NO
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano indique la Kumpania a la que pertenece.			Tipo de beneficiario: ○ Persona lactante ○ Persona Gestante ○ Niños, niñas y adolescentes y adulto
Nivel de escolaridad: Ninguno	Ocupación: Ama de Casa		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: Dusakawi

Si es afiliado indique tipo de afiliación: ○ Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Régimen subsidiado (●) Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ○ SI (●) NO — Si el beneficiario 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 ○		○ El beneficiario requiere la ayuda de otra persona. ○ 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?	Frecuencia Intensidad del apoyo	Tipo de apoyo	¿La persona tiene una condición de discapacidadad?	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 ☐

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO FICHA DE CARACTERIZACIÓN SOCIO FAMILIAR	F7.MO30.PP	29/08/2024
		Versión 1	Pagina 1 de 2

Por favor diligencie completamente el presente formulario para garantizar un óptimo análisis de la información.

Fecha de Diligenciamiento: 06/09/2024

Modalidad de Atención: Familias y Comunidades **Nombre del Servicio:** Tejiendo Intervenciones

INFORMACIÓN ENTIDAD CONTRATISTA

A continuación se debe diligenciar la información de la Entidad Contratista

REGIONAL: Cesar

Nombre Entidad Contratista	Resguardo Indígena Iroka		
Tipo Documento Entidad Contratista	(●) NIT ( ) RUT	Número de Identificación de la Entidad Contratista	8240020102-—
Número de Contrato	20005122024		
Primer Nombre Prof. Acompañamiento Familiar	Sandra	Primer Apellido Prof. Acompañamiento Familiar	Casilla
Tipo Doc. Prof. Acompañamiento Familiar	(●) CC ( ) CE ( ) PA ( ) PPT	Número de identificación Prof. Acompañamiento Familiar	49786730

INFORMACIÓN UBICACIÓN DE LA VIVIENDA FAMILIAR

Tipo de Vivienda: ( ) Casa ( ) Habitación o Cuarto ( ) Albergue (Vivienda Temporal) ( ) Apartamento (●) Vivienda Indígena ( ) Palafito ( ) Inquilinato ( ) Casa lote

País	Colombia	Departamento	Cesar	Municipio	Agustín Codazzi
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	ONCE	Dirección	ONCE

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 basicos: ( ) Agua ( ) Alcantarillado ( ) Energía Eléctrica ( ) Gás Natural ( ) Internet ( ) Recolección de basuras ( ) Telefonía fija ( ) Telefonía móvil (●) 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	Arsinio	Segundo Nombre	
Primer Apellido	Franco	Segundo Apellido	Penaloza
Tipo Documento RC ( ) TI ( ) CC (●) PA ( ) CE ( ) PEP ( ) TMF ( ) PPT ( ) Partida/Acta Nac ( )		Número de documento	1133485388
Correo electrónico		Número de Celular	
Fecha de Vinculación a la modalidad	08/02/24	Sexo: (●) H ( ) M ( ) Intersex	Fecha de Nacimiento: 14/01/1997

¿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.	Colombia	Departamento de nacimiento.	Cesar	Municipio de nacimiento.	Codazzi

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ( ) Afrocolombiano ( ) Comunidad Negra ( ) Palenquero ( ) Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia (●) Indígena ( ) Rrom/Gitano ( ) No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores

¿Se autoreconoce como campesino (a)? SI ( ) NO (●)

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:	Territorio.		Consejo.	
	Comunidad.			
Si el Beneficiario se autoreconoce con Indigena Indique:	Pueblo	Yukpa	Resguardo.	Iroka
	Comunidad	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo	(●) SI ( ) NO
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano Indique la Kumpania a la que pertenece.			Tipo de beneficiario	( ) Persona lactante ( ) Persona Gestante (●) Niños, niñas y adolescentes y adulto
Nivel de escolaridad	6°	Ocupación	Campo	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: Dusakawi

Si es afiliado indique tipo de afiliación: ( ) Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Régimen subsidiado (●) Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ( ) SI (●) NO — Si el beneficiario 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 ( )

( ) El beneficiario requiere la ayuda de otra persona.
( ) 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?	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 Aumentativoso alternativos SAAC	( ) Auditiva. ( ) Física. ( ) Sordoceguera. ( ) Múltiple. ( ) Intelectual. ( ) 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

INFORMACIÓN INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR

BENEFICIARIO (se repite por cada integrante de la familia)

Primer Nombre	Yaquelin	Segundo Nombre	
Primer Apellido	Cuello	Segundo Apellido	Perez

Parentesco con respecto al Jefe de Grupo Familiar: (●) Conyuge/Compañero(a) ○ Padre/Madre ○ Padastro/Madrastra ○ Hijastro(a) ○ Hijo(a) ○ Hermano(a) ○ Nieto(a) ○ Abuelo(a) ○ Tio(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 ○ TMF ○ SD ○ Partida /Acta Nac ○	Número de Identificación	1148202079
		Correo electrónico	
Número de Celular		Sexo	○H ○M ○Intersex
Fecha de Nacimiento	05/12/2010		

¿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	Colombia	Departamento de nacimiento	Cesar	Municipio de nacimiento	Codazzi

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ○ Afrocolombiano ○ Comunidad Negra ○ Palenquero ○ Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia (●) Indígena ○ Rrom/Gitano ○ No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores

¿Se autoreconoce como campesino (a)? SI ○ NO (●)

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:	Territorio.		Consejo.		
	Comunidad.				
Si el Beneficiario se autoreconoce con indigena indique:	Pueblo.	Yukpa	Resguardo.	Iroka	
	Comunidad.	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo	(●) SI	○ NO
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano indique la Kumpania a la que pertenece.			Tipo de beneficiario	○ Persona lactante ○ Persona Gestante (●) Niños, niñas y adolescentes y adulto	
Nivel de escolaridad	3º	Ocupación	Hogar	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: Dusakawi

Si es afiliado indique tipo de afiliación: ○ Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Régimen subsidiado ○ Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ○ SI (●) NO — Si el beneficiario 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
				○ El beneficiario requiere la ayuda de otra persona. ○ 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?	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 ☐

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

INFORMACIÓN INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR

BENEFICIARIO (se repite por cada integrante de la familia)

Primer Nombre	Alexander	Segundo Nombre	
Primer Apellido	Franco	Segundo Apellido	Cuello

Parentesco con respecto al Jefe de Grupo Familiar: ○ Conyuge/Compañero(a) ● Hijo(a) ○ Tio(a) ○ Yerno/Nuera ○ Padre/Madre ○ Hermano(a) ○ Sobrino(a) ○ Cuñado(a) ○ Amigo(a) ○ Padastro/Madrastra ○ Nieto(a) ○ Primo(a) ○ Padrino/Madrina ○ Hijastro(a) ○ Abuelo(a) ○ Suegro(a) ○ Pariente

Tipo Documento: RC ○ TI ○ CC ○ PEP ○ PPT ○ PA ○ CE ○ TMF ○ SD ● Partida /Acta Nac ○

Número de Identificación:

Correo electrónico:

Número de Celular:

Sexo ○H ○M ○Intersex | Fecha de Nacimiento: 09 08 2016

¿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

Genero: ○ Femenino ○ Masculino ○ Trans ○ Otro ○ No deseo responder

Orientación sexual (con edad de 14 o mas años): ○ Homosexual (Lesbiana - Gay) ○ Heterosexual ○ Bisexual ○ Otro ○ No deseo responder

País de nacimiento	Colombia	Departamento de nacimiento	Cesar	Municipio de nacimiento	Codazzi

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ○ Afrocolombiano ○ Comunidad Negra ○ Palenquero ○ Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia ● Indigena ○ Rrom/Gitano ○ No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores

¿Se autoreconoce como campesino (a)? SI ○ NO ●

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:	Territorio.		Consejo.		
	Comunidad.				
Si el Beneficiario se autoreconoce con Indigena Indique.	Pueblo.	Yukpa	Resguardo.	Iroka	
	Comunidad.	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo	● SI	○ NO
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano indique la Kumpania a la que pertenece.			Tipo de beneficiario	○ Persona lactante ○ Persona Gestante ● Niños, niñas y adolescentes y adulto	
Nivel de escolaridad	Preescolar	Ocupación	Estudiante	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: Dusakawi

Si es afiliado indique tipo de afiliación: ○ Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Régimen subsidiado ● Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ○ SI ● NO

Si el beneficiario no presenta discapacidad, no se deben diligenciar las siguientes preguntas

¿La discapacidad esta 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	○ El beneficiario requiere la ayuda de otra persona. ○ El beneficiario requiere ayuda técnica/Producto de apoyo. ○ El beneficiario cuenta con la ayuda tecnica/Producto de apoyo. ○ El beneficiario requiere terapia y/o rehabilitación. ○ El beneficiario 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. ○ Fisica. ○ Intelectual. ○ Sordoceguera. ○ Visual. ○ Psicosocial (Mental)	Global. Movilidad. Relaciones. Cognición. Cuidado Personal. Actividades Cotidianas Participación

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: ◯ Conyuge/Compañero(a) ◯ Padre/Madre ◯ Padastro/Madrastra ◯ Hijastro(a) ◯ Hijo(a) ◯ Hermano(a) ◯ Nieto(a) ◯ Abuelo(a) ◯ Tio(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 ◯ TMF ◯ SD ◯ Partida /Acta Nac ◯	Número de Identificación	
		Correo electrónico	

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	Colombia	Departamento de nacimiento	Cesar	Municipio de nacimiento	

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ◯ Afrocolombiano ◯ Comunidad Negra ◯ Palenquero ◯ Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia ● Indigena ◯ Rrom/Gitano ◯ No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores

¿Se autoreconoce como campesino (a)? SI ◯ NO ●

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:	Territorio.		Consejo.		
	Comunidad.				
Si el Beneficiario se autoreconoce con Indigena indique.	Pueblo.	Yukpa	Resguardo.	Iroka	
	Comunidad.	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo	● SI	◯ NO
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano indique la Kumpania a la que pertenece.			Tipo de beneficiario	◯ Persona lactante ◯ Persona Gestante ◯ Niños, niñas y adolescentes y adulto	
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

¿El beneficiario presenta discapacidad? ◯ SI ◯ NO — Si el beneficiario 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

- ◯ El beneficiario requiere la ayuda de otra persona.
- ◯ 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? ◯ SI ◯ NO

Frecuencia Intensidad del apoyo: ◯ Intermitente. ◯ Limitado. ◯ Extenso. ◯ Generalizado.

Tipo de apoyo: ◯ De la misma PcD. ◯ De otras personas. ◯ Sistemas de comunicación Aumentativos o Alternativos SAAC

¿La persona tiene una condición de discapacidadad?: ◯ Auditiva. ◯ Múltiple. ◯ Física. ◯ Intelectual. ◯ Sordoceguera. ◯ Visual. ◯ Psicosocial (Mental).

NIVEL DE DIFICULTAD DE DESEMPEÑO %

Global.	Movilidad.	Relaciones.	Cognición.

Cuidado Personal.	Actividades Cotidianas	Participación

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO FICHA DE CARACTERIZACIÓN SOCIO FAMILIAR	F7.MO30.PP	29/08/2024
		Versión 1	Pagina 1 de 2

Por favor diligencie completamente el presente formulario para garantizar un óptimo análisis de la información.

Fecha de Diligenciamiento: 06/09/2024

Modalidad de Atención: Familias y Comunidades **Nombre del Servicio:** Tejiendo Interculturalidad.

INFORMACIÓN ENTIDAD CONTRATISTA

A continuación se debe diligenciar la información de la Entidad Contratista

REGIONAL: Cesar

Nombre Entidad Contratista	Resguardo Indígena Iroka		
Tipo Documento Entidad Contratista	(●) NIT ( ) RUT	Número de Identificación de la Entidad Contratista	8240020102-—
Número de Contrato	20005122024		
Primer Nombre Prof. Acompañamiento Familiar	Aura	Primer Apellido Prof. Acompañamiento Familiar	Olmedo
Tipo Doc. Prof. Acompañamiento Familiar	(●) CC ( ) CE ( ) PA ( ) PPT	Número de identificación Prof. Acompañamiento Familiar	49691418

INFORMACIÓN UBICACIÓN DE LA VIVIENDA FAMILIAR

Tipo de Vivienda: ( ) Casa ( ) Habitación o Cuarto ( ) Albergue (Vivienda Temporal) ( ) Apartamento (●) Vivienda Indígena ( ) Palafito ( ) Inquilinato ( ) Casa lote

País	Colombia	Departamento	Cesar	Municipio	Agustín Codazzi
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	ONCE	Dirección	ONCE

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 basicos: ( ) Agua ( ) Alcantarillado ( ) Energía Eléctrica ( ) Gas Natural ( ) Internet ( ) Recolección de basuras ( ) Telefonía fija ( ) Telefonía móvil (●) 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	Jaime	Segundo Nombre	
Primer Apellido	Franco	Segundo Apellido	Perez
Tipo Documento RC ( ) TI ( ) CC (●) PA ( ) CE ( ) PEP ( ) TMF ( )		Número de documento	19.650.069
PPT ( ) Partida/Acta Nac ( )	Correo electrónico	Número de Celular	
Fecha de Vinculación a la modalidad	30/08/2021	Sexo: (●) H ( ) M ( ) Intersex	Fecha de Nacimiento: 05/04/1973

¿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.	Colombia	Departamento de nacimiento.	Cesar	Municipio de nacimiento.	Codazzi

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ( ) Afrocolombiano ( ) Comunidad Negra ( ) Palenquero ( ) Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia (●) Indígena ( ) Rrom/Gitano ( ) No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores

¿Se autoreconoce como campesino (a)? SI ( ) NO (●)

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:	Territorio.		Consejo.	
	Comunidad.			
Si el Beneficiario se autoreconoce con Indigena Indique:	Pueblo	Yukpa	Resguardo.	Iroka
	Comunidad	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo	(●) SI ( ) NO
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano indique la Kumpania a la que pertenece.			Tipo de beneficiario	( ) Persona lactante ( ) Persona Gestante (●) Niños, niñas y adolescentes y adulto
Nivel de escolaridad	Ninguna	Ocupación	Compo.	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: DUSAKAWI

Si es afiliado indique tipo de afiliación: ( ) Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Régimen subsidiado (●) Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ( ) SI (●) NO — Si el beneficiario 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 ( )	( ) El beneficiario requiere la ayuda de otra persona. ( ) 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?	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 Aumentativoso alternativos SAAC	( ) Auditiva. ( ) Física. ( ) Sordoceguera. ( ) Múltiple. ( ) Intelectual. ( ) Visual. ( ) Psicosocial (Mental).	Global. Movilidad. Relaciones. Cognición. Cuidado Personal. Actividades Cotidianas Participación

INFORMACIÓN INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR

BENEFICIARIO (se repite por cada integrante de la familia)

Primer Nombre	Licia	Segundo Nombre	
Primer Apellido	Penaloza	Segundo Apellido	Peña

Parentesco con respecto al Jefe de Grupo Familiar: (●) Conyuge/Compañero(a) ( ) Padre/Madre ( ) Padastro/Madrastra ( ) Hijastro(a) ( ) Hijo(a) ( ) Hermano(a) ( ) Nieto(a) ( ) Abuelo(a) ( ) Tio(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 ( ) TMF ( ) SD ( ) Partida /Acta Nac ( )	Número de Identificación	1133485589
		Correo electrónico	
Número de Celular		Sexo	( ) H (●) M ( ) Intersex
Fecha de Nacimiento	14 08 1972		

¿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	Colombia	Departamento de nacimiento	Cesar	Municipio de nacimiento	Codazzi

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ( ) Afrocolombiano ( ) Comunidad Negra ( ) Palenquero ( ) Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia (●) Indígena ( ) Rrom/Gitano ( ) No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores

¿Se autoreconoce como campesino (a)? SI ( ) NO (●)

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:	Territorio.		Consejo.
	Comunidad.		
Si el Beneficiario se autoreconoce con Indigena Indique:	Pueblo.	Yukpa	Resguardo. Iroka
	Comunidad.	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo (●) SI ( ) NO
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano indique la Kumpania a la que pertenece.			Tipo de beneficiario: ( ) Persona lactante ( ) Persona Gestante (●) Niños, niñas y adolescentes y adulto
Nivel de escolaridad	Ninguna	Ocupación: Ama de casa	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: DUSAKAWI

Si es afiliado indique tipo de afiliación: ( ) Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Régimen subsidiado (●) Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ( ) SI (●) NO — Si el beneficiario 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 ( )	( ) El beneficiario requiere la ayuda de otra persona. ( ) 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?	Frecuencia Intensidad del apoyo	Tipo de apoyo	¿La persona tiene una condición de discapacidadad?	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 [ ]

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO FICHA DE CARACTERIZACIÓN SOCIO FAMILIAR	F7.MO30.PP	29/08/2024
		Versión 1	Pagina 2 de 2

INFORMACIÓN INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR

BENEFICIARIO (se repite por cada integrante de la familia)

Primer Nombre	Josue	Segundo Nombre	Jesus
Primer Apellido	Franco	Segundo Apellido	Penaloza

Parentesco con respecto al Jefe de Grupo Familiar: ○ Conyuge/Compañero(a) ● Hijo(a) ○ Tio(a) ○ Yerno/Nuera ○ Padre/Madre ○ Hermano(a) ○ Sobrino(a) ○ Cunado(a) ○ Amigo(a) ○ Padastro/Madrastra ○ Nieto(a) ○ Primo(a) ○ Padrino/Madrina ○ Hijastro(a) ○ Abuelo(a) ○ Suegro(a) ○ Pariente

Tipo Documento: RC ● TI ○ CC ○ PEP ○ PPT ○ PA ○ CE ○ TMF ○ SD ○ Partida /Acta Nac ○ — Número de Identificación: 1067727554 — Correo electrónico:

Número de Celular: — Sexo ●H ○M ○Intersex — Fecha de Nacimiento: 01 11 2012

¿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 mas años): ○ Homosexual (Lesbiana - Gay) ○ Heterosexual ○ Bisexual ○ Otro ○ No deseo responder

País de nacimiento	Colombia	Departamento de nacimiento	Cesar	Municipio de nacimiento	Codazzi

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ○ Afrocolombiano ○ Comunidad Negra ○ Palenquero ○ Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia ● Indigena ○ Rrom/Gitano ○ No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores

¿Se autoreconoce como campesino (a)? ○ SI ● NO

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:	Territorio.		Consejo.		
	Comunidad.				
Si el Beneficiario se autoreconoce con Indigena Indique.	Pueblo.	Yukpa	Resguardo.	Iroka	
	Comunidad	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo	● SI	○ NO
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano indique la Kumpania a la que pertenece.			Tipo de beneficiario	○ Persona lactante ○ Persona Gestante ● Niños, niñas y adolescentes y adulto	
Nivel de escolaridad	5º	Ocupación	Estudiante	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: Dusakawi

Si es afiliado indique tipo de afiliación: ○ Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Régimen subsidiado ● Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ○ SI ● NO — Si el beneficiario 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

- ○ El beneficiario requiere la ayuda de otra persona.
- ○ El beneficiario requiere ayuda técnica/Producto de apoyo.
- ○ El beneficiario cuenta con la ayuda tecnica/Producto de apoyo.
- ○ El beneficiario requiere terapia y/o rehabilitación.
- ○ El beneficiario recibe atención en terapia y/o rehabilitación.

¿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 o Alternativos SAAC

¿La persona tiene una condición de discapacidad? ○ Auditiva. ○ Múltiple. ○ Fisica. ○ Intelectual. ○ Sordoceguera. ○ Visual. ○ Psicosocial (Mental).

NIVEL DE DIFICULTAD DE DESEMPEÑO %: Global. ☐ Movilidad. ☐ Relaciones. ☐ Cognición. ☐ Cuidado Personal. ☐ Actividades Cotidianas ☐ Participación ☐

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO FICHA DE CARACTERIZACIÓN SOCIO FAMILIAR	F7.MO30.PP	29/08/2024
		Versión 1	Pagina 2 de 2

INFORMACIÓN INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR

BENEFICIARIO (se repite por cada integrante de la familia)

Primer Nombre	Alesandro	Segundo Nombre	
Primer Apellido	Franco	Segundo Apellido	Peñaloza

Parentesco con respecto al Jefe de Grupo Familiar: ○ Conyuge/Compañero(a) ● Hijo(a) ○ Tio(a) ○ Yerno/Nuera ○ Padre/Madre ○ Hermano(a) ○ Sobrino(a) ○ Cuñado(a) ○ Amigo(a) ○ Padastro/Madrastra ○ Nieto(a) ○ Primo(a) ○ Padrino/Madrina ○ Hijastro(a) ○ Abuelo(a) ○ Suegro(a) ○ Pariente

Tipo Documento: RC ● TI ○ CC ○ PEP ○ PPT ○ PA ○ CE ○ TMF ○ SD ○ Partida /Acta Nac ○ — Número de Identificación: 1067727553 — Correo electrónico:

Número de Celular: | Sexo ●H ○M ○Intersex | Fecha de Nacimiento: 12/12/14

¿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 mas años): ○Homosexual (Lesbiana - Gay) ○Heterosexual ○Bisexual ○Otro ○No deseo responder

País de nacimiento	Colombia	Departamento de nacimiento	Cesar	Municipio de nacimiento	Codazzi

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ○ Afrocolombiano ○ Comunidad Negra ○ Palenquero ○ Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia ● Indígena ○ Rrom/Gitano ○ No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores

¿Se autoreconoce como campesino (a)? SI ○ NO ●

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:	Territorio.		Consejo.		
	Comunidad.				
Si el Beneficiario se autoreconoce con Indigena indique.	Pueblo.	Yukpa	Resguardo.	Iroka	
	Comunidad	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo	●SI	○ NO
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano indique la Kumpania a la que pertenece.			Tipo de Beneficiario	○ Persona lactante ○ Persona Gestante ● Niños, niñas y adolescentes y adulto	
Nivel de escolaridad	5°	Ocupación	Estudiante	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: DUSAKAWI

Si es afiliado indique tipo de afiliación: ○ Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Régimen subsidiado ● Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ○SI ●NO — Si el beneficiario 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

- ○ El beneficiario requiere la ayuda de otra persona.
- ○ 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?	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 ☐

INFORMACIÓN INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR

BENEFICIARIO (se repite por cada integrante de la familia)

Primer Nombre	Enoe	Segundo Nombre	
Primer Apellido	Franco	Segundo Apellido	Peñalosa

Parentesco con respecto al Jefe de Grupo Familiar: ○ Conyuge/Compañero(a) ● Hijo(a) ○ Tio(a) ○ Yerno/Nuera ○ Padre/Madre ○ Hermano(a) ○ Sobrino(a) ○ Cuñado(a) ○ Amigo(a) ○ Padastro/Madrastra ○ Nieto(a) ○ Primo(a) ○ Padrino/Madrina ○ Hijastro(a) ○ Abuelo(a) ○ Suegro(a) ○ Pariente

Tipo Documento: RC ○ TI ○ CC ● PEP ○ PPT ○ PA ○ CE ○ TMF ○ SD ○ Partida /Acta Nac ○ — Número de Identificación: 1133485382 — Correo electrónico:

Número de Celular: | Sexo ●H ○M ○Intersex | Fecha de Nacimiento: 25 02 2002

¿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

Genero: ○ Femenino ○ Masculino ○ Trans ○ Otro ○ No deseo responder

Orientación sexual (con edad de 14 o mas años): ○ Homosexual (Lesbiana - Gay) ○ Heterosexual ○ Bisexual ○ Otro ○ No deseo responder

País de nacimiento	Colombia	Departamento de nacimiento	Cesar	Municipio de nacimiento	Codazzi

Autoreconocimiento Grupo Etnico del Beneficiario: ○ Afrocolombiano ○ Comunidad Negra ○ Palenquero ○ Raizal del Archipielago de San Andres y Providencia ● Indigena ○ Rrom/Gitano ○ No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores

¿Se autoreconoce como campesino (a)? SI ○ NO ●

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:	Territorio.		Consejo.		
	Comunidad.				
Si el Beneficiario se autoreconoce con Indigena indique:	Pueblo.	Yukpa	Resguardo.	Iroka	
	Comunidad	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo	● SI	○ NO
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano indique la Kumpania a la que pertenece.			Tipo de beneficiario	○ Persona lactante ○ Persona Gestante ● Niños, niñas y adolescentes y adulto	
Nivel de escolaridad	Ninguno	Ocupación	Campo	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: Dusatawi

Si es afiliado indique tipo de afiliación: ○ Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Regimen subsidiado ● Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ○ SI ● NO — Si el beneficiario no presenta discapacidad, no se deben diligenciar las siguientes preguntas

¿La discapacidad esta 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 INML CF	¿Está inscrito en el registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad? ○ SI ○ NO	○ El beneficiario requiere la ayuda de otra persona. ○ 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?	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 ○ Fisica. ○ Intelectual. ○ Sordoceguera. ○ Visual. ○ Psicosocial (Mental)	Global ☐ Movilidad. ☐ Relaciones. ☐ Cognición. ☐ Cuidado Personal. ☐ Actividades Cotidianas ☐ Participación ☐

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: ◯ Conyuge/Compañero(a) ◯ Padre/Madre ◯ Padastro/Madrastra ◯ Hijastro(a) ◯ Hijo(a) ◯ Hermano(a) ◯ Nieto(a) ◯ Abuelo(a) ◯ Tio(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 ◯ TMF ◯ SD ◯ Partida /Acta Nac ◯ — Número de Identificación: | Correo electrónico:

Número de Celular: | Sexo ◯H ◯M ◯Intersex | Fecha de Nacimiento:

¿Desea responder preguntas sobre su genero y orientación sexual? ◯SI ●NO — Si la respuesta a la pregunta anterior es afirmativa realice las siguientes dos preguntas, si no omitalas por favor

Genero: ◯ Femenino ◯ Masculino ◯ Trans ◯ Otro ◯ No deseo responder

Orientación sexual (con edad de 14 o mas años): ◯ Homosexual (Lesbiana - Gay) ◯ Heterosexual ◯ Bisexual ◯ Otro ◯ No deseo responder

País de nacimiento	Colombia	Departamento de nacimiento	Cesar	Municipio de nacimiento	

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ◯ Afrocolombiano ◯ Comunidad Negra ◯ Palenquero ◯ Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia ● Indigena ◯ Rrom/Gitano ◯ No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores

¿Se autoreconoce como campesino (a)? SI ◯ NO ●

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique.	Territorio.		Consejo.		
	Comunidad				
Si el Beneficiario se autoreconoce con indigena indique.	Pueblo.	Yukpa	Resguardo	Iroka	
	Comunidad	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo	●SI ◯ NO	
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano indique la Kumpania a la que pertenece.			Tipo de beneficiario	◯ Persona lactante ◯ Persona Gestante ◯ Niños, ninas y adolescentes y adulto	
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

¿El beneficiario presenta discapacidad? ◯SI ◯NO — Si el beneficiario no presenta discapacidad, no se deben diligenciar las siguientes preguntas

¿La discapacidad esta 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 INML CF

¿Está inscrito en el registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad?: ◯ SI ◯ NO

◯ El beneficiario requiere la ayuda de otra persona.
◯ 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? ◯ SI ◯ NO

Frecuencia Intensidad del apoyo: ◯ Intermitente. ◯ Limitado. ◯ Extenso. ◯ Generalizado.

Tipo de apoyo: ◯ De la misma PcD. ◯ De otras personas. ◯ Sistemas de comunicación Aumentativos o Alternativos SAAC

¿La persona tiene una condición de discapacidad? ◯ Auditiva. ◯ Fisica. ◯ Sordoceguera. ◯ Psicosocial (Mental). ◯ Multiple. ◯ Intelectual. ◯ Visual.

NIVEL DE DIFICULTAD DE DESEMPEÑO %

Global.	Movilidad.	Relaciones.	Cognición.

Cuidado Personal.	Actividades Cotidianas	Participación

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO FICHA DE CARACTERIZACIÓN SOCIO FAMILIAR	F7.MO30.PP	29/08/2024
		Versión 1	Pagina 1 de 2

Por favor diligencie completamente el presente formulario para garantizar un óptimo análisis de la información.

Fecha de Diligenciamiento: 06092024

Modalidad de Atención: Familias y Comunidades **Nombre del Servicio:** TEJIENDO INTERCULTURALIDAD

INFORMACIÓN ENTIDAD CONTRATISTA

A continuación se debe diligenciar la información de la Entidad Contratista

REGIONAL: Cesar

Nombre Entidad Contratista	Resguardo Indígena Iroka		
Tipo Documento Entidad Contratista	(●) NIT ( ) RUT	Número de Identificación de la Entidad Contratista	824002010-2
Número de Contrato	20005122024		
Primer Nombre Prof. Acompañamiento Familiar	Sandra	Primer Apellido Prof. Acompañamiento Familiar	Castilla
Tipo Doc. Prof. Acompañamiento Familiar	(●) CC ( ) CE ( ) PA ( ) PPT	Número de identificación Prof. Acompañamiento Familiar	49786730

INFORMACIÓN UBICACIÓN DE LA VIVIENDA FAMILIAR

Tipo de Vivienda: ( ) Casa ( ) Habitación o Cuarto ( ) Albergue (Vivienda Temporal) ( ) Apartamento (●) Vivienda Indígena ( ) Palafito ( ) Inquilinato ( ) Casa lote

País	Colombia	Departamento	Cesar	Municipio	Agustín Codazzi
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	ONCE	Dirección	ONCE

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 basicos: ( ) Agua ( ) Alcantarillado ( ) Energía Eléctrica ( ) Gas Natural ( ) Internet ( ) Recolección de basuras ( ) Telefonía fija ( ) Telefonía móvil (●) 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	Wilson	Segundo Nombre	
Primer Apellido	Franco	Segundo Apellido	Penaloza
Tipo Documento RC ( ) TI ( ) CC (●) PA ( ) CE ( ) PEP ( ) TMF ( ) PPT ( ) Partida/Acta Nac ( )		Número de documento	1133485391
Correo electrónico		Número de Celular	
Fecha de Vinculación a la modalidad	30082024	Sexo: (●) H ( ) M ( ) Intersex	Fecha de Nacimiento: 25091977

¿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.	Colombia	Departamento de nacimiento.		Municipio de nacimiento.	

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ( ) Afrocolombiano ( ) Comunidad Negra ( ) Palenquero ( ) Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia (●) Indígena ( ) Rrom/Gitano ( ) No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores

¿Se autoreconoce como campesino (a)? ( ) SI (●) NO

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:	Territorio.		Consejo.	
	Comunidad.			
Si el Beneficiario se autoreconoce con Indigena Indique:	Pueblo	Yukpa	Resguardo.	Iroka
	Comunidad	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo	(●) SI ( ) NO
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano Indique la Kumpania a la que pertenece.			Tipo de beneficiario	( ) Persona lactante ( ) Persona Gestante (●) Niños, niñas y adolescentes y adulto
Nivel de escolaridad	Ninguna	Ocupación	Campo	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: DUSAKAWI

Si es afiliado indique tipo de afiliación: ( ) Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Régimen subsidiado (●) Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ( ) SI (●) NO — Si el beneficiario 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

- ( ) El beneficiario requiere la ayuda de otra persona.
- ( ) 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? ( ) SI ( ) NO

Frecuencia Intensidad del apoyo: ( ) Intermitente. ( ) Limitado. ( ) Extenso. ( ) Generalizado.

Tipo de apoyo: ( ) De la misma PcD. ( ) De otras personas. ( ) Sistemas de comunicación Aumentativoso alternativos SAAC

¿La persona tiene una condición de discapacidad? ( ) Auditiva. ( ) Física. ( ) Sordoceguera. ( ) Múltiple. ( ) Intelectual. ( ) Visual. ( ) Psicosocial (Mental).

NIVEL DE DIFICULTAD DE DESEMPEÑO %

Global.	Movilidad.	Relaciones.	Cognición.

Cuidado Personal.	Actividades Cotidianas	Participación

INFORMACIÓN INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR

BENEFICIARIO (se repite por cada integrante de la familia)

Primer Nombre	Esther	Segundo Nombre	
Primer Apellido	Perez	Segundo Apellido	Franco

Parentesco con respecto al Jefe de Grupo Familiar: (●) Conyuge/Compañero(a) ( ) Padre/Madre ( ) Padastro/Madrastra ( ) Hijastro(a) ( ) Hijo(a) ( ) Hermano(a) ( ) Nieto(a) ( ) Abuelo(a) ( ) Tio(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 ( ) TMF ( ) SD ( ) Partida /Acta Nac ( )	Número de Identificación	1133485468
		Correo electrónico	
Número de Celular		Sexo	( ) H (●) M ( ) Intersex
Fecha de Nacimiento	02/01/1990		

¿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	Colombia	Departamento de nacimiento	Cesar	Municipio de nacimiento	Codazzi

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ( ) Afrocolombiano ( ) Comunidad Negra ( ) Palenquero ( ) Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia (●) Indígena ( ) Rrom/Gitano ( ) No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores

¿Se autoreconoce como campesino (a)? SI ( ) NO (●)

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:	Territorio.		Consejo.	
	Comunidad.			
Si el Beneficiario se autoreconoce con Indigena Indique:	Pueblo.	Yukpa	Resguardo.	Iroka
	Comunidad.	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo	(●) SI ( ) NO
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano indique la Kumpania a la que pertenece.			Tipo de beneficiario	( ) Persona lactante ( ) Persona Gestante (●) Niños, niñas y adolescentes y adulto
Nivel de escolaridad	Ninguna	Ocupación	Hogar	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: Dusakawi

Si es afiliado indique tipo de afiliación. ( ) Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Régimen subsidiado ( ) Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ( ) SI (●) NO

Si el beneficiario 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 ( )

( ) El beneficiario requiere la ayuda de otra persona.
( ) 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? SI ( ) NO ( )

Frecuencia Intensidad del apoyo: ( ) Intermitente. ( ) Limitado. ( ) Extenso. ( ) Generalizado.

Tipo de apoyo: ( ) De la misma PcD. ( ) De otras personas. ( ) Sistemas de comunicación Aumentativos o Alternativos SAAC

¿La persona tiene una condición de discapacidadad? ( ) Auditiva. ( ) Física. ( ) Sordoceguera. ( ) Psicosocial (Mental). ( ) Múltiple. ( ) Intelectual. ( ) Visual.

NIVEL DE DIFICULTAD DE DESEMPEÑO %

Global.	Movilidad.	Relaciones.	Cognición.

Cuidado Personal.	Actividades Cotidianas	Participación

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

INFORMACIÓN INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR

BENEFICIARIO (se repite por cada integrante de la familia)

Primer Nombre	Yelsi	Segundo Nombre	Santiago
Primer Apellido	Franco	Segundo Apellido	Perez

Parentesco con respecto al Jefe de Grupo Familiar: ○ Conyuge/Compañero(a) ○ Padre/Madre ○ Padastro/Madrastra ○ Hijastro(a) ✓ Hijo(a) ○ Hermano(a) ○ Nieto(a) ○ Abuelo(a) ○ Tio(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 ○ TMF ○ SD ○ Partida /Acta Nac ○ — Número de Identificación: 1067737963 — Correo electrónico:

Número de Celular: — Sexo ●H ○M ○Intersex — Fecha de Nacimiento: 10/06/2020

¿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	Colombia	Departamento de nacimiento	Cesar	Municipio de nacimiento	Codazzi

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ○ Afrocolombiano ○ Comunidad Negra ○ Palenquero ○ Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia ✓ Indígena ○ Rrom/Gitano ○ No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores — ¿Se autoreconoce como campesino (a)? SI ○ NO ●

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:	Territorio.		Consejo.
	Comunidad.		
Si el Beneficiario se autoreconoce con Indigena Indique:	Pueblo.	Yukpa	Resguardo. Iroka
	Comunidad.	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo ● SI ○ NO
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano Indique la Kumpania a la que pertenece.			Tipo de beneficiario: ○ Persona lactante ○ Persona Gestante ● Niños, niñas y adolescentes y adulto
Nivel de escolaridad: Primera Infancia	Ocupación	Estudiante	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: Dusakawi

Si es afiliado indique tipo de afiliación: ○ Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Régimen subsidiado ● Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ○ SI ● NO — Si el beneficiario 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 ○

- ○ El beneficiario requiere la ayuda de otra persona.
- ○ 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? ○ SI ○ NO

Frecuencia Intensidad del apoyo: ○ Intermitente. ○ Limitado. ○ Extenso. ○ Generalizado.

Tipo de apoyo: ○ De la misma PcD. ○ De otras personas. ○ Sistemas de comunicación Aumentativos o Alternativos SAAC

¿La persona tiene una condición de discapacidadad? ○ Auditiva. ○ Física. ○ Sordoceguera. ○ Múltiple. ○ Intelectual. ○ Visual. ○ Psicosocial (Mental).

NIVEL DE DIFICULTAD DE DESEMPEÑO %

Global.	Movilidad.	Relaciones.	Cognición.

Cuidado Personal.	Actividades Cotidianas	Participación

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

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO FICHA DE CARACTERIZACIÓN SOCIO FAMILIAR	F7.MO30.PP	29/08/2024
		Versión 1	Pagina 2 de 2

INFORMACIÓN INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR

BENEFICIARIO (se repite por cada integrante de la familia)

Primer Nombre	Vanessa	Segundo Nombre	Alexandra
Primer Apellido	Franco	Segundo Apellido	Perez

Parentesco con respecto al Jefe de Grupo Familiar: ◯ Conyuge/Compañero(a) ◯ Padre/Madre ◯ Padastro/Madrastra ◯ Hijastro(a) ◉ Hijo(a) ◯ Hermano(a) ◯ Nieto(a) ◯ Abuelo(a) ◯ Tio(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 ◯ TMF ◯ SD ◯ Partida /Acta Nac ◯	Número de Identificación	1300422531
		Correo electrónico	
Número de Celular		Sexo ◯H ◉M ◯Intersex	Fecha de Nacimiento 08/06/2022

¿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	Colombia	Departamento de nacimiento	Cesar	Municipio de nacimiento	Codazzi

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ◯ Afrocolombiano ◯ Comunidad Negra ◯ Palenquero ◯ Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia ◉ Indígena ◯ Rrom/Gitano ◯ No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores

¿Se autoreconoce como campesino (a)? SI ◯ NO ◉

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:	Territorio.		Consejo.
	Comunidad.		
Si el Beneficiario se autoreconoce con Indigena indique:	Pueblo.	Yukpa	Resguardo. Iroka
	Comunidad.	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo ◉ SI ◯ NO
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano indique la Kumpania a la que pertenece.			Tipo de beneficiario: ◯ Persona lactante ◯ Persona Gestante ◉ Niños, niñas y adolescentes y adulto
Nivel de escolaridad	Primaria Infancia	Ocupación	Estudiante — 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: Dusakawi

Si es afiliado indique tipo de afiliación: ◯ Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Régimen subsidiado ◔ Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ◯ SI ◉ NO — Si el beneficiario 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 ◯

- ◯ El beneficiario requiere la ayuda de otra persona.
- ◯ 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? ◯ SI ◯ NO

Frecuencia Intensidad del apoyo: ◯ Intermitente. ◯ Limitado. ◯ Extenso. ◯ Generalizado.

Tipo de apoyo: ◯ De la misma PcD. ◯ De otras personas. ◯ Sistemas de comunicación Aumentativos o 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

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO FICHA DE CARACTERIZACIÓN SOCIO FAMILIAR	F7.MO30.PP	29/08/2024
		Versión 1	Pagina 1 de 2

Por favor diligencie completamente el presente formulario para garantizar un óptimo análisis de la información.

Fecha de Diligenciamiento: 06 09 2024.

Modalidad de Atención: Familias y Comunidades **Nombre del Servicio:** Tejiendo Interculturalidad.

INFORMACIÓN ENTIDAD CONTRATISTA

A continuación se debe diligenciar la información de la Entidad Contratista

REGIONAL: Cesar

Nombre Entidad Contratista	Resguardo Indígena Iroka		
Tipo Documento Entidad Contratista	(✓) NIT ( ) RUT	Número de Identificación de la Entidad Contratista	8 2 4 0 0 2 0 1 0 - 2 —
Número de Contrato	20005122024		
Primer Nombre Prof. Acompañamiento Familiar	SANDRA	Primer Apellido Prof. Acompañamiento Familiar	CASTILLA
Tipo Doc. Prof. Acompañamiento Familiar	(✓) CC ( ) CE ( ) PA ( ) PPT	Número de identificación Prof. Acompañamiento Familiar	49786730

INFORMACIÓN UBICACIÓN DE LA VIVIENDA FAMILIAR

Tipo de Vivienda: ( ) Casa ( ) Habitación o Cuarto ( ) Albergue (Vivienda Temporal) ( ) Apartamento (✓) Vivienda Indígena ( ) Palafito ( ) Inquilinato ( ) Casa lote

País	Colombia	Departamento	Cesar	Municipio	Agustín Codazzi
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	ONCE.	Dirección	ONCE

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 basicos: ( ) Agua ( ) Alcantarillado ( ) Energía Eléctrica ( ) Gas Natural ( ) Internet ( ) Recolección de basuras ( ) Telefonía fija ( ) Telefonía móvil (✓) 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	ELIAS	Segundo Nombre	
Primer Apellido	PEÑALOZA	Segundo Apellido	PEÑA

Tipo Documento RC ( ) TI ( ) CC (✓) PA ( ) CE ( ) PEP ( ) TMF ( ) — Número de documento: 1133485371

PPT ( ) Partida/Acta Nac ( ) — Correo electrónico: — Número de Celular:

Fecha de Vinculación a la modalidad: 30 08 2024 — Sexo: (✓) H ( ) M ( ) Intersex — Fecha de Nacimiento: 23 06 1983

¿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.	Colombia	Departamento de nacimiento.	CESAR	Municipio de nacimiento.	CODAZZI

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ( ) Afrocolombiano ( ) Comunidad Negra ( ) Palenquero ( ) Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia (✓) Indígena ( ) Rrom/Gitano ( ) No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores

¿Se autoreconoce como campesino (a)? SI ( ) NO (✓)

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:	Territorio.		Consejo.	
	Comunidad.			
Si el Beneficiario se autoreconoce con Indigena Indique:	Pueblo	Yukpa	Resguardo.	Iroka
	Comunidad	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo	(✓) SI ( ) NO
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano indique la Kumpania a la que pertenece.			Tipo de beneficiario	( ) Persona lactante ( ) Persona Gestante ( ) Niños, niñas y adolescentes y adulto
Nivel de escolaridad	Primaria 3°	Ocupación	Agricultor	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: DUSAKAWI

Si es afiliado indique tipo de afiliación: ( ) Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Régimen subsidiado (✓) Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ( ) SI (✓) NO — Si el beneficiario 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 ( )

( ) El beneficiario requiere la ayuda de otra persona.
( ) 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? SI ( ) NO ( )

Frecuencia Intensidad del apoyo: ( ) Intermitente. ( ) Limitado. ( ) Extenso. ( ) Generalizado.

Tipo de apoyo: ( ) De la misma PcD. ( ) De otras personas. ( ) Sistemas de comunicación Aumentativoso alternativos SAAC

¿La persona tiene una condición de discapacidad? ( ) Auditiva. ( ) Múltiple. ( ) Física. ( ) Intelectual. ( ) Sordoceguera. ( ) Visual. ( ) Psicosocial (Mental).

NIVEL DE DIFICULTAD DE DESEMPEÑO %

Global.	Movilidad.	Relaciones.	Cognición.

Cuidado Personal.	Actividades Cotidianas	Participación

Aux Alimenta – Wancha

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO FICHA DE CARACTERIZACIÓN SOCIO FAMILIAR	F7.MO30.PP	29/08/2024
		Versión 1	Pagina 2 de 2

INFORMACIÓN INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR

BENEFICIARIO (se repite por cada integrante de la familia)

Primer Nombre	ELISA.	Segundo Nombre	
Primer Apellido	FRANCO	Segundo Apellido	PEÑALOZA

Parentesco con respecto al Jefe de Grupo Familiar: (✓) Conyuge/Compañero(a); ( ) Padre/Madre; ( ) Padastro/Madrastra; ( ) Hijastro(a); ( ) Hijo(a); ( ) Hermano(a); ( ) Nieto(a); ( ) Abuelo(a); ( ) Tio(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 ( ) TMF ( ) SD ( ) Partida /Acta Nac ( )	Número de Identificación	1133485368
		Correo electrónico	
Número de Celular		Sexo ( ) H (✓) M ( ) Intersex	Fecha de Nacimiento: 10/12/1991

¿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	Colombia	Departamento de nacimiento	Cesar	Municipio de nacimiento	

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ( ) Afrocolombiano; ( ) Comunidad Negra; ( ) Palenquero; ( ) Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia; (●) Indígena; ( ) Rrom/Gitano; ( ) No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores

¿Se autoreconoce como campesino (a)? SI ( ) NO (●)

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:	Territorio.		Consejo.	
	Comunidad.			
Si el Beneficiario se autoreconoce con Indigena Indique:	Pueblo.	Yukpa	Resguardo.	Iroka
	Comunidad.	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo	(●) SI ( ) NO
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano indique la Kumpania a la que pertenece.			Tipo de beneficiario	( ) Persona lactante; ( ) Persona Gestante; (✓) Niños, niñas y adolescentes y adulto
Nivel de escolaridad	PRIMARIA 5°	Ocupación	AUX. ALIMENTOS	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: DUSAKAWI

Si es afiliado indique tipo de afiliación: (✓) Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Régimen subsidiado ( ) Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ( ) SI (✓) NO

Si el beneficiario 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 ( )	( ) El beneficiario requiere la ayuda de otra persona. ( ) 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?	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

INFORMACIÓN INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR

BENEFICIARIO (se repite por cada integrante de la familia)

Primer Nombre	JEINER	Segundo Nombre	
Primer Apellido	PEÑALOZA	Segundo Apellido	FRANCO.

Parentesco con respecto al Jefe de Grupo Familiar: ○ Conyuge/Compañero(a) ● Hijo(a) ○ Tio(a) ○ Yerno/Nuera ○ Padre/Madre ○ Hermano(a) ○ Sobrino(a) ○ Cuñado(a) ○ Amigo(a) ○ Padastro/Madrastra ○ Nieto(a) ○ Primo(a) ○ Padrino/Madrina ○ Hijastro(a) ○ Abuelo(a) ○ Suegro(a) ○ Pariente

Tipo Documento	RC ✓ TI ○ CC ○ PEP ○ PPT ○ PA ○ CE ○ TMF ○ SD ○ Partida /Acta Nac ○	Número de Identificación	1067737734.
		Correo electrónico	
Número de Celular		Sexo ✓H ○M ○Intersex	Fecha de Nacimiento 09032022

¿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

Genero: ○ Femenino ○ Masculino ○ Trans ○ Otro ○ No deseo responder

Orientación sexual (con edad de 14 o mas años): ○ Homosexual (Lesbiana - Gay) ○ Heterosexual ○ Bisexual ○ Otro ○ No deseo responder

País de nacimiento	Colombia	Departamento de nacimiento	Cesar	Municipio de nacimiento	CODAZZI.

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ○ Afrocolombiano ○ Comunidad Negra ○ Palenquero ○ Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia ● Indigena ○ Rrom/Gitano ○ No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores

¿Se autoreconoce como campesino (a)? SI ○ NO ●

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:	Territorio.		Consejo.	
	Comunidad.			
Si el Beneficiario se autoreconoce con Indigena Indique	Pueblo.	Yukpa	Resguardo.	Iroka
	Comunidad.	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo	● SI ○ NO
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano indique la Kumpania a la que pertenece.			Tipo de beneficiario	○ Persona lactante ○ Persona Gestante ✓ Niños, niñas y adolescentes y adulto
Nivel de escolaridad	PRIMERA INFANCIA.	Ocupación	ESTUDIANTE	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: DUSAKAWI

Si es afiliado indique tipo de afiliacion: ○ Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Regimen subsidiado ✓ Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ○ SI ✓ NO — Si el beneficiario 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 ○

- ○ El beneficiario requiere la ayuda de otra persona.
- ○ 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?	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 ☐

INFORMACIÓN INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR

BENEFICIARIO (se repite por cada integrante de la familia)

Primer Nombre	NEBER	Segundo Nombre	
Primer Apellido	PEÑALOZA	Segundo Apellido	FRANCO

Parentesco con respecto al Jefe de Grupo Familiar: ○ Conyuge/Compañero(a) ● Hijo(a) ○ Tio(a) ○ Yerno/Nuera ○ Padre/Madre ○ Hermano(a) ○ Sobrino(a) ○ Cuñado(a) ○ Amigo(a) ○ Padastro/Madrastra ○ Nieto(a) ○ Primo(a) ○ Padrino/Madrina ○ Hijastro(a) ○ Abuelo(a) ○ Suegro(a) ○ Pariente

Tipo Documento	RC ● TI ○ CC ○ PEP ○ PPT ○ PA ○ CE ○ TMF ○ SD ○ Partida /Acta Nac ○	Número de Identificación	1067737735
		Correo electrónico	

Número de Celular		Sexo ●H ○M ○Intersex	Fecha de Nacimiento 06 09 2019

¿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 mas años)
○ Femenino ○ Masculino ○ Trans ○ Otro ○ No deseo responder	○ Homosexual (Lesbiana - Gay) ○ Heterosexual ○ Bisexual ○ Otro ○ No deseo responder

País de nacimiento	Colombia	Departamento de nacimiento	Cesar	Municipio de nacimiento	0009221

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ○ Afrocolombiano ○ Comunidad Negra ○ Palenquero ○ Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia ● Indigena ○ Rrom/Gitano ○ No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores

¿Se autoreconoce como campesino (a)? SI ○ NO ●

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:	Territorio.		Consejo.		
	Comunidad.				
Si el Beneficiario se autoreconoce con Indigena Indique:	Pueblo.	Yukpa	Resguardo.	Iroka	
	Comunidad.	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo	● SI	○ NO
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano indique la Kumpania a la que pertenece.			Tipo de beneficiario	○ Persona lactante ○ Persona Gestante ✓ Niños, niñas y adolescentes y adulto	
Nivel de escolaridad	PRIMERA INFANCIA	Ocupación	ESTUDIANTE	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 afiliacion. ○ Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Régimen subsidiado ✓ Beneficiario
		DUSAKAWI	

¿El beneficiario presenta discapacidad? ○ SI ✓ NO — Si el beneficiario no presenta discapacidad, no se deben diligenciar las siguientes preguntas

¿La discapacidad esta 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
				○ El beneficiario requiere la ayuda de otra persona. ○ El beneficiario requiere ayuda técnica/Producto de apoyo. ○ El beneficiario cuenta con la ayuda tecnica/Producto de apoyo. ○ El beneficiario requiere terapia y/o rehabilitación. ○ El beneficiario 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. ○ Fisica. ○ Sordoceguera. ○ Psicosocial (Mental) ○ Múltiple. ○ Intelectual. ○ Visual.	Global. ☐ Movilidad. ☐ Relaciones. ☐ Cognición. ☐ Cuidado Personal. ☐ Actividades Cotidianas ☐ Participación ☐

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLITICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES I.C.B.F. Y A LA LEY 1581 DE 2012

INFORMACIÓN INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR

BENEFICIARIO (se repite por cada integrante de la familia)

Primer Nombre	MARCO	Segundo Nombre	ANDRES
Primer Apellido	PEÑALOZA	Segundo Apellido	FRANCO.

Parentesco con respecto al Jefe de Grupo Familiar: ○ Conyuge/Compañero(a) ● Hijo(a) ○ Tio(a) ○ Yerno/Nuera ○ Amigo(a) ○ Padre/Madre ○ Hermano(a) ○ Sobrino(a) ○ Cuñado(a) ○ Padastro/Madrastra ○ Nieto(a) ○ Primo(a) ○ Padrino/Madrina ○ Hijastro(a) ○ Abuelo(a) ○ Suegro(a) ○ Pariente

Tipo Documento: RC ○ TI ● CC ○ PEP ○ PPT ○ PA ○ CE ○ TMF ○ SD ○ Partida /Acta Nac ○ — Número de Identificación: 1133485373. — Correo electrónico:

Número de Celular: — Sexo: ● H ○ M ○ Intersex — Fecha de Nacimiento: 20 06 2007

¿Desea responder preguntas sobre su genero y orientación sexual? ○ SI ● NO — Si la respuesta a la pregunta anterior es afirmativa realice las siguientes dos preguntas, si no omitalas por favor

Genero: ○ Femenino ○ Masculino ○ Trans ○ Otro ○ No deseo responder

Orientación sexual (con edad de 14 o mas años): ○ Homosexual (Lesbiana - Gay) ○ Heterosexual ○ Bisexual ○ Otro ○ No deseo responder

País de nacimiento	Colombia	Departamento de nacimiento	Cesar	Municipio de nacimiento	CODAZZI

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ○ Afrocolombiano ○ Comunidad Negra ○ Palenquero ○ Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia ● Indigena ○ Rrom/Gitano ○ No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores

¿Se autoreconoce como campesino (a)? SI ○ NO ●

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:	Territorio.		Consejo.
	Comunidad.		
Si el Beneficiario se autoreconoce con Indigena Indique.	Pueblo.	Yukpa	Resguardo. Iroka
	Comunidad	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo ● SI ○ NO
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano indique la Kumpania a la que pertenece.			Tipo de beneficiario: ○ Persona lactante ○ Persona Gestante ✓ Niños, niñas y adolescentes y adulto
Nivel de escolaridad	SECUNDARIA 1°	Ocupación	ESTUDIANTE — 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: DUSAKAWI

Si es afiliado indique tipo de afiliacion: ○ Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Regimen subsidiado ✓ Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ○ SI ✓ NO — Si el beneficiario 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 ○

- ○ El beneficiario requiere la ayuda de otra persona.
- ○ 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? ○ SI ○ NO

Frecuencia Intensidad del apoyo: ○ Intermitente. ○ Limitado. ○ Extenso. ○ Generalizado.

Tipo de apoyo: ○ De la misma PcD. ○ De otras personas. ○ Sistemas de comunicación Aumentativos o 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 ☐

INFORMACIÓN INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR

BENEFICIARIO (se repite por cada integrante de la familia)

Primer Nombre	DAYAN	Segundo Nombre	
Primer Apellido	PEÑALOZA	Segundo Apellido	FRANCO

Parentesco con respecto al Jefe de Grupo Familiar: ○ Conyuge/Compañero(a) ✓ Hijo(a) ○ Tio(a) ○ Yerno/Nuera ○ Padre/Madre ○ Hermano(a) ○ Sobrino(a) ○ Cuñado(a) ○ Amigo(a) ○ Padastro/Madrastra ○ Nieto(a) ○ Primo(a) ○ Padrino/Madrina ○ Hijastro(a) ○ Abuelo(a) ○ Suegro(a) ○ Pariente

Tipo Documento	RC ○ TI ✓ CC ○ PEP ○ PPT ○ PA ○ CE ○ TMF ○ SD ○ Partida /Acta Nac ○	Número de Identificación	1148202021
		Correo electrónico	
Número de Celular		Sexo	○H ✓M ○Intersex
Fecha de Nacimiento	01/01/2010		

¿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 mas años)
○ Femenino ○ Masculino ○ Trans ○ Otro ○ No deseo responder	○ Homosexual (Lesbiana - Gay) ○ Heterosexual ○ Bisexual ○ Otro ○ No deseo responder

País de nacimiento	Colombia	Departamento de nacimiento	Cesar	Municipio de nacimiento	CODA 221

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ○ Afrocolombiano ○ Comunidad Negra ○ Palenquero ○ Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia ● Indígena ○ Rrom/Gitano ○ No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores

¿Se autoreconoce como campesino (a)? SI ○ NO ●

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:	Territorio.		Consejo.	
	Comunidad.			
Si el Beneficiario se autoreconoce con Indigena Indique:	Pueblo.	Yukpa	Resguardo.	Iroka
	Comunidad.	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo	● SI ○ NO
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano indique la Kumpania a la que pertenece.			Tipo de beneficiario	○ Persona lactante ○ Persona Gestante ○ Niños, niñas y adolescentes y adulto
Nivel de escolaridad	SECUNDARIA 10°	Ocupación	ESTUDIANTE.	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: DUSAKAWI

Si es afiliado indique tipo de afiliación: ○ Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Regimen subsidiado ✓ Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ○ SI ✓NO — Si el beneficiario 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?.	
SI ○ NO ○	○ EPS ○ IPS Resolución 1239 - 2022 ○ No Def. ○ Administradoras del régimen especial de Excep ○ Instituto Nacional de Medicina Legal INMLCF	○ SI ○ NO	○ El beneficiario requiere la ayuda de otra persona. ○ 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?	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 ☐

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO FICHA DE CARACTERIZACIÓN SOCIO FAMILIAR	F7.MO30.PP	29/08/2024
		Versión 1	Pagina 1 de 2

Por favor diligencie completamente el presente formulario para garantizar un óptimo análisis de la información.

Fecha de Diligenciamiento: 06/09/2024

Modalidad de Atención: FAMILIA Y COMUNIDAD | **Nombre del Servicio:** tejiendo interculturalidad

INFORMACIÓN ENTIDAD CONTRATISTA

A continuación se debe diligenciar la información de la Entidad Contratista

REGIONAL: Cesar

Nombre Entidad Contratista	Resguardo Indígena Iroka		
Tipo Documento Entidad Contratista	(●) NIT ( ) RUT	Número de Identificación de la Entidad Contratista	8240020102-—
Número de Contrato	20005122024		
Primer Nombre Prof. Acompañamiento Familiar	Johana	Primer Apellido Prof. Acompañamiento Familiar	Valencia
Tipo Doc. Prof. Acompañamiento Familiar	(●) CC ( ) CE ( ) PA ( ) PPT	Número de identificación Prof. Acompañamiento Familiar	1067710259

INFORMACIÓN UBICACIÓN DE LA VIVIENDA FAMILIAR

Tipo de Vivienda: ( ) Casa ( ) Habitación o Cuarto ( ) Albergue (Vivienda Temporal) ( ) Apartamento (●) Vivienda Indígena ( ) Palafito ( ) Inquilinato ( ) Casa lote

País	Colombia	Departamento	Cesar	Municipio	Agustín Codazzi
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 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	Gabriel.	Segundo Nombre	Santa
Primer Apellido	Morales.	Segundo Apellido	
Tipo Documento RC ( ) TI ( ) CC (●) PA ( ) CE ( ) PEP ( ) TMF ( ) PPT ( ) Partida/Acta Nac ( )		Número de documento	1133484692
Correo electrónico		Número de Celular	
Fecha de Vinculación a la modalidad	30/08/2024	Sexo: (●) H ( ) M ( ) Intersex	Fecha de Nacimiento: 05/01/1986

¿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.	Colombia	Departamento de nacimiento.	Cesar	Municipio de nacimiento.	Codazzi

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ( ) Afrocolombiano ( ) Comunidad Negra ( ) Palenquero ( ) Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia (●) Indígena ( ) Rrom/Gitano ( ) No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores

¿Se autoreconoce como campesino (a)? SI ( ) NO (●)

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:	Territorio.		Consejo.
	Comunidad.		
Si el Beneficiario se autoreconoce con Indigena Indique:	Pueblo	Yukpa	Resguardo. Iroka
	Comunidad	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo (●) SI ( ) NO
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano indique la Kumpania a la que pertenece.			Tipo de beneficiario: ( ) Persona lactante ( ) Persona Gestante (●) Niños, niñas y adolescentes y adulto
Nivel de escolaridad	Primaria	Ocupación: Agricultor	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: Dusakawi

Si es afiliado indique tipo de afiliación: ( ) Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Régimen subsidiado (●) Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ( ) SI (●) NO — Si el beneficiario 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 ( )

( ) El beneficiario requiere la ayuda de otra persona.
( ) 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? ( ) SI ( ) NO

Frecuencia Intensidad del apoyo: ( ) Intermitente. ( ) Limitado. ( ) Extenso. ( ) Generalizado.

Tipo de apoyo: ( ) De la misma PcD. ( ) De otras personas. ( ) Sistemas de comunicación Aumentativoso alternativos SAAC

¿La persona tiene una condición de discapacidad? ( ) Auditiva. ( ) Física. ( ) Sordoceguera. ( ) Múltiple. ( ) Intelectual. ( ) Visual. ( ) Psicosocial (Mental).

NIVEL DE DIFICULTAD DE DESEMPEÑO %

Global.	Movilidad.	Relaciones.	Cognición.

Cuidado Personal.	Actividades Cotidianas	Participación

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

INFORMACIÓN INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR

BENEFICIARIO (se repite por cada integrante de la familia)

Primer Nombre	Yuleidis	Segundo Nombre	
Primer Apellido	Franco	Segundo Apellido	Peralta.

Parentesco con respecto al Jefe de Grupo Familiar: (●) Conyuge/Compañero(a) ○ Padre/Madre ○ Padastro/Madrastra ○ Hijastro(a) ○ Hijo(a) ○ Hermano(a) ○ Nieto(a) ○ Abuelo(a) ○ Tio(á) ○ Sobrino(a) ○ Primo(a) ○ Suegro(a) ○ Yerno/Nuera ○ Cuñado(a) ○ Padrino/Madrina ○ Pariente ○ Amigo(a)

Tipo Documento	RC ○ TI ○ CC ● PEP ○ PPT ○ PA ○ CE ○ TMF ○ SD ○ Partida /Acta Nac ○	Número de Identificación	1133484658.
		Correo electrónico	
Número de Celular		Sexo ○H ●M ○Intersex	Fecha de Nacimiento 11 01 1999

¿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 (l esbiana - Gay) ○ Heterosexual ○ Bisexual ○ Otro ○ No deseo responder

País de nacimiento	Colombia	Departamento de nacimiento	Cesar	Municipio de nacimiento	Codazzi

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ○ Afrocolombiano ○ Comunidad Negra ○ Palenquero ○ Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia ● Indígena ○ Rrom/Gitano ○ No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores

¿Se autoreconoce como campesino (a)? ○ SI ● NO

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:	Territorio.		Consejo.
	Comunidad.		
Si el Beneficiario se autoreconoce con Indigena Indique:	Pueblo.	Yukpa	Resguardo. Iroka
	Comunidad.	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo ● SI ○ NO
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano indique la Kumpania a la que pertenece.			Tipo de beneficiario: ○ Persona lactante ○ Persona Gestante ● Niños, niñas y adolescentes y adulto
Nivel de escolaridad	Primaria	Ocupación	Ama de Casa

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: Dusakawi

Si es afiliado indique tipo de afiliación: ○ Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Régimen subsidiado ● Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ○ SI ● NO — Si el beneficiario 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 ○	○ El beneficiario requiere la ayuda de otra persona. ○ 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?	Frecuencia Intensidad del apoyo	Tipo de apoyo	¿La persona tiene una condición de discapacidadad?	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 ☐

INFORMACIÓN INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR

BENEFICIARIO (se repite por cada integrante de la familia)

Primer Nombre	Fabian.	Segundo Nombre	
Primer Apellido	Santo	Segundo Apellido	Franco.

Parentesco con respecto al Jefe de Grupo Familiar: ○ Conyuge/Compañero(a) ● Hijo(a) ○ Tio(a) ○ Yerno/Nuera ○ Padre/Madre ○ Hermano(a) ○ Sobrino(a) ○ Cuñado(a) ○ Amigo(a) ○ Padastro/Madrastra ○ Nieto(a) ○ Primo(a) ○ Padrino/Madrina ○ Hijastro(a) ○ Abuelo(a) ○ Suegro(a) ○ Pariente

Tipo Documento: RC ● TI ○ CC ○ PEP ○ PPT ○ PA ○ CE ○ TMF ○ SD ○ Partida /Acta Nac ○ — Número de Identificación: 1067736714 — Correo electrónico:

Número de Celular: | Sexo ● H ○ M ○ Intersex | Fecha de Nacimiento: 27 02 2022

¿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 mas años): ○ Homosexual (Lesbiana - Gay) ○ Heterosexual ○ Bisexual ○ Otro ● No deseo responder

País de nacimiento	Colombia	Departamento de nacimiento	Cesar	Municipio de nacimiento	Codazzi

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ○ Afrocolombiano ○ Comunidad Negra ○ Palenquero ○ Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia ● Indígena ○ Rrom/Gitano ○ No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores — ¿Se autoreconoce como campesino (a)? SI ○ NO ●

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:	Territorio.		Consejo.
	Comunidad.		
Si el Beneficiario se autoreconoce con Indigena Indique:	Pueblo.	Yukpa	Resguardo. Iroka
	Comunidad.	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo ● SI ○ NO
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano indique la Kumpania a la que pertenece.			Tipo de beneficiario: ○ Persona lactante ○ Persona Gestante ● Niños, niñas y adolescentes y adulto
Nivel de escolaridad: 1ra Infancia	Ocupación	Estudiante	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: Desabawi

Si es afiliado indique tipo de afiliación: ○ Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Regimen subsidiado ● Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ○ SI ● NO — Si el beneficiario 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?.	
SI ○ NO ○	○ EPS ○ IPS Resolución 1239 - 2022 ○ No Def. ○ Administradoras del régimen especial de Excep ○ Instituto Nacional de Medicina Legal INML.CF	○ SI ○ NO	○ El beneficiario requiere la ayuda de otra persona. ○ 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?	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 ☐

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

INFORMACIÓN INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR

BENEFICIARIO (se repite por cada integrante de la familia)

Primer Nombre	Santiago	Segundo Nombre	Jose.
Primer Apellido	Santa	Segundo Apellido	Franco.

Parentesco con respecto al Jefe de Grupo Familiar: ○ Conyuge/Compañero(a) ● Hijo(a) ○ Tio(a) ○ Yerno/Nuera ○ Padre/Madre ○ Hermano(a) ○ Sobrino(a) ○ Cuñado(a) ○ Amigo(a) ○ Padastro/Madrastra ○ Nieto(a) ○ Primo(a) ○ Padrino/Madrina ○ Hijastro(a) ○ Abuelo(a) ○ Suegro(a) ○ Pariente

Tipo Documento	RC ● TI ○ CC ○ PEP ○ PPT ○ PA ○ CE ○ TMF ○ SD ○ Partida /Acta Nac ○	Número de Identificación	1065684008
		Correo electrónico	

Número de Celular		Sexo	● H ○ M ○ Intersex
Fecha de Nacimiento	14062024		

¿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 mas años)
○ Femenino ○ Masculino ○ Trans ○ Otro ● No deseo responder	○ Homosexual (Lesbiana - Gay) ○ Heterosexual ○ Bisexual ○ Otro ● No deseo responder

País de nacimiento	Colombia	Departamento de nacimiento	Cesar	Municipio de nacimiento	Codazzi

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ○ Afrocolombiano ○ Comunidad Negra ○ Palenquero ○ Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia ● Indígena ○ Rrom/Gitano ○ No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores

¿Se autoreconoce como campesino (a)? SI ○ NO ●

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:	Territorio.		Consejo.		
	Comunidad.				
Si el Beneficiario se autoreconoce con Indigena Indique.	Pueblo.	Yukpa	Resguardo.	Iroka	
	Comunidad.	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo	● SI	○ NO
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano indique la Kumpania a la que pertenece.			Tipo de beneficiario	○ Persona lactante ○ Persona Gestante ● Niños, niñas y adolescentes y adulto	
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: DUSAKAWI

Si es afiliado indique tipo de afiliación: ○ Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Régimen subsidiado ● Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ○ SI ● NO — Si el beneficiario 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

- ○ El beneficiario requiere la ayuda de otra persona.
- ○ 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?	Frecuencia Intensidad del apoyo	Tipo de apoyo	¿La persona tiene una condición de discapacidadad?	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 ☐

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO FICHA DE CARACTERIZACIÓN SOCIO FAMILIAR	F7.MO30.PP	29/08/2024
		Versión 1	Pagina 2 de 2

INFORMACIÓN INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR

BENEFICIARIO (se repite por cada integrante de la familia)

Primer Nombre	Bella.	Segundo Nombre	
Primer Apellido	Franco	Segundo Apellido	Peñalozo.

Parentesco con respecto al Jefe de Grupo Familiar: ○ Conyuge/Compañero(a) ○ Padre/Madre ○ Padastro/Madrastra ○ Hijastro(a) ● Hijo(a) ○ Hermano(a) ○ Nieto(a) ○ Abuelo(a) ○ Tio(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 ○ TMF ○ SD ○ Partida /Acta Nac ○	Número de Identificación	1067735544
		Correo electrónico	

Número de Celular		Sexo ○H ●M ○Intersex	Fecha de Nacimiento 29 04 2020

¿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 mas años)
○ Femenino ○ Masculino ○ Trans ○ Otro ● No deseo responder	○ Homosexual (Lesbiana - Gay) ○ Heterosexual ○ Bisexual ○ Otro ● No deseo responder

País de nacimiento	Colombia	Departamento de nacimiento	Cesar	Municipio de nacimiento	Codazzi

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ○ Afrocolombiano ○ Comunidad Negra ○ Palenquero ○ Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia ● Indígena ○ Rrom/Gitano ○ No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores

¿Se autoreconoce como campesino (a)? SI ○ NO ●

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:	Territorio.		Consejo.
	Comunidad.		
Si el Beneficiario se autoreconoce con Indigena Indique.	Pueblo.	Yukpa	Resguardo. Iroka
	Comunidad.	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo ● SI ○ NO
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano indique la Kumpania a la que pertenece.			Tipo de beneficiario: ○ Persona lactante ○ Persona Gestante ● Niños, niñas y adolescentes y adulto
Nivel de escolaridad	1ra Infancia	Ocupación	Estudiante — 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: Dusakawi

Si es afiliado indique tipo de afiliación: ○ Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Régimen subsidiado ● Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ○ SI ● NO — Si el beneficiario 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

- ○ El beneficiario requiere la ayuda de otra persona.
- ○ 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?	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 ☐

INFORMACIÓN INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR

BENEFICIARIO (se repite por cada integrante de la familia)

Primer Nombre	Sebastian.	Segundo Nombre	
Primer Apellido	Santa	Segundo Apellido	Franco

Parentesco con respecto al Jefe de Grupo Familiar: ○ Conyuge/Compañero(a) ○ Padre/Madre ○ Padastro/Madrastra ○ Hijastro(a) ● Hijo(a) ○ Hermano(a) ○ Nieto(a) ○ Abuelo(a) ○ Tio(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 ○ TMF ○ SD ○ Partida /Acta Nac ○	Número de Identificación	1065669979.
		Correo electrónico	
Número de Celular		Sexo ● H ○ M ○ Intersex	Fecha de Nacimiento 07/12/2018

¿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 mas años)
○ Femenino ○ Masculino ○ Trans ○ Otro ● No deseo responder	○ Homosexual (Lesbiana - Gay) ○ Heterosexual ○ Bisexual ○ Otro ● No deseo responder

País de nacimiento	Colombia	Departamento de nacimiento	Cesar	Municipio de nacimiento	Codazzi

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ○ Afrocolombiano ○ Comunidad Negra ○ Palenquero ○ Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia ● Indígena ○ Rrom/Gitano ○ No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores

¿Se autoreconoce como campesino (a)? SI ○ NO ●

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:	Territorio.		Consejo.
	Comunidad.		
Si el Beneficiario se autoreconoce con Indigena Indique.	Pueblo.	Yukpa	Resguardo. Iroka
	Comunidad.	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo ● SI ○ NO
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano indique la Kumpania a la que pertenece.			Tipo de beneficiario: ○ Persona lactante ○ Persona Gestante ● Niños, niñas y adolescentes y adulto
Nivel de escolaridad	1° Primaria	Ocupación	Estudiante.
			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: Dusakawi

Si es afiliado indique tipo de afiliación: ○ Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Régimen subsidiado ● Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ○ SI ● NO — Si el beneficiario 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

- ○ El beneficiario requiere la ayuda de otra persona.
- ○ 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?	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. ○ Fisica. ○ Sordoceguera. ○ Psicosocial (Mental). ○ Múltiple. ○ Intelectual. ○ Visual.	Global. ☐ Movilidad. ☐ Relaciones. ☐ Cognición. ☐ Cuidado Personal. ☐ Actividades Cotidianas ☐ Participación ☐

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO FICHA DE CARACTERIZACIÓN SOCIO FAMILIAR	F7.MO30.PP	29/08/2024
		Versión 1	Pagina 1 de 2

Por favor diligencie completamente el presente formulario para garantizar un óptimo análisis de la información.

Fecha de Diligenciamiento: 06 09 2024

Modalidad de Atención: FAMILIA Y Comunidad. **Nombre del Servicio:** Tejiendo interculturalidad.

INFORMACIÓN ENTIDAD CONTRATISTA

A continuación se debe diligenciar la información de la Entidad Contratista

REGIONAL: Cesar

Nombre Entidad Contratista	Resguardo Indígena Iroka		
Tipo Documento Entidad Contratista	(●) NIT ( ) RUT	Número de Identificación de la Entidad Contratista	8 2 4 0 0 2 0 1 0 - 2
Número de Contrato	20005122024		
Primer Nombre Prof. Acompañamiento Familiar	Johana	Primer Apellido Prof. Acompañamiento Familiar	Valencia
Tipo Doc. Prof. Acompañamiento Familiar	(●) CC ( ) CE ( ) PA ( ) PPT	Número de Identificación Prof. Acompañamiento Familiar	1 0 6 7 7 1 0 2 5 9

INFORMACIÓN UBICACIÓN DE LA VIVIENDA FAMILIAR

Tipo de Vivienda: ( ) Casa ( ) Habitación o Cuarto ( ) Albergue (Vivienda Temporal) ( ) Apartamento (●) Vivienda Indígena ( ) Palafito ( ) Inquilinato ( ) Casa lote

País	Colombia	Departamento	Cesar	Municipio	Agustín Codazzi
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	Tekwimo	Dirección	Tekwimo

Número de Teléfono:

Tenencia de la Vivienda: ( ) Propia ( ) En Arriendo ( ) Familiar ( ) Albergue ( ) Lugar de trabajo ( ) Pasada (Vivienda otra persona sin pagar) (●) Asentamiento- Invasión ( ) Paga Diario

Tiene acceso a Servicios basicos: ( ) Agua ( ) Alcantarillado ( ) Energía Eléctrica ( ) Gas Natural ( ) Internet ( ) Recolección de basuras ( ) Telefonía fija ( ) Telefonía móvil (●) 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	Julio	Segundo Nombre	
Primer Apellido	Franco	Segundo Apellido	Peñaloza
Tipo Documento RC ( ) TI ( ) CC (●) PA ( ) CE ( ) PEP ( ) TMF ( ) PPT ( ) Partida/Acta Nac ( )		Número de documento	1133485456
Correo electrónico		Número de Celular	
Fecha de Vinculación a la modalidad	30 08 2024	Sexo: (●) H ( ) M ( ) Intersex	Fecha de Nacimiento: 12 07 1997

¿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.	Colombia	Departamento de nacimiento.	Cesar	Municipio de nacimiento.	Codazzi

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ( ) Afrocolombiano ( ) Comunidad Negra ( ) Palenquero ( ) Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia (●) Indígena ( ) Rrom/Gitano ( ) No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores

¿Se autoreconoce como campesino (a)? ( ) SI (●) NO

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:	Territorio.		Consejo.	
	Comunidad.			
Si el Beneficiario se autoreconoce con Indigena Indique:	Pueblo	Yukpa	Resguardo.	Iroka
	Comunidad	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo	(●) SI ( ) NO
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano Indique la Kumpania a la que pertenece.			Tipo de beneficiario	( ) Persona lactante ( ) Persona Gestante (●) Niños, niñas y adolescentes y adulto
Nivel de escolaridad	Ninguno	Ocupación	Agricultor	Actualmente asiste a establecimiento educativo	( ) SI (●) NO

En el sistema de Seguridad Social en Salud (SGSSS) es: (●) Afiliado Régimen Subsidiado. ( ) Afiliado Régimen Contributivo. ( ) Afiliado Regimen Especial. ( ) No Afiliado(a).

Si es Afiliado indique la EPS: Dusakawi

Si es afiliado indique tipo de afiliación: ( ) Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Régimen subsidiado (●) Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ( ) SI (●) NO — Si el beneficiario 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 ( )

( ) El beneficiario requiere la ayuda de otra persona.
( ) 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?	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 Aumentativoso alternativos SAAC	( ) Auditiva. ( ) Física. ( ) Sordoceguera. ( ) Múltiple. ( ) Intelectual. ( ) Visual. ( ) Psicosocial (Mental).	Global. Movilidad. Relaciones. Cognición. Cuidado Personal. Actividades Cotidianas. Participación.

INFORMACIÓN INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR

BENEFICIARIO (se repite por cada integrante de la familia)

Primer Nombre	Liliana	Segundo Nombre	
Primer Apellido	Peret	Segundo Apellido	Blanco

Parentesco con respecto al Jefe de Grupo Familiar: (●) Conyuge/Compañero(a) ( ) Padre/Madre ( ) Padastro/Madrastra ( ) Hijastro(a) ( ) Hijo(a) ( ) Hermano(a) ( ) Nieto(a) ( ) Abuelo(a) ( ) Tio(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 ( ) TMF ( ) SD ( ) Partida /Acta Nac ( )	Número de Identificación	1133485396
		Correo electrónico	
Número de Celular		Sexo	( ) H (●) M ( ) Intersex
Fecha de Nacimiento	24/01/1995		

¿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	Colombia	Departamento de nacimiento	Cesar	Municipio de nacimiento	Codazzi

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ( ) Afrocolombiano ( ) Comunidad Negra ( ) Palenquero ( ) Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia (●) Indígena ( ) Rrom/Gitano ( ) No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores

¿Se autoreconoce como campesino (a)? SI ( ) NO (●)

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:	Territorio.		Consejo.	
	Comunidad.			
Si el Beneficiario se autoreconoce con Indigena Indique:	Pueblo.	Yukpa	Resguardo.	Iroka
	Comunidad.	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo	(●) SI ( ) NO
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano indique la Kumpania a la que pertenece.			Tipo de beneficiario	( ) Persona lactante ( ) Persona Gestante (●) Niños, niñas y adolescentes y adulto
Nivel de escolaridad	Primaria	Ocupación	Ama de casa	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: Dusakawi

Si es afiliado indique tipo de afiliación: ( ) Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Régimen subsidiado (●) Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ( ) SI (●) NO — Si el beneficiario 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 ( )

- ( ) El beneficiario requiere la ayuda de otra persona.
- ( ) 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? SI ( ) NO ( )

Frecuencia Intensidad del apoyo: ( ) Intermitente. ( ) Limitado. ( ) Extenso. ( ) Generalizado.

Tipo de apoyo: ( ) De la misma PcD. ( ) De otras personas. ( ) Sistemas de comunicación Aumentativos o Alternativos SAAC

¿La persona tiene una condición de discapacidadad? ( ) Auditiva. ( ) Física. ( ) Sordoceguera. ( ) Psicosocial (Mental). ( ) Múltiple. ( ) Intelectual. ( ) Visual.

NIVEL DE DIFICULTAD DE DESEMPEÑO %

Global.	Movilidad.	Relaciones.	Cognición.

Cuidado Personal.	Actividades Cotidianas	Participación

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

INFORMACIÓN INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR

BENEFICIARIO (se repite por cada integrante de la familia)

Primer Nombre	Camilo	Segundo Nombre	
Primer Apellido	Rodriguez	Segundo Apellido	Perez

Parentesco con respecto al Jefe de Grupo Familiar: ○ Conyuge/Compañero(a) ● Hijo(a) ○ Tio(a) ○ Yerno/Nuera ○ Padre/Madre ○ Hermano(a) ○ Sobrino(a) ○ Cuñado(a) ○ Amigo(a) ○ Padastro/Madrastra ○ Nieto(a) ○ Primo(a) ○ Padrino/Madrina ○ Hijastro(a) ○ Abuelo(a) ○ Suegro(a) ○ Pariente

Tipo Documento	RC ○ TI ● CC ○ PEP ○ PPT ○ PA ○ CE ○ TMF ○ SD ○ Partida /Acta Nac ○	Número de Identificación	1148202029
		Correo electrónico	
Número de Celular		Sexo ● H ○ M ○ Intersex	Fecha de Nacimiento 30/03/2010

¿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 mas años): ○ Homosexual (Lesbiana - Gay) ○ Heterosexual ○ Bisexual ○ Otro ○ No deseo responder

País de nacimiento	Colombia	Departamento de nacimiento	Cesar	Municipio de nacimiento	Codazzi

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ○ Afrocolombiano ○ Comunidad Negra ○ Palenquero ○ Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia ● Indígena ○ Rrom/Gitano ○ No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores

¿Se autoreconoce como campesino (a)? ○ SI ● NO

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:	Territorio.		Consejo.		
	Comunidad.				
Si el Beneficiario se autoreconoce con Indigena Indique.	Pueblo.	Yukpa	Resguardo.	Iroka	
	Comunidad	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo	● SI	○ NO
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano indique la Kumpania a la que pertenece.			Tipo de beneficiario	○ Persona lactante ○ Persona Gestante ● Niños, niñas y adolescentes y adulto	
Nivel de escolaridad	Bachillerato	Ocupación	estudiante	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: Dusakawi

Si es afiliado indique tipo de afiliación: ○ Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Régimen subsidiado ● Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ○ SI ● NO — Si el beneficiario 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

- ○ El beneficiario requiere la ayuda de otra persona.
- ○ 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? ○ SI ○ NO

Frecuencia Intensidad del apoyo: ○ Intermitente. ○ Limitado. ○ Extenso. ○ Generalizado.

Tipo de apoyo: ○ De la misma PcD. ○ De otras personas. ○ Sistemas de comunicación Aumentativos o Alternativos SAAC

¿La persona tiene una condición de discapacidad? ○ Auditiva. ○ Múltiple. ○ Física. ○ Intelectual. ○ Sordoceguera. ○ Visual. ○ Psicosocial (Mental).

NIVEL DE DIFICULTAD DE DESEMPEÑO %

Global.	Movilidad.	Relaciones.	Cognición.

Cuidado Personal.	Actividades Cotidianas	Participación

INFORMACIÓN INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR

BENEFICIARIO (se repite por cada integrante de la familia)

Primer Nombre	Maria	Segundo Nombre	Cristina
Primer Apellido	Franco	Segundo Apellido	Perez

Parentesco con respecto al Jefe de Grupo Familiar: ○ Conyuge/Compañero(a) ● Hijo(a) ○ Tio(a) ○ Yerno/Nuera ○ Padre/Madre ○ Hermano(a) ○ Sobrino(a) ○ Cuñado(a) ○ Amigo(a) ○ Padastro/Madrastra ○ Nieto(a) ○ Primo(a) ○ Padrino/Madrina ○ Hijastro(a) ○ Abuelo(a) ○ Suegro(a) ○ Pariente

Tipo Documento	RC ● TI ○ CC ○ PEP ○ PPT ○ PA ○ CE ○ TMF ○ SD ○ Partida /Acta Nac ○	Número de Identificación	1151482184
		Correo electrónico	
Número de Celular		Sexo ○H ●M ○Intersex	Fecha de Nacimiento 14 09 2020

¿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	Colombia	Departamento de nacimiento	Cesar	Municipio de nacimiento	Codazzi

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ○ Afrocolombiano ○ Comunidad Negra ○ Palenquero ○ Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia ● Indígena ○ Rrom/Gitano ○ No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores

¿Se autoreconoce como campesino (a)? SI ○ NO ●

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:	Territorio.		Consejo.
	Comunidad.		
Si el Beneficiario se autoreconoce con Indigena Indique:	Pueblo.	Yukpa	Resguardo. Iroka
	Comunidad	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo ● SI ○ NO
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano indique la Kumpania a la que pertenece.			Tipo de beneficiario: ○ Persona lactante ○ Persona Gestante ● Niños, niñas y adolescentes y adulto
Nivel de escolaridad	Primero infancia	Ocupación	Estudiante — 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: Dwakawi

Si es afiliado indique tipo de afiliación: ○ Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Regimen subsidiado ● Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ○ SI ● NO — Si el beneficiario 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?.	
SI ○ NO ○	○ EPS ○ IPS Resolución 1239 - 2022 ○ No Def. ○ Administradoras del régimen especial de Excep ○ Instituto Nacional de Medicina Legal INMLCF	○ SI ○ NO	○ El beneficiario requiere la ayuda de otra persona. ○ El beneficiario requiere ayuda técnica/Producto de apoyo. ○ El beneficiario cuenta con la ayuda tecnica/Producto de apoyo. ○ El beneficiario requiere terapia y/o rehabilitación. ○ El beneficiario 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 ☐

INFORMACIÓN INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR

BENEFICIARIO (se repite por cada integrante de la familia)

Primer Nombre	Luz	Segundo Nombre	Angelica
Primer Apellido	Franco	Segundo Apellido	Peret.

Parentesco con respecto al Jefe de Grupo Familiar: ○ Conyuge/Compañero(a) ○ Padre/Madre ○ Padastro/Madrastra ○ Hijastro(a) ● Hijo(a) ○ Hermano(a) ○ Nieto(a) ○ Abuelo(a) ○ Tio(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 ○ TMF ○ SD ○ Partida /Acta Nac ○	Número de Identificación	1067737155
		Correo electrónico	
Número de Celular		Sexo ○H ●M ○Intersex	Fecha de Nacimiento 24052023

¿Desea responder preguntas sobre su genero 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 mas años): ○ Homosexual (Lesbiana - Gay) ○ Heterosexual ○ Bisexual ○ Otro ○ No deseo responder

País de nacimiento	Colombia	Departamento de nacimiento	Cesar	Municipio de nacimiento	Codazzi

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ○ Afrocolombiano ○ Comunidad Negra ○ Palenquero ○ Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia ● Indígena ○ Rrom/Gitano ○ No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores

¿Se autoreconoce como campesino (a)? ○ SI ● NO

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:	Territorio.		Consejo.
	Comunidad.		
Si el Beneficiario se autoreconoce con Indigena Indique:	Pueblo.	Yukpa	Resguardo. Iroka
	Comunidad	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo ● SI ○ NO
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano indique la Kumpania a la que pertenece.			Tipo de beneficiario: ○ Persona lactante ○ Persona Gestante ● Niños, niñas y adolescentes y adulto
Nivel de escolaridad	Primera infancia	Ocupación	estudiante — 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: Dusakawi

Si es afiliado indique tipo de afiliacion: ○ Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Regimen subsidiado ● Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ○ SI ● NO — Si el beneficiario 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

- ○ El beneficiario requiere la ayuda de otra persona.
- ○ 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? ○ SI ○ NO

Frecuencia Intensidad del apoyo: ○ Intermitente. ○ Limitado. ○ Extenso. ○ Generalizado.

Tipo de apoyo: ○ De la misma PcD. ○ De otras personas. ○ Sistemas de comunicación Aumentativos o Alternativos SAAC

¿La persona tiene una condición de discapacidad?: ○ Auditiva. ○ Fisica. ○ Sordoceguera. ○ Psicosocial (Mental). ○ Múltiple. ○ Intelectual. ○ Visual.

NIVEL DE DIFICULTAD DE DESEMPEÑO %: Global. Movilidad. Relaciones. Cognición. Cuidado Personal. Actividades Cotidianas Participación

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: ○ Conyuge/Compañero(a) ○ Hijo(a) ○ Tio(a) ○ Yerno/Nuera ○ Padre/Madre ○ Hermano(a) ○ Sobrino(a) ○ Cuñado(a) ○ Amigo(a) ○ Padastro/Madrastra ○ Nieto(a) ○ Primo(a) ○ Padrino/Madrina ○ Hijastro(a) ○ Abuelo(a) ○ Suegro(a) ○ Pariente

Tipo Documento	RC ○ TI ○ CC ○ PEP ○ PPT ○ PA ○ CE ○ TMF ○ SD ○ Partida /Acta Nac ○	Número de Identificación	
		Correo electrónico	
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		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	Colombia	Departamento de nacimiento	Cesar	Municipio de nacimiento	

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ○ Afrocolombiano ○ Comunidad Negra ○ Palenquero ○ Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia ● Indígena ○ Rrom/Gitano ○ No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores

¿Se autoreconoce como campesino (a)? SI ○ NO ●

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:	Territorio.		Consejo.
	Comunidad.		
Si el Beneficiario se autoreconoce con Indígena Indique:	Pueblo.	Yukpa	Resguardo. Iroka
	Comunidad	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo ● SI ○ NO
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano indique la Kumpania a la que pertenece.			Tipo de beneficiario: ○ Persona lactante ○ Persona Gestante ○ Niños, niñas y adolescentes y adulto
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 Regimen subsidiado ○ Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ○ SI ○ NO

Si el beneficiario 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 ○	○ El beneficiario requiere la ayuda de otra persona. ○ El beneficiario requiere ayuda técnica/Producto de apoyo. ○ El beneficiario cuenta con la ayuda tecnica/Producto de apoyo. ○ El beneficiario requiere terapia y/o rehabilitación. ○ El beneficiario recibe atención en terapia y/o rehabilitación.

¿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 o Alternativos SAAC	¿La persona tiene una condición de discapacidad? ○ Auditiva. ○ Múltiple. ○ Física. ○ Intelectual. ○ Sordoceguera. ○ Visual. ○ Psicosocial (Mental).	NIVEL DE DIFICULTAD DE DESEMPEÑO %: Global. Movilidad. Relaciones. Cognición. Cuidado Personal. Actividades Cotidianas. Participación.

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

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO FICHA DE CARACTERIZACIÓN SOCIO FAMILIAR	F7.MO30.PP	29/08/2024
		Versión 1	Pagina 1 de 2

Por favor diligencie completamente el presente formulario para garantizar un óptimo análisis de la información.

Fecha de Diligenciamiento: 06/09/2024

Modalidad de Atención: Familias y Comunidades. **Nombre del Servicio:** TEJIENDO INTERCULTURALIDAD.

INFORMACIÓN ENTIDAD CONTRATISTA

A continuación se debe diligenciar la información de la Entidad Contratista

REGIONAL: Cesar

Nombre Entidad Contratista	Resguardo Indígena Iroka		
Tipo Documento Entidad Contratista	(●) NIT ( ) RUT	Número de Identificación de la Entidad Contratista	8240020102-—
Número de Contrato	20005122024		
Primer Nombre Prof. Acompañamiento Familiar	Aura	Primer Apellido Prof. Acompañamiento Familiar	Olmedo
Tipo Doc. Prof. Acompañamiento Familiar	(✓) CC ( ) CE ( ) PA ( ) PPT	Número de identificación Prof. Acompañamiento Familiar	49691418

INFORMACIÓN UBICACIÓN DE LA VIVIENDA FAMILIAR

Tipo de Vivienda: ( ) Casa ( ) Habitación o Cuarto ( ) Albergue (Vivienda Temporal) ( ) Apartamento (●) Vivienda Indígena ( ) Palafito ( ) Inquilinato ( ) Casa lote

País	Colombia	Departamento	Cesar	Municipio	Agustín Codazzi
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	ONCE	Dirección	ONCE

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 basicos: ( ) Agua ( ) Alcantarillado ( ) Energía Eléctrica ( ) Gas Natural ( ) Internet ( ) Recolección de basuras ( ) Telefonía fija ( ) Telefonía móvil (✓) 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	Hector	Segundo Nombre	
Primer Apellido	Peñaloza	Segundo Apellido	Blanco

Tipo Documento: RC ( ) TI ( ) CC (●) PA ( ) CE ( ) PEP ( ) TMF ( ) PPT ( ) Partida/Acta Nac ( ) — Número de documento: 1133485431

Correo electrónico: — Número de Celular:

Fecha de Vinculación a la modalidad: 30/08/2024 — Sexo: (●) H ( ) M ( ) Intersex — Fecha de Nacimiento: 02/05/1980

¿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.	Colombia	Departamento de nacimiento.	Cesar	Municipio de nacimiento.	Codazzi

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ( ) Afrocolombiano ( ) Comunidad Negra ( ) Palenquero ( ) Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia (●) Indígena ( ) Rrom/Gitano ( ) No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores

¿Se autoreconoce como campesino (a)? SI ( ) NO (●)

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:	Territorio.		Consejo.	
	Comunidad.			
Si el Beneficiario se autoreconoce con Indigena Indique:	Pueblo	Yukpa	Resguardo.	Iroka
	Comunidad	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo	(●) SI ( ) NO
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano Indique la Kumpania a la que pertenece.			Tipo de beneficiario	( ) Persona lactante ( ) Persona Gestante (●) Niños, niñas y adolescentes y adulto
Nivel de escolaridad	3°	Ocupación	Campo	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: Dusakawi

Si es afiliado indique tipo de afiliación: ( ) Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Régimen subsidiado (●) Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ( ) SI (●) NO — Si el beneficiario 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 ( )

( ) El beneficiario requiere la ayuda de otra persona.
( ) 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? SI ( ) NO ( )

Frecuencia Intensidad del apoyo: ( ) Intermitente. ( ) Limitado. ( ) Extenso. ( ) Generalizado.

Tipo de apoyo: ( ) De la misma PcD. ( ) De otras personas. ( ) Sistemas de comunicación Aumentativoso alternativos SAAC

¿La persona tiene una condición de discapacidadad? ( ) Auditiva. ( ) Física. ( ) Sordoceguera. ( ) Múltiple. ( ) Intelectual. ( ) Visual. ( ) Psicosocial (Mental).

NIVEL DE DIFICULTAD DE DESEMPEÑO %

Global.	Movilidad.	Relaciones.	Cognición.

Cuidado Personal.	Actividades Cotidianas	Participación

INFORMACIÓN INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR

BENEFICIARIO (se repite por cada integrante de la familia)

Primer Nombre	Gloria	Segundo Nombre	
Primer Apellido	Penaloza	Segundo Apellido	Franco

Parentesco con respecto al Jefe de Grupo Familiar: (●) Conyuge/Compañero(a) ○ Padre/Madre ○ Padastro/Madrastra ○ Hijastro(a) ○ Hijo(a) ○ Hermano(a) ○ Nieto(a) ○ Abuelo(a) ○ Tio(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 ○ TMF ○ SD ○ Partida /Acta Nac ○	Número de Identificación	1133485399
		Correo electrónico	
Número de Celular		Sexo ○H ○M ○Intersex	Fecha de Nacimiento 10/04/1988

¿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 mas años)
○ Femenino ○ Masculino ○ Trans ○ Otro ○ No deseo responder	○ Homosexual (Lesbiana - Gay) ○ Heterosexual ○ Bisexual ○ Otro ○ No deseo responder

País de nacimiento	Colombia	Departamento de nacimiento	Cesar	Municipio de nacimiento	Codazzi

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ○ Afrocolombiano ○ Comunidad Negra ○ Palenquero ○ Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia ● Indígena ○ Rrom/Gitano ○ No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores

¿Se autoreconoce como campesino (a)? SI ○ NO ●

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:	Territorio.		Consejo.		
	Comunidad.				
Si el Beneficiario se autoreconoce con Indigena Indique:	Pueblo.	Yukpa	Resguardo.	Iroka	
	Comunidad.	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo	● SI ○ NO	
SI el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano indique la Kumpania a la que pertenece.			Tipo de beneficiario	○ Persona lactante ○ Persona Gestante ● Niños, niñas y adolescentes y adulto	
Nivel de escolaridad	Ninguna	Ocupación	Hogar	Actualmente asiste a establecimiento educativo	○ SI ● NO

En el sistema de Seguridad Social en Salud (SGSSS) es: ● Afiliado Régimen Subsidiado. ○ Afiliado Régimen Especial. ○ Afiliado Régimen Contributivo. ○ No Afiliado(a).

Si es Afiliado indique la EPS: Dusakawi

Si es afiliado indique tipo de afiliación: ○ Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Régimen subsidiado ● Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ○ SI ● NO — Si el beneficiario 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

- ○ El beneficiario requiere la ayuda de otra persona.
- ○ 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?	Frecuencia Intensidad del apoyo	Tipo de apoyo	¿La persona tiene una condición de discapacidadad?	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 ☐

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

INFORMACIÓN INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR

BENEFICIARIO (se repite por cada integrante de la familia)

Primer Nombre	Hector	Segundo Nombre	Jose
Primer Apellido	Peñaloza	Segundo Apellido	Peñaloza

Parentesco con respecto al Jefe de Grupo Familiar: ○ Conyuge/Compañero(a) ● Hijo(a) ○ Tio(a) ○ Yerno/Nuera ○ Padre/Madre ○ Hermano(a) ○ Sobrino(a) ○ Cuñado(a) ○ Amigo(a) ○ Padastro/Madrastra ○ Nieto(a) ○ Primo(a) ○ Padrino/Madrina ○ Hijastro(a) ○ Abuelo(a) ○ Suegro(a) ○ Pariente

Tipo Documento: RC ○ TI ● CC ○ PEP ○ PPT ○ PA ○ CE ○ TMF ○ SD ○ Partida /Acta Nac ○

Número de Identificación: 1148705336

Correo electrónico:

Número de Celular:

Sexo ● H ○ M ○ Intersex | Fecha de Nacimiento: 29/12/2013

¿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

Genero: ○ Femenino ○ Masculino ○ Trans ○ Otro ○ No deseo responder

Orientación sexual (con edad de 14 o mas años): ○ Homosexual (Lesbiana - Gay) ○ Heterosexual ○ Bisexual ○ Otro ○ No deseo responder

País de nacimiento	Colombia	Departamento de nacimiento	Cesar	Municipio de nacimiento	Codazzi

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ○ Afrocolombiano ○ Comunidad Negra ○ Palenquero ○ Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia ● Indigena ○ Rrom/Gitano ○ No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores

¿Se autoreconoce como campesino (a)? SI ○ NO ●

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:	Territorio.		Consejo.	
	Comunidad.			
Si el Beneficiario se autoreconoce con Indigena Indique:	Pueblo.	Yukpa	Resguardo.	Iroka
	Comunidad	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo	● SI ○ NO
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano indique la Kumpania a la que pertenece.			Tipo de beneficiario	○ Persona lactante ○ Persona Gestante ● Niños, niñas y adolescentes y adulto
Nivel de escolaridad	5º	Ocupación	Estudiante	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: Dusakawi

Si es afiliado indique tipo de afiliación: ○ Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Régimen subsidiado ● Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ○ SI ● NO

Si el beneficiario no presenta discapacidad, no se deben diligenciar las siguientes preguntas

¿La discapacidad esta 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 INML.CF

¿Está inscrito en el registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad?: ○ SI ○ NO

- ○ El beneficiario requiere la ayuda de otra persona.
- ○ 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? ○ SI ○ NO

Frecuencia Intensidad del apoyo: ○ Intermitente. ○ Limitado. ○ Extenso. ○ Generalizado.

Tipo de apoyo: ○ De la misma PcD. ○ De otras personas. ○ Sistemas de comunicación Aumentativos o 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

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO FICHA DE CARACTERIZACIÓN SOCIO FAMILIAR	F7.MO30.PP	29/08/2024
		Versión 1	Pagina 2 de 2

INFORMACIÓN INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR

BENEFICIARIO (se repite por cada integrante de la familia)

Primer Nombre	Yarselis	Segundo Nombre	
Primer Apellido	Peñaloza	Segundo Apellido	Peñaloza

Parentesco con respecto al Jefe de Grupo Familiar: ○ Conyuge/Compañero(a) ● Hijo(a) ○ Tio(a) ○ Yerno/Nuera ○ Padre/Madre ○ Hermano(a) ○ Sobrino(a) ○ Cuñado(a) ○ Amigo(a) ○ Padastro/Madrastra ○ Nieto(a) ○ Primo(a) ○ Padrino/Madrina ○ Hijastro(a) ○ Abuelo(a) ○ Suegro(a) ○ Pariente

Tipo Documento	RC ○ TI ● CC ○ PEP ○ PPT ○ PA ○ CE ○ TMF ○ SD ○ Partida /Acta Nac ○	Número de Identificación	1148705332
		Correo electrónico	
Número de Celular		Sexo	○H ●M ○Intersex
Fecha de Nacimiento	24/8/2015		

¿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	Colombia	Departamento de nacimiento	Cesar	Municipio de nacimiento	Codazzi

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ○ Afrocolombiano ○ Comunidad Negra ○ Palenquero ○ Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia ● Indígena ○ Rrom/Gitano ○ No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores

¿Se autoreconoce como campesino (a)? SI ○ NO ●

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:	Territorio.		Consejo.
	Comunidad.		
Si el Beneficiario se autoreconoce con Indigena Indique.	Pueblo.	Yukpa	Resguardo. Iroka
	Comunidad	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo ● SI ○ NO
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano indique la Kumpania a la que pertenece.			Tipo de Beneficiario: ○ Persona lactante ○ Persona Gestante ● Niños, niñas y adolescentes y adulto
Nivel de escolaridad	3b	Ocupación	Estudiante
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: DUSAKAWI

Si es afiliado indique tipo de afiliación: ○ Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Regimen subsidiado ● Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ○ SI ● NO

Si el beneficiario 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

- ○ El beneficiario requiere la ayuda de otra persona.
- ○ 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? ○ SI ○ NO

Frecuencia Intensidad del apoyo: ○ Intermitente. ○ Limitado. ○ Extenso. ○ Generalizado.

Tipo de apoyo: ○ De la misma PcD. ○ De otras personas. ○ Sistemas de comunicación Aumentativos o Alternativos SAAC

¿La persona tiene una condición de discapacidad?: ○ Auditiva. ○ Múltiple. ○ Física. ○ Intelectual. ○ Sordoceguera. ○ Visual. ○ Psicosocial (Mental).

NIVEL DE DIFICULTAD DE DESEMPEÑO %

Global.	Movilidad.	Relaciones.	Cognición.

Cuidado Personal.	Actividades Cotidianas	Participación

INFORMACIÓN INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR

BENEFICIARIO (se repite por cada integrante de la familia)

Primer Nombre	Hugues	Segundo Nombre	Alfonso
Primer Apellido	Peñaloza	Segundo Apellido	Peñaloza

Parentesco con respecto al Jefe de Grupo Familiar: ○ Conyuge/Compañero(a) ● Hijo(a) ○ Tio(a) ○ Yerno/Nuera ○ Padre/Madre ○ Hermano(a) ○ Sobrino(a) ○ Cuñado(a) ○ Amigo(a) ○ Padastro/Madrastra ○ Nieto(a) ○ Primo(a) ○ Padrino/Madrina ○ Hijastro(a) ○ Abuelo(a) ○ Suegro(a) ○ Pariente

Tipo Documento	RC ○ TI ● CC ○ PEP ○ PPT ○ PA ○ CE ○ TMF ○ SD ○ Partida /Acta Nac ○	Número de Identificación	1148705334
		Correo electrónico	
Número de Celular		Sexo ●H ○M ○Intersex	Fecha de Nacimiento 11 08 2014
¿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 mas años)	
○ Femenino ○ Masculino ○ Trans ○ Otro ○ No deseo responder		○ Homosexual (Lesbiana - Gay) ○ Heterosexual ○ Bisexual ○ Otro ○ No deseo responder	

País de nacimiento	Colombia	Departamento de nacimiento	Cesar	Municipio de nacimiento	Codazzi

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ○ Afrocolombiano ○ Comunidad Negra ○ Palenquero ○ Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia ● Indígena ○ Rrom/Gitano ○ No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores

¿Se autoreconoce como campesino (a)? SI ○ NO ●

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:	Territorio.		Consejo.
	Comunidad.		
Si el Beneficiario se autoreconoce con Indigena Indique.	Pueblo.	Yukpa	Resguardo. Iroka
	Comunidad.	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo ● SI ○ NO
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano indique la Kumpania a la que pertenece.			Tipo de beneficiario: ○ Persona lactante ○ Persona Gestante ● Niños, niñas y adolescentes y adulto
Nivel de escolaridad	4°	Ocupación	Estudiante
			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: Dusakawi

Si es afiliado indique tipo de afiliación: ○ Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Régimen subsidiado ● Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ○ SI ● NO — Si el beneficiario 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

○ El beneficiario requiere la ayuda de otra persona.
○ 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? ○ SI ○ NO	Frecuencia Intensidad del apoyo: ○ Intermitente. ○ Limitado. ○ Extenso. ○ Generalizado.	Tipo de apoyo: ○ De la misma PcD. ○ De otras personas. ○ Sistemas de comunicación Aumentativos o Alternativos SAAC	¿La persona tiene una condición de discapacidad? ○ Auditiva. ○ Múltiple. ○ Física. ○ Intelectual. ○ Sordoceguera. ○ Visual. ○ Psicosocial (Mental).	NIVEL DE DIFICULTAD DE DESEMPEÑO %: Global. Movilidad. Relaciones. Cognición. Cuidado Personal. Actividades Cotidianas Participación

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO FICHA DE CARACTERIZACIÓN SOCIO FAMILIAR	F7.MO30.PP	29/08/2024
		Versión 1	Pagina 2 de 2

INFORMACIÓN INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR

BENEFICIARIO (se repite por cada integrante de la familia)

Primer Nombre	Diana	Segundo Nombre	Marcela
Primer Apellido	Penaloza	Segundo Apellido	Penaloza

Parentesco con respecto al Jefe de Grupo Familiar: ○ Conyuge/Compañero(a) ● Hijo(a) ○ Tio(a) ○ Yerno/Nuera ○ Padre/Madre ○ Hermano(a) ○ Sobrino(a) ○ Cuñado(a) ○ Amigo(a) ○ Padastro/Madrastra ○ Nieto(a) ○ Primo(a) ○ Padrino/Madrina ○ Hijastro(a) ○ Abuelo(a) ○ Suegro(a) ○ Pariente

Tipo Documento	RC ○ TI ● CC ○ PEP ○ PPT ○ PA ○ CE ○ TMF ○ SD ○ Partida /Acta Nac ○	Número de Identificación	1148201977
		Correo electrónico	

Número de Celular		Sexo ○H ●M ○Intersex	Fecha de Nacimiento 09 12 2008

¿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 mas años)
○ Femenino ○ Masculino ○ Trans ○ Otro ○ No deseo responder	○ Homosexual (Lesbiana - Gay) ○ Heterosexual ○ Bisexual ○ Otro ○ No deseo responder

País de nacimiento	Colombia	Departamento de nacimiento	Cesar	Municipio de nacimiento	Codazzi

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ○ Afrocolombiano ○ Comunidad Negra ○ Palenquero ○ Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia ● Indígena ○ Rrom/Gitano ○ No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores

¿Se autoreconoce como campesino (a)? SI ○ NO ●

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:	Territorio.		Consejo.		
	Comunidad.				
Si el Beneficiario se autoreconoce con Indigena Indique:	Pueblo.	Yukpa	Resguardo.	Iroka	
	Comunidad.	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo	● SI	○ NO
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano indique la Kumpania a la que pertenece.			Tipo de beneficiario	○ Persona lactante ○ Persona Gestante ● Niños, niñas y adolescentes y adulto	
Nivel de escolaridad	9°	Ocupación	Estudiante	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: Dusakawi

Si es afiliado indique tipo de afiliación: ○ Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Régimen subsidiado ● Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ○ SI ● NO — Si el beneficiario 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?.	
SI ○	○ EPS ○ IPS Resolución 1239 - 2022 ○ No Def.	○ SI	○ El beneficiario requiere la ayuda de otra persona.
NO ○	○ Administradoras del régimen especial de Excep ○ Instituto Nacional de Medicina Legal INML CF	○ NO	○ 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?	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 ☐

INFORMACIÓN INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR

BENEFICIARIO (se repite por cada integrante de la familia)

Primer Nombre	Wilfran	Segundo Nombre	
Primer Apellido	Peñaloza	Segundo Apellido	Peñaloza

Parentesco con respecto al Jefe de Grupo Familiar: ○ Conyuge/Compañero(a) ● Hijo(a) ○ Tio(a) ○ Yerno/Nuera ○ Padre/Madre ○ Hermano(a) ○ Sobrino(a) ○ Cuñado(a) ○ Amigo(a) ○ Padastro/Madrastra ○ Nieto(a) ○ Primo(a) ○ Padrino/Madrina ○ Hijastro(a) ○ Abuelo(a) ○ Suegro(a) ○ Pariente

Tipo Documento	RC ○ TI ● CC ○ PEP ○ PPT ○ PA ○ CE ○ TMF ○ SD ○ Partida /Acta Nac ○	Número de Identificación	1067732022
		Correo electrónico	
Número de Celular		Sexo ○H ○M ○Intersex	Fecha de Nacimiento 10 04 2016

¿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	Colombia	Departamento de nacimiento	Cesar	Municipio de nacimiento	Codazzi

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ○ Afrocolombiano ○ Comunidad Negra ○ Palenquero ○ Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia ● Indígena ○ Rrom/Gitano ○ No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores

¿Se autoreconoce como campesino (a)? SI ○ NO ●

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:	Territorio.		Consejo.		
	Comunidad.				
Si el Beneficiario se autoreconoce con Indígena Indique.	Pueblo.	Yukpa	Resguardo.	Iroka	
	Comunidad	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo	● SI	○ NO
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano indique la Kumpania a la que pertenece.			Tipo de beneficiario	○ Persona lactante ○ Persona Gestante ● Niños, niñas y adolescentes y adulto	
Nivel de escolaridad	3°	Ocupación	Estudiante	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: Dusakawi

Si es afiliado indique tipo de afiliación: ○ Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Regimen subsidiado ● Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ○ SI ● NO — Si el beneficiario 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	○ El beneficiario requiere la ayuda de otra persona. ○ 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?	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. ○ Fisica. ○ Intelectual. ○ Sordoceguera. ○ Visual. ○ Psicosocial (Mental).	Global. ☐ Movilidad. ☐ Relaciones. ☐ Cognición. ☐ Cuidado Personal. ☐ Actividades Cotidianas ☐ Participación ☐

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO FICHA DE CARACTERIZACIÓN SOCIO FAMILIAR	F7.MO30.PP	29/08/2024
		Versión 1	Pagina 2 de 2

INFORMACIÓN INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR

BENEFICIARIO (se repite por cada integrante de la familia)

Primer Nombre	Diosemir	Segundo Nombre	Jesus
Primer Apellido	Peñaloza	Segundo Apellido	Peñaloza

Parentesco con respecto al Jefe de Grupo Familiar: ○ Conyuge/Compañero(a) ● Hijo(a) ○ Tio(a) ○ Yerno/Nuera ○ Padre/Madre ○ Hermano(a) ○ Sobrino(a) ○ Cuñado(a) ○ Amigo(a) ○ Padastro/Madrastra ○ Nieto(a) ○ Primo(a) ○ Padrino/Madrina ○ Hijastro(a) ○ Abuelo(a) ○ Suegro(a) ○ Pariente

Tipo Documento	RC ○ TI ● CC ○ PEP ○ PPT ○ PA ○ CE ○ TMF ○ SD ○ Partida /Acta Nac ○	Número de Identificación	1148705330
		Correo electrónico	
Número de Celular		Sexo ● H ○ M ○ Intersex	Fecha de Nacimiento 07/02/12

¿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 mas años): ○ Homosexual (Lesbiana - Gay) ○ Heterosexual ○ Bisexual ○ Otro ○ No deseo responder

País de nacimiento	Colombia	Departamento de nacimiento	Cesar	Municipio de nacimiento	Codazzi

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ○ Afrocolombiano ○ Comunidad Negra ○ Palenquero ○ Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia ● Indigena ○ Rrom/Gitano ○ No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores

¿Se autoreconoce como campesino (a)? SI ○ NO ●

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:	Territorio.		Consejo.		
	Comunidad.				
Si el Beneficiario se autoreconoce con Indigena Indique:	Pueblo.	Yukpa	Resguardo.	Iroka	
	Comunidad	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo	● SI	○ NO
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano indique la Kumpania a la que pertenece.			Tipo de beneficiario	○ Persona lactante ○ Persona Gestante ● Niños, niñas y adolescentes y adulto	
Nivel de escolaridad	6°	Ocupación	Estudiante	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: Dusakawi

Si es afiliado indique tipo de afiliación: ○ Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Régimen subsidiado ● Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ○ SI ● NO — Si el beneficiario no presenta discapacidad, no se deben diligenciar las siguientes preguntas

¿La discapacidad esta 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	○ El beneficiario requiere la ayuda de otra persona. ○ 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?	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 ☐

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO FICHA DE CARACTERIZACIÓN SOCIO FAMILIAR	F7.MO30.PP	29/08/2024
		Versión 1	Pagina 2 de 2

INFORMACIÓN INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR

BENEFICIARIO (se repite por cada integrante de la familia)

Primer Nombre	Alexander	Segundo Nombre	
Primer Apellido	Peñaloza	Segundo Apellido	Peñaloza

Parentesco con respecto al Jefe de Grupo Familiar: ○ Conyuge/Compañero(a) ● Hijo(a) ○ Tio(a) ○ Yerno/Nuera ○ Padre/Madre ○ Hermano(a) ○ Sobrino(a) ○ Cuñado(a) ○ Amigo(a) ○ Padastro/Madrastra ○ Nieto(a) ○ Primo(a) ○ Padrino/Madrina ○ Hijastro(a) ○ Abuelo(a) ○ Suegro(a) ○ Pariente

Tipo Documento: RC ○ TI ○ CC ○ PEP ○ PPT ○ PA ○ CE ○ TMF ○ SD ● Partida /Acta Nac ○

Número de Identificación:

Correo electrónico:

Número de Celular:

Sexo ○H ○M ○Intersex

Fecha de Nacimiento: 29/02/18

¿Desea responder preguntas sobre su genero y orientación sexual? ○ SI ● NO

Si la respuesta a la pregunta anterior es afirmativa realice las siguientes dos preguntas, si no omitalas por favor

Genero: ○ 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

Pais de nacimiento	Colombia	Departamento de nacimiento	Cesar	Municipio de nacimiento	Codazzi

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ○ Afrocolombiano ○ Comunidad Negra ○ Palenquero ○ Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia ● Indigena ○ Rrom/Gitano ○ No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores

¿Se autoreconoce como campesino (a)? SI ○ NO ●

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:	Territorio.		Consejo.	
	Comunidad.			
Si el Beneficiario se autoreconoce con Indigena Indique.	Pueblo.	Yukpa	Resguardo.	Iroka
	Comunidad	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo	● SI ○ NO
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano indique la Kumpania a la que pertenece.			Tipo de beneficiario	○ Persona lactante ○ Persona Gestante ● Niños, niñas y adolescentes y adulto
Nivel de escolaridad	Preescolar	Ocupación	Estudiante	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: Dusakawi

Si es afiliado indique tipo de afiliación: ○ Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Regimen subsidiado ● Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ○ SI ● NO

Si el beneficiario 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
				○ El beneficiario requiere la ayuda de otra persona. ○ 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?	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

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO FICHA DE CARACTERIZACIÓN SOCIO FAMILIAR	F7.MO30.PP	29/08/2024
		Versión 1	Pagina 2 de 2

INFORMACIÓN INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR

BENEFICIARIO (se repite por cada integrante de la familia)

Primer Nombre	Mario	Segundo Nombre	Andres
Primer Apellido	Peñaloza	Segundo Apellido	Peñaloza

Parentesco con respecto al Jefe de Grupo Familiar: ○ Conyuge/Compañero(a) ● Hijo(a) ○ Tio(a) ○ Yerno/Nuera ○ Padre/Madre ○ Hermano(a) ○ Sobrino(a) ○ Cuñado(a) ○ Amigo(a) ○ Padastro/Madrastra ○ Nieto(a) ○ Primo(a) ○ Padrino/Madrina ○ Hijastro(a) ○ Abuelo(a) ○ Suegro(a) ○ Pariente

Tipo Documento	RC ○ TI ● CC ○ PEP ○ PPT ○ PA ○ CE ○ TMF ○ SD ○ Partida /Acta Nac ○	Número de Identificación	1148201979
		Correo electrónico	
Número de Celular		Sexo ●H ○M ○Intersex	Fecha de Nacimiento 09/09/2009

¿Desea responder preguntas sobre su genero y orientación sexual? ○ SI ● NO — Si la respuesta a la pregunta anterior es afirmativa realice las siguientes dos preguntas, si no omitalas por favor

Genero	Orientación sexual (con edad de 14 o mas años)
○ Femenino ○ Masculino ○ Trans ○ Otro ○ No deseo responder	○ Homosexual (Lesbiana - Gay) ○ Heterosexual ○ Bisexual ○ Otro ○ No deseo responder

País de nacimiento	Colombia	Departamento de nacimiento	Cesar	Municipio de nacimiento	Codazzi

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ○ Afrocolombiano ○ Comunidad Negra ○ Palenquero ○ Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia ● Indigena ○ Rrom/Gitano ○ No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores

¿Se autoreconoce como campesino (a)? SI ○ NO ●

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:	Territorio.		Consejo.		
	Comunidad.				
Si el Beneficiario se autoreconoce con Indigena Indique:	Pueblo.	Yukpa	Resguardo.	Iroka	
	Comunidad	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo	● SI	○ NO
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano indique la Kumpania a la que pertenece.			Tipo de beneficiario	○ Persona lactante ○ Persona Gestante ● Niños, niñas y adolescentes y adulto	
Nivel de escolaridad	9°	Ocupación	Estudiante	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.	Dusakawi	Si es afiliado indique tipo de afiliación: ○ Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Régimen subsidiado ● Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ○ SI ● NO — Si el beneficiario no presenta discapacidad, no se deben diligenciar las siguientes preguntas

¿La discapacidad esta 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

- ○ El beneficiario requiere la ayuda de otra persona.
- ○ 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?	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. ○ Fisica. ○ Intelectual. ○ Sordoceguera. ○ Visual. ○ Psicosocial (Mental)	Global. ☐ Movilidad. ☐ Relaciones. ☐ Cognición. ☐ Cuidado Personal. ☐ Actividades Cotidianas ☐ Participación ☐

INFORMACIÓN INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR

BENEFICIARIO (se repite por cada integrante de la familia)

Primer Nombre	Lizeth	Segundo Nombre	
Primer Apellido	Peñaloza	Segundo Apellido	Peñaloza

Parentesco con respecto al Jefe de Grupo Familiar: ○ Conyuge/Compañero(a) ○ Padre/Madre ○ Padastro/Madrastra ○ Hijastro(a) ◉ Hijo(a) ○ Hermano(a) ○ Nieto(a) ○ Abuelo(a) ○ Tio(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 ○ TMF ○ SD ○ Partida /Acta Nac ○	Número de Identificación	1067732535
		Correo electrónico	

Número de Celular		Sexo ○H ◉M ○Intersex	Fecha de Nacimiento: 12 04 2018

¿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	Colombia	Departamento de nacimiento	Cesar	Municipio de nacimiento	

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ○ Afrocolombiano ○ Comunidad Negra ○ Palenquero ○ Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia ◉ Indigena ○ Rrom/Gitano ○ No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores

¿Se autoreconoce como campesino (a)? SI ○ NO ◉

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:	Territorio.		Consejo.
	Comunidad.		
Si el Beneficiario se autoreconoce con Indigena indique.	Pueblo.	Yukpa	Resguardo. Iroka
	Comunidad	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo ◉ SI ○ NO
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano indique la Kumpania a la que pertenece.			Tipo de Beneficiario: ○ Persona lactante ○ Persona Gestante ◉ Niños, niñas y adolescentes y adulto
Nivel de escolaridad	Preescolar	Ocupación: Estudiante	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: Dusakawi

Si es afiliado indique tipo de afiliación: ○ Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Regimen subsidiado ◉ Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ○ SI ◉ NO

Si el beneficiario 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 INML CF

¿Está inscrito en el registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad?. ○ SI ○ NO

- ○ El beneficiario requiere la ayuda de otra persona.
- ○ 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? ○ SI ○ NO

Frecuencia Intensidad del apoyo: ○ Intermitente. ○ Limitado. ○ Extenso. ○ Generalizado.

Tipo de apoyo: ○ De la misma PcD ○ De otras personas. ○ Sistemas de comunicación Aumentativos o 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

INFORMACIÓN INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR

BENEFICIARIO (se repite por cada integrante de la familia)

Primer Nombre	Osneider	Segundo Nombre	
Primer Apellido	Peñaloza	Segundo Apellido	Peñaloza

Parentesco con respecto al Jefe de Grupo Familiar: ○ Conyuge/Compañero(a) ● Hijo(a) ○ Tio(a) ○ Yerno/Nuera ○ Padre/Madre ○ Hermano(a) ○ Sobrino(a) ○ Cuñado(a) ○ Amigo(a) ○ Padastro/Madrastra ○ Nieto(a) ○ Primo(a) ○ Padrino/Madrina ○ Hijastro(a) ○ Abuelo(a) ○ Suegro(a) ○ Pariente

Tipo Documento	RC ● TI ○ CC ○ PEP ○ PPT ○ PA ○ CE ○ TMF ○ SD ○ Partida /Acta Nac ○	Número de Identificación	1067737871
		Correo electrónico	
Número de Celular		Sexo ○H ○M ○Intersex	Fecha de Nacimiento 24/12/2023

¿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

Genero: ○ Femenino ○ Masculino ○ Trans ○ Otro ○ No deseo responder

Orientación sexual (con edad de 14 o mas años): ○ Homosexual (Lesbiana - Gay) ○ Heterosexual ○ Bisexual ○ Otro ○ No deseo responder

País de nacimiento	Colombia	Departamento de nacimiento	Cesar	Municipio de nacimiento	Codazzi

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ○ Afrocolombiano ○ Comunidad Negra ○ Palenquero ○ Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia ● Indigena ○ Rrom/Gitano ○ No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores

¿Se autoreconoce como campesino (a)? SI ○ NO ●

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:	Territorio.		Consejo.
	Comunidad.		
Si el Beneficiario se autoreconoce con Indigena Indique:	Pueblo.	Yukpa	Resguardo. Iroka
	Comunidad	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo ● SI ○ NO
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano indique la Kumpania a la que pertenece.			Tipo de beneficiario: ○ Persona lactante ○ Persona Gestante ● Niños, niñas y adolescentes y adulto
Nivel de escolaridad	Primera Infancia	Ocupación: Estudiante	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: Dusakawi

Si es afiliado indique tipo de afiliación: ○ Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Regimen subsidiado ● Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ○ SI ● NO — Si el beneficiario no presenta discapacidad, no se deben diligenciar las siguientes preguntas

¿La discapacidad esta 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 ○

- ○ El beneficiario requiere la ayuda de otra persona.
- ○ El beneficiario requiere ayuda técnica/Producto de apoyo.
- ○ El beneficiario cuenta con la ayuda tecnica/Producto de apoyo.
- ○ El beneficiario requiere terapia y/o rehabilitación.
- ○ El beneficiario recibe atención en terapia y/o rehabilitación.

¿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 o Alternativos SAAC

¿La persona tiene una condición de discapacidad? ○ Auditiva. ○ Fisica. ○ Sordoceguera. ○ Psicosocial (Mental). ○ Múltiple. ○ Intelectual. ○ Visual.

NIVEL DE DIFICULTAD DE DESEMPEÑO %

Global.	Movilidad.	Relaciones.	Cognición.

Cuidado Personal.	Actividades Cotidianas	Participación

INFORMACIÓN INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR

BENEFICIARIO (se repite por cada integrante de la familia)

Primer Nombre	Brasilia	Segundo Nombre	Jose
Primer Apellido	Peñaloza	Segundo Apellido	Perez

Parentesco con respecto al Jefe de Grupo Familiar: ○ Conyuge/Compañero(a) ○ Padre/Madre ○ Padastro/Madrastra ◉ Hijastro(a) ○ Hijo(a) ○ Hermano(a) ○ Nieto(a) ○ Abuelo(a) ○ Tio(a) ○ Sobrino(a) ○ Primo(a) ○ Suegro(a) ○ Yerno/Nuera ○ Cuñado(a) ○ Padrino/Madrina ○ Parente ○ Amigo(a)

Tipo Documento: RC ◉ TI ○ CC ○ PEP ○ PPT ○ PA ○ CE ○ TMF ○ SD ○ Partida /Acta Nac ○

Número de Identificación: 1067732035

Correo electrónico:

Número de Celular:

Sexo ◉H ○M ○Intersex | Fecha de Nacimiento: 28/06/2016

¿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 mas años): ○ Homosexual (Lesbiana - Gay) ○ Heterosexual ○ Bisexual ○ Otro ○ No deseo responder

País de nacimiento	Colombia	Departamento de nacimiento	Cesar	Municipio de nacimiento	Cadazzi

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ○ Afrocolombiano ○ Comunidad Negra ○ Palenquero ○ Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia ◉ Indigena ○ Rrom/Gitano ○ No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores

¿Se autoreconoce como campesino (a)? SI ○ NO ◉

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:	Territorio.		Consejo.		
	Comunidad.				
Si el Beneficiario se autoreconoce con Indigena Indique.	Pueblo.	Yukpa	Resguardo.	Iroka	
	Comunidad	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo	◉ SI	○ NO
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano indique la Kumpania a la que pertenece.			Tipo de beneficiario	○ Persona lactante ○ Persona Gestante ◉ Niños, niñas y adolescentes y adulto	
Nivel de escolaridad	2°	Ocupación	Estudiante	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: Dusakawi

Si es afiliado indique tipo de afiliación: ○ Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Regimen subsidiado ◉ Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ○ SI ◉ NO

Si el beneficiario 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	○ El beneficiario requiere la ayuda de otra persona. ○ 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?	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

INFORMACIÓN INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR

BENEFICIARIO (se repite por cada integrante de la familia)

Primer Nombre	Keiner	Segundo Nombre	
Primer Apellido	Peñaloza	Segundo Apellido	Perez

Parentesco con respecto al Jefe de Grupo Familiar: ○ Conyuge/Compañero(a) ○ Padre/Madre ○ Padastro/Madrastra ● Hijastro(a) ○ Hijo(a) ○ Hermano(a) ○ Nieto(a) ○ Abuelo(a) ○ Tio(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 ○ TMF ○ SD ○ Partida /Acta Nac ○ — Número de Identificación: 1148202061 — Correo electrónico:

Número de Celular: — Sexo ● H ○ M ○ Intersex — Fecha de Nacimiento: 17 03 2009

¿Desea responder preguntas sobre su genero y orientación sexual? ○ SI ● NO — Si la respuesta a la pregunta anterior es afirmativa realice las siguientes dos preguntas, si no omitalas por favor

Genero: ○ Femenino ○ Masculino ○ Trans ○ Otro ○ No deseo responder

Orientación sexual (con edad de 14 o mas años): ○ Homosexual (Lesbiana - Gay) ○ Heterosexual ○ Bisexual ○ Otro ○ No deseo responder

País de nacimiento	Colombia	Departamento de nacimiento	Cesar	Municipio de nacimiento	

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ○ Afrocolombiano ○ Comunidad Negra ○ Palenquero ○ Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia ● Indigena ○ Rrom/Gitano ○ No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores — ¿Se autoreconoce como campesino (a)? SI ○ NO ●

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:	Territorio.		Consejo.		
	Comunidad.				
Si el Beneficiario se autoreconoce con Indigena Indique	Pueblo.	Yukpa	Resguardo.	Iroka	
	Comunidad	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo	● SI	○ NO
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano indique la Kumpania a la que pertenece.			Tipo de beneficiario	○ Persona lactante ○ Persona Gestante ● Niños, niñas y adolescentes y adulto	
Nivel de escolaridad	Primaria	Ocupación	Campo	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: Dusakawi

Si es afiliado indique tipo de afiliación: ○ Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Régimen subsidiado ● Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ○ SI ● NO — Si el beneficiario 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

- ○ El beneficiario requiere la ayuda de otra persona.
- ○ 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? ○ SI ○ NO

Frecuencia Intensidad del apoyo: ○ Intermitente. ○ Limitado. ○ Extenso. ○ Generalizado.

Tipo de apoyo: ○ De la misma PcD. ○ De otras personas. ○ Sistemas de comunicación Aumentativos o Alternativos SAAC

¿La persona tiene una condición de discapacidad?: ○ Auditiva. ○ Fisica. ○ Sordoceguera. ○ Psicosocial (Mental). ○ Múltiple. ○ Intelectual. ○ Visual.

NIVEL DE DIFICULTAD DE DESEMPEÑO %: Global. Movilidad. Relaciones. Cognición. Cuidado Personal. Actividades Cotidianas Participación

INFORMACIÓN INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR

BENEFICIARIO (se repite por cada integrante de la familia)

Primer Nombre	Lole	Segundo Nombre	Liliana
Primer Apellido	Penalosa	Segundo Apellido	Perez

Parentesco con respecto al Jefe de Grupo Familiar: ○ Conyuge/Compañero(a) ○ Padre/Madre ○ Padastro/Madrastra ● Hijastro(a) ○ Hijo(a) ○ Hermano(a) ○ Nieto(a) ○ Abuelo(a) ○ Tio(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 ○ TMF ○ SD ○ Partida /Acta Nac ○ — Número de Identificación: 1067732034 — Correo electrónico:

Número de Celular: — Sexo ○H ●M ○Intersex — Fecha de Nacimiento: 30/07/2013

¿Desea responder preguntas sobre su genero y orientación sexual? ○ SI ● NO — Si la respuesta a la pregunta anterior es afirmativa realice las siguientes dos preguntas, si no omitalas por favor

Genero: ○ Femenino ○ Masculino ○ Trans ○ Otro ○ No deseo responder

Orientación sexual (con edad de 14 o mas años): ○ Homosexual (Lesbiana - Gay) ○ Heterosexual ○ Bisexual ○ Otro ○ No deseo responder

País de nacimiento	Colombia	Departamento de nacimiento	Cesar	Municipio de nacimiento	

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ○ Afrocolombiano ○ Comunidad Negra ○ Palenquero ○ Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia ● Indigena ○ Rrom/Gitano ○ No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores

¿Se autoreconoce como campesino (a)? ○ SI ● NO

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:	Territorio.		Consejo.		
	Comunidad.				
Si el Beneficiario se autoreconoce con Indigena Indique:	Pueblo.	Yukpa	Resguardo.	Iroka	
	Comunidad	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo	● SI	○ NO
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano indique la Kumpania a la que pertenece.			Tipo de beneficiario	○ Persona lactante ○ Persona Gestante ● Niños, niñas y adolescentes y adulto	
Nivel de escolaridad	5°	Ocupación	Estudiante	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: Dusakawi

Si es afiliado indique tipo de afiliación: ○ Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Regimen subsidiado ● Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ○ SI ● NO — Si el beneficiario 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

- ○ El beneficiario requiere la ayuda de otra persona.
- ○ 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? ○ SI ○ NO

Frecuencia Intensidad del apoyo: ○ Intermitente. ○ Limitado. ○ Extenso. ○ Generalizado.

Tipo de apoyo: ○ De la misma PcD. ○ De otras personas. ○ Sistemas de comunicación Aumentativos o 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 ☐

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

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: ◯ Conyuge/Compañero(a) ◯ Padre/Madre ◯ Padastro/Madrastra ◯ Hijastro(a) ◯ Hijo(a) ◯ Hermano(a) ◯ Nieto(a) ◯ Abuelo(a) ◯ Tio(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 ◯ TMF ◯ SD ◯ Partida /Acta Nac ◯ — Número de Identificación: | Correo electrónico:

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	Colombia	Departamento de nacimiento	Cesar	Municipio de nacimiento	

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ◯ Afrocolombiano ◯ Comunidad Negra ◯ Palenquero ◯ Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia ● Indígena ◯ Rrom/Gitano ◯ No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores

¿Se autoreconoce como campesino (a)? SI ◯ NO ●

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:	Territorio.		Consejo.
	Comunidad.		
Si el Beneficiario se autoreconoce con Indigena indique:	Pueblo.	Yukpa	Resguardo. Iroka
	Comunidad	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo ● SI ◯ NO
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano indique la Kumpania a la que pertenece.			Tipo de beneficiario: ◯ Persona lactante ◯ Persona Gestante ◯ Niños, niñas y adolescentes y adulto
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

¿El beneficiario presenta discapacidad? ◯ SI ◯ NO — Si el beneficiario 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

- ◯ El beneficiario requiere la ayuda de otra persona.
- ◯ 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? ◯ SI ◯ NO

Frecuencia Intensidad del apoyo: ◯ Intermitente. ◯ Limitado. ◯ Extenso. ◯ Generalizado.

Tipo de apoyo: ◯ De la misma PcD. ◯ De otras personas. ◯ Sistemas de comunicación Aumentativos o Alternativos SAAC

¿La persona tiene una condición de discapacidad?: ◯ Auditiva. ◯ Fisica. ◯ Sordoceguera. ◯ Psicosocial (Mental) ◯ Múltiple. ◯ Intelectual. ◯ Visual.

NIVEL DE DIFICULTAD DE DESEMPEÑO %

Global.	Movilidad.	Relaciones.	Cognición.

Cuidado Personal.	Actividades Cotidianas	Participación

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO FICHA DE CARACTERIZACIÓN SOCIO FAMILIAR	F7.MO30.PP	29/08/2024
		Versión 1	Pagina 1 de 2

Por favor diligencie completamente el presente formulario para garantizar un óptimo análisis de la información.

Fecha de Diligenciamiento: 06/09/2024

Modalidad de Atención: Familias y Comunidades | **Nombre del Servicio:** Refuerzo Intercultural.

INFORMACIÓN ENTIDAD CONTRATISTA

A continuación se debe diligenciar la información de la Entidad Contratista

REGIONAL: Cesar

Nombre Entidad Contratista	Resguardo Indígena Iroka		
Tipo Documento Entidad Contratista	(X) NIT ( ) RUT	Número de Identificación de la Entidad Contratista	8240020102-—
Número de Contrato	20005122024		
Primer Nombre Prof. Acompañamiento Familiar	Aura	Primer Apellido Prof. Acompañamiento Familiar	Olmedo
Tipo Doc. Prof. Acompañamiento Familiar	(X) CC ( ) CE ( ) PA ( ) PPT	Número de identificación Prof. Acompañamiento Familiar	49691418

INFORMACIÓN UBICACIÓN DE LA VIVIENDA FAMILIAR

Tipo de Vivienda: ( ) Casa ( ) Habitación o Cuarto ( ) Albergue (Vivienda Temporal) ( ) Apartamento (X) Vivienda Indígena ( ) Palafito ( ) Inquilinato ( ) Casa lote

País	Colombia	Departamento	Cesar	Municipio	Agustín Codazzi
Ranchería					

Zona de ubicación: ( ) Cabecera (X) Resto

Nombre Cabecera / Centro poblado		Tipo de Cabecera: ( ) Localidad ( ) Comuna ( ) No Aplica	
Nombre Localidad / Comuna		Nombre del Barrio	
Nombre de la Zona Resto	Once	Dirección	Once

Número de Teléfono:

Tenencia de la Vivienda: ( ) Propia ( ) En Arriendo ( ) Familiar ( ) Albergue ( ) Lugar de trabajo ( ) Posada(Vivienda otra persona sin pagar) (X) Asentamiento- Invasión ( ) Paga Diario

Tiene acceso a Servicios basicos: ( ) Agua ( ) Alcantarillado ( ) Energía Eléctrica ( ) Gas Natural ( ) Internet ( ) Recolección de basuras ( ) Telefonía fija ( ) Telefonía móvil (X) 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	Ezequiel	Segundo Nombre	
Primer Apellido	Peñaloza	Segundo Apellido	Blanco

Tipo Documento RC ( ) TI ( ) CC (X) PA ( ) CE ( ) PEP ( ) TMF ( ) PPT ( ) Partida/Acta Nac ( ) — Número de documento: 1133485393

Correo electrónico: — Número de Celular: 3234418203

Fecha de Vinculación a la modalidad: 30/08/2024 — Sexo: (X) H ( ) M ( ) Intersex — Fecha de Nacimiento: 23/04/1988

¿Desea responder preguntas sobre su género y orientación sexual? ( ) SI (X) 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.	Colombia	Departamento de nacimiento.		Municipio de nacimiento.	

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ( ) Afrocolombiano ( ) Comunidad Negra ( ) Palenquero ( ) Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia (X) Indígena ( ) Rrom/Gitano ( ) No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores

¿Se autoreconoce como campesino (a)? SI ( ) NO (X)

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:	Territorio.		Consejo.	
	Comunidad.			
Si el Beneficiario se autoreconoce con Indigena Indique:	Pueblo	Yukpa	Resguardo.	Iroka
	Comunidad	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo	(X) SI ( ) NO
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano Indique la Kumpania a la que pertenece.			Tipo de beneficiario	( ) Persona lactante ( ) Persona Gestante (X) Niños, niñas y adolescentes y adulto
Nivel de escolaridad	2° Primaria	Ocupación	Campo	Actualmente asiste a establecimiento educativo	( ) SI (X) NO

En el sistema de Seguridad Social en Salud (SGSSS) es: (X) Afiliado Régimen Subsidiado. ( ) Afiliado Régimen Contributivo. ( ) Afiliado Régimen Especial. ( ) No Afiliado(a).

Si es Afiliado indique la EPS: Dusakawi

Si es afiliado indique tipo de afiliación: ( ) Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Régimen subsidiado (X) Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ( ) SI (X) NO — Si el beneficiario 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

- ( ) El beneficiario requiere la ayuda de otra persona.
- ( ) 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? ( ) SI ( ) NO

Frecuencia Intensidad del apoyo: ( ) Intermitente. ( ) Limitado. ( ) Extenso. ( ) Generalizado.

Tipo de apoyo: ( ) De la misma PcD. ( ) De otras personas. ( ) Sistemas de comunicación Aumentativoso alternativos SAAC

¿La persona tiene una condición de discapacidadad? ( ) Auditiva. ( ) Física. ( ) Sordoceguera. ( ) Múltiple. ( ) Intelectual. ( ) Visual. ( ) Psicosocial (Mental).

NIVEL DE DIFICULTAD DE DESEMPEÑO %

Global.	Movilidad.	Relaciones.	Cognición.

Cuidado Personal.	Actividades Cotidianas	Participación

INFORMACIÓN INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR

BENEFICIARIO (se repite por cada integrante de la familia)

Primer Nombre	Soraly	Segundo Nombre	I
Primer Apellido	Meza	Segundo Apellido	Penaloza

Parentesco con respecto al Jefe de Grupo Familiar: (●) Conyuge/Compañero(a) ( ) Padre/Madre ( ) Padastro/Madrastra ( ) Hijastro(a) ( ) Hijo(a) ( ) Hermano(a) ( ) Nieto(a) ( ) Abuelo(a) ( ) Tio(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 ( ) TMF ( ) SD ( ) Partida /Acta Nac ( )	Número de Identificación	1133485485
		Correo electrónico	
Número de Celular		Sexo ( )H (●)M ( )Intersex	Fecha de Nacimiento 11/03/1994
¿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	Colombia	Departamento de nacimiento	Cesar	Municipio de nacimiento	Agustín Codazzi

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ( )Afrocolombiano ( )Comunidad Negra ( )Palenquero ( )Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia (●)Indígena ( )Rrom/Gitano ( )No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores

¿Se autoreconoce como campesino (a)? ( )SI (●)NO

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:	Territorio.		Consejo.		
	Comunidad.				
Si el Beneficiario se autoreconoce con Indigena Indique:	Pueblo.	Yukpa	Resguardo.	Iroka	
	Comunidad.	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo	(●)SI	( )NO
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano indique la Kumpania a la que pertenece.			Tipo de beneficiario	( )Persona lactante ( )Persona Gestante (●)Niños, niñas y adolescentes y adulto	
Nivel de escolaridad	2° Primaria	Ocupación	Hogar	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: Dusakawi

Si es afiliado indique tipo de afiliación. ( ) Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Régimen subsidiado (●) Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ( )SI (●)NO — Si el beneficiario 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

( )El beneficiario requiere la ayuda de otra persona.
( )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? ( )SI ( )NO

Frecuencia Intensidad del apoyo: ( )Intermitente. ( )Limitado. ( )Extenso. ( )Generalizado.

Tipo de apoyo: ( )De la misma PcD. ( )De otras personas. ( )Sistemas de comunicación Aumentativos o 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

INFORMACIÓN INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR

BENEFICIARIO (se repite por cada integrante de la familia)

Primer Nombre	Yarire	Segundo Nombre	
Primer Apellido	Peñaloza	Segundo Apellido	Meza

Parentesco con respecto al Jefe de Grupo Familiar: ○ Conyuge/Compañero(a) ● Hijo(a) ○ Tio(a) ○ Yerno/Nuera ○ Padre/Madre ○ Hermano(a) ○ Sobrino(a) ○ Cuñado(a) ○ Amigo(a) ○ Padastro/Madrastra ○ Nieto(a) ○ Primo(a) ○ Padrino/Madrina ○ Hijastro(a) ○ Abuelo(a) ○ Suegro(a) ○ Pariente

Tipo Documento	RC ● TI ○ CC ○ PEP ○ PPT ○ PA ○ CE ○ TMF ○ SD ○ Partida /Acta Nac ○	Número de Identificación	1067737157
		Correo electrónico	
Número de Celular		Sexo ○H ●M ○Intersex	Fecha de Nacimiento 06/03/2023
¿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	
Genero		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	Colombia	Departamento de nacimiento	Cesar	Municipio de nacimiento	Codazzi

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ○ Afrocolombiano ○ Comunidad Negra ○ Palenquero ○ Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia ● Indígena ○ Rrom/Gitano ○ No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores

¿Se autoreconoce como campesino (a)? SI ○ NO ●

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:	Territorio.		Consejo.		
	Comunidad.				
Si el Beneficiario se autoreconoce con Indigena Indique:	Pueblo.	Yukpa	Resguardo.	Iroka	
	Comunidad	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo	● SI	○ NO
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano indique la Kumpania a la que pertenece.			Tipo de beneficiario	○ Persona lactante ○ Persona Gestante ● Niños, niñas y adolescentes y adulto	
Nivel de escolaridad	Primera	Ocupación	Infancia	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.	Dusakawi
Si es afiliado indique tipo de afiliación.	○ Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Régimen subsidiado ● Beneficiario		

¿El beneficiario presenta discapacidad? ○ SI ● NO — Si el beneficiario 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
				○ El beneficiario requiere la ayuda de otra persona. ○ El beneficiario requiere ayuda técnica/Producto de apoyo. ○ El beneficiario cuenta con la ayuda tecnica/Producto de apoyo. ○ El beneficiario requiere terapia y/o rehabilitación. ○ El beneficiario recibe atención en terapia y/o rehabilitación.

¿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 o 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

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: ○ Conyuge/Compañero(a) ○ Padre/Madre ○ Padastro/Madrastra ○ Hijastro(a) ○ Hijo(a) ○ Hermano(a) ○ Nieto(a) ○ Abuelo(a) ○ Tio(a) ○ Sobrino(a) ○ Primo(a) ○ Suegro(a) ○ Yerno/Nuera ○ Cunado(a) ○ Padrino/Madrina ○ Pariente ○ Amigo(a)

Tipo Documento	RC ○ TI ○ CC ○ PEP ○ PPT ○ PA ○ CE ○ TMF ○ SD ○ Partida /Acta Nac ○	Número de Identificación	
		Correo electrónico	
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		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	Colombia	Departamento de nacimiento	Cesar	Municipio de nacimiento	

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ○ Afrocolombiano ○ Comunidad Negra ○ Palenquero ○ Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia ● Indígena ○ Rrom/Gitano ○ No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores

¿Se autoreconoce como campesino (a)? SI ○ NO ●

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:	Territorio.		Consejo.
	Comunidad.		
Si el Beneficiario se autoreconoce con Indigena Indique.	Pueblo.	Yukpa	Resguardo. Iroka
	Comunidad.	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo ● SI ○ NO
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano indique la Kumpania a la que pertenece.			Tipo de beneficiario: ○ Persona lactante ○ Persona Gestante ○ Niños, niñas y adolescentes y adulto
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 Regimen subsidiado ○ Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ○ SI ○ NO

Si el beneficiario 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	○ El beneficiario requiere la ayuda de otra persona. ○ 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? ○ SI ○ NO	Frecuencia Intensidad del apoyo: ○ Intermitente. ○ Limitado. ○ Extenso. ○ Generalizado.	Tipo de apoyo: ○ De la misma PcD. ○ De otras personas. ○ Sistemas de comunicación Aumentativos o 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

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

INFORMACIÓN INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR

BENEFICIARIO (se repite por cada integrante de la familia)

Primer Nombre	Angela	Segundo Nombre	
Primer Apellido	Penaloza	Segundo Apellido	Meza

Parentesco con respecto al Jefe de Grupo Familiar: ○ Conyuge/Compañero(a) ● Hijo(a) ○ Tio(a) ○ Yerno/Nuera ○ Padre/Madre ○ Hermano(a) ○ Sobrino(a) ○ Cuñado(a) ○ Amigo(a) ○ Padastro/Madrastra ○ Nieto(a) ○ Primo(a) ○ Padrino/Madrina ○ Hijastro(a) ○ Abuelo(a) ○ Suegro(a) ○ Pariente

Tipo Documento: RC ● TI ○ CC ○ PEP ○ PPT ○ PA ○ CE ○ TMF ○ SD ○ Partida /Acta Nac ○ — Número de Identificación: 1151482274 — Correo electrónico:

Número de Celular: — Sexo ○H ○M ○Intersex — Fecha de Nacimiento: 31072020

¿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 mas años): ○ Homosexual (Lesbiana - Gay) ○ Heterosexual ○ Bisexual ○ Otro ○ No deseo responder

País de nacimiento	Colombia	Departamento de nacimiento	Cesar	Municipio de nacimiento	Codazzi

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ○ Afrocolombiano ○ Comunidad Negra ○ Palenquero ○ Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia ● Indígena ○ Rrom/Gitano ○ No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores — ¿Se autoreconoce como campesino (a)? SI ○ NO ●

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:	Territorio.		Consejo.		
	Comunidad.				
Si el Beneficiario se autoreconoce con Indigena Indique.	Pueblo.	Yukpa	Resguardo.	Iroka	
	Comunidad.	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo	● SI	○ NO
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano Indique la Kumpania a la que pertenece.			Tipo de beneficiario	○ Persona lactante ○ Persona Gestante ● Niños, niñas y adolescentes y adulto	
Nivel de escolaridad	Primera Infancia	Ocupación	Estudiante	Actualmente asiste a establecimiento educativo	● SI ○ NO

En el sistema de Seguridad Social en Salud (SGSSS) es: ● Afiliado Régimen Subsidiado. ○ Afiliado Régimen Especial. ○ Afiliado Régimen Contributivo. ○ No Afiliado(a). — Si es Afiliado indique la EPS: Dusakawi — Si es afiliado indique tipo de afiliación: ○ Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Regimen subsidiado ● Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ○ SI ● NO — Si el beneficiario 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	○ El beneficiario requiere la ayuda de otra persona. ○ El beneficiario requiere ayuda técnica/Producto de apoyo. ○ El beneficiario cuenta con la ayuda tecnica/Producto de apoyo. ○ El beneficiario requiere terapia y/o rehabilitación. ○ El beneficiario recibe atención en terapia y/o rehabilitación.

¿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 o Alternativos SAAC	¿La persona tiene una condición de discapacidad? ○ Auditiva. ○ Múltiple. ○ Física. ○ Intelectual. ○ Sordoceguera. ○ Visual. ○ Psicosocial (Mental).	NIVEL DE DIFICULTAD DE DESEMPEÑO %: Global. Movilidad. Relaciones. Cognición. Cuidado Personal. Actividades Cotidianas. Participación.

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO FICHA DE CARACTERIZACIÓN SOCIO FAMILIAR	F7.MO30.PP	29/08/2024
		Versión 1	Pagina 2 de 2

INFORMACIÓN INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR

BENEFICIARIO (se repite por cada integrante de la familia)

Primer Nombre	Gleydis	Segundo Nombre	Jhoana
Primer Apellido	Peñaloza	Segundo Apellido	Garcia

Parentesco con respecto al Jefe de Grupo Familiar: ○ Conyuge/Compañero(a) ● Hijo(a) ○ Tio(a) ○ Yerno/Nuera ○ Padre/Madre ○ Hermano(a) ○ Sobrino(a) ○ Cuñado(a) ○ Amigo(a) ○ Padastro/Madrastra ○ Nieto(a) ○ Primo(a) ○ Padrino/Madrina ○ Hijastro(a) ○ Abuelo(a) ○ Suegro(a) ○ Pariente

Tipo Documento	RC ● TI ○ CC ○ PEP ○ PPT ○ PA ○ CE ○ TMF ○ SD ○ Partida /Acta Nac ○	Número de Identificación	1067.733919
		Correo electrónico	
Número de Celular		Sexo ○H ○M ○Intersex	Fecha de Nacimiento: 22/12/2019

¿Desea responder preguntas sobre su genero y orientación sexual? ○ SI ● NO — Si la respuesta a la pregunta anterior es afirmativa realice las siguientes dos preguntas, si no omitalas por favor

Genero: ○ 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	Colombia	Departamento de nacimiento	Cesar	Municipio de nacimiento	Codazzi

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ○ Afrocolombiano ○ Comunidad Negra ○ Palenquero ○ Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia ● Indigena ○ Rrom/Gitano ○ No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores

¿Se autoreconoce como campesino (a)? SI ○ NO ●

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:	Territorio.		Consejo.
	Comunidad.		
Si el Beneficiario se autoreconoce con Indigena Indique:	Pueblo.	Yukpa	Resguardo. Iroka
	Comunidad	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo ● SI ○ NO
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano indique la Kumpania a la que pertenece.			Tipo de beneficiario: ○ Persona lactante ○ Persona Gestante ○ Niños, niñas y adolescentes y adulto
Nivel de escolaridad: Primera Infancia	Ocupación: Estudiante		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: Dusakawi

Si es afiliado indique tipo de afiliación: ○ Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Regimen subsidiado ● Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ○ SI ● NO — Si el beneficiario 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	○ El beneficiario requiere la ayuda de otra persona. ○ 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? ○ SI ○ NO	Frecuencia Intensidad del apoyo: ○ Intermitente. ○ Limitado. ○ Extenso. ○ Generalizado.	Tipo de apoyo: ○ De la misma PcD. ○ De otras personas. ○ Sistemas de comunicación Aumentativos o 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

INFORMACIÓN INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR

BENEFICIARIO (se repite por cada integrante de la familia)

Primer Nombre	Pracedes	Segundo Nombre	
Primer Apellido	Peñaloza	Segundo Apellido	Meza

Parentesco con respecto al Jefe de Grupo Familiar: ○ Conyuge/Compañero(a) ○ Padre/Madre ○ Padastro/Madrastra ○ Hijastro(a) ○ Hijo(a) ○ Hermano(a) ○ Nieto(a) ○ Abuelo(a) ○ Tio(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 ○ TMF ○ SD ○ Partida /Acta Nac ○

Número de Identificación: 1.067.727.557

Correo electrónico:

Número de Celular:

Sexo ○H ●M ○Intersex | Fecha de Nacimiento: 08092013

¿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 mas años): ○ Homosexual (Lesbiana - Gay) ○ Heterosexual ○ Bisexual ○ Otro ○ No deseo responder

País de nacimiento	Colombia	Departamento de nacimiento	Cesar	Municipio de nacimiento	Agustin Codazzi

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ○ Afrocolombiano ○ Comunidad Negra ○ Palenquero ○ Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia ● Indigena ○ Rrom/Gitano ○ No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores

¿Se autoreconoce como campesino (a)? SI ○ NO ●

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:	Territorio.		Consejo.		
	Comunidad.				
Si el Beneficiario se autoreconoce con Indigena Indique.	Pueblo.	Yukpa	Resguardo.	Iroka	
	Comunidad	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo	● SI	○ NO
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano indique la Kumpania a la que pertenece.			Tipo de beneficiario	○ Persona lactante ○ Persona Gestante ● Niños, niñas y adolescentes y adulto	
Nivel de escolaridad	5° Primaria	Ocupación	Estudiante	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: Dusakawi

Si es afiliado indique tipo de afiliación: ○ Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Regimen subsidiado ● Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ○ SI ● NO

Si el beneficiario 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

- ○ El beneficiario requiere la ayuda de otra persona.
- ○ El beneficiario requiere ayuda técnica/Producto de apoyo.
- ○ El beneficiario cuenta con la ayuda tecnica/Producto de apoyo.
- ○ El beneficiario requiere terapia y/o rehabilitación.
- ○ El beneficiario recibe atención en terapia y/o rehabilitación.

¿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 o Alternativos SAAC

¿La persona tiene una condición de discapacidad? ○ Auditiva. ○ Fisica. ○ Sordoceguera. ○ Psicosocial (Mental). ○ Múltiple. ○ Intelectual. ○ Visual.

NIVEL DE DIFICULTAD DE DESEMPEÑO %: Global. Movilidad. Relaciones. Cognición. Cuidado Personal. Actividades Cotidianas Participación

INFORMACIÓN INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR

BENEFICIARIO (se repite por cada integrante de la familia)

Primer Nombre	Yeisy	Segundo Nombre	
Primer Apellido	Peñaloza	Segundo Apellido	Meza

Parentesco con respecto al Jefe de Grupo Familiar: ○ Conyuge/Compañero(a) ● Hijo(a) ○ Tio(a) ○ Yerno/Nuera ○ Padre/Madre ○ Hermano(a) ○ Sobrino(a) ○ Cuñado(a) ○ Amigo(a) ○ Padastro/Madrastra ○ Nieto(a) ○ Primo(a) ○ Padrino/Madrina ○ Hijastro(a) ○ Abuelo(a) ○ Suegro(a) ○ Pariente

Tipo Documento	RC ○ TI ● CC ○ PEP ○ PPT ○ PA ○ CE ○ TMF ○ SD ○ Partida /Acta Nac ○	Número de Identificación	1148202043
		Correo electrónico	
Número de Celular		Sexo ○H ○M ○Intersex	Fecha de Nacimiento: 06/01/2009
¿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	
Genero		Orientación sexual (con edad de 14 o mas años)	
○ Femenino ○ Masculino ○ Trans ○ Otro ○ No deseo responder		○ Homosexual (Lesbiana - Gay) ○ Heterosexual ○ Bisexual ○ Otro ○ No deseo responder	
País de nacimiento	Colombia	Departamento de nacimiento	Cesar
Municipio de nacimiento	Codazzi		

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ○ Afrocolombiano ○ Comunidad Negra ○ Palenquero ○ Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia ● Indigena ○ Rrom/Gitano ○ No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores

¿Se autoreconoce como campesino (a)? SI ○ NO ●

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:	Territorio.		Consejo.
	Comunidad.		
Si el Beneficiario se autoreconoce con Indigena Indique	Pueblo.	Yukpa	Resguardo. Iroka
	Comunidad	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo ● SI ○ NO
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano indique la Kumpania a la que pertenece.			Tipo de beneficiario: ○ Persona lactante ○ Persona Gestante ● Niños, niñas y adolescentes y adulto
Nivel de escolaridad	10º	Ocupación	Estudiante
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: Dusakawi

Si es afiliado indique tipo de afiliación: ○ Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Regimen subsidiado ● Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ○ SI ● NO

Si el beneficiario 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 INML CF	¿Está inscrito en el registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad?.	○ SI ○ NO

- ○ El beneficiario requiere la ayuda de otra persona.
- ○ 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?	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

INFORMACIÓN INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR

BENEFICIARIO (se repite por cada integrante de la familia)

Primer Nombre	Lissa	Segundo Nombre	Yelis
Primer Apellido	Penaloza	Segundo Apellido	Meza

Parentesco con respecto al Jefe de Grupo Familiar: ○ Conyuge/Compañero(a) ● Hijo(a) ○ Tio(a) ○ Yerno/Nuera ○ Padre/Madre ○ Hermano(a) ○ Sobrino(a) ○ Cuñado(a) ○ Amigo(a) ○ Padastro/Madrastra ○ Nieto(a) ○ Primo(a) ○ Padrino/Madrina ○ Hijastro(a) ○ Abuelo(a) ○ Suegro(a) ○ Pariente

Tipo Documento	RC ○ TI ✓ CC ○ PEP ○ PPT ○ PA ○ CE ○ TMF ○ SD ○ Partida /Acta Nac ○	Número de Identificación	1148705338
		Correo electrónico	
Número de Celular		Sexo ○H ●M ○Intersex	Fecha de Nacimiento: 21/12/2012

¿Desea responder preguntas sobre su genero y orientación sexual? ○ SI ● NO

Si la respuesta a la pregunta anterior es afirmativa realice las siguientes dos preguntas, si no omitalas por favor

Genero: ○ 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	Colombia	Departamento de nacimiento	Cesar	Municipio de nacimiento	Agustín Codazzi

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ○ Afrocolombiano ○ Comunidad Negra ○ Palenquero ○ Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia ● Indigena ○ Rrom/Gitano ○ No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores

¿Se autoreconoce como campesino (a)? SI ○ NO ●

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:	Territorio.		Consejo.
	Comunidad.		
Si el Beneficiario se autoreconoce con Indigena Indique.	Pueblo.	Yukpa	Resguardo. Iroka
	Comunidad.	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo ● SI ○ NO
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano indique la Kumpania a la que pertenece.			Tipo de beneficiario: ○ Persona lactante ○ Persona Gestante ● Niños, niñas y adolescentes y adulto
Nivel de escolaridad	6º	Ocupación	Estudiante
			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: Dusakawi

Si es afiliado indique tipo de afiliacion: ○ Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Régimen subsidiado ● Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ○ SI ● NO

Si el beneficiario 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

- ○ El beneficiario requiere la ayuda de otra persona.
- ○ 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? ○ SI ○ NO

Frecuencia Intensidad del apoyo: ○ Intermitente. ○ Limitado. ○ Extenso. ○ Generalizado.

Tipo de apoyo: ○ De la misma PcD. ○ De otras personas. ○ Sistemas de comunicación Aumentativos o Alternativos SAAC

¿La persona tiene una condición de discapacidad? ○ Auditiva. ○ Múltiple. ○ Física. ○ Intelectual. ○ Sordoceguera. ○ Visual. ○ Psicosocial (Mental).

NIVEL DE DIFICULTAD DE DESEMPEÑO %

Global.	Movilidad.	Relaciones.	Cognición.

Cuidado Personal.	Actividades Cotidianas	Participación

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO FICHA DE CARACTERIZACIÓN SOCIO FAMILIAR	F7.MO30.PP	29/08/2024
		Versión 1	Pagina 2 de 2

INFORMACIÓN INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR

BENEFICIARIO (se repite por cada integrante de la familia)

Primer Nombre	Cristian	Segundo Nombre	
Primer Apellido	Peñaloza	Segundo Apellido	Meza

Parentesco con respecto al Jefe de Grupo Familiar: ○ Conyuge/Compañero(a) ● Hijo(a) ○ Tio(a) ○ Yerno/Nuera ○ Padre/Madre ○ Hermano(a) ○ Sobrino(a) ○ Cuñado(a) ○ Amigo(a) ○ Padastro/Madrastra ○ Nieto(a) ○ Primo(a) ○ Padrino/Madrina ○ Hijastro(a) ○ Abuelo(a) ○ Suegro(a) ○ Pariente

Tipo Documento	RC ○ TI ● CC ○ PEP ○ PPT ○ PA ○ CE ○ TMF ○ SD ○ Partida /Acta Nac ○	Número de Identificación	1.067.732.030
		Correo electrónico	
Número de Celular		Sexo ●H ○M ○Intersex	Fecha de Nacimiento 17 03 2016
¿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	
Genero		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	Colombia	Departamento de nacimiento	Cesar	Municipio de nacimiento	Agustin Codazzi

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ○ Afrocolombiano ○ Comunidad Negra ○ Palenquero ○ Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia ● Indigena ○ Rrom/Gitano ○ No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores

¿Se autoreconoce como campesino (a)? SI ○ NO ●

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:	Territorio.		Consejo.
	Comunidad.		
Si el Beneficiario se autoreconoce con Indigena Indique:	Pueblo.	Yukpa	Resguardo. Iroka
	Comunidad	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo ● SI ○ NO
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano indique la Kumpania a la que pertenece.			Tipo de beneficiario: ○ Persona lactante ○ Persona Gestante ● Niños, niñas y adolescentes y adulto
Nivel de escolaridad	Primaria	Ocupación	Estudiante
			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: Dusakawi

Si es afiliado indique tipo de afiliación: ○ Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Régimen subsidiado ● Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ○ SI ● NO — Si el beneficiario 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	○ El beneficiario requiere la ayuda de otra persona. ○ 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?	Frecuencia Intensidad del apoyo	Tipo de apoyo	¿La persona tiene una condición de discapacidadad?	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. ○ Fisica. ○ Intelectual. ○ Sordoceguera. ○ Visual. ○ Psicosocial (Mental).	Global. Movilidad. Relaciones. Cognición. Cuidado Personal. Actividades Cotidianas Participación

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO FICHA DE CARACTERIZACIÓN SOCIO FAMILIAR	F7.MO30.PP	29/08/2024
		Versión 1	Pagina 1 de 2

Por favor diligencie completamente el presente formulario para garantizar un óptimo análisis de la información.

Fecha de Diligenciamiento: 06/09/2024

Modalidad de Atención: Familias y Comunidades **Nombre del Servicio:** Tejiendo Interculturalidad.

INFORMACIÓN ENTIDAD CONTRATISTA

A continuación se debe diligenciar la información de la Entidad Contratista

REGIONAL: Cesar

Nombre Entidad Contratista	Resguardo Indígena Iroka		
Tipo Documento Entidad Contratista	(●) NIT ( ) RUT	Número de Identificación de la Entidad Contratista	8240020102-—
Número de Contrato	20005122024		
Primer Nombre Prof. Acompañamiento Familiar	Sandra	Primer Apellido Prof. Acompañamiento Familiar	Castilla
Tipo Doc. Prof. Acompañamiento Familiar	(✓) CC ( ) CE ( ) PA ( ) PPT	Número de identificación Prof. Acompañamiento Familiar	49786730

INFORMACIÓN UBICACIÓN DE LA VIVIENDA FAMILIAR

Tipo de Vivienda: ( ) Casa ( ) Habitación o Cuarto ( ) Albergue (Vivienda Temporal) ( ) Apartamento (●) Vivienda Indígena ( ) Palafito ( ) Inquilinato ( ) Casa lote

País	Colombia	Departamento	Cesar	Municipio	Agustín Codazzi
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	Once	Dirección	Once

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 basicos: ( ) Agua ( ) Alcantarillado ( ) Energía Eléctrica ( ) Gas Natural ( ) Internet ( ) Recolección de basuras ( ) Telefonía fija ( ) Telefonía móvil (✓) 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	Jose	Segundo Nombre	Luis
Primer Apellido	Cuello	Segundo Apellido	Montes

Tipo Documento RC ( ) TI ( ) CC (✓) PA ( ) CE ( ) PEP ( ) TMF ( ) Número de documento: 1133485414

PPT ( ) Partida/Acta Nac ( ) Correo electrónico: Número de Celular:

Fecha de Vinculación a la modalidad: 30/08/2024 Sexo: (✓) H ( ) M ( ) Intersex Fecha de Nacimiento: 05/11/1979

¿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.	Colombia	Departamento de nacimiento.	Cesar	Municipio de nacimiento.	Codazzi

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ( ) Afrocolombiano ( ) Comunidad Negra ( ) Palenquero ( ) Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia (●) Indígena ( ) Rrom/Gitano ( ) No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores

¿Se autoreconoce como campesino (a)? SI ( ) NO (●)

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:	Territorio.		Consejo.	
	Comunidad.			
Si el Beneficiario se autoreconoce con Indigena Indique:	Pueblo	Yukpa	Resguardo.	Iroka
	Comunidad	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo	(●) SI ( ) NO
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano indique la Kumpania a la que pertenece.			Tipo de beneficiario	( ) Persona lactante ( ) Persona Gestante (✓) Niños, niñas y adolescentes y adulto
Nivel de escolaridad		Ocupación	Agricultor	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: DUSA EQUI

Si es afiliado indique tipo de afiliación: ( ) Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Régimen subsidiado (✓) Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ( ) SI (●) NO — Si el beneficiario 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 ( )

- ( ) El beneficiario requiere la ayuda de otra persona.
- ( ) 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? ( ) SI ( ) NO

Frecuencia Intensidad del apoyo: ( ) Intermitente. ( ) Limitado. ( ) Extenso. ( ) Generalizado.

Tipo de apoyo: ( ) De la misma PcD. ( ) De otras personas. ( ) Sistemas de comunicación Aumentativoso alternativos SAAC

¿La persona tiene una condición de discapacidad? ( ) Auditiva. ( ) Física. ( ) Sordoceguera. ( ) Múltiple. ( ) Intelectual. ( ) Visual. ( ) Psicosocial (Mental).

NIVEL DE DIFICULTAD DE DESEMPEÑO %

Global.	Movilidad.	Relaciones.	Cognición.

Cuidado Personal.	Actividades Cotidianas	Participación

INFORMACIÓN INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR

BENEFICIARIO (se repite por cada integrante de la familia)

Primer Nombre	LUZ	Segundo Nombre	HELENA
Primer Apellido	PEREZ	Segundo Apellido	PENAMEZA

Parentesco con respecto al Jefe de Grupo Familiar: (X) Conyuge/Compañero(a) ( ) Padre/Madre ( ) Padastro/Madrastra ( ) Hijastro(a) ( ) Hijo(a) ( ) Hermano(a) ( ) Nieto(a) ( ) Abuelo(a) ( ) Tio(a) ( ) Sobrino(a) ( ) Primo(a) ( ) Suegro(a) ( ) Yerno/Nuera ( ) Cuñado(a) ( ) Padrino/Madrina ( ) Pariente ( ) Amigo(a)

Tipo Documento	RC ( ) TI ( ) CC (X) PEP ( ) PPT ( ) PA ( ) CE ( ) TMF ( ) SD ( ) Partida /Acta Nac ( )	Número de Identificación	1133485517
		Correo electrónico	
Número de Celular		Sexo	( )H (X)M ( )Intersex
Fecha de Nacimiento	05/04/1998		

¿Desea responder preguntas sobre su género y orientación sexual? ( ) SI (X) 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	Colombia	Departamento de nacimiento	Cesar	Municipio de nacimiento	Codazzi

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ( ) Afrocolombiano ( ) Comunidad Negra ( ) Palenquero ( ) Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia (X) Indígena ( ) Rrom/Gitano ( ) No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores

¿Se autoreconoce como campesino (a)? SI ( ) NO (X)

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:	Territorio.		Consejo.		
	Comunidad.				
Si el Beneficiario se autoreconoce con Indigena Indique:	Pueblo.	Yukpa	Resguardo.	Iroka	
	Comunidad.	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo	(X) SI	( ) NO
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano indique la Kumpania a la que pertenece.			Tipo de beneficiario	( ) Persona lactante ( ) Persona Gestante (X) Niños, niñas y adolescentes y adulto	
Nivel de escolaridad	PRIMARIA 1°	Ocupación	AMA DE CASA	Actualmente asiste a establecimiento educativo	( ) SI (X) NO

En el sistema de Seguridad Social en Salud (SGSSS) es: (X) Afiliado Régimen Subsidiado. ( ) Afiliado Régimen Contributivo. ( ) Afiliado Régimen Especial. ( ) No Afiliado(a).

Si es Afiliado indique la EPS: DUSAKAWI

Si es afiliado indique tipo de afiliación: ( ) Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Régimen subsidiado (X) Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ( ) SI (X) NO — Si el beneficiario 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 ( )

- ( ) El beneficiario requiere la ayuda de otra persona.
- ( ) 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? SI ( ) NO ( )

Frecuencia Intensidad del apoyo: ( ) Intermitente. ( ) Limitado. ( ) Extenso. ( ) Generalizado.

Tipo de apoyo: ( ) De la misma PcD. ( ) De otras personas. ( ) Sistemas de comunicación Aumentativos o 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

INFORMACIÓN INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR

BENEFICIARIO (se repite por cada integrante de la familia)

Primer Nombre	MANUELA	Segundo Nombre	
Primer Apellido	CUELLO	Segundo Apellido	PEREZ

Parentesco con respecto al Jefe de Grupo Familiar: ○ Conyuge/Compañero(a) ○ Padre/Madre ○ Padastro/Madrastra ○ Hijastro(a) ✓ Hijo(a) ○ Hermano(a) ○ Nieto(a) ○ Abuelo(a) ○ Tio(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 ○ TMF ○ SD ○ Partida /Acta Nac ○	Número de Identificación	1067735105
		Correo electrónico	

Número de Celular		Sexo ○H ✓M ○Intersex	Fecha de Nacimiento: 05 02 2020

¿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 mas años)
○ Femenino ○ Masculino ○ Trans ○ Otro ○ No deseo responder	○ Homosexual (Lesbiana - Gay) ○ Heterosexual ○ Bisexual ○ Otro ○ No deseo responder

País de nacimiento	Colombia	Departamento de nacimiento	Cesar	Municipio de nacimiento	CODAZZI

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ○ Afrocolombiano ○ Comunidad Negra ○ Palenquero ○ Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia ● Indígena ○ Rrom/Gitano ○ No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores

¿Se autoreconoce como campesino (a)? SI ○ NO ●

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:	Territorio.		Consejo.		
	Comunidad.				
Si el Beneficiario se autoreconoce con Indígena indique.	Pueblo.	Yukpa	Resguardo.	Iroka	
	Comunidad	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo	● SI	○ NO
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano indique la Kumpania a la que pertenece.			Tipo de beneficiario	○ Persona lactante ○ Persona Gestante ✓ Niños, niñas y adolescentes y adulto	
Nivel de escolaridad	Primera Infancia	Ocupación	ESTUDIANTE	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.	DUSAKAWI	Si es afiliado indique tipo de afiliacion. ○ Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Regimen subsidiado ✓ Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ○ SI ✓ NO — Si el beneficiario 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

- ○ El beneficiario requiere la ayuda de otra persona.
- ○ El beneficiario requiere ayuda técnica/Producto de apoyo.
- ○ El beneficiario cuenta con la ayuda tecnica/Producto de apoyo.
- ○ El beneficiario requiere terapia y/o rehabilitación.
- ○ El beneficiario 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.

INFORMACIÓN INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR

BENEFICIARIO (se repite por cada integrante de la familia)

Primer Nombre	MELYS	Segundo Nombre	
Primer Apellido	CUELLO	Segundo Apellido	PEREZ

Parentesco con respecto al Jefe de Grupo Familiar: ○ Conyuge/Compañero(a) ✓ Hijo(a) ○ Tio(a) ○ Yerno/Nuera ○ Padre/Madre ○ Hermano(a) ○ Sobrino(a) ○ Cuñado(a) ○ Amigo(a) ○ Padastro/Madrastra ○ Nieto(a) ○ Primo(a) ○ Padrino/Madrina ○ Hijastro(a) ○ Abuelo(a) ○ Suegro(a) ○ Pariente

Tipo Documento: RC ✓ TI ○ CC ○ PEP ○ PPT ○ PA ○ CE ○ TMF ○ SD ○ Partida /Acta Nac ○

Número de Identificación: 1067732020

Correo electrónico:

Número de Celular:

Sexo: ○ H ✓ M ○ Intersex

Fecha de Nacimiento: 29/09/2017

¿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 mas años): ○ Homosexual (Lesbiana - Gay) ○ Heterosexual ○ Bisexual ○ Otro ○ No deseo responder

País de nacimiento	Colombia	Departamento de nacimiento	Cesar	Municipio de nacimiento	CODAZZI

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ○ Afrocolombiano ○ Comunidad Negra ○ Palenquero ○ Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia ● Indígena ○ Rrom/Gitano ○ No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores

¿Se autoreconoce como campesino (a)? SI ○ NO ●

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:	Territorio.		Consejo.		
	Comunidad.				
Si el Beneficiario se autoreconoce con Indígena Indique:	Pueblo.	Yukpa	Resguardo	Iroka	
	Comunidad	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo	● SI	○ NO
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano indique la Kumpania a la que pertenece.			Tipo de beneficiario	○ Persona lactante ○ Persona Gestante ✓ Niños, niñas y adolescentes y adulto	
Nivel de escolaridad	PRIMARIA 1°	Ocupación	ESTUDIANTE	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: DUSAKAWI

Si es afiliado indique tipo de afiliacion: ○ Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Regimen subsidiado ✓ Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ○ SI ✓ NO

Si el beneficiario 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

- ○ El beneficiario requiere la ayuda de otra persona.
- ○ 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?	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 ☐

INFORMACIÓN INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR

BENEFICIARIO (se repite por cada integrante de la familia)

Primer Nombre	WILMER	Segundo Nombre	ANDRES
Primer Apellido	CUELLO	Segundo Apellido	PEREZ

Parentesco con respecto al Jefe de Grupo Familiar: ○ Conyuge/Compañero(a) ● Hijo(a) ○ Tio(a) ○ Yerno/Nuera ○ Padre/Madre ○ Hermano(a) ○ Sobrino(a) ○ Cuñado(a) ○ Amigo(a) ○ Padastro/Madrastra ○ Nieto(a) ○ Primo(a) ○ Padrino/Madrina ○ Hijastro(a) ○ Abuelo(a) ○ Suegro(a) ○ Pariente

Tipo Documento	RC ● TI ○ CC ○ PEP ○ PPT ○ PA ○ CE ○ TMF ○ SD ○ Partida /Acta Nac ○	Número de Identificación	1067735995
		Correo electrónico	
Número de Celular		Sexo ●H ○M ○Intersex	Fecha de Nacimiento 02052022

¿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 mas años)
○ Femenino ○ Masculino ○ Trans ○ Otro ○ No deseo responder	○ Homosexual (Lesbiana - Gay) ○ Heterosexual ○ Bisexual ○ Otro ○ No deseo responder

País de nacimiento	Colombia	Departamento de nacimiento	Cesar	Municipio de nacimiento	CODAZZI

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ○ Afrocolombiano ○ Comunidad Negra ○ Palenquero ○ Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia ● Indígena ○ Rrom/Gitano ○ No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores

¿Se autoreconoce como campesino (a)? SI ○ NO ●

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:	Territorio.		Consejo.		
	Comunidad.				
Si el Beneficiario se autoreconoce con Indigena Indique.	Pueblo.	Yukpa	Resguardo.	Iroka	
	Comunidad	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo	● SI ○ NO	
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano indique la Kumpania a la que pertenece.			Tipo de beneficiario	○ Persona lactante ○ Persona Gestante ○ Niños, niñas y adolescentes y adulto	
Nivel de escolaridad	PRIMERA INFANCIA	Ocupación	ESTUDIANTE	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: DUSAKAWI

Si es afiliado indique tipo de afiliación: ○ Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Regimen subsidiado ● Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ○ SI ● NO — Si el beneficiario 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

- ○ El beneficiario requiere la ayuda de otra persona.
- ○ 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?	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 ☐

INFORMACIÓN INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR

BENEFICIARIO (se repite por cada integrante de la familia)

Primer Nombre	HUGUES	Segundo Nombre	
Primer Apellido	CUELLO	Segundo Apellido	PEREZ

Parentesco con respecto al Jefe de Grupo Familiar: ○ Conyuge/Compañero(a) ○ Padre/Madre ○ Padastro/Madrastra ○ Hijastro(a) ✓ Hijo(a) ○ Hermano(a) ○ Nieto(a) ○ Abuelo(a) ○ Tio(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 ○ TMF ○ SD ○ Partida /Acta Nac ○	Número de Identificación	1148705323
		Correo electrónico	
Número de Celular		Sexo ✓H ○M ○Intersex	Fecha de Nacimiento 14042012
¿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 mas años)	
○ Femenino ○ Masculino ○ Trans ○ Otro ○ No deseo responder		○ Homosexual (Lesbiana - Gay) ○ Heterosexual ○ Bisexual ○ Otro ○ No deseo responder	

País de nacimiento	Colombia	Departamento de nacimiento	Cesar	Municipio de nacimiento	CODAZZI

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ○ Afrocolombiano ○ Comunidad Negra ○ Palenquero ○ Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia ● Indígena ○ Rrom/Gitano ○ No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores

¿Se autoreconoce como campesino (a)? SI ○ NO ●

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:	Territorio.		Consejo.
	Comunidad.		
Si el Beneficiario se autoreconoce con Indígena Indique.	Pueblo.	Yukpa	Resguardo. Iroka
	Comunidad	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo ● SI ○ NO
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano indique la Kumpania a la que pertenece.			Tipo de beneficiario: ○ Persona lactante ○ Persona Gestante ✓ Niños, niñas y adolescentes y adulto
Nivel de escolaridad	permanca 3°	Ocupación	ESTUDIANTE
			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.	DUSAKAWI
		Si es afiliado indique tipo de afiliación.	○ Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Régimen subsidiado ✓ Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ○ SI ✓ NO — Si el beneficiario 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

○ El beneficiario requiere la ayuda de otra persona.
○ 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? ○ SI ○ NO	Frecuencia Intensidad del apoyo: ○ Intermitente. ○ Limitado. ○ Extenso. ○ Generalizado.	Tipo de apoyo: ○ De la misma PcD. ○ De otras personas. ○ Sistemas de comunicación Aumentativos o 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

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO FICHA DE CARACTERIZACIÓN SOCIO FAMILIAR	F7.MO30.PP	29/08/2024
		Versión 1	Pagina 1 de 2

Por favor diligencie completamente el presente formulario para garantizar un óptimo análisis de la información.

Fecha de Diligenciamiento: 06092024

Modalidad de Atención: FAMILIAS Y COMUNIDADES **Nombre del Servicio:** TEJIENDO INTERCULTURALIDAD.

INFORMACIÓN ENTIDAD CONTRATISTA

A continuación se debe diligenciar la información de la Entidad Contratista

REGIONAL: Cesar

Nombre Entidad Contratista	Resguardo Indígena Iroka		
Tipo Documento Entidad Contratista	(✓) NIT ( ) RUT	Número de Identificación de la Entidad Contratista	8240020102-—
Número de Contrato	20005122024		
Primer Nombre Prof. Acompañamiento Familiar	SANDRA	Primer Apellido Prof. Acompañamiento Familiar	CASTILLA
Tipo Doc. Prof. Acompañamiento Familiar	(✓) CC ( ) CE ( ) PA ( ) PPT	Número de identificación Prof. Acompañamiento Familiar	49786730

INFORMACIÓN UBICACIÓN DE LA VIVIENDA FAMILIAR

Tipo de Vivienda: ( ) Casa ( ) Habitación o Cuarto ( ) Albergue (Vivienda Temporal) ( ) Apartamento (✓) Vivienda Indígena ( ) Palafito ( ) Inquilinato ( ) Casa lote

País	Colombia	Departamento	Cesar	Municipio	Agustín Codazzi
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	ONCE	Dirección	ONCE

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 basicos: ( ) Agua ( ) Alcantarillado ( ) Energía Eléctrica ( ) Gas Natural ( ) Internet ( ) Recolección de basuras ( ) Telefonía fija ( ) Telefonía móvil (✓) 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	JOSE	Segundo Nombre	LUIS
Primer Apellido	CUELLO	Segundo Apellido	MONTES
Tipo Documento RC ( ) TI ( ) CC (✓) PA ( ) CE ( ) PEP ( ) TMF ( )		Número de documento	1133485414
PPT ( ) Partida/Acta Nac ( )	Correo electrónico	Número de Celular	
Fecha de Vinculación a la modalidad	30082024	Sexo: (✓) H ( ) M ( ) Intersex	Fecha de Nacimiento 05111979

¿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.	Colombia	Departamento de nacimiento.	CESAR	Municipio de nacimiento.	CODAZZI

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ( ) Afrocolombiano ( ) Comunidad Negra ( ) Palenquero ( ) Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia (●) Indígena ( ) Rrom/Gitano ( ) No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores

¿Se autoreconoce como campesino (a)? SI ( ) NO (●)

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:	Territorio.		Consejo.	
	Comunidad.			
Si el Beneficiario se autoreconoce con Indigena Indique:	Pueblo	Yukpa	Resguardo.	Iroka
	Comunidad	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo	(●) SI ( ) NO
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano indique la Kumpania a la que pertenece.			Tipo de beneficiario	( ) Persona lactante ( ) Persona Gestante (✓) Niños, niñas y adolescentes y adulto
Nivel de escolaridad		Ocupación	AGRICULTOR	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: DUSA RAWI

Si es afiliado indique tipo de afiliación: ( ) Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Régimen subsidiado (✓) Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ( ) SI (●) NO — Si el beneficiario 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 ( )

- ( ) El beneficiario requiere la ayuda de otra persona.
- ( ) 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? ( ) SI ( ) NO

Frecuencia Intensidad del apoyo: ( ) Intermitente. ( ) Limitado. ( ) Extenso. ( ) Generalizado.

Tipo de apoyo: ( ) De la misma PcD. ( ) De otras personas. ( ) Sistemas de comunicación Aumentativoso alternativos SAAC

¿La persona tiene una condición de discapacidad? ( ) Auditiva. ( ) Física. ( ) Sordoceguera. ( ) Múltiple. ( ) Intelectual. ( ) Visual. ( ) Psicosocial (Mental).

NIVEL DE DIFICULTAD DE DESEMPEÑO %

Global.	Movilidad.	Relaciones.	Cognición.

Cuidado Personal.	Actividades Cotidianas	Participación

INFORMACIÓN INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR

BENEFICIARIO (se repite por cada integrante de la familia)

Primer Nombre	LUZ	Segundo Nombre	HELENA
Primer Apellido	PEREZ	Segundo Apellido	PESTANEZA

Parentesco con respecto al Jefe de Grupo Familiar: (X) Conyuge/Compañero(a) ( ) Padre/Madre ( ) Padastro/Madrastra ( ) Hijastro(a) ( ) Hijo(a) ( ) Hermano(a) ( ) Nieto(a) ( ) Abuelo(a) ( ) Tio(a) ( ) Sobrino(a) ( ) Primo(a) ( ) Suegro(a) ( ) Yerno/Nuera ( ) Cuñado(a) ( ) Padrino/Madrina ( ) Pariente ( ) Amigo(a)

Tipo Documento	RC ( ) TI ( ) CC (X) PEP ( ) PPT ( ) PA ( ) CE ( ) TMF ( ) SD ( ) Partida /Acta Nac ( )	Número de Identificación	1133485517
		Correo electrónico	
Número de Celular		Sexo	( ) H (X) M ( ) Intersex
Fecha de Nacimiento	05 04 1998		

¿Desea responder preguntas sobre su género y orientación sexual? ( ) SI (X) 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	Colombia	Departamento de nacimiento	Cesar	Municipio de nacimiento	Codazzi

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ( ) Afrocolombiano ( ) Comunidad Negra ( ) Palenquero ( ) Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia (X) Indígena ( ) Rrom/Gitano ( ) No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores

¿Se autoreconoce como campesino (a)? SI ( ) NO (X)

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:	Territorio.		Consejo.
	Comunidad.		
Si el Beneficiario se autoreconoce con Indigena Indique:	Pueblo.	Yukpa	Resguardo. Iroka
	Comunidad.	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo (X) SI ( ) NO
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano indique la Kumpania a la que pertenece.			Tipo de beneficiario: ( ) Persona lactante ( ) Persona Gestante (X) Niños, niñas y adolescentes y adulto
Nivel de escolaridad	PRIMARIA 1°	Ocupación	AMA DE CASA
Actualmente asiste a establecimiento educativo	( ) SI (X) NO		

En el sistema de Seguridad Social en Salud (SGSSS) es: (X) Afiliado Régimen Subsidiado. ( ) Afiliado Régimen Especial. ( ) Afiliado Régimen Contributivo. ( ) No Afiliado(a).

Si es Afiliado indique la EPS: DUSAKAWI

Si es afiliado indique tipo de afiliación. ( ) Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Régimen subsidiado (X) Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ( ) SI (X) NO

Si el beneficiario 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 ( )

- ( ) El beneficiario requiere la ayuda de otra persona.
- ( ) 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? SI ( ) NO ( )

Frecuencia Intensidad del apoyo: ( ) Intermitente. ( ) Limitado. ( ) Extenso. ( ) Generalizado.

Tipo de apoyo: ( ) De la misma PcD. ( ) De otras personas. ( ) Sistemas de comunicación Aumentativos o Alternativos SAAC

¿La persona tiene una condición de discapacidadad? ( ) Auditiva. ( ) Física. ( ) Sordoceguera. ( ) Psicosocial (Mental). ( ) Múltiple. ( ) Intelectual. ( ) Visual.

NIVEL DE DIFICULTAD DE DESEMPEÑO %

Global.	Movilidad.	Relaciones.	Cognición.

Cuidado Personal.	Actividades Cotidianas	Participación

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO FICHA DE CARACTERIZACIÓN SOCIO FAMILIAR	F7.MO30.PP	29/08/2024
		Versión 1	Pagina 2 de 2

INFORMACIÓN INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR

BENEFICIARIO (se repite por cada integrante de la familia)

Primer Nombre	MANUELA	Segundo Nombre	
Primer Apellido	CUELLO	Segundo Apellido	PEREZ

Parentesco con respecto al Jefe de Grupo Familiar: ○ Conyuge/Compañero(a) ✓ Hijo(a) ○ Tio(a) ○ Yerno/Nuera ○ Padre/Madre ○ Hermano(a) ○ Sobrino(a) ○ Cuñado(a) ○ Amigo(a) ○ Padastro/Madrastra ○ Nieto(a) ○ Primo(a) ○ Padrino/Madrina ○ Hijastro(a) ○ Abuelo(a) ○ Suegro(a) ○ Pariente

Tipo Documento: RC ✓ TI ○ CC ○ PEP ○ PPT ○ PA ○ CE ○ TMF ○ SD ○ Partida /Acta Nac ○ — Número de Identificación: 1067735105 — Correo electrónico:

Número de Celular: | Sexo: ○H ✓M ○Intersex | Fecha de Nacimiento: 05 02 2020

¿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 mas años): ○ Homosexual (Lesbiana - Gay) ○ Heterosexual ○ Bisexual ○ Otro ○ No deseo responder

País de nacimiento	Colombia	Departamento de nacimiento	Cesar	Municipio de nacimiento	CODAZZI

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ○ Afrocolombiano ○ Comunidad Negra ○ Palenquero ○ Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia ● Indígena ○ Rrom/Gitano ○ No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores

¿Se autoreconoce como campesino (a)? SI ○ NO ●

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:	Territorio.		Consejo.
	Comunidad.		
Si el Beneficiario se autoreconoce con indígena indique:	Pueblo.	Yukpa	Resguardo. Iroka
	Comunidad	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo ● SI ○ NO
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano indique la Kumpania a la que pertenece.			Tipo de beneficiario: ○ Persona lactante ○ Persona Gestante ✓ Niños, niñas y adolescentes y adulto
Nivel de escolaridad	Primera Infancia	Ocupación	ESTUDIANTE — 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: DUSAKAWI

Si es afiliado indique tipo de afiliacion: ○ Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Regimen subsidiado ✓ Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ○ SI ✓ NO — Si el beneficiario 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

- ○ El beneficiario requiere la ayuda de otra persona.
- ○ 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? ○ SI ○ NO

Frecuencia Intensidad del apoyo: ○ Intermitente. ○ Limitado. ○ Extenso. ○ Generalizado.

Tipo de apoyo: ○ De la misma PcD. ○ De otras personas. ○ Sistemas de comunicación Aumentativos o 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 ☐

INFORMACIÓN INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR

BENEFICIARIO (se repite por cada integrante de la familia)

Primer Nombre	MELYS	Segundo Nombre	
Primer Apellido	CUELLO	Segundo Apellido	PEREZ

Parentesco con respecto al Jefe de Grupo Familiar: ○ Conyuge/Compañero(a) ● Hijo(a) ○ Tio(a) ○ Yerno/Nuera ○ Padre/Madre ○ Hermano(a) ○ Sobrino(a) ○ Cuñado(a) ○ Amigo(a) ○ Padastro/Madrastra ○ Nieto(a) ○ Primo(a) ○ Padrino/Madrina ○ Hijastro(a) ○ Abuelo(a) ○ Suegro(a) ○ Pariente

Tipo Documento	RC ● TI ○ CC ○ PEP ○ PPT ○ PA ○ CE ○ TMF ○ SD ○ Partida /Acta Nac ○	Número de Identificación	1067732020
		Correo electrónico	
Número de Celular		Sexo	○H ●M ○Intersex
Fecha de Nacimiento	29 09 2017		

¿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 mas años)
○ Femenino ○ Masculino ○ Trans ○ Otro ○ No deseo responder	○ Homosexual (Lesbiana - Gay) ○ Heterosexual ○ Bisexual ○ Otro ○ No deseo responder

País de nacimiento	Colombia	Departamento de nacimiento	Cesar	Municipio de nacimiento	CODAZZI

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ○ Afrocolombiano ○ Comunidad Negra ○ Palenquero ○ Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia ● Indígena ○ Rrom/Gitano ○ No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores

¿Se autoreconoce como campesino (a)? SI ○ NO ●

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:	Territorio.		Consejo.		
	Comunidad.				
Si el Beneficiario se autoreconoce con Indigena Indique:	Pueblo.	Yukpa	Resguardo	Iroka	
	Comunidad.	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo	● SI ○ NO	
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano indique la Kumpania a la que pertenece.			Tipo de beneficiario	○ Persona lactante ○ Persona Gestante ✓ Niños, niñas y adolescentes y adulto	
Nivel de escolaridad	PRIMARIA 1°	Ocupación	ESTUDIANTE	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: DUSAKAWI

Si es afiliado indique tipo de afiliación: ○ Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Regimen subsidiado ✓ Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ○ SI ✓ NO — Si el beneficiario 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?.	
SI ○ NO ○	○ EPS ○ IPS Resolución 1239 - 2022 ○ No Def. ○ Administradoras del régimen especial de Excep ○ Instituto Nacional de Medicina Legal INMLCF	○ SI ○ NO	○ El beneficiario requiere la ayuda de otra persona. ○ 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?	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. ○ Fisica. ○ Sordoceguera. ○ Psicosocial (Mental). ○ Múltiple. ○ Intelectual. ○ Visual.	Global. ☐ Movilidad. ☐ Relaciones. ☐ Cognición. ☐ Cuidado Personal. ☐ Actividades Cotidianas ☐ Participación ☐

INFORMACIÓN INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR

BENEFICIARIO (se repite por cada integrante de la familia)

Primer Nombre	WILMER	Segundo Nombre	ANDRES
Primer Apellido	CUELLO	Segundo Apellido	PEREZ

Parentesco con respecto al Jefe de Grupo Familiar: ○ Conyuge/Compañero(a) ● Hijo(a) ○ Tio(a) ○ Yerno/Nuera ○ Padre/Madre ○ Hermano(a) ○ Sobrino(a) ○ Cuñado(a) ○ Amigo(a) ○ Padastro/Madrastra ○ Nieto(a) ○ Primo(a) ○ Padrino/Madrina ○ Hijastro(a) ○ Abuelo(a) ○ Suegro(a) ○ Pariente

Tipo Documento: RC ● TI ○ CC ○ PEP ○ PPT ○ PA ○ CE ○ TMF ○ SD ○ Partida /Acta Nac ○ — Número de Identificación: 1067735995 — Correo electrónico:

Número de Celular: — Sexo ● H ○ M ○ Intersex — Fecha de Nacimiento: 02052022

¿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 mas años): ○ Homosexual (Lesbiana - Gay) ○ Heterosexual ○ Bisexual ○ Otro ○ No deseo responder

País de nacimiento	Colombia	Departamento de nacimiento	Cesar	Municipio de nacimiento	CODAZZI

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ○ Afrocolombiano ○ Comunidad Negra ○ Palenquero ○ Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia ● Indígena ○ Rrom/Gitano ○ No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores — ¿Se autoreconoce como campesino (a)? SI ○ NO ●

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:	Territorio.		Consejo.	
	Comunidad.			
Si el Beneficiario se autoreconoce con Indigena Indique.	Pueblo.	Yukpa	Resguardo.	Iroka
	Comunidad	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo	● SI ○ NO
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano indique la Kumpania a la que pertenece.			Tipo de beneficiario	○ Persona lactante ○ Persona Gestante ○ Niños, niñas y adolescentes y adulto
Nivel de escolaridad	PRIMERA INFANCIA	Ocupación	ESTUDIANTE	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: DUSAKAWI

Si es afiliado indique tipo de afiliación: ○ Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Regimen subsidiado ● Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ○ SI ● NO — Si el beneficiario no presenta discapacidad, no se deben diligenciar las siguientes preguntas

¿La discapacidad esta 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 ○

- ○ El beneficiario requiere la ayuda de otra persona.
- ○ 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? ○ SI ○ NO

Frecuencia Intensidad del apoyo: ○ Intermitente. ○ Limitado. ○ Extenso. ○ Generalizado.

Tipo de apoyo: ○ De la misma PcD. ○ De otras personas. ○ Sistemas de comunicación Aumentativos o 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

INFORMACIÓN INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR

BENEFICIARIO (se repite por cada integrante de la familia)

Primer Nombre	HUGUES	Segundo Nombre	
Primer Apellido	CUELLO	Segundo Apellido	PEREZ

Parentesco con respecto al Jefe de Grupo Familiar: ○ Conyuge/Compañero(a) ● Hijo(a) ○ Tio(a) ○ Yerno/Nuera ○ Padre/Madre ○ Hermano(a) ○ Sobrino(a) ○ Cuñado(a) ○ Amigo(a) ○ Padastro/Madrastra ○ Nieto(a) ○ Primo(a) ○ Padrino/Madrina ○ Hijastro(a) ○ Abuelo(a) ○ Suegro(a) ○ Pariente

Tipo Documento	RC ○ TI ● CC ○ PEP ○ PPT ○ PA ○ CE ○ TMF ○ SD ○ Partida /Acta Nac ○	Número de Identificación	1148705323
		Correo electrónico	
Número de Celular		Sexo	● H ○ M ○ Intersex
Fecha de Nacimiento	14042012		

¿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 mas años): ○ Homosexual (Lesbiana - Gay) ○ Heterosexual ○ Bisexual ○ Otro ○ No deseo responder

País de nacimiento	Colombia	Departamento de nacimiento	Cesar	Municipio de nacimiento	CODAZZI

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ○ Afrocolombiano ○ Comunidad Negra ○ Palenquero ○ Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia ● Indígena ○ Rrom/Gitano ○ No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores

¿Se autoreconoce como campesino (a)? SI ○ NO ●

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:	Territorio.		Consejo.
	Comunidad.		
Si el Beneficiario se autoreconoce con Indigena Indique.	Pueblo.	Yukpa	Resguardo. Iroka
	Comunidad	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo ● SI ○ NO
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano indique la Kumpania a la que pertenece.			Tipo de beneficiario: ○ Persona lactante ○ Persona Gestante ● Niños, niñas y adolescentes y adulto
Nivel de escolaridad	PRIMARIA 3°	Ocupación	ESTUDIANTE
			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: DUSAKAWI

Si es afiliado indique tipo de afiliacion: ○ Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Regimen subsidiado ● Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ○ SI ● NO — Si el beneficiario 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 ○

- ○ El beneficiario requiere la ayuda de otra persona.
- ○ 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?	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 ☐

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLITICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES I.C.B.F. Y A LA LEY 1581 DE 2012

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO FICHA DE CARACTERIZACIÓN SOCIO FAMILIAR	F7.MO30.PP	29/08/2024
		Versión 1	Pagina 1 de 2

Por favor diligencie completamente el presente formulario para garantizar un óptimo análisis de la información.

Fecha de Diligenciamiento: 06 09 2024

Modalidad de Atención: Familias y Comunidades **Nombre del Servicio:** TEJIENDO INTERCULTURALIDAD

INFORMACIÓN ENTIDAD CONTRATISTA

A continuación se debe diligenciar la información de la Entidad Contratista

REGIONAL: Cesar

Nombre Entidad Contratista	Resguardo Indígena Iroka		
Tipo Documento Entidad Contratista	(●) NIT ( ) RUT	Número de Identificación de la Entidad Contratista	8240020101-2
Número de Contrato	20005122024		
Primer Nombre Prof. Acompañamiento Familiar	Sandra	Primer Apellido Prof. Acompañamiento Familiar	Casilla
Tipo Doc. Prof. Acompañamiento Familiar	(●) CC ( ) CE ( ) PA ( ) PPT	Número de identificación Prof. Acompañamiento Familiar	49786730

INFORMACIÓN UBICACIÓN DE LA VIVIENDA FAMILIAR

Tipo de Vivienda: ( ) Casa ( ) Habitación o Cuarto ( ) Albergue (Vivienda Temporal) ( ) Apartamento (●) Vivienda Indígena ( ) Palafito ( ) Inquilinato ( ) Casa lote

País	Colombia	Departamento	Cesar	Municipio	Agustín Codazzi
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	ONCE	Dirección	ONCE

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 basicos: ( ) Agua ( ) Alcantarillado ( ) Energía Eléctrica ( ) Gas Natural ( ) Internet ( ) Recolección de basuras ( ) Telefonía fija ( ) Telefonía móvil (●) 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	ANIBAL	Segundo Nombre	
Primer Apellido	PEÑALOZA	Segundo Apellido	BLANCO

Tipo Documento RC ( ) TI ( ) CC (●) PA ( ) CE ( ) PEP ( ) TMF ( ) Número de documento: 1133485499

PPT ( ) Partida/Acta Nac ( ) Correo electrónico: Número de Celular:

Fecha de Vinculación a la modalidad: 30082024 Sexo: (●) H ( ) M ( ) Intersex Fecha de Nacimiento: 26021997

¿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.	Colombia	Departamento de nacimiento.		Municipio de nacimiento.	

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ( ) Afrocolombiano ( ) Comunidad Negra ( ) Palenquero ( ) Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia (●) Indígena ( ) Rrom/Gitano ( ) No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores

¿Se autoreconoce como campesino (a)? SI ( ) NO (●)

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:	Territorio.		Consejo.	
	Comunidad.			
Si el Beneficiario se autoreconoce con Indigena Indique:	Pueblo	Yukpa	Resguardo.	Iroka
	Comunidad	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo	(●) SI ( ) NO
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano indique la Kumpania a la que pertenece.			Tipo de beneficiario	( ) Persona lactante ( ) Persona Gestante (●) Niños, niñas y adolescentes y adulto
Nivel de escolaridad		Ocupación	Abogado(a)	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: DUSAKAWI

Si es afiliado indique tipo de afiliación: ( ) Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Régimen subsidiado (●) Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ( ) SI (●) NO Si el beneficiario 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 ( )

- ( ) El beneficiario requiere la ayuda de otra persona.
- ( ) 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? ( ) SI ( ) NO

Frecuencia Intensidad del apoyo: ( ) Intermitente. ( ) Limitado. ( ) Extenso. ( ) Generalizado.

Tipo de apoyo: ( ) De la misma PcD. ( ) De otras personas. ( ) Sistemas de comunicación Aumentativoso alternativos SAAC

¿La persona tiene una condición de discapacidad? ( ) Auditiva. ( ) Múltiple. ( ) Física. ( ) Intelectual. ( ) Sordoceguera. ( ) Visual. ( ) Psicosocial (Mental).

NIVEL DE DIFICULTAD DE DESEMPEÑO %

Global.	Movilidad.	Relaciones.	Cognición.

Cuidado Personal.	Actividades Cotidianas	Participación

INFORMACIÓN INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR

BENEFICIARIO (se repite por cada integrante de la familia)

Primer Nombre	RAQUEL	Segundo Nombre	
Primer Apellido	PEREZ	Segundo Apellido	QUEVO

Parentesco con respecto al Jefe de Grupo Familiar: (✓) Conyuge/Compañero(a); ( ) Padre/Madre; ( ) Padastro/Madrastra; ( ) Hijastro(a); ( ) Hijo(a); ( ) Hermano(a); ( ) Nieto(a); ( ) Abuelo(a); ( ) Tio(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 ( ) TMF ( ) SD ( ) Partida /Acta Nac ( )	Número de Identificación	1133405443
		Correo electrónico	
Número de Celular		Sexo	( ) H (✓) M ( ) Intersex
Fecha de Nacimiento	13 02 1986		

¿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	Colombia	Departamento de nacimiento	Cesar	Municipio de nacimiento	

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ( ) Afrocolombiano; ( ) Comunidad Negra; ( ) Palenquero; ( ) Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia; (✓) Indígena; ( ) Rrom/Gitano; ( ) No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores

¿Se autoreconoce como campesino (a)? SI ( ) NO (✓)

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:	Territorio.		Consejo.		
	Comunidad.				
Si el Beneficiario se autoreconoce con Indigena Indique:	Pueblo.	Yukpa	Resguardo.	Iroka	
	Comunidad.	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo	(✓) SI	( ) NO
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano indique la Kumpania a la que pertenece.			Tipo de beneficiario	( ) Persona lactante; ( ) Persona Gestante; (✓) Niños, niñas y adolescentes y adulto	
Nivel de escolaridad		Ocupación	AMA DE CASA	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: DUSAKAWI

Si es afiliado indique tipo de afiliación: ( ) Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Régimen subsidiado (✓) Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ( ) SI (✓) NO — Si el beneficiario 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 ( )

( ) El beneficiario requiere la ayuda de otra persona.
( ) 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?	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

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO FICHA DE CARACTERIZACIÓN SOCIO FAMILIAR	F7.MO30.PP	29/08/2024
		Versión 1	Pagina 2 de 2

INFORMACIÓN INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR

BENEFICIARIO (se repite por cada integrante de la familia)

Primer Nombre	ANGEL	Segundo Nombre	DARIO
Primer Apellido	PERET	Segundo Apellido	PERET

Parentesco con respecto al Jefe de Grupo Familiar: ○ Conyuge/Compañero(a) ○ Hijo(a) ○ Tio(a) ○ Yerno/Nuera ○ Padre/Madre ○ Hermano(a) ○ Sobrino(a) ○ Cuñado(a) ○ Amigo(a) ○ Padastro/Madrastra ○ Nieto(a) ○ Primo(a) ○ Padrino/Madrina ✓ Hijastro(a) ○ Abuelo(a) ○ Suegro(a) ○ Pariente

Tipo Documento	RC ○ TI ✓ CC ○ PEP ○ PPT ○ PA ○ CE ○ TMF ○ SD ○ Partida /Acta Nac ○	Número de Identificación	1148705335
		Correo electrónico	
Número de Celular		Sexo ✓F ○M ○Intersex	Fecha de Nacimiento 1 2 / 1 / 2 0 0 9

¿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

Genero	Orientación sexual (con edad de 14 o mas años)
○ Femenino ○ Masculino ○ Trans ○ Otro ○ No deseo responder	○ Homosexual (Lesbiana - Gay) ○ Heterosexual ○ Bisexual ○ Otro ○ No deseo responder

País de nacimiento	Colombia	Departamento de nacimiento	Cesar	Municipio de nacimiento	Codazzi

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ○ Afrocolombiano ○ Comunidad Negra ○ Palenquero ○ Raizal del Archipielago de San Andres y Providencia ● Indigena ○ Rrom/Gitano ○ No se autoreconoce en ninguno de los anteriores — ¿Se autoreconoce como campesino (a)? SI ○ NO ●

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:	Territorio.		Consejo.		
	Comunidad.				
Si el Beneficiario se autoreconoce con indigena indique:	Pueblo.	Yukpa	Resguardo	Iroka	
	Comunidad	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo	● SI	○ NO
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano indique la Kumpania a la que pertenece.			Tipo de beneficiario	○ Persona lactante ○ Persona Gestante ✓ Niños, ninas y adolescentes y adulto	
Nivel de escolaridad	SECUNDARIA 9°	Ocupación	ESTUDIANTE	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: DUSAKAWI

Si es afiliado indique tipo de afiliación: ○ Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Regimen subsidiado ✓ Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ○ SI ✓ NO — Si el beneficiario no presenta discapacidad, no se deben diligenciar las siguientes preguntas

¿La discapacidad esta certificada?	Entidad que certifica la discapacidad	¿Está inscrito en el registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad?	
SI ○ NO ○	○ EPS ○ IPS Resolución 1239 - 2022 ○ No Def. ○ Administradoras del régimen especial de Excep ○ Instituto Nacional de Medicina Legal INMLCF	○ SI ○ NO	○ El beneficiario requiere la ayuda de otra persona. ○ El beneficiario requiere ayuda técnica/Producto de apoyo. ○ El beneficiario cuenta con la ayuda tecnica/Producto de apoyo. ○ El beneficiario requiere terapia y/o rehabilitación. ○ El beneficiario 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. ○ Multiple. ○ Fisica. ○ Intelectual. ○ Sordoceguera. ○ Visual. ○ Psicosocial (Mental)	Global. ☐ Movilidad. ☐ Relaciones. ☐ Cognición. ☐ Cuidado Personal. ☐ Actividades Cotidianas. ☐ Participación. ☐

INFORMACIÓN INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR

BENEFICIARIO (se repite por cada integrante de la familia)

Primer Nombre	YAGAIRA	Segundo Nombre	
Primer Apellido	PEREZ	Segundo Apellido	PEREZ

Parentesco con respecto al Jefe de Grupo Familiar: ○ Conyuge/Compañero(a) ○ Padre/Madre ○ Padastro/Madrastra ✓ Hijastro(a) ○ Hijo(a) ○ Hermano(a) ○ Nieto(a) ○ Abuelo(a) ○ Tio(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 ○ TMF ○ SD ○ Partida /Acta Nac ○	Número de Identificación	1148705333
		Correo electrónico	
Número de Celular		Sexo ○H ✓M ○Intersex	Fecha de Nacimiento: 14 02 2011

¿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

Genero	Orientación sexual (con edad de 14 o mas años)
○ Femenino ○ Masculino ○ Trans ○ Otro ○ No deseo responder	○ Homosexual (Lesbiana - Gay) ○ Heterosexual ○ Bisexual ○ Otro ○ No deseo responder

Pais de nacimiento	Colombia	Departamento de nacimiento	Cesar	Municipio de nacimiento	0009221

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ○ Afrocolombiano ○ Comunidad Negra ○ Palenquero ○ Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia ● Indigena ○ Rrom/Gitano ○ No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores

¿Se autoreconoce como campesino (a)? SI ○ NO ●

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:	Territorio:		Consejo:		
	Comunidad:				
Si el Beneficiario se autoreconoce con indigena indique:	Pueblo:	Yukpa	Resguardo:	Iroka	
	Comunidad:	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo	● SI	○ NO
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano indique la Kumpania a la que pertenece:			Tipo de beneficiario	○ Persona lactante ○ Persona Gestante ✓ Niños, niñas y adolescentes y adulto	
Nivel de escolaridad	Secundaria 8°	Ocupación:	ESTUDIANTE	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:	DUSAKAWI	Si es afiliado indique tipo de afiliación: ○ Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Regimen subsidiado ✓ Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ○ SI ✓ NO — Si el beneficiario no presenta discapacidad, no se deben diligenciar las siguientes preguntas

¿La discapacidad esta certificada?	SI ○ NO ○	Entidad que certifica la discapacidad: ○ EPS ○ IPS Resolución 1239 - 2022 ○ No Def. ○ Administradoras del regimen 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	○ El beneficiario requiere la ayuda de otra persona. ○ 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?	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. ○ Fisica. ○ Sordoceguera. ○ Psicosocial (Mental) ○ Múltiple ○ Intelectual. ○ Visual.	Global: ☐ Movilidad: ☐ Relaciones: ☐ Cognición: ☐ Cuidado Personal: ☐ Actividades Cotidianas: ☐ Participación: ☐

INFORMACIÓN INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR

BENEFICIARIO (se repite por cada integrante de la familia)

Primer Nombre	MARTHA	Segundo Nombre	ERICA
Primer Apellido	PEREZ	Segundo Apellido	PEREZ

Parentesco con respecto al Jefe de Grupo Familiar: ○ Conyuge/Compañero(a) ○ Padre/Madre ○ Padastro/Madrastra ⊘ Hijastro(a) ○ Hijo(a) ○ Hermano(a) ○ Nieto(a) ○ Abuelo(a) ○ Tio(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 ○ TMF ○ SD ○ Partida /Acta Nac ○

Número de Identificación: 1148705331

Correo electrónico:

Número de Celular:

Sexo ○H ⊘M ○Intersex | Fecha de Nacimiento: 15 09 2012

¿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	68276221

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ○ Afrocolombiano ○ Comunidad Negra ○ Palenquero ○ Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia ⊘ Indígena ○ Rrom/Gitano ○ No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores

¿Se autoreconoce como campesino (a)? SI ○ NO ○

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:	Territorio.		Consejo.		
	Comunidad.				
Si el Beneficiario se autoreconoce con Indigena Indique:	Pueblo.	YUKPA	Resguardo.		
	Comunidad.	YUKPA	Reside en la misma zona de origen del pueblo	⊘SI	○ NO
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano Indique la Kumpania a la que pertenece.			Tipo de beneficiario	○ Persona lactante ○ Persona Gestante ⊘ Niños, niñas y adolescentes y adulto	
Nivel de escolaridad	SECUNDARIA 6°	Ocupación	ESTUDIANTE	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: AUSAGANI

Si es afiliado indique tipo de afiliación: ○ Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Régimen subsidiado ⊘ Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ○ SI ⊘ NO — Si el beneficiario 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 ○

- ○ El beneficiario requiere la ayuda de otra persona.
- ○ 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? ○ SI ○ NO

Frecuencia Intensidad del apoyo: ○ Intermitente. ○ Limitado. ○ Extenso. ○ Generalizado.

Tipo de apoyo: ○ De la misma PcD. ○ De otras personas. ○ Sistemas de comunicación Aumentativos o Alternativos SAAC

¿La persona tiene una condición de discapacidadad?: ○ Auditiva. ○ Física. ○ Sordoceguera. ○ Psicosocial (Mental). ○ Múltiple. ○ Intelectual. ○ Visual.

NIVEL DE DIFICULTAD DE DESEMPEÑO %

Global.	Movilidad.	Relaciones.	Cognición.

Cuidado Personal.	Actividades Cotidianas	Participación

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

INFORMACIÓN INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR

BENEFICIARIO (se repite por cada integrante de la familia)

Primer Nombre	YULIXA .	Segundo Nombre	
Primer Apellido	PEÑALOZA .	Segundo Apellido	PEREZ

Parentesco con respecto al Jefe de Grupo Familiar: ◯ Conyuge/Compañero(a) ◯ Padre/Madre ◯ Padastro/Madrastra ◯ Hijastro(a) ◉ Hijo(a) ◯ Hermano(a) ◯ Nieto(a) ◯ Abuelo(a) ◯ Tio(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 ◯ TMF ◯ SD ◯ Partida /Acta Nac ◯	Número de Identificación	1067737159
		Correo electrónico	
Número de Celular		Sexo	◯H ◉M ◯Intersex
Fecha de Nacimiento	17/06/2022		

¿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	CODAZZI

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ◯ Afrocolombiano ◯ Comunidad Negra ◯ Palenquero ◯ Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia ◉ Indígena ◯ Rrom/Gitano ◯ No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores

¿Se autoreconoce como campesino (a)? SI ◯ NO ◯

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:	Territorio.		Consejo.	
	Comunidad.			
Si el Beneficiario se autoreconoce con Indigena Indique:	Pueblo.	YUKPA	Resguardo.	
	Comunidad.	YUKPA	Reside en la misma zona de origen del pueblo	◉SI ◯ NO
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano indique la Kumpania a la que pertenece.			Tipo de beneficiario	◯ Persona lactante ◯ Persona Gestante ◉ Niños, niñas y adolescentes y adulto
Nivel de escolaridad	Primera Infancia	Ocupación	ESTUDIANTE	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: DUSAKAWI

Si es afiliado indique tipo de afiliación. ◯ Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Régimen subsidiado ◉ Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ◯ SI ◉ NO

Si el beneficiario 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

- ◯ El beneficiario requiere la ayuda de otra persona.
- ◯ 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? ◯ SI ◯ NO

Frecuencia Intensidad del apoyo: ◯ Intermitente. ◯ Limitado. ◯ Extenso. ◯ Generalizado.

Tipo de apoyo: ◯ De la misma PcD. ◯ De otras personas. ◯ Sistemas de comunicación Aumentativos o Alternativos SAAC

¿La persona tiene una condición de discapacidadad? ◯ Auditiva. ◯ Física. ◯ Sordoceguera. ◯ Psicosocial (Mental). ◯ Múltiple. ◯ Intelectual. ◯ Visual.

NIVEL DE DIFICULTAD DE DESEMPEÑO %

Global.	Movilidad.	Relaciones.	Cognición.

Cuidado Personal.	Actividades Cotidianas	Participación

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

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO FICHA DE CARACTERIZACIÓN SOCIO FAMILIAR	F7.MO30.PP	29/08/2024
		Versión 1	Pagina 2 de 2

INFORMACIÓN INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR

BENEFICIARIO (se repite por cada integrante de la familia)

Primer Nombre	Kelly	Segundo Nombre	
Primer Apellido	PEREZ	Segundo Apellido	PEREZ

Parentesco con respecto al Jefe de Grupo Familiar: ○ Conyuge/Compañero(a) ○ Padre/Madre ○ Padastro/Madrastra ✓ Hijastro(a) ○ Hijo(a) ○ Hermano(a) ○ Nieto(a) ○ Abuelo(a) ○ Tio(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 ○ TMF ○ SD ○ Partida /Acta Nac ○	Número de Identificación	1067732029
		Correo electrónico	
Número de Celular		Sexo	○H ✓M ○Intersex
Fecha de Nacimiento	18 02 2017		

¿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	Colombia	Departamento de nacimiento	Cesar	Municipio de nacimiento	Codazzi

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ○ Afrocolombiano ○ Comunidad Negra ○ Palenquero ○ Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia ● Indígena ○ Rrom/Gitano ○ No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores

¿Se autoreconoce como campesino (a)? SI ○ NO ●

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:	Territorio.		Consejo.
	Comunidad.		
Si el Beneficiario se autoreconoce con Indigena Indique:	Pueblo.	Yukpa	Resguardo. Iroka
	Comunidad.	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo ● SI ○ NO
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano indique la Kumpania a la que pertenece.			Tipo de beneficiario: ○ Persona lactante ○ Persona Gestante ✓ Niños, niñas y adolescentes y adulto
Nivel de escolaridad	Primaria 2°	Ocupación	Estudiante
			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: DUSAKAWI

Si es afiliado indique tipo de afiliación: ○ Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Regimen subsidiado ✓ Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ○ SI ✓ NO — Si el beneficiario 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 ○

- ○ El beneficiario requiere la ayuda de otra persona.
- ○ 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? SI ○ NO ○

Frecuencia Intensidad del apoyo: ○ Intermitente. ○ Limitado. ○ Extenso. ○ Generalizado.

Tipo de apoyo: ○ De la misma PcD. ○ De otras personas. ○ Sistemas de comunicación Aumentativos o Alternativos SAAC

¿La persona tiene una condición de discapacidadad? ○ Auditiva. ○ Física. ○ Sordoceguera. ○ Psicosocial (Mental). ○ Múltiple. ○ Intelectual. ○ Visual.

NIVEL DE DIFICULTAD DE DESEMPEÑO %

Global.	Movilidad.	Relaciones.	Cognición.

Cuidado Personal.	Actividades Cotidianas	Participación

INFORMACIÓN INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR

BENEFICIARIO (se repite por cada integrante de la familia)

Primer Nombre	YAMILI	Segundo Nombre	
Primer Apellido	PEREZ	Segundo Apellido	PEREZ

Parentesco con respecto al Jefe de Grupo Familiar: ○ Conyuge/Compañero(a) ○ Padre/Madre ○ Padastro/Madrastra ◉ Hijastro(a) ○ Hijo(a) ○ Hermano(a) ○ Nieto(a) ○ Abuelo(a) ○ Tio(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 ○ TMF ○ SD ○ Partida /Acta Nac ○	Número de Identificación	1067732028
		Correo electrónico	

Número de Celular		Sexo	○H ◉M ○Intersex	Fecha de Nacimiento	20/11/2015
¿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 mas años)			
○ Femenino ○ Masculino ○ Trans ○ Otro ○ No deseo responder		○ Homosexual (Lesbiana - Gay) ○ Heterosexual ○ Bisexual ○ Otro ○ No deseo responder			

País de nacimiento	Colombia	Departamento de nacimiento	Cesar	Municipio de nacimiento	0000221

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ○ Afrocolombiano ○ Comunidad Negra ○ Palenquero ○ Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia ◉ Indígena ○ Rrom/Gitano ○ No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores

¿Se autoreconoce como campesino (a)? SI ○ NO ◉

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:	Territorio.		Consejo.		
	Comunidad.				
Si el Beneficiario se autoreconoce con Indigena Indique.	Pueblo.	Yukpa	Resguardo.	Iroka	
	Comunidad	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo	◉ SI ○ NO	
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano indique la Kumpania a la que pertenece.			Tipo de beneficiario	○ Persona lactante ○ Persona Gestante ◉ Niños, niñas y adolescentes y adulto	
Nivel de escolaridad	Primaria 3°	Ocupación	ESTUDIANTE	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.	DUSAKAWI	Si es afiliado indique tipo de afiliación. ○ Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Régimen subsidiado ◉ Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ○ SI ◉ NO — Si el beneficiario 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	○ El beneficiario requiere la ayuda de otra persona. ○ 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?	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 ☐

INFORMACIÓN INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR

BENEFICIARIO (se repite por cada integrante de la familia)

Primer Nombre	Lucra	Segundo Nombre	
Primer Apellido	Perez	Segundo Apellido	Cuello

Parentesco con respecto al Jefe de Grupo Familiar: ○ Conyuge/Compañero(a) ○ Padre/Madre ○ Padastro/Madrastra ✓ Hijastro(a) ○ Hijo(a) ○ Hermano(a) ○ Nieto(a) ○ Abuelo(a) ○ Tio(a) ○ Sobrino(a) ○ Primo(a) ○ Suegro(a) ○ Yerno/Nuera ○ Cuñado(a) ○ Padrino/Madrina ○ Parente ○ Amigo(a)

Tipo Documento: RC ✓ TI ○ CC ○ PEP ○ PPT ○ PA ○ CE ○ TMF ○ SD ○ Partida /Acta Nac ○ — Número de Identificación: 1151482199 — Correo electrónico:

Número de Celular: | Sexo: ○H ✓M ○Intersex | Fecha de Nacimiento: 01 07 2019

¿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 omítalas por favor

Género: ○ Femenino ○ Masculino ○ Trans ○ Otro ○ No deseo responder

Orientación sexual (con edad de 14 o mas años): ○ Homosexual (Lesbiana - Gay) ○ Heterosexual ○ Bisexual ○ Otro ○ No deseo responder

País de nacimiento	Colombia	Departamento de nacimiento	Cesar	Municipio de nacimiento	Codazzi

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ○ Afrocolombiano ○ Comunidad Negra ○ Palenquero ○ Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia ● Indígena ○ Rrom/Gitano ○ No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores

¿Se autoreconoce como campesino (a)? SI ○ NO ●

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:	Territorio.		Consejo.		
	Comunidad.				
Si el Beneficiario se autoreconoce con Indigena indique:	Pueblo.	Yukpa	Resguardo.	Iroka	
	Comunidad.	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo	● SI	○ NO
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano indique la Kumpania a la que pertenece.			Tipo de beneficiario	○ Persona lactante ○ Persona Gestante ✓ Niños, niñes y adolescentes y adulto	
Nivel de escolaridad	Primera Infancia	Ocupación	Estudiante	Actualmente asiste a establecimiento educativo	✓ SI ○ NO

En el sistema de Seguridad Social en Salud (SGSSS) es: ✓ Afiliado Régimen Subsidiado. ○ Afiliado Régimen Especial. ○ Afiliado Régimen Contributivo. ○ No Afiliado(a).

Si es Afiliado indique la EPS: DUSALUD

Si es afiliado indique tipo de afiliación: ○ Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Régimen subsidiado ✓ Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ○ SI ✓ NO — Si el beneficiario 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

- ○ El beneficiario requiere la ayuda de otra persona.
- ○ 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? ○ SI ○ NO

Frecuencia Intensidad del apoyo: ○ Intermitente. ○ Limitado. ○ Extenso. ○ Generalizado.

Tipo de apoyo: ○ De la misma PcD. ○ De otras personas. ○ Sistemas de comunicación Aumentativos o Alternativos SAAC

¿La persona tiene una condición de discapacidad?: ○ Auditiva. ○ Fisica. ○ Sordoceguera. ○ Psicosocial (Mental). ○ Múltiple. ○ Intelectual. ○ Visual.

NIVEL DE DIFICULTAD DE DESEMPEÑO %: Global. Movilidad. Relaciones. Cognición. Cuidado Personal. Actividades Cotidianas. Participación.

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

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: ◯ Conyuge/Compañero(a) ◯ Padre/Madre ◯ Padastro/Madrastra ◯ Hijastro(a) ◯ Hijo(a) ◯ Hermano(a) ◯ Nieto(a) ◯ Abuelo(a) ◯ Tio(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 ◯ TMF ◯ SD ◯ Partida /Acta Nac ◯	Número de Identificación	
		Correo electrónico	
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

Genero	Orientación sexual (con edad de 14 o mas años)
◯ Femenino ◯ Masculino ◯ Trans ◯ Otro ◯ No deseo responder	◯ Homosexual (Lesbiana - Gay) ◯ Heterosexual ◯ Bisexual ◯ Otro ◯ No deseo responder

País de nacimiento	Colombia	Departamento de nacimiento	Cesar	Municipio de nacimiento	

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ◯ Afrocolombiano ◯ Comunidad Negra ◯ Palenquero ◯ Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia ● Indigena ◯ Rrom/Gitano ◯ No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores — ¿Se autoreconoce como campesino (a)? SI ◯ NO ●

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:	Territorio.		Consejo.		
	Comunidad.				
Si el Beneficiario se autoreconoce con Indigena Indique.	Pueblo.	Yukpa	Resguardo.	Iroka	
	Comunidad	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo	● SI ◯ NO	
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano indique la Kumpania a la que pertenece.			Tipo de beneficiario	◯ Persona lactante ◯ Persona Gestante ◯ Niños, niñas y adolescentes y adulto	
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 afiliacion: ◯ Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Regimen subsidiado ◯ Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ◯ SI ◯ NO — Si el beneficiario 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	◯ El beneficiario requiere la ayuda de otra persona. ◯ 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?	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 ☐

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO FICHA DE CARACTERIZACIÓN SOCIO FAMILIAR	F7.MO30.PP	29/08/2024
		Versión 1	Pagina 1 de 2

Por favor diligencie completamente el presente formulario para garantizar un óptimo análisis de la información.

Fecha de Diligenciamiento: 06 09 2024

Modalidad de Atención: Familias y Comunidades. **Nombre del Servicio:** TEJIENDO INTERCULTURALIDAD

INFORMACIÓN ENTIDAD CONTRATISTA

A continuación se debe diligenciar la información de la Entidad Contratista

REGIONAL: Cesar

Nombre Entidad Contratista	Resguardo Indígena Iroka		
Tipo Documento Entidad Contratista	(●) NIT ( ) RUT	Número de Identificación de la Entidad Contratista	8240020102-—
Número de Contrato	20005122024		
Primer Nombre Prof. Acompañamiento Familiar	SANDRA	Primer Apellido Prof. Acompañamiento Familiar	CASTILLA
Tipo Doc. Prof. Acompañamiento Familiar	(●) CC ( ) CE ( ) PA ( ) PPT	Número de identificación Prof. Acompañamiento Familiar	49786730

INFORMACIÓN UBICACIÓN DE LA VIVIENDA FAMILIAR

Tipo de Vivienda: ( ) Casa ( ) Habitación o Cuarto ( ) Albergue (Vivienda Temporal) ( ) Apartamento (●) Vivienda Indígena ( ) Palafito ( ) Inquilinato ( ) Casa lote

País	Colombia	Departamento	Cesar	Municipio	Agustín Codazzi
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	ONCE	Dirección	ONCE

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 basicos: ( ) Agua ( ) Alcantarillado ( ) Energía Eléctrica ( ) Gas Natural ( ) Internet ( ) Recolección de basuras ( ) Telefonía fija ( ) Telefonía móvil (●) 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	ARMANDO	Segundo Nombre	
Primer Apellido	PEREZ	Segundo Apellido	BLANCO

Tipo Documento: RC ( ) TI ( ) CC (●) PA ( ) CE ( ) PEP ( ) TMF ( ) PPT ( ) Partida/Acta Nac ( )

Número de documento	1133495395	Correo electrónico	
Número de Celular			

Fecha de Vinculación a la modalidad: 30 08 2024 Sexo: (●) H ( ) M ( ) Intersex Fecha de Nacimiento: 09 06 1989

¿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.	Colombia	Departamento de nacimiento.	Cesar	Municipio de nacimiento.	Codazzi

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ( ) Afrocolombiano ( ) Comunidad Negra ( ) Palenquero ( ) Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia (●) Indígena ( ) Rrom/Gitano ( ) No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores

¿Se autoreconoce como campesino (a)? SI ( ) NO (●)

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:	Territorio.		Consejo.
	Comunidad.		
Si el Beneficiario se autoreconoce con Indigena Indique:	Pueblo	Yukpa	Resguardo. Iroka
	Comunidad	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo (●) SI ( ) NO
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano indique la Kumpania a la que pertenece.			Tipo de beneficiario: ( ) Persona lactante ( ) Persona Gestante (●) Niños, niñas y adolescentes y adulto
Nivel de escolaridad	Primaria 1°	Ocupación	AGRICULTOR
			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: DUSAKAWI

Si es afiliado indique tipo de afiliación: ( ) Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Régimen subsidiado (●) Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ( ) SI (●) NO — Si el beneficiario 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 ( )

- ( ) El beneficiario requiere la ayuda de otra persona.
- ( ) 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?	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 Aumentativoso alternativos SAAC	( ) Auditiva. ( ) Física. ( ) Sordoceguera. ( ) Múltiple. ( ) Intelectual. ( ) Visual. ( ) Psicosocial (Mental).

NIVEL DE DIFICULTAD DE DESEMPEÑO %

Global.	Movilidad.	Relaciones.	Cognición.

Cuidado Personal.	Actividades Cotidianas	Participación

INFORMACIÓN INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR

BENEFICIARIO (se repite por cada integrante de la familia)

Primer Nombre	ROSALINA	Segundo Nombre	
Primer Apellido	FRANCO	Segundo Apellido	PEÑALOZA

Parentesco con respecto al Jefe de Grupo Familiar: (✓) Conyuge/Compañero(a); ( ) Padre/Madre; ( ) Padastro/Madrastra; ( ) Hijastro(a); ( ) Hijo(a); ( ) Hermano(a); ( ) Nieto(a); ( ) Abuelo(a); ( ) Tio(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 ( ) TMF ( ) SD ( ) Partida /Acta Nac ( )	Número de Identificación	1133485491
		Correo electrónico	

Número de Celular		Sexo ( )H (✓)M ( )Intersex	Fecha de Nacimiento: 14 / 10 / 1992

¿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	Colombia	Departamento de nacimiento	Cesar	Municipio de nacimiento	CODAZZI

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ( ) Afrocolombiano; ( ) Comunidad Negra; ( ) Palenquero; ( ) Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia; (●) Indígena; ( ) Rrom/Gitano; ( ) No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores

¿Se autoreconoce como campesino (a)? SI ( ) NO (●)

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:	Territorio.		Consejo.		
	Comunidad.				
Si el Beneficiario se autoreconoce con Indigena Indique:	Pueblo.	Yukpa	Resguardo.	Iroka	
	Comunidad.	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo	(●) SI	( ) NO
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano indique la Kumpania a la que pertenece.			Tipo de beneficiario	( ) Persona lactante; ( ) Persona Gestante; (✓) Niños, niñas y adolescentes y adulto	
Nivel de escolaridad		Ocupación: AMA DE CASA	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: DUSAKAWI

Si es afiliado indique tipo de afiliación: ( ) Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Régimen subsidiado (✓) Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ( ) SI (✓) NO

Si el beneficiario 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 ( )

( ) El beneficiario requiere la ayuda de otra persona.
( ) 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?	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

INFORMACIÓN INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR

BENEFICIARIO (se repite por cada integrante de la familia)

Primer Nombre	CRISTIAN	Segundo Nombre	JESUS
Primer Apellido	PEREZ	Segundo Apellido	FRANCO

Parentesco con respecto al Jefe de Grupo Familiar: ○ Conyuge/Compañero(a) ● Hijo(a) ○ Tio(a) ○ Yerno/Nuera ○ Padre/Madre ○ Hermano(a) ○ Sobrino(a) ○ Cuñado(a) ○ Amigo(a) ○ Padastro/Madrastra ○ Nieto(a) ○ Primo(a) ○ Padrino/Madrina ○ Hijastro(a) ○ Abuelo(a) ○ Suegro(a) ○ Pariente

Tipo Documento	RC ● TI ○ CC ○ PEP ○ PPT ○ PA ○ CE ○ TMF ○ SD ○ Partida /Acta Nac ○	Número de Identificación	1067732025
		Correo electrónico	
Número de Celular		Sexo ●H ○M ○Intersex	Fecha de Nacimiento 18/1/2013
¿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 mas años)	
○ Femenino ○ Masculino ○ Trans ○ Otro ○ No deseo responder		○ Homosexual (Lesbiana - Gay) ○ Heterosexual ○ Bisexual ○ Otro ○ No deseo responder	

País de nacimiento	Colombia	Departamento de nacimiento	Cesar	Municipio de nacimiento	20001221

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ○ Afrocolombiano ○ Comunidad Negra ○ Palenquero ○ Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia ● Indígena ○ Rrom/Gitano ○ No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores

¿Se autoreconoce como campesino (a)? SI ○ NO ●

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:	Territorio.		Consejo.
	Comunidad.		
Si el Beneficiario se autoreconoce con Indigena Indique.	Pueblo.	Yukpa	Resguardo. Iroka
	Comunidad.	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo ● SI ○ NO
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano indique la Kumpania a la que pertenece.			Tipo de beneficiario: ○ Persona lactante ○ Persona Gestante ✓ Niños, niñas y adolescentes y adulto
Nivel de escolaridad	Primaria 5°	Ocupación	ESTUDIANTE
			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: DUSAKAWI

Si es afiliado indique tipo de afiliación: ○ Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Régimen subsidiado ✓ Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ○ SI ✓ NO

Si el beneficiario 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

- ○ El beneficiario requiere la ayuda de otra persona.
- ○ 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?	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

INFORMACIÓN INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR

BENEFICIARIO (se repite por cada integrante de la familia)

Primer Nombre	GINARY	Segundo Nombre	
Primer Apellido	PEREZ.	Segundo Apellido	FRANCO

Parentesco con respecto al Jefe de Grupo Familiar: ○ Conyuge/Compañero(a) ○ Padre/Madre ○ Padastro/Madrastra ○ Hijastro(a) ● Hijo(a) ○ Hermano(a) ○ Nieto(a) ○ Abuelo(a) ○ Tio(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 ○ TMF ○ SD ○ Partida /Acta Nac ○	Número de Identificación	1069735104.
		Correo electrónico	
Número de Celular		Sexo	○H ●M ○Intersex
Fecha de Nacimiento	07012021		

¿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 mas años)
○ Femenino ○ Masculino ○ Trans ○ Otro ○ No deseo responder	○ Homosexual (Lesbiana - Gay) ○ Heterosexual ○ Bisexual ○ Otro ○ No deseo responder

País de nacimiento	Colombia	Departamento de nacimiento	Cesar	Municipio de nacimiento	20032221.

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ○ Afrocolombiano ○ Comunidad Negra ○ Palenquero ○ Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia ● Indígena ○ Rrom/Gitano ○ No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores

¿Se autoreconoce como campesino (a)? SI ○ NO ●

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:	Territorio.		Consejo.
	Comunidad.		
Si el Beneficiario se autoreconoce con Indigena Indique.	Pueblo.	Yukpa	Resguardo. Iroka
	Comunidad	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo ● SI ○ NO
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano indique la Kumpania a la que pertenece.			Tipo de beneficiario: ○ Persona lactante ○ Persona Gestante ✓ Niños, niñas y adolescentes y adulto
Nivel de escolaridad	PRIMERA INFANCIA	Ocupación	ESTUDIANTE
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: DUSAKAWI

Si es afiliado indique tipo de afiliación: ○ Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Regimen subsidiado ✓ Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ○ SI ✓ NO — Si el beneficiario 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	○ El beneficiario requiere la ayuda de otra persona. ○ 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?	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 ☐

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO FICHA DE CARACTERIZACIÓN SOCIO FAMILIAR	F7.MO30.PP	29/08/2024
		Versión 1	Pagina 2 de 2

INFORMACIÓN INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR

BENEFICIARIO (se repite por cada integrante de la familia)

Primer Nombre	JAIPER	Segundo Nombre	
Primer Apellido	PEREZ	Segundo Apellido	FRANCO

Parentesco con respecto al Jefe de Grupo Familiar: ○ Conyuge/Compañero(a) ● Hijo(a) ○ Tio(a) ○ Yerno/Nuera ○ Padre/Madre ○ Hermano(a) ○ Sobrino(a) ○ Cuñado(a) ○ Amigo(a) ○ Padastro/Madrastra ○ Nieto(a) ○ Primo(a) ○ Padrino/Madrina ○ Hijastro(a) ○ Abuelo(a) ○ Suegro(a) ○ Pariente

Tipo Documento	RC ✓ TI ○ CC ○ PEP ○ PPT ○ PA ○ CE ○ TMF ○ SD ○ Partida /Acta Nac ○	Número de Identificación	1151482134
		Correo electrónico	
Número de Celular		Sexo ✓H ○M ○Intersex	Fecha de Nacimiento 08 09 2018

¿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 mas años): ○ Homosexual (Lesbiana - Gay) ○ Heterosexual ○ Bisexual ○ Otro ○ No deseo responder

País de nacimiento	Colombia	Departamento de nacimiento	Cesar	Municipio de nacimiento	Codazzi

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ○ Afrocolombiano ○ Comunidad Negra ○ Palenquero ○ Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia ● Indígena ○ Rrom/Gitano ○ No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores

¿Se autoreconoce como campesino (a)? SI ○ NO ●

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:	Territorio.		Consejo.
	Comunidad.		
Si el Beneficiario se autoreconoce con Indigena Indique:	Pueblo.	Yukpa	Resguardo. Iroka
	Comunidad.	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo ● SI ○ NO
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano indique la Kumpania a la que pertenece.			Tipo de beneficiario: ○ Persona lactante ○ Persona Gestante ✓ Niños, niñas y adolescentes y adulto
Nivel de escolaridad	Primaria 1°	Ocupación	ESTUDIANTE — 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: DUSAKAWI

Si es afiliado indique tipo de afiliación: ○ Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Régimen subsidiado ✓ Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ○ SI ✓NO

Si el beneficiario 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

- ○ El beneficiario requiere la ayuda de otra persona.
- ○ 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?	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)

NIVEL DE DIFICULTAD DE DESEMPEÑO %

Global.	Movilidad.	Relaciones.	Cognición.

Cuidado Personal.	Actividades Cotidianas	Participación

INFORMACIÓN INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR

BENEFICIARIO (se repite por cada integrante de la familia)

Primer Nombre	RUBEN	Segundo Nombre	
Primer Apellido	PEREZ	Segundo Apellido	FRANCO .

Parentesco con respecto al Jefe de Grupo Familiar: ○ Conyuge/Compañero(a) ○ Padre/Madre ○ Padastro/Madrastra ○ Hijastro(a) ✓ Hijo(a) ○ Hermano(a) ○ Nieto(a) ○ Abuelo(a) ○ Tio(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 ○ TMF ○ SD ○ Partida /Acta Nac ○	Número de Identificación	1067732024
		Correo electrónico	
Número de Celular		Sexo	✓F ○M ○Intersex
Fecha de Nacimiento	28 06 2016		

¿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 mas años)
○ Femenino ○ Masculino ○ Trans ○ Otro ○ No deseo responder	○ Homosexual (Lesbiana - Gay) ○ Heterosexual ○ Bisexual ○ Otro ○ No deseo responder

País de nacimiento	Colombia	Departamento de nacimiento	Cesar	Municipio de nacimiento	CODAZZI

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ○ Afrocolombiano ○ Comunidad Negra ○ Palenquero ○ Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia ● Indigena ○ Rrom/Gitano ○ No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores

¿Se autoreconoce como campesino (a)? SI ○ NO ●

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:	Territorio.		Consejo.
	Comunidad.		
Si el Beneficiario se autoreconoce con Indigena Indique:	Pueblo.	Yukpa	Resguardo. Iroka
	Comunidad.	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo ● SI ○ NO
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano indique la Kumpania a la que pertenece.			Tipo de beneficiario: ○ Persona lactante ○ Persona Gestante ✓ Niños, niñas y adolescentes y adulto
Nivel de escolaridad	Primaria 2°	Ocupación	ESTUDIANTE
Actualmente asiste a establecimiento educativo	✓SI ○ NO		

En el sistema de Seguridad Social en Salud (SGSSS) es: ✓ Afiliado Régimen Subsidiado. ○ Afiliado Régimen Especial. ○ Afiliado Régimen Contributivo. ○ No Afiliado(a).

Si es Afiliado indique la EPS: DUSAKAWI

Si es afiliado indique tipo de afiliación: ○ Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Regimen subsidiado ✓ Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ○ SI ✓ NO — Si el beneficiario 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

○ El beneficiario requiere la ayuda de otra persona.
○ 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?	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 ☐

INFORMACIÓN INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR

BENEFICIARIO (se repite por cada integrante de la familia)

Primer Nombre	SHARIK.	Segundo Nombre	ANDREA
Primer Apellido	PEREZ	Segundo Apellido	FRANCO

Parentesco con respecto al Jefe de Grupo Familiar: ○ Conyuge/Compañero(a) ✓ Hijo(a) ○ Tio(a) ○ Yerno/Nuera ○ Padre/Madre ○ Hermano(a) ○ Sobrino(a) ○ Cuñado(a) ○ Amigo(a) ○ Padastro/Madrastra ○ Nieto(a) ○ Primo(a) ○ Padrino/Madrina ○ Hijastro(a) ○ Abuelo(a) ○ Suegro(a) ○ Pariente

Tipo Documento	RC ○ TI ✓ CC ○ PEP ○ PPT ○ PA ○ CE ○ TMF ○ SD ○ Partida /Acta Nac ○	Número de Identificación	1148201974.
		Correo electrónico	
Número de Celular		Sexo ○H ✓M ○Intersex	Fecha de Nacimiento 09/09/2009
¿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 mas años)	
○ Femenino ○ Masculino ○ Trans ○ Otro ○ No deseo responder		○ Homosexual (Lesbiana - Gay) ○ Heterosexual ○ Bisexual ○ Otro ○ No deseo responder	

País de nacimiento	Colombia	Departamento de nacimiento	Cesar	Municipio de nacimiento	CODAZZI

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ○ Afrocolombiano ○ Comunidad Negra ○ Palenquero ○ Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia ● Indígena ○ Rrom/Gitano ○ No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores

¿Se autoreconoce como campesino (a)? SI ○ NO ●

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:	Territorio.		Consejo.
	Comunidad.		
Si el Beneficiario se autoreconoce con Indigena Indique:	Pueblo.	Yukpa	Resguardo. Iroka
	Comunidad.	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo ● SI ○ NO
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano indique la Kumpania a la que pertenece.			Tipo de beneficiario: ○ Persona lactante ○ Persona Gestante ✓ Niños, niñas y adolescentes y adulto
Nivel de escolaridad	Segundero 8.º	Ocupación	ESTUDIANTE
			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: DUSAKAWI

Si es afiliado indique tipo de afiliación: ○ Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Régimen subsidiado ✓ Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ○ SI ✓NO

Si el beneficiario 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

- ○ El beneficiario requiere la ayuda de otra persona.
- ○ 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?	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

INFORMACIÓN INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR

BENEFICIARIO (se repite por cada integrante de la familia)

Primer Nombre	ISAIAS	Segundo Nombre	
Primer Apellido	PEREZ	Segundo Apellido	FRANCO

Parentesco con respecto al Jefe de Grupo Familiar: ○ Conyuge/Compañero(a) ○ Padre/Madre ○ Padastro/Madrastra ○ Hijastro(a) ✓ Hijo(a) ○ Hermano(a) ○ Nieto(a) ○ Abuelo(a) ○ Tio(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 ○ TMF ○ SD ○ Partida /Acta Nac ○	Número de Identificación	1133485590
		Correo electrónico	
Número de Celular		Sexo ✓H ○M ○Intersex	Fecha de Nacimiento 05 01 2007
¿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 mas años)	
○ Femenino ○ Masculino ○ Trans ○ Otro ○ No deseo responder		○ Homosexual (Lesbiana - Gay) ○ Heterosexual ○ Bisexual ○ Otro ○ No deseo responder	
País de nacimiento	Colombia	Departamento de nacimiento	Cesar
Municipio de nacimiento	CODAZZI		

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ○ Afrocolombiano ○ Comunidad Negra ○ Palenquero ○ Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia ● Indígena ○ Rrom/Gitano ○ No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores

¿Se autoreconoce como campesino (a)? SI ○ NO ●

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:	Territorio.		Consejo.
	Comunidad.		
Si el Beneficiario se autoreconoce con Indigena Indique.	Pueblo.	Yukpa	Resguardo. Iroka
	Comunidad.	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo ● SI ○ NO
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano indique la Kumpania a la que pertenece.			Tipo de beneficiario: ○ Persona lactante ○ Persona Gestante ✓ Niños, niñas y adolescentes y adulto
Nivel de escolaridad	Secundaria 10°	Ocupación	ESTUDIANTE
			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: DUSAKAWI

Si es afiliado indique tipo de afiliación: ○ Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Régimen subsidiado ✓ Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ○ SI ✓ NO — Si el beneficiario 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

○ El beneficiario requiere la ayuda de otra persona.
○ 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?	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

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO FICHA DE CARACTERIZACIÓN SOCIO FAMILIAR	F7.MO30.PP	29/08/2024
		Versión 1	Pagina 1 de 2

Por favor diligencie completamente el presente formulario para garantizar un óptimo análisis de la información.

Fecha de Diligenciamiento: 06/09/2024

Modalidad de Atención: Familias y Comunidad **Nombre del Servicio:** Tejiendo Interculturalidad

INFORMACIÓN ENTIDAD CONTRATISTA

A continuación se debe diligenciar la información de la Entidad Contratista

REGIONAL: Cesar

Nombre Entidad Contratista	Resguardo Indígena Iroka		
Tipo Documento Entidad Contratista	(●) NIT ( ) RUT	Número de Identificación de la Entidad Contratista	8240020101-2
Número de Contrato	20005122024		
Primer Nombre Prof. Acompañamiento Familiar	Ivonne	Primer Apellido Prof. Acompañamiento Familiar	Jerez
Tipo Doc. Prof. Acompañamiento Familiar	(●) CC ( ) CE ( ) PA ( ) PPT	Número de identificación Prof. Acompañamiento Familiar	49695071

INFORMACIÓN UBICACIÓN DE LA VIVIENDA FAMILIAR

Tipo de Vivienda: ( ) Casa ( ) Habitación o Cuarto ( ) Albergue (Vivienda Temporal) ( ) Apartamento (●) Vivienda Indígena ( ) Palafito ( ) Inquilinato ( ) Casa lote

País	Colombia	Departamento	Cesar	Municipio	Agustín Codazzi
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	TeKuPmo	Dirección	TeKuPmo

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 basicos: ( ) Agua ( ) Alcantarillado ( ) Energía Eléctrica ( ) Gas Natural ( ) Internet ( ) Recolección de basuras ( ) Telefonía fija ( ) Telefonía móvil (●) 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	Adolfo	Segundo Nombre	
Primer Apellido	Rodríguez	Segundo Apellido	Peñaloza
Tipo Documento RC ( ) TI ( ) CC (●) PA ( ) CE ( ) PEP ( ) TMF ( ) PPT ( ) Partida/Acta Nac ( )		Número de documento	1.133.485.440
Correo electrónico		Número de Celular	
Fecha de Vinculación a la modalidad	30/08/2024	Sexo: (●) H ( ) M ( ) Intersex	Fecha de Nacimiento: 23/03/1975

¿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.	Colombia	Departamento de nacimiento.	Cesar	Municipio de nacimiento.	Codazzi

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ( ) Afrocolombiano ( ) Comunidad Negra ( ) Palenquero ( ) Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia (●) Indígena ( ) Rrom/Gitano ( ) No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores

¿Se autoreconoce como campesino (a)? SI ( ) NO (●)

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:	Territorio.		Consejo.	
	Comunidad.			
Si el Beneficiario se autoreconoce con Indigena Indique:	Pueblo	Yukpa	Resguardo.	Iroka
	Comunidad	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo	(●) SI ( ) NO
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano indique la Kumpania a la que pertenece.			Tipo de beneficiario	( ) Persona lactante ( ) Persona Gestante (●) Niños, niñas y adolescentes y adulto
Nivel de escolaridad	3-Primaria	Ocupación	Agricultor	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: Dusakawi

Si es afiliado indique tipo de afiliación: (●) Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Régimen subsidiado ( ) Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ( ) SI (●) NO — Si el beneficiario 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 ( )

( ) El beneficiario requiere la ayuda de otra persona.
( ) 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? ( ) SI ( ) NO

Frecuencia Intensidad del apoyo: ( ) Intermitente. ( ) Limitado. ( ) Extenso. ( ) Generalizado.

Tipo de apoyo: ( ) De la misma PcD. ( ) De otras personas. ( ) Sistemas de comunicación Aumentativoso alternativos SAAC

¿La persona tiene una condición de discapacidad? ( ) Auditiva. ( ) Múltiple. ( ) Física. ( ) Intelectual. ( ) Sordoceguera. ( ) Visual. ( ) Psicosocial (Mental).

NIVEL DE DIFICULTAD DE DESEMPEÑO %

Global.	Movilidad.	Relaciones.	Cognición.

Cuidado Personal.	Actividades Cotidianas	Participación

INFORMACIÓN INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR

BENEFICIARIO (se repite por cada integrante de la familia)

Primer Nombre	Yohana	Segundo Nombre	
Primer Apellido	Peñaloza	Segundo Apellido	Garcpa

Parentesco con respecto al Jefe de Grupo Familiar: (●) Conyuge/Compañero(a) ( ) Padre/Madre ( ) Padastro/Madrastra ( ) Hijastro(a) ( ) Hijo(a) ( ) Hermano(a) ( ) Nieto(a) ( ) Abuelo(a) ( ) Tio(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 ( ) TMF ( ) SD ( ) Partida /Acta Nac ( )	Número de Identificación	1.733.485.470
		Correo electrónico	
Número de Celular		Sexo ( )H (●)M ( )Intersex	Fecha de Nacimiento 26/10/79/97

¿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	Colombia	Departamento de nacimiento	Cesar	Municipio de nacimiento	Codazzi

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ( ) Afrocolombiano ( ) Comunidad Negra ( ) Palenquero ( ) Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia (●) Indígena ( ) Rrom/Gitano ( ) No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores

¿Se autoreconoce como campesino (a)? SI ( ) NO (●)

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:	Territorio.		Consejo.	
	Comunidad.			
Si el Beneficiario se autoreconoce con Indigena Indique:	Pueblo.	Yukpa	Resguardo.	Iroka
	Comunidad.	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo	(●) SI ( ) NO
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano indique la Kumpania a la que pertenece.			Tipo de beneficiario	( ) Persona lactante ( ) Persona Gestante (●) Niños, niñas y adolescentes y adulto
Nivel de escolaridad	Ninguno	Ocupación	Ama de Casa	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: Dusakawi

Si es afiliado indique tipo de afiliación: ( ) Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Régimen subsidiado (●) Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ( ) SI (●) NO — Si el beneficiario 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?.	
SI ( ) NO ( )	( ) EPS ( ) IPS Resolución 1239 - 2022 ( ) No Def. ( ) Administradoras del régimen especial de Excep ( ) Instituto Nacional de Medicina Legal INMLCF	( ) SI ( ) NO	( ) El beneficiario requiere la ayuda de otra persona. ( ) 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?	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 [ ]

INFORMACIÓN INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR

BENEFICIARIO (se repite por cada integrante de la familia)

Primer Nombre	Ruben	Segundo Nombre	
Primer Apellido	Rodríguez	Segundo Apellido	Peñaloza

Parentesco con respecto al Jefe de Grupo Familiar: ○ Conyuge/Compañero(a) ○ Padre/Madre ○ Padastro/Madrastra ○ Hijastro(a) ● Hijo(a) ○ Hermano(a) ○ Nieto(a) ○ Abuelo(a) ○ Tio(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 ○ TMF ○ SD ○ Partida /Acta Nac ○ — Número de Identificación: 1.067.733.000 — Correo electrónico:

Número de Celular: | Sexo: ● H ○ M ○ Intersex | Fecha de Nacimiento: D 4 7 7 2 0 7 3

¿Desea responder preguntas sobre su genero 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	Colombia	Departamento de nacimiento	Cesar	Municipio de nacimiento	Codazzi

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ○ Afrocolombiano ○ Comunidad Negra ○ Palenquero ○ Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia ● Indígena ○ Rrom/Gitano ○ No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores

¿Se autoreconoce como campesino (a)? SI ○ NO ●

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:	Territorio.		Consejo.
	Comunidad.		
Si el Beneficiario se autoreconoce con Indigena indique:	Pueblo.	Yukpa	Resguardo. Iroka
	Comunidad.	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo ● SI ○ NO
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano indique la Kumpania a la que pertenece.			Tipo de beneficiario: ○ Persona lactante ○ Persona Gestante ● Niños, niñas y adolescentes y adulto
Nivel de escolaridad	4-Primaria	Ocupación: Estudiante	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: Dusakawi

Si es afiliado indique tipo de afiliación: ○ Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Régimen subsidiado ● Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ○ SI ● NO — Si el beneficiario 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 ○

- ○ El beneficiario requiere la ayuda de otra persona.
- ○ 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? ○ SI ○ NO

Frecuencia Intensidad del apoyo: ○ Intermitente. ○ Limitado. ○ Extenso. ○ Generalizado.

Tipo de apoyo: ○ De la misma PcD. ○ De otras personas. ○ Sistemas de comunicación Aumentativos o Alternativos SAAC

¿La persona tiene una condición de discapacidadad?: ○ Auditiva. ○ Múltiple. ○ Física. ○ Intelectual. ○ Sordoceguera. ○ Visual. ○ Psicosocial (Mental).

NIVEL DE DIFICULTAD DE DESEMPEÑO %

Global.	Movilidad.	Relaciones.	Cognición.

Cuidado Personal.	Actividades Cotidianas	Participación

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO FICHA DE CARACTERIZACIÓN SOCIO FAMILIAR	F7.MO30.PP	29/08/2024
		Versión 1	Pagina 2 de 2

INFORMACIÓN INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR

BENEFICIARIO (se repite por cada integrante de la familia)

Primer Nombre	Janny	Segundo Nombre	Sofia
Primer Apellido	Rodriguez	Segundo Apellido	Peñaloza

Parentesco con respecto al Jefe de Grupo Familiar: ○ Conyuge/Compañero(a) ● Hijo(a) ○ Tio(a) ○ Yerno/Nuera ○ Padre/Madre ○ Hermano(a) ○ Sobrino(a) ○ Cuñado(a) ○ Amigo(a) ○ Padastro/Madrastra ○ Nieto(a) ○ Primo(a) ○ Padrino/Madrina ○ Hijastro(a) ○ Abuelo(a) ○ Suegro(a) ○ Pariente

Tipo Documento: RC ● TI ○ CC ○ PEP ○ PPT ○ PA ○ CE ○ TMF ○ SD ○ Partida /Acta Nac ○ — Número de Identificación: 1.067.738.073 — Correo electrónico:

Número de Celular: — Sexo ○H ●M ○Intersex — Fecha de Nacimiento: 7 0 0 8 2 0 2 4

¿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 - Gey) ○ Heterosexual ○ Bisexual ○ Otro ● No deseo responder

País de nacimiento	Colombia	Departamento de nacimiento	Cesar	Municipio de nacimiento	Codazzi

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ○ Afrocolombiano ○ Comunidad Negra ○ Palenquero ○ Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia ● Indigena ○ Rrom/Gitano ○ No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores

¿Se autoreconoce como campesino (a)? SI ○ NO ●

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:	Territorio.		Consejo.		
	Comunidad.				
Si el Beneficiario se autoreconoce con Indigena Indique:	Pueblo.	Yukpa	Resguardo.	Iroka	
	Comunidad	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo	● SI	○ NO
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano indique la Kumpania a la que pertenece.			Tipo de beneficiario	● Persona lactante ○ Persona Gestante ○ Niños, niñas y adolescentes y adulto	
Nivel de escolaridad	Ninguno	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: Dusakawi

Si es afiliado indique tipo de afiliación: ○ Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Regimen subsidiado ● Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ○ SI ● NO — Si el beneficiario 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 INML.CF

¿Está inscrito en el registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad?. SI ○ NO ○

- ○ El beneficiario requiere la ayuda de otra persona.
- ○ El beneficiario requiere ayuda técnica/Producto de apoyo.
- ○ El beneficiario cuenta con la ayuda tecnica/Producto de apoyo.
- ○ El beneficiario requiere terapia y/o rehabilitación.
- ○ El beneficiario recibe atención en terapia y/o rehabilitación.

¿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 o Alternativos SAAC

¿La persona tiene una condicion de discapacidad? ○ Auditiva. ○ Física. ○ Sordoceguera. ○ Psicosocial (Mental). ○ Múltiple. ○ Intelectual. ○ Visual.

NIVEL DE DIFICULTAD DE DESEMPEÑO %

Global.	Movilidad.	Relaciones.	Cognición.

Cuidado Personal.	Actividades Cotidianas	Participación

INFORMACIÓN INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR

BENEFICIARIO (se repite por cada integrante de la familia)

Primer Nombre	Jesus	Segundo Nombre	David
Primer Apellido	Rodriguez	Segundo Apellido	Peralosa

Parentesco con respecto al Jefe de Grupo Familiar: ○ Conyuge/Compañero(a) ○ Padre/Madre ○ Padastro/Madrastra ○ Hijastro(a) ● Hijo(a) ○ Hermano(a) ○ Nieto(a) ○ Abuelo(a) ○ Tio(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 ○ TMF ○ SD ○ Partida /Acta Nac ○	Número de Identificación	1.065.678.073
		Correo electrónico	

Número de Celular		Sexo	● H ○ M ○ Intersex	Fecha de Nacimiento	24/06/2021
¿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			

Genero: ○ 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	Colombia	Departamento de nacimiento	Cesar	Municipio de nacimiento	Valledupar

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ○ Afrocolombiano ○ Comunidad Negra ○ Palenquero ○ Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia ● Indigena ○ Rrom/Gitano ○ No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores

¿Se autoreconoce como campesino (a)? ○ SI ● NO

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:	Territorio.		Consejo.
	Comunidad.		
Si el Beneficiario se autoreconoce con Indigena indique:	Pueblo.	Yukpa	Resguardo. Iroka
	Comunidad	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo ● SI ○ NO
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano indique la Kumpania a la que pertenece.			Tipo de beneficiario: ○ Persona lactante ○ Persona Gestante ● Niños, niñas y adolescentes y adulto
Nivel de escolaridad	1-Infancia UCA	Ocupación	Estudiante
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: Dusakawi

Si es afiliado indique tipo de afiliación: ○ Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Régimen subsidiado ● Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ○ SI ● NO

Si el beneficiario 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

- ○ El beneficiario requiere la ayuda de otra persona.
- ○ 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? ○ SI ○ NO

Frecuencia Intensidad del apoyo: ○ Intermitente. ○ Limitado. ○ Extenso. ○ Generalizado.

Tipo de apoyo: ○ De la misma PcD. ○ De otras personas. ○ Sistemas de comunicación Aumentativos o 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

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: ◯ Conyuge/Compañero(a) ◯ Padre/Madre ◯ Padastro/Madrastra ◯ Hijastro(a) ◯ Hijo(a) ◯ Hermano(a) ◯ Nieto(a) ◯ Abuelo(a) ◯ Tio(a) ◯ Sobrino(a) ◯ Primo(a) ◯ Suegro(a) ◯ Yerno/Nuera ◯ Cuñado(a) ◯ Padrino/Madrina ◯ Parente ◯ Amigo(a)

Tipo Documento	RC ◯ TI ◯ CC ◯ PEP ◯ PPT ◯ PA ◯ CE ◯ TMF ◯ SD ◯ Partida /Acta Nac ◯	Número de Identificación	
		Correo electrónico	

Número de Celular		Sexo ◯H ◯M ◯Intersex	Fecha de Nacimiento

¿Desea responder preguntas sobre su genero 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 mas años)
◯Femenino ◯Masculino ◯Trans ◯Otro ◯No deseo responder	◯Homosexual (Lesbiana - Gay) ◯Heterosexual ◯Bisexual ◯Otro ◯No deseo responder

País de nacimiento	Colombia	Departamento de nacimiento	Cesar	Municipio de nacimiento	

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ◯ Afrocolombiano ◯ Comunidad Negra ◯ Palenquero ◯ Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia ● Indigena ◯ Rrom/Gitano ◯ No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores

¿Se autoreconoce como campesino (a)? SI ◯ NO ●

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:	Territorio.		Consejo.
	Comunidad.		
Si el Beneficiario se autoreconoce con Indigena Indique:	Pueblo.	Yukpa	Resguardo. Iroka
	Comunidad	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo ●SI ◯ NO
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano indique la Kumpania a la que pertenece.			Tipo de beneficiario: ◯ Persona lactante ◯ Persona Gestante ◯ Niños, niñas y adolescentes y adulto
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 Regimen subsidiado ◯ Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ◯ SI ◯ NO — Si el beneficiario no presenta discapacidad, no se deben diligenciar las siguientes preguntas

¿La discapacidad esta 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 INML.CF	¿Está inscrito en el registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad?. ◯ SI ◯ NO	◯ El beneficiario requiere la ayuda de otra persona. ◯ 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? ◯ SI ◯ NO	Frecuencia Intensidad del apoyo: ◯ Intermitente. ◯ Limitado. ◯ Extenso. ◯ Generalizado.	Tipo de apoyo: ◯ De la misma PcD. ◯ De otras personas. ◯ Sistemas de comunicación Aumentativos o Alternativos SAAC	¿La persona tiene una condicion de discapacidad? ◯ Auditiva. ◯ Física. ◯ Sordoceguera. ◯ Psicosocial (Mental). ◯ Múltiple. ◯ Intelectual. ◯ Visual.	NIVEL DE DIFICULTAD DE DESEMPEÑO % Global. Movilidad. Relaciones. Cognición. Cuidado Personal. Actividades Cotidianas Participación

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLITICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES I.C.B.F. Y A LA LEY 1581 DE 2012

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO FICHA DE CARACTERIZACIÓN SOCIO FAMILIAR	F7.MO30.PP	29/08/2024
		Versión 1	Pagina 1 de 2

Por favor diligencie completamente el presente formulario para garantizar un óptimo análisis de la información.

Fecha de Diligenciamiento: 06 09 2024

Modalidad de Atención: Familia y comunidad **Nombre del Servicio:** Tejiendo interculturalidad.

INFORMACIÓN ENTIDAD CONTRATISTA

A continuación se debe diligenciar la información de la Entidad Contratista

REGIONAL: Cesar

Nombre Entidad Contratista	Resguardo Indígena Iroka		
Tipo Documento Entidad Contratista	● NIT ○ RUT	Número de Identificación de la Entidad Contratista	8 2 4 0 0 2 0 1 0 - 2 —
Número de Contrato	20005122024		
Primer Nombre Prof. Acompañamiento Familiar		Primer Apellido Prof. Acompañamiento Familiar	
Tipo Doc. Prof. Acompañamiento Familiar	● CC ○ CE ○ PA ○ PPT	Número de identificación Prof. Acompañamiento Familiar	1 0 1 9 0 7 5 6 9 7

INFORMACIÓN UBICACIÓN DE LA VIVIENDA FAMILIAR

Tipo de Vivienda: ○ Casa ○ Habitación o Cuarto ○ Albergue (Vivienda Temporal) ○ Apartamento ● Vivienda Indígena ○ Palafito ○ Inquilinato ○ Casa lote

País	Colombia	Departamento	Cesar	Municipio	Agustín Codazzi
Rancheria					

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	Tekwimo	Dirección	Tekwimo

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 basicos: ○ Agua ○ Alcantarillado ○ Energía Eléctrica ○ Gas Natural ○ Internet ○ Recolección de basuras ○ Telefonia fija ○ Telefonia móvil ● 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	Iano	Segundo Nombre	
Primer Apellido	Rodriguez.	Segundo Apellido	Penaloza.

Tipo Documento: RC ○ TI ○ CC ● PA ○ CE ○ PEP ○ TMF ○ PPT ○ Partida/Acta Nac ○ — Número de documento: 1.133.405.453.

Correo electrónico: — Número de Celular:

Fecha de Vinculación a la modalidad: 30 08 2024 — Sexo: ● H ○ M ○ Intersex — Fecha de Nacimiento: 30 10 1988

¿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.	Colombia	Departamento de nacimiento.	cesar	Municipio de nacimiento.	Agustin codazzi

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ○ Afrocolombiano ○ Comunidad Negra ○ Palenquero ○ Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia ● Indígena ○ Rrom/Gitano ○ No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores

¿Se autoreconoce como campesino (a)? SI ○ NO ●

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:	Territorio.		Consejo.	
	Comunidad.			
Si el Beneficiario se autoreconoce con Indigena Indique:	Pueblo	Yukpa	Resguardo.	Iroka
	Comunidad	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo	● SI ○ NO
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano indique la Kumpania a la que pertenece.			Tipo de beneficiario	○ Persona lactante ○ Persona Gestante ○ Niños, niñas y adolescentes y adulto
Nivel de escolaridad	Tercero	Ocupación	Agricultor	Actualmente asiste a establecimiento educativo	○ SI ● NO

En el sistema de Seguridad Social en Salud (SGSSS) es: ○ Afiliado Régimen Subsidiado. ○ Afiliado Régimen Contributivo. ○ Afiliado Regimen Especial. ○ No Afiliado(a).

Si es Afiliado indique la EPS: Dusakawi

Si es afiliado indique tipo de afiliación: ● Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Régimen subsidiado ○ Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ○ SI ● NO — Si el beneficiario 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 ○

- ○ El beneficiario requiere la ayuda de otra persona.
- ○ 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?	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 Aumentativoso alternativos SAAC	○ Auditiva. ○ Física. ○ Sordoceguera. ○ Múltiple. ○ Intelectual. ○ Visual. ○ Psicosocial (Mental).	Global. Movilidad. Relaciones. Cognición. Cuidado Personal. Actividades Cotidianas Participación

INFORMACIÓN INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR

BENEFICIARIO (se repite por cada integrante de la familia)

Primer Nombre	Yadins	Segundo Nombre	
Primer Apellido	Peralozza	Segundo Apellido	Franco

Parentesco con respecto al Jefe de Grupo Familiar: (●) Conyuge/Compañero(a) ○ Padre/Madre ○ Padastro/Madrastra ○ Hijastro(a) ○ Hijo(a) ○ Hermano(a) ○ Nieto(a) ○ Abuelo(a) ○ Tio(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 ○ TMF ○ SD ○ Partida /Acta Nac ○	Número de Identificación	1. 133. 485. 427.
		Correo electrónico	
Número de Celular		Sexo ○H ●M ○Intersex	Fecha de Nacimiento 17 09 2001

¿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	Colombia	Departamento de nacimiento	Cesar	Municipio de nacimiento	Agustín Codazzi

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ○ Afrocolombiano ○ Comunidad Negra ○ Palenquero ○ Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia ● Indígena ○ Rrom/Gitano ○ No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores

¿Se autoreconoce como campesino (a)? ○ SI ● NO

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:	Territorio.		Consejo.		
	Comunidad.				
Si el Beneficiario se autoreconoce con Indigena Indique:	Pueblo.	Yukpa	Resguardo.	Iroka	
	Comunidad.	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo	● SI	○ NO
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano indique la Kumpania a la que pertenece.			Tipo de beneficiario	○ Persona lactante ○ Persona Gestante ● Niños, niñas y adolescentes y adulto	
Nivel de escolaridad	Segundo	Ocupación	ama de casa	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: Dusakawi

Si es afiliado indique tipo de afiliación. ○ Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Régimen subsidiado ● Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ○ SI ● NO — Si el beneficiario 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	○ El beneficiario requiere la ayuda de otra persona. ○ 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?	Frecuencia Intensidad del apoyo	Tipo de apoyo	¿La persona tiene una condición de discapacidadad?	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 ☐

INFORMACIÓN INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR

BENEFICIARIO (se repite por cada integrante de la familia)

Primer Nombre	Juan	Segundo Nombre	thomas.
Primer Apellido	Rodriguez	Segundo Apellido	peñaloza.

Parentesco con respecto al Jefe de Grupo Familiar: ○ Conyuge/Compañero(a) ● Hijo(a) ○ Tio(a) ○ Yerno/Nuera ○ Padre/Madre ○ Hermano(a) ○ Sobrino(a) ○ Cuñado(a) ○ Amigo(a) ○ Padastro/Madrastra ○ Nieto(a) ○ Primo(a) ○ Padrino/Madrina ○ Hijastro(a) ○ Abuelo(a) ○ Suegro(a) ○ Pariente

Tipo Documento	RC ● TI ○ CC ○ PEP ○ PPT ○ PA ○ CE ○ TMF ○ SD ○ Partida /Acta Nac ○	Número de Identificación	1.067.733.570
		Correo electrónico	

Número de Celular		Sexo ● H ○ M ○ Intersex	Fecha de Nacimiento 29/06/2019

¿Desea responder preguntas sobre su genero 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 mas años): ○ Homosexual (Lesbiana - Gay) ○ Heterosexual ○ Bisexual ○ Otro ● No deseo responder

País de nacimiento	Colombia	Departamento de nacimiento	Cesar	Municipio de nacimiento	Agustín codazzi

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ○ Afrocolombiano ○ Comunidad Negra ○ Palenquero ○ Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia ● Indígena ○ Rrom/Gitano ○ No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores

¿Se autoreconoce como campesino (a)? SI ○ NO ●

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:	Territorio.		Consejo.		
	Comunidad.				
Si el Beneficiario se autoreconoce con Indígena Indique.	Pueblo.	Yukpa	Resguardo.	Iroka	
	Comunidad	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo	● SI ○ NO	
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano indique la Kumpania a la que pertenece.			Tipo de beneficiario	○ Persona lactante ○ Persona Gestante ● Niños, niñas y adolescentes y adulto	
Nivel de escolaridad	Primera Infancia	Ocupación	Estudiante	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: Dusakawi

Si es afiliado indique tipo de afiliación: ○ Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Régimen subsidiado ● Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ○ SI ● NO — Si el beneficiario no presenta discapacidad, no se deben diligenciar las siguientes preguntas

¿La discapacidad esta 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 ○

- ○ El beneficiario requiere la ayuda de otra persona.
- ○ 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? ○ SI ○ NO

Frecuencia Intensidad del apoyo: ○ Intermitente. ○ Limitado. ○ Extenso. ○ Generalizado.

Tipo de apoyo: ○ De la misma PcD. ○ De otras personas. ○ Sistemas de comunicación Aumentativos o Alternativos SAAC

¿La persona tiene una condición de discapacidad?: ○ Auditiva. ○ Múltiple. ○ Física. ○ Intelectual. ○ Sordoceguera. ○ Visual. ○ Psicosocial (Mental).

NIVEL DE DIFICULTAD DE DESEMPEÑO %: Global. Movilidad. Relaciones. Cognición. Cuidado Personal. Actividades Cotidianas. Participación.

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

INFORMACIÓN INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR

BENEFICIARIO (se repite por cada integrante de la familia)

Primer Nombre	Luis	Segundo Nombre	Alfonso
Primer Apellido	Rodriguez	Segundo Apellido	Penaloza.

Parentesco con respecto al Jefe de Grupo Familiar: ○ Conyuge/Compañero(a) ● Hijo(a) ○ Tio(a) ○ Yerno/Nuera ○ Padre/Madre ○ Hermano(a) ○ Sobrino(a) ○ Cuñado(a) ○ Amigo(a) ○ Padastro/Madrastra ○ Nieto(a) ○ Primo(a) ○ Padrino/Madrina ○ Hijastro(a) ○ Abuelo(a) ○ Suegro(a) ○ Pariente

Tipo Documento: RC ● TI ○ CC ○ PEP ○ PPT ○ PA ○ CE ○ TMF ○ SD ○ Partida /Acta Nac ○ — Número de Identificación: 1.214.469.828 — Correo electrónico:

Número de Celular: — Sexo ●H ○M ○Intersex — Fecha de Nacimiento: 15/10/2016

¿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	Colombia	Departamento de nacimiento	Cesar	Municipio de nacimiento	Agustin Codazzi

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ○ Afrocolombiano ○ Comunidad Negra ○ Palenquero ○ Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia ● Indigena ○ Rrom/Gitano ○ No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores

¿Se autoreconoce como campesino (a)? SI ○ NO ●

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:	Territorio.		Consejo.
	Comunidad.		
Si el Beneficiario se autoreconoce con Indigena Indique:	Pueblo.	Yukpa	Resguardo. Iroka
	Comunidad.	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo ● SI ○ NO
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano indique la Kumpania a la que pertenece.			Tipo de beneficiario: ○ Persona lactante ○ Persona Gestante ● Niños, niñas y adolescentes y adulto
Nivel de escolaridad	Tercero	Ocupación	Estudiante — 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: Nuevo Emi

Si es afiliado indique tipo de afiliación: ○ Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Régimen subsidiado ● Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ○ SI ● NO — Si el beneficiario no presenta discapacidad, no se deben diligenciar las siguientes preguntas

¿La discapacidad esta 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	○ El beneficiario requiere la ayuda de otra persona. ○ 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? ○ SI ○ NO	Frecuencia Intensidad del apoyo: ○ Intermitente. ○ Limitado. ○ Extenso. ○ Generalizado.	Tipo de apoyo: ○ De la misma PcD. ○ De otras personas. ○ Sistemas de comunicación Aumentativos o Alternativos SAAC	¿La persona tiene una condición de discapacidadad? ○ Auditiva. ○ Física. ○ Sordoceguera. ○ Psicosocial (Mental). ○ Múltiple. ○ Intelectual. ○ Visual.	NIVEL DE DIFICULTAD DE DESEMPEÑO %: Global. Movilidad. Relaciones. Cognición. Cuidado Personal. Actividades Cotidianas. Participación.

INFORMACIÓN INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR

BENEFICIARIO (se repite por cada integrante de la familia)

Primer Nombre	Leandro	Segundo Nombre	de Jesus.
Primer Apellido	Rodriguez	Segundo Apellido	Peñaloza.

Parentesco con respecto al Jefe de Grupo Familiar: ○ Conyuge/Compañero(a) ● Hijo(a) ○ Tio(a) ○ Yerno/Nuera ○ Amigo(a) ○ Padre/Madre ○ Hermano(a) ○ Sobrino(a) ○ Cuñado(a) ○ Padastro/Madrastra ○ Nieto(a) ○ Primo(a) ○ Padrino/Madrina ○ Hijastro(a) ○ Abuelo(a) ○ Suegro(a) ○ Pariente

Tipo Documento	RC ● TI ○ CC ○ PEP ○ PPT ○ PA ○ CE ○ TMF ○ SD ○ Partida /Acta Nac ○	Número de Identificación	1.067.736.098
		Correo electrónico	

Número de Celular		Sexo ● H ○ M ○ Intersex	Fecha de Nacimiento 12/11/2021

¿Desea responder preguntas sobre su genero y orientación sexual? ○ SI ● NO — Si la respuesta a la pregunta anterior es afirmativa realice las siguientes dos preguntas, si no omitalas por favor

Genero: ○ Femenino ○ Masculino ○ Trans ○ Otro ● No deseo responder

Orientación sexual (con edad de 14 o mas años): ○ Homosexual (Lesbiana - Gay) ○ Heterosexual ○ Bisexual ○ Otro ● No deseo responder

País de nacimiento	Colombia	Departamento de nacimiento	Cesar	Municipio de nacimiento	Agustín Codazzi

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ○ Afrocolombiano ○ Comunidad Negra ○ Palenquero ○ Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia ● Indígena ○ Rrom/Gitano ○ No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores

¿Se autoreconoce como campesino (a)? SI ○ NO ●

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:	Territorio.		Consejo.
	Comunidad.		
Si el Beneficiario se autoreconoce con Indigena Indique.	Pueblo.	Yukpa	Resguardo. Iroka
	Comunidad	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo ● SI ○ NO
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano indique la Kumpania a la que pertenece.			Tipo de beneficiario: ○ Persona lactante ○ Persona Gestante ● Niños, niñas y adolescentes y adulto
Nivel de escolaridad	Primera infancia	Ocupación	Estudiante. — 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: Asakaudi

Si es afiliado indique tipo de afiliación: ○ Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Régimen subsidiado ● Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ○ SI ● NO — Si el beneficiario no presenta discapacidad, no se deben diligenciar las siguientes preguntas

¿La discapacidad esta 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 ○

- ○ El beneficiario requiere la ayuda de otra persona.
- ○ 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? ○ SI ○ NO

Frecuencia Intensidad del apoyo: ○ Intermitente. ○ Limitado. ○ Extenso. ○ Generalizado.

Tipo de apoyo: ○ De la misma PcD. ○ De otras personas. ○ Sistemas de comunicación Aumentativos o 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 ☐

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

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO FICHA DE CARACTERIZACIÓN SOCIO FAMILIAR	F7.MO30.PP	29/08/2024
		Versión 1	Pagina 2 de 2

INFORMACIÓN INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR

BENEFICIARIO (se repite por cada integrante de la familia)

Primer Nombre	Abimael	Segundo Nombre	
Primer Apellido	Rodriguez	Segundo Apellido	Penaloza.

Parentesco con respecto al Jefe de Grupo Familiar: ○ Conyuge/Compañero(a) ● Hijo(a) ○ Tio(a) ○ Yerno/Nuera ○ Padre/Madre ○ Hermano(a) ○ Sobrino(a) ○ Cuñado(a) ○ Amigo(a) ○ Padastro/Madrastra ○ Nieto(a) ○ Primo(a) ○ Padrino/Madrina ○ Hijastro(a) ○ Abuelo(a) ○ Suegro(a) ○ Pariente

Tipo Documento	RC ● TI ○ CC ○ PEP ○ PPT ○ PA ○ CE ○ TMF ○ SD ○ Partida /Acta Nac ○	Número de Identificación	1.214.469.827
		Correo electrónico	

Número de Celular		Sexo ● H ○ M ○ Intersex	Fecha de Nacimiento: 12 09 2019

¿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	Colombia	Departamento de nacimiento	Cesar	Municipio de nacimiento	Agustin Codazzi

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ○ Afrocolombiano ○ Comunidad Negra ○ Palenquero ○ Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia ● Indigena ○ Rrom/Gitano ○ No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores

¿Se autoreconoce como campesino (a)? SI ○ NO ●

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:	Territorio.		Consejo.
	Comunidad.		
Si el Beneficiario se autoreconoce con Indigena Indique:	Pueblo.	Yukpa	Resguardo. Iroka
	Comunidad.	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo ● SI ○ NO
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano indique la Kumpania a la que pertenece.			Tipo de beneficiario: ○ Persona lactante ○ Persona Gestante ● Niños, niñas y adolescentes y adulto
Nivel de escolaridad	Primera infancia.	Ocupación: Estudiante	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: Dusakawi

Si es afiliado indique tipo de afiliación: ○ Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Regimen subsidiado ● Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ○ SI ● NO

Si el beneficiario no presenta discapacidad, no se deben diligenciar las siguientes preguntas

¿La discapacidad esta 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	○ El beneficiario requiere la ayuda de otra persona. ○ El beneficiario requiere ayuda técnica/Producto de apoyo. ○ El beneficiario cuenta con la ayuda tecnica/Producto de apoyo. ○ El beneficiario requiere terapia y/o rehabilitación. ○ El beneficiario recibe atención en terapia y/o rehabilitación.

¿Tiene proceso de Interdicción?	Frecuencia Intensidad del apoyo	Tipo de apoyo	¿La persona tiene una condicion 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. ○ Fisica. ○ Intelectual. ○ Sordoceguera. ○ Visual. ○ Psicosocial (Mental)	Global. Movilidad. Relaciones. Cognición. Cuidado Personal. Actividades Cotidianas Participación

INFORMACIÓN INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR

BENEFICIARIO (se repite por cada integrante de la familia)

Primer Nombre	Hel	Segundo Nombre	Jaino
Primer Apellido	Rodriguez	Segundo Apellido	Penaloza.

Parentesco con respecto al Jefe de Grupo Familiar: ○ Conyuge/Compañero(a) ● Hijo(a) ○ Tio(a) ○ Yerno/Nuera ○ Padre/Madre ○ Hermano(a) ○ Sobrino(a) ○ Cuñado(a) ○ Amigo(a) ○ Padastro/Madrastra ○ Nieto(a) ○ Primo(a) ○ Padrino/Madrina ○ Hijastro(a) ○ Abuelo(a) ○ Suegro(a) ○ Pariente

Tipo Documento	RC ● TI ○ CC ○ PEP ○ PPT ○ PA ○ CE ○ TMF ○ SD ○ Partida /Acta Nac ○	Número de Identificación	1.067.737.958.
		Correo electrónico	
Número de Celular		Sexo ● H ○ M ○ Intersex	Fecha de Nacimiento 24 01 2024

¿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	Colombia	Departamento de nacimiento	Cesar	Municipio de nacimiento	Agustin Codazzi

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ○ Afrocolombiano ○ Comunidad Negra ○ Palenquero ○ Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia ● Indigena ○ Rrom/Gitano ○ No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores

¿Se autoreconoce como campesino (a)? ○ SI ● NO

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:	Territorio.		Consejo.		
	Comunidad.				
Si el Beneficiario se autoreconoce con Indigena Indique:	Pueblo.	Yukpa	Resguardo.	Iroka	
	Comunidad	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo	● SI	○ NO
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano indique la Kumpania a la que pertenece.			Tipo de beneficiario	○ Persona lactante ○ Persona Gestante ● Niños, niñas y adolescentes y adulto	
Nivel de escolaridad	Primera infancia	Ocupación	Estudiante	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: Dusakawi

Si es afiliado indique tipo de afiliación: ○ Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Régimen subsidiado ● Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ○ SI ● NO — Si el beneficiario 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

- ○ El beneficiario requiere la ayuda de otra persona.
- ○ 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? ○ SI ○ NO

Frecuencia Intensidad del apoyo: ○ Intermitente. ○ Limitado. ○ Extenso. ○ Generalizado.

Tipo de apoyo: ○ De la misma PcD. ○ De otras personas. ○ Sistemas de comunicación Aumentativos o Alternativos SAAC

¿La persona tiene una condición de discapacidad?: ○ Auditiva. ○ Fisica. ○ Sordoceguera. ○ Psicosocial (Mental) ○ Múltiple. ○ Intelectual. ○ Visual.

NIVEL DE DIFICULTAD DE DESEMPEÑO %: Global. ☐ Movilidad. ☐ Relaciones. ☐ Cognición ☐ Cuidado Personal. ☐ Actividades Cotidianas ☐ Participación ☐

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: ○ Conyuge/Compañero(a) ○ Padre/Madre ○ Padastro/Madrastra ○ Hijastro(a) ○ Hijo(a) ○ Hermano(a) ○ Nieto(a) ○ Abuelo(a) ○ Tio(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 ○ TMF ○ SD ○ Partida /Acta Nac ○ | Número de Identificación | | Correo electrónico |

Número de Celular | Sexo ○H ○M ○Intersex | Fecha de Nacimiento

¿Desea responder preguntas sobre su genero 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	Colombia	Departamento de nacimiento	Cesar	Municipio de nacimiento	

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ○ Afrocolombiano ○ Comunidad Negra ○ Palenquero ○ Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia ● Indigena ○ Rrom/Gitano ○ No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores

¿Se autoreconoce como campesino (a)? SI ○ NO ●

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:	Territorio.		Consejo.	
	Comunidad.			
Si el Beneficiario se autoreconoce con Indigena indique.	Pueblo.	Yukpa	Resguardo.	Iroka
	Comunidad.	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo	●SI ○NO
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano indique la Kumpania a la que pertenece.			Tipo de Beneficiario	○ Persona lactante ○ Persona Gestante ○ Niños, niñas y adolescentes y adulto
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

¿El beneficiario presenta discapacidad? ○SI ○NO

Si el beneficiario 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

- ○ El beneficiario requiere la ayuda de otra persona.
- ○ 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? ○ SI ○ NO

Frecuencia Intensidad del apoyo: ○ Intermitente. ○ Limitado. ○ Extenso. ○ Generalizado.

Tipo de apoyo: ○ De la misma PcD. ○ De otras personas. ○ Sistemas de comunicación Aumentativos o Alternativos SAAC

¿La persona tiene una condición de discapacidad? ○ Auditiva. ○ Fisica. ○ Sordoceguera. ○ Psicosocial (Mental). ○ Múltiple. ○ Intelectual. ○ Visual.

NIVEL DE DIFICULTAD DE DESEMPEÑO %

Global.	Movilidad.	Relaciones.	Cognición.

Cuidado Personal.	Actividades Cotidianas	Participación

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO FICHA DE CARACTERIZACIÓN SOCIO FAMILIAR	F7.MO30.PP	29/08/2024
		Versión 1	Pagina 1 de 2

Por favor diligencie completamente el presente formulario para garantizar un óptimo análisis de la información.

Fecha de Diligenciamiento: 06 09 2024

Modalidad de Atención: Familia y comunidad **Nombre del Servicio:** Tejiendo interculturalidad

INFORMACIÓN ENTIDAD CONTRATISTA

A continuación se debe diligenciar la información de la Entidad Contratista

REGIONAL: Cesar

Nombre Entidad Contratista	Resguardo Indígena Iroka		
Tipo Documento Entidad Contratista	● NIT ○ RUT	Número de Identificación de la Entidad Contratista	8 2 4 0 0 2 0 1 0 - 2 —
Número de Contrato	20005122024		
Primer Nombre Prof. Acompañamiento Familiar	Adriana	Primer Apellido Prof. Acompañamiento Familiar	Navarro
Tipo Doc. Prof. Acompañamiento Familiar	● CC ○ CE ○ PA ○ PPT	Número de identificación Prof. Acompañamiento Familiar	1 0 1 9 0 7 5 6 9 7

INFORMACIÓN UBICACIÓN DE LA VIVIENDA FAMILIAR

Tipo de Vivienda: ○ Casa ○ Habitación o Cuarto ○ Albergue (Vivienda Temporal) ○ Apartamento ● Vivienda Indígena ○ Palafito ○ Inquilinato ○ Casa lote

País	Colombia	Departamento	Cesar	Municipio	Agustín Codazzi
Rancheria					

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	Tekuymo	Dirección	Tekuymo

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 basicos: ○ Agua ○ Alcantarillado ○ Energía Eléctrica ○ Gas Natural ○ Internet ○ Recolección de basuras ○ Telefonía fija ○ Telefonía móvil ● 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	Miguel	Segundo Nombre	
Primer Apellido	Peñaloza	Segundo Apellido	Peñaloza.
Tipo Documento RC ○ TI ○ CC ● PA ○ CE ○ PEP ○ TMF ○		Número de documento	1.133.485.435.
PPT ○ Partida/Acta Nac ○	Correo electrónico	Número de Celular	
Fecha de Vinculación a la modalidad	30 08 2024	Sexo: ● H ○ M ○ Intersex	Fecha de Nacimiento: 06 10 1985

¿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.	Colombia	Departamento de nacimiento.	Cesar	Municipio de nacimiento.	Agustín codazzi

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ○ Afrocolombiano ○ Comunidad Negra ○ Palenquero ○ Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia ● Indígena ○ Rrom/Gitano ○ No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores

¿Se autoreconoce como campesino (a)? SI ○ NO ●

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:	Territorio.		Consejo.	
	Comunidad.			
Si el Beneficiario se autoreconoce con Indigena Indique:	Pueblo	Yukpa	Resguardo.	Iroka
	Comunidad	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo	● SI ○ NO
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano indique la Kumpania a la que pertenece.			Tipo de beneficiario	○ Persona lactante ○ Persona Gestante ● Niños, niñas y adolescentes y adulto
Nivel de escolaridad	Tercero	Ocupación	Agricultor	Actualmente asiste a establecimiento educativo	○ SI ● NO

En el sistema de Seguridad Social en Salud (SGSSS) es: ○ Afiliado Régimen Subsidiado. ○ Afiliado Régimen Contributivo. ○ Afiliado Regimen Especial. ○ No Afiliado(a).

Si es Afiliado indique la EPS: Dusakawi

Si es afiliado indique tipo de afiliación: ● Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Régimen subsidiado ○ Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ○ SI ● NO — Si el beneficiario 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	○ El beneficiario requiere la ayuda de otra persona. ○ 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?	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 Aumentativoso alternativos SAAC	○ Auditiva. ○ Física. ○ Sordoceguera. ○ Múltiple. ○ Intelectual. ○ Visual. ○ Psicosocial (Mental).	Global. ☐ Movilidad. ☐ Relaciones. ☐ Cognición. ☐ Cuidado Personal. ☐ Actividades Cotidianas ☐ Participación ☐

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO FICHA DE CARACTERIZACIÓN SOCIO FAMILIAR	F7.MO30.PP	29/08/2024
		Versión 1	Pagina 2 de 2

INFORMACIÓN INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR

BENEFICIARIO (se repite por cada integrante de la familia)

Primer Nombre	Nellis	Segundo Nombre	
Primer Apellido	Rodriguez	Segundo Apellido	Peralozo.

Parentesco con respecto al Jefe de Grupo Familiar: (●) Conyuge/Compañero(a) ( ) Padre/Madre ( ) Padastro/Madrastra ( ) Hijastro(a) ( ) Hijo(a) ( ) Hermano(a) ( ) Nieto(a) ( ) Abuelo(a) ( ) Tio(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 ( ) TMF ( ) SD ( ) Partida /Acta Nac ( )	Número de Identificación	1.133.485.462.
		Correo electrónico	
Número de Celular		Sexo	( ) H (●) M ( ) Intersex
Fecha de Nacimiento	27 08 1996		

¿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	Colombia	Departamento de nacimiento	Cesar	Municipio de nacimiento	Agustin Codazzi

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ( ) Afrocolombiano ( ) Comunidad Negra ( ) Palenquero ( ) Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia (●) Indígena ( ) Rrom/Gitano ( ) No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores

¿Se autoreconoce como campesino (a)? SI ( ) NO (●)

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:	Territorio.		Consejo.	
	Comunidad.			
Si el Beneficiario se autoreconoce con Indigena Indique:	Pueblo.	Yukpa	Resguardo.	Iroka
	Comunidad.	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo	(●) SI ( ) NO
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano indique la Kumpania a la que pertenece.			Tipo de beneficiario	( ) Persona lactante ( ) Persona Gestante (●) Niños, niñas y adolescentes y adulto
Nivel de escolaridad	Cuarto	Ocupación	agente educativo	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: Dusmedi

Si es afiliado indique tipo de afiliación: ( ) Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Régimen subsidiado (●) Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ( ) SI (●) NO — Si el beneficiario 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 ( )

( ) El beneficiario requiere la ayuda de otra persona.
( ) 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?	Frecuencia Intensidad del apoyo	Tipo de apoyo	¿La persona tiene una condición de discapacidadad?	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

INFORMACIÓN INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR

BENEFICIARIO (se repite por cada integrante de la familia)

Primer Nombre	linda	Segundo Nombre	Sofia
Primer Apellido	Peñaloza	Segundo Apellido	Rodriguez.

Parentesco con respecto al Jefe de Grupo Familiar: ○ Conyuge/Compañero(a) ● Hijo(a) ○ Tio(a) ○ Yerno/Nuera ○ Padre/Madre ○ Hermano(a) ○ Sobrino(a) ○ Cuñado(a) ○ Amigo(a) ○ Padastro/Madrastra ○ Nieto(a) ○ Primo(a) ○ Padrino/Madrina ○ Hijastro(a) ○ Abuelo(a) ○ Suegro(a) ○ Pariente

Tipo Documento: RC ○ TI ● CC ○ PEP ○ PPT ○ PA ○ CE ○ TMF ○ SD ○ Partida /Acta Nac ○ — Número de Identificación: 1.214.469.815. — Correo electrónico:

Número de Celular: | Sexo: ○H ●M ○Intersex | Fecha de Nacimiento: 31 03 2016

¿Desea responder preguntas sobre su genero 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 mas años): ○ Homosexual (Lesbiana - Gay) ○ Heterosexual ○ Bisexual ○ Otro ● No deseo responder

País de nacimiento	Colombia	Departamento de nacimiento	Cesar	Municipio de nacimiento	Agustin codazzi

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ○ Afrocolombiano ○ Comunidad Negra ○ Palenquero ○ Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia ● Indígena ○ Rrom/Gitano ○ No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores — ¿Se autoreconoce como campesino (a)? SI ○ NO ●

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:	Territorio.		Consejo.		
	Comunidad.				
Si el Beneficiario se autoreconoce con Indigena Indique.	Pueblo.	Yukpa	Resguardo.	Iroka	
	Comunidad.	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo	● SI	○ NO
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano indique la Kumpania a la que pertenece.			Tipo de beneficiario	○ Persona lactante ○ Persona Gestante ● Niños, niñas y adolescentes y adulto	
Nivel de escolaridad	Tercero	Ocupación	Estudiante	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: Dusakawi — Si es afiliado indique tipo de afiliación: ○ Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Régimen subsidiado ● Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ○ SI ● NO — Si el beneficiario 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

- ○ El beneficiario requiere la ayuda de otra persona.
- ○ 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? ○ SI ○ NO

Frecuencia Intensidad del apoyo: ○ Intermitente. ○ Limitado. ○ Extenso. ○ Generalizado.

Tipo de apoyo: ○ De la misma PcD. ○ De otras personas. ○ Sistemas de comunicación Aumentativos o 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.

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

INFORMACIÓN INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR

BENEFICIARIO (se repite por cada integrante de la familia)

Primer Nombre	Eduar	Segundo Nombre	
Primer Apellido	Peñaloza	Segundo Apellido	Rodriguez.

Parentesco con respecto al Jefe de Grupo Familiar: ○ Conyuge/Compañero(a) ● Hijo(a) ○ Tio(a) ○ Yerno/Nuera ○ Padre/Madre ○ Hermano(a) ○ Sobrino(a) ○ Cuñado(a) ○ Amigo(a) ○ Padastro/Madrastra ○ Nieto(a) ○ Primo(a) ○ Padrino/Madrina ○ Hijastro(a) ○ Abuelo(a) ○ Suegro(a) ○ Pariente

Tipo Documento	RC ○ TI ● CC ○ PEP ○ PPT ○ PA ○ CE ○ TMT ○ SD ○ Partida /Acta Nac ○	Número de Identificación	1.148.202.034
		Correo electrónico	
Número de Celular		Sexo ●H ○M ○Intersex	Fecha de Nacimiento 25 08 2011

¿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 mas años)	
○ Femenino ○ Masculino ○ Trans ○ Otro ● No deseo responder		○ Homosexual (Lesbiana - Gay) ○ Heterosexual ○ Bisexual ○ Otro ● No deseo responder	

País de nacimiento	Colombia	Departamento de nacimiento	Cesar	Municipio de nacimiento	Agustín Codazzi

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ○ Afrocolombiano ○ Comunidad Negra ○ Palenquero ○ Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia ● Indigena ○ Rrom/Gitano ○ No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores

¿Se autoreconoce como campesino (a)? SI ○ NO ●

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:	Territorio.		Consejo.
	Comunidad.		
Si el Beneficiario se autoreconoce con Indigena Indique:	Pueblo.	Yukpa	Resguardo. Iroka
	Comunidad.	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo ● SI ○ NO
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano indique la Kumpania a la que pertenece.			Tipo de beneficiario: ○ Persona lactante ○ Persona Gestante ● Niños, niñas y adolescentes y adulto
Nivel de escolaridad	Septimo	Ocupación	Estudiante
			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	Dusakawi
		Si es afiliado indique tipo de afiliación:	○ Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Regimen subsidiado ● Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ○ SI ● NO — Si el beneficiario no presenta discapacidad, no se deben diligenciar las siguientes preguntas

¿La discapacidad esta 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	○ El beneficiario requiere la ayuda de otra persona. ○ 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? ○ SI ○ NO	Frecuencia Intensidad del apoyo: ○ Intermitente. ○ Limitado. ○ Extenso. ○ Generalizado.	Tipo de apoyo: ○ De la misma PcD. ○ De otras personas. ○ Sistemas de comunicación Aumentativos o Alternativos SAAC	¿La persona tiene una condición de discapacidad? ○ Auditiva. ○ Múltiple. ○ Física. ○ Intelectual. ○ Sordoceguera. ○ Visual. ○ Psicosocial (Mental).	NIVEL DE DIFICULTAD DE DESEMPEÑO % Global. Movilidad. Relaciones. Cognición. Cuidado Personal. Actividades Cotidianas Participación

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

INFORMACIÓN INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR

BENEFICIARIO (se repite por cada integrante de la familia)

Primer Nombre	Yesenia	Segundo Nombre	
Primer Apellido	Peñaloza	Segundo Apellido	Rodriguez

Parentesco con respecto al Jefe de Grupo Familiar: ○ Conyuge/Compañero(a) ● Hijo(a) ○ Tio(a) ○ Yerno/Nuera ○ Padre/Madre ○ Hermano(a) ○ Sobrino(a) ○ Cuñado(a) ○ Amigo(a) ○ Padastro/Madrastra ○ Nieto(a) ○ Primo(a) ○ Padrino/Madrina ○ Hijastro(a) ○ Abuelo(a) ○ Suegro(a) ○ Pariente

Tipo Documento	RC ● TI ○ CC ○ PEP ○ PPT ○ PA ○ CE ○ TMF ○ SD ○ Partida /Acta Nac ○	Número de Identificación	1.214.469.817
		Correo electrónico	
Número de Celular		Sexo ○H ●M ○Intersex	Fecha de Nacimiento 21/12/2017
¿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 mas años)	
○ Femenino ○ Masculino ○ Trans ○ Otro ● No deseo responder		○ Homosexual (Lesbiana - Gay) ○ Heterosexual ○ Bisexual ○ Otro ● No deseo responder	

País de nacimiento	Colombia	Departamento de nacimiento	Cesar	Municipio de nacimiento	Agustin Codazzi

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ○ Afrocolombiano ○ Comunidad Negra ○ Palenquero ○ Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia ● Indigena ○ Rrom/Gitano ○ No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores

¿Se autoreconoce como campesino (a)? SI ○ NO ●

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:	Territorio.		Consejo.		
	Comunidad.				
Si el Beneficiario se autoreconoce con Indigena Indique.	Pueblo.	Yukpa	Resguardo.	Iroka	
	Comunidad.	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo	● SI ○ NO	
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano indique la Kumpania a la que pertenece.			Tipo de beneficiario	○ Persona lactante ○ Persona Gestante ● Niños, niñas y adolescentes y adulto	
Nivel de escolaridad	Primero	Ocupación	Estudiante	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: Dusalud

Si es afiliado indique tipo de afiliación: ○ Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Régimen subsidiado ● Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ○ SI ● NO

Si el beneficiario 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	○ El beneficiario requiere la ayuda de otra persona. ○ 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? ○ SI ○ NO	Frecuencia Intensidad del apoyo: ○ Intermitente. ○ Limitado. ○ Extenso. ○ Generalizado.	Tipo de apoyo: ○ De la misma PcD. ○ De otras personas. ○ Sistemas de comunicación Aumentativos o 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.

INFORMACIÓN INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR

BENEFICIARIO (se repite por cada integrante de la familia)

Primer Nombre	Sandra	Segundo Nombre	Milena
Primer Apellido	Peralosa	Segundo Apellido	Rodriguez

Parentesco con respecto al Jefe de Grupo Familiar: ○ Conyuge/Compañero(a) ● Hijo(a) ○ Tio(a) ○ Yerno/Nuera ○ Padre/Madre ○ Hermano(a) ○ Sobrino(a) ○ Cuñado(a) ○ Amigo(a) ○ Padastro/Madrastra ○ Nieto(a) ○ Primo(a) ○ Padrino/Madrina ○ Hijastro(a) ○ Abuelo(a) ○ Suegro(a) ○ Pariente

Tipo Documento	RC ○ TI ● CC ○ PEP ○ PPT ○ PA ○ CE ○ TMF ○ SD ○ Partida /Acta Nac ○	Número de Identificación	1.148.705.309
		Correo electrónico	
Número de Celular		Sexo ○H ●M ○Intersex	Fecha de Nacimiento 26/12/2014

¿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	Colombia	Departamento de nacimiento	Cesar	Municipio de nacimiento	Agustin Codazzi

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ○ Afrocolombiano ○ Comunidad Negra ○ Palenquero ○ Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia ● Indigena ○ Rrom/Gitano ○ No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores

¿Se autoreconoce como campesino (a)? ○ SI ● NO

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:	Territorio.		Consejo.		
	Comunidad.				
Si el Beneficiario se autoreconoce con Indigena Indique:	Pueblo.	Yukpa	Resguardo.	Iroka	
	Comunidad.	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo	● SI	○ NO
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano indique la Kumpania a la que pertenece.			Tipo de beneficiario	○ Persona lactante ○ Persona Gestante ● Niños, niñas y adolescentes y adulto	
Nivel de escolaridad	Cuarto	Ocupación	Estudiante	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: Dusakawi

Si es afiliado indique tipo de afiliación: ○ Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Regimen subsidiado ● Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ○ SI ● NO — Si el beneficiario 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
				○ El beneficiario requiere la ayuda de otra persona. ○ 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?	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

INFORMACIÓN INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR

BENEFICIARIO (se repite por cada integrante de la familia)

Primer Nombre	Herlinda.	Segundo Nombre	
Primer Apellido	Penaloza	Segundo Apellido	Rodriguez.

Parentesco con respecto al Jefe de Grupo Familiar: ○ Conyuge/Compañero(a) ● Hijo(a) ○ Tio(a) ○ Yerno/Nuera ○ Padre/Madre ○ Hermano(a) ○ Sobrino(a) ○ Cuñado(a) ○ Amigo(a) ○ Padastro/Madrastra ○ Nieto(a) ○ Primo(a) ○ Padrino/Madrina ○ Hijastro(a) ○ Abuelo(a) ○ Suegro(a) ○ Pariente

Tipo Documento	RC ● TI ○ CC ○ PEP ○ PPT ○ PA ○ CE ○ TMF ○ SD ○ Partida /Acta Nac ○	Número de Identificación	1.151.482.131
		Correo electrónico	

Número de Celular		Sexo ○H ●M ○Intersex	Fecha de Nacimiento: 01 01 2020

¿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	Colombia	Departamento de nacimiento	Cesar	Municipio de nacimiento	Agustín Codazzi

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ○ Afrocolombiano ○ Comunidad Negra ○ Palenquero ○ Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia ● Indígena ○ Rrom/Gitano ○ No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores

¿Se autoreconoce como campesino (a)? SI ○ NO ●

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:	Territorio.		Consejo.
	Comunidad.		
Si el Beneficiario se autoreconoce con Indigena Indique	Pueblo.	Yukpa	Resguardo. Iroka
	Comunidad	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo ● SI ○ NO
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano indique la Kumpania a la que pertenece.			Tipo de beneficiario: ○ Persona lactante ○ Persona Gestante ● Niños, niñas y adolescentes y adulto
Nivel de escolaridad	Primera infancia	Ocupación: Estudiante	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: Dusakawi

Si es afiliado indique tipo de afiliación: ○ Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Régimen subsidiado ● Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ○ SI ● NO — Si el beneficiario 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	○ El beneficiario requiere la ayuda de otra persona. ○ El beneficiario requiere ayuda técnica/Producto de apoyo. ○ El beneficiario cuenta con la ayuda tecnica/Producto de apoyo. ○ El beneficiario requiere terapia y/o rehabilitación. ○ El beneficiario 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. ○ Fisica. ○ Sordoceguera. ○ Psicosocial (Mental). ○ Multiple. ○ Intelectual. ○ Visual.	Global. Movilidad. Relaciones. Cognición. Cuidado Personal. Actividades Cotidianas. Participacion.

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: ◯ Conyuge/Compañero(a) ◯ Padre/Madre ◯ Padastro/Madrastra ◯ Hijastro(a) ◯ Hijo(a) ◯ Hermano(a) ◯ Nieto(a) ◯ Abuelo(a) ◯ Tio(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 ◯ TMF ◯ SD ◯ Partida /Acta Nac ◯	Número de Identificación	
		Correo electrónico	

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	Orientación sexual (con edad de 14 o mas años)
◯ Femenino ◯ Masculino ◯ Trans ◯ Otro ◯ No deseo responder	◯ Homosexual (Lesbiana - Gay) ◯ Heterosexual ◯ Bisexual ◯ Otro ◯ No deseo responder

País de nacimiento	Colombia	Departamento de nacimiento	Cesar	Municipio de nacimiento	

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ◯ Afrocolombiano ◯ Comunidad Negra ◯ Palenquero ◯ Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia ● Indígena ◯ Rrom/Gitano ◯ No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores

¿Se autoreconoce como campesino (a)? SI ◯ NO ●

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:	Territorio.		Consejo.		
	Comunidad.				
Si el Beneficiario se autoreconoce con indigena indique.	Pueblo.	Yukpa	Resguardo.	Iroka	
	Comunidad	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo	● SI ◯ NO	
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano indique la Kumpania a la que pertenece.			Tipo de beneficiario	◯ Persona lactante ◯ Persona Gestante ◯ Niños, niñas y adolescentes y adulto	
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

¿El beneficiario presenta discapacidad? ◯ SI ◯ NO — Si el beneficiario 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

◯ El beneficiario requiere la ayuda de otra persona.
◯ 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?	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. ◯ Fisica. ◯ Intelectual. ◯ Sordoceguera. ◯ Visual. ◯ Psicosocial (Mental).	Global. ☐ Movilidad. ☐ Relaciones. ☐ Cognición. ☐ Cuidado Personal. ☐ Actividades Cotidianas ☐ Participación ☐

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO FICHA DE CARACTERIZACIÓN SOCIO FAMILIAR	F7.MO30.PP	29/08/2024
		Versión 1	Pagina 1 de 2

Por favor diligencie completamente el presente formulario para garantizar un óptimo análisis de la información.

Fecha de Diligenciamiento: 06/09/2024

Modalidad de Atención: Familia y comunidad **Nombre del Servicio:** Tejiendo Interculturalidad

INFORMACIÓN ENTIDAD CONTRATISTA

A continuación se debe diligenciar la información de la Entidad Contratista

REGIONAL: Cesar

Nombre Entidad Contratista	Resguardo Indígena Iroka		
Tipo Documento Entidad Contratista	● NIT ○ RUT	Número de Identificación de la Entidad Contratista	8 2 4 0 0 2 0 1 0 - 2 —
Número de Contrato	20005122024		
Primer Nombre Prof. Acompañamiento Familiar	Adriana	Primer Apellido Prof. Acompañamiento Familiar	Navarro
Tipo Doc. Prof. Acompañamiento Familiar	● CC ○ CE ○ PA ○ PPT	Número de identificación Prof. Acompañamiento Familiar	1 0 1 9 0 7 5 6 9 7

INFORMACIÓN UBICACIÓN DE LA VIVIENDA FAMILIAR

Tipo de Vivienda: ○ Casa ○ Habitación o Cuarto ○ Albergue (Vivienda Temporal) ○ Apartamento ● Vivienda Indígena ○ Palafito ○ Inquilinato ○ Casa lote

País	Colombia	Departamento	Cesar	Municipio	Agustín Codazzi
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	Tekuymo	Dirección	Tekuymo

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 basicos: ○ Agua ○ Alcantarillado ○ Energía Eléctrica ○ Gas Natural ○ Internet ○ Recolección de basuras ○ Telefonía fija ○ Telefonía móvil ● 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	Ever	Segundo Nombre	
Primer Apellido	Peñaloza	Segundo Apellido	García.
Tipo Documento RC ○ TI ○ CC ● PA ○ CE ○ PEP ○ TMF ○ PPT ○ Partida/Acta Nac ○		Número de documento	1.133.485.457.
Correo electrónico		Número de Celular	
Fecha de Vinculación a la modalidad	30/08/2024	Sexo: ● H ○ M ○ Intersex	Fecha de Nacimiento: 06/01/1979

¿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.	Colombia	Departamento de nacimiento.	Cesar	Municipio de nacimiento.	Agustin Codazzi

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ○ Afrocolombiano ○ Comunidad Negra ○ Palenquero ○ Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia ● Indígena ○ Rrom/Gitano ○ No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores

¿Se autoreconoce como campesino (a)? ○ SI ● NO

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:	Territorio.		Consejo.
	Comunidad.		
Si el Beneficiario se autoreconoce con Indigena Indique:	Pueblo	Yukpa	Resguardo. Iroka
	Comunidad	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo ● SI ○ NO
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano indique la Kumpania a la que pertenece.			Tipo de beneficiario: ○ Persona lactante ○ Persona Gestante ● Niños, niñas y adolescentes y adulto
Nivel de escolaridad	Primero	Ocupación: Agricultor	Actualmente asiste a establecimiento educativo ○ SI ● NO

En el sistema de Seguridad Social en Salud (SGSSS) es: ○ Afiliado Régimen Subsidiado. ○ Afiliado Régimen Contributivo. ○ Afiliado Regimen Especial. ○ No Afiliado(a).

Si es Afiliado indique la EPS: Dusakawi

Si es afiliado indique tipo de afiliación: ● Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Régimen subsidiado ○ Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ○ SI ● NO — Si el beneficiario 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

○ El beneficiario requiere la ayuda de otra persona.
○ 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?	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 Aumentativoso alternativos SAAC	○ Auditiva. ○ Múltiple. ○ Física. ○ Intelectual. ○ Sordoceguera. ○ Visual. ○ Psicosocial (Mental).	Global. Movilidad. Relaciones. Cognición. Cuidado Personal. Actividades Cotidianas Participación

INFORMACIÓN INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR

BENEFICIARIO (se repite por cada integrante de la familia)

Primer Nombre	Rosin S.	Segundo Nombre	
Primer Apellido	Rodriguez	Segundo Apellido	Peñaloza

Parentesco con respecto al Jefe de Grupo Familiar: (●) Conyuge/Compañero(a) ( ) Padre/Madre ( ) Padastro/Madrastra ( ) Hijastro(a) ( ) Hijo(a) ( ) Hermano(a) ( ) Nieto(a) ( ) Abuelo(a) ( ) Tio(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 ( ) TMF ( ) SD ( ) Partida /Acta Nac ( )	Número de Identificación	1.133.485.448
		Correo electrónico	
Número de Celular		Sexo	( )H (●)M ( )Intersex
Fecha de Nacimiento	30/10/1984		

¿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	Colombia	Departamento de nacimiento	Cesar	Municipio de nacimiento	Agustin codazzi

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ( )Afrocolombiano ( )Comunidad Negra ( )Palenquero ( )Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia (●)Indígena ( )Rrom/Gitano ( )No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores

¿Se autoreconoce como campesino (a)? SI ( ) NO (●)

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:	Territorio.		Consejo.	
	Comunidad.			
Si el Beneficiario se autoreconoce con Indigena Indique:	Pueblo.	Yukpa	Resguardo.	Iroka
	Comunidad.	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo	(●)SI ( )NO
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano indique la Kumpania a la que pertenece.			Tipo de beneficiario	( )Persona lactante ( )Persona Gestante (●)Niños, niñas y adolescentes y adulto
Nivel de escolaridad	Ninguno	Ocupación	amade casa	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: Dusakawi

Si es afiliado indique tipo de afiliación: ( ) Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Régimen subsidiado (●) Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ( )SI (●)NO — Si el beneficiario 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 ( )

- ( ) El beneficiario requiere la ayuda de otra persona.
- ( ) 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?	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 [ ]

INFORMACIÓN INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR

BENEFICIARIO (se repite por cada integrante de la familia)

Primer Nombre	Deiner	Segundo Nombre	
Primer Apellido	Rodriguez	Segundo Apellido	Peñaloza.

Parentesco con respecto al Jefe de Grupo Familiar: ○ Conyuge/Compañero(a) ● Hijo(a) ○ Tio(a) ○ Yerno/Nuera ○ Padre/Madre ○ Hermano(a) ○ Sobrino(a) ○ Cuñado(a) ○ Amigo(a) ○ Padastro/Madrastra ○ Nieto(a) ○ Primo(a) ○ Padrino/Madrina ○ Hijastro(a) ○ Abuelo(a) ○ Suegro(a) ○ Pariente

Tipo Documento: RC ○ TI ● CC ○ PEP ○ PPT ○ PA ○ CE ○ TMF ○ SD ○ Partida /Acta Nac ○ — Número de Identificación: 1.148.202.046 — Correo electrónico:

Número de Celular: | Sexo ● H ○ M ○ Intersex | Fecha de Nacimiento: 14 10 2007

¿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	Colombia	Departamento de nacimiento	Cesar	Municipio de nacimiento	Agustin codazzi

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ○ Afrocolombiano ○ Comunidad Negra ○ Palenquero ○ Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia ● Indígena ○ Rrom/Gitano ○ No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores

¿Se autoreconoce como campesino (a)? SI ○ NO ●

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:	Territorio.		Consejo.		
	Comunidad.				
Si el Beneficiario se autoreconoce con Indigena Indique:	Pueblo.	Yukpa	Resguardo.	Iroka	
	Comunidad	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo	● SI ○ NO	
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano indique la Kumpania a la que pertenece.			Tipo de beneficiario	○ Persona lactante ○ Persona Gestante ● Niños, niñas y adolescentes y adulto	
Nivel de escolaridad	Noveno	Ocupación	Estudiante	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: Dusakawi

Si es afiliado indique tipo de afiliación: ○ Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Régimen subsidiado ● Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ○ SI ● NO — Si el beneficiario 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	○ El beneficiario requiere la ayuda de otra persona. ○ El beneficiario requiere ayuda técnica/Producto de apoyo. ○ El beneficiario cuenta con la ayuda tecnica/Producto de apoyo. ○ El beneficiario requiere terapia y/o rehabilitación. ○ El beneficiario 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. ○ Fisica. ○ Sordoceguera. ○ Psicosocial (Mental). ○ Multiple. ○ Intelectual. ○ Visual.	Global. Movilidad. Relaciones. Cognición. Cuidado Personal. Actividades Cotidianas Participación

INFORMACIÓN INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR

BENEFICIARIO (se repite por cada integrante de la familia)

Primer Nombre	Amanda	Segundo Nombre	
Primer Apellido	Peñaloza	Segundo Apellido	Rodriguez

Parentesco con respecto al Jefe de Grupo Familiar: ○ Conyuge/Compañero(a) ● Hijo(a) ○ Tio(a) ○ Yerno/Nuera ○ Padre/Madre ○ Hermano(a) ○ Sobrino(a) ○ Cuñado(a) ○ Amigo(a) ○ Padastro/Madrastra ○ Nieto(a) ○ Primo(a) ○ Padrino/Madrina ○ Hijastro(a) ○ Abuelo(a) ○ Suegro(a) ○ Pariente

Tipo Documento	RC ○ TI ● CC ○ PEP ○ PPT ○ PA ○ CE ○ TMF ○ SD ○ Partida /Acta Nac ○	Número de Identificación	1.148.705.346
		Correo electrónico	

Número de Celular | Sexo ○H ●M ○Intersex | Fecha de Nacimiento: 02/10/2015

¿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 mas años): ○ Homosexual (Lesbiana - Gay) ○ Heterosexual ○ Bisexual ○ Otro ● No deseo responder

País de nacimiento	Colombia	Departamento de nacimiento	Cesar	Municipio de nacimiento	Agustin Codazzi

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ○ Afrocolombiano ○ Comunidad Negra ○ Palenquero ○ Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia ● Indígena ○ Rrom/Gitano ○ No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores

¿Se autoreconoce como campesino (a)? ○ SI ● NO

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:	Territorio.		Consejo.	
	Comunidad.			
Si el Beneficiario se autoreconoce con Indigena Indique	Pueblo.	Yukpa	Resguardo.	Iroka
	Comunidad	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo	● SI ○ NO
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano Indique la Kumpania a la que pertenece.			Tipo de beneficiario	○ Persona lactante ○ Persona Gestante ● Niños, niñas y adolescentes y adulto
Nivel de escolaridad	Segundo	Ocupación	Estudiante	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: Dasalud

Si es afiliado indique tipo de afiliación: ○ Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Regimen subsidiado ● Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ○ SI ● NO — Si el beneficiario 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

- ○ El beneficiario requiere la ayuda de otra persona.
- ○ 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? ○ SI ○ NO

Frecuencia Intensidad del apoyo: ○ Intermitente. ○ Limitado. ○ Extenso. ○ Generalizado.

Tipo de apoyo: ○ De la misma PcD. ○ De otras personas. ○ Sistemas de comunicación Aumentativos o Alternativos SAAC

¿La persona tiene una condición de discapacidad? ○ Auditiva. ○ Múltiple. ○ Física. ○ Intelectual. ○ Sordoceguera. ○ Visual. ○ Psicosocial (Mental).

NIVEL DE DIFICULTAD DE DESEMPEÑO %: Global. Movilidad. Relaciones. Cognición. Cuidado Personal. Actividades Cotidianas Participación

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

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO FICHA DE CARACTERIZACIÓN SOCIO FAMILIAR	F7.MO30.PP	29/08/2024
		Versión 1	Pagina 1 de 2

Por favor diligencie completamente el presente formulario para garantizar un óptimo análisis de la información.

Fecha de Diligenciamiento: 06/09/2024

Modalidad de Atención: Familia y comunidad **Nombre del Servicio:** Tejiendo interculturalidad

INFORMACIÓN ENTIDAD CONTRATISTA

A continuación se debe diligenciar la información de la Entidad Contratista

REGIONAL: Cesar

Nombre Entidad Contratista	Resguardo Indígena Iroka		
Tipo Documento Entidad Contratista	(●) NIT ( ) RUT	Número de Identificación de la Entidad Contratista	8240020102-—
Número de Contrato	20005122024		
Primer Nombre Prof. Acompañamiento Familiar	Adriana	Primer Apellido Prof. Acompañamiento Familiar	Navarro
Tipo Doc. Prof. Acompañamiento Familiar	(●) CC ( ) CE ( ) PA ( ) PPT	Número de identificación Prof. Acompañamiento Familiar	1019075617

INFORMACIÓN UBICACIÓN DE LA VIVIENDA FAMILIAR

Tipo de Vivienda: ( ) Casa ( ) Habitación o Cuarto ( ) Albergue (Vivienda Temporal) ( ) Apartamento (●) Vivienda Indígena ( ) Palafito ( ) Inquilinato ( ) Casa lote

País	Colombia	Departamento	Cesar	Municipio	Agustín Codazzi
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	Tekuymo	Dirección	Tekuymo

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 basicos: ( ) Agua ( ) Alcantarillado ( ) Energía Eléctrica ( ) Gas Natural ( ) Internet ( ) Recolección de basuras ( ) Telefonía fija ( ) Telefonía móvil (●) 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	Fernando	Segundo Nombre	
Primer Apellido	Penaloza	Segundo Apellido	Martinez.
Tipo Documento RC ( ) TI ( ) CC (●) PA ( ) CE ( ) PEP ( ) TMF ( ) PPT ( ) Partida/Acta Nac ( )		Número de documento	19.650.064.
Correo electrónico		Número de Celular	
Fecha de Vinculación a la modalidad	30/08/2024	Sexo: (●) H ( ) M ( ) Intersex	Fecha de Nacimiento 10/08/1963.
¿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.	Colombia	Departamento de nacimiento.	Cesar	Municipio de nacimiento.	Agustín Codazzi

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ( ) Afrocolombiano ( ) Comunidad Negra ( ) Palenquero ( ) Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia (●) Indígena ( ) Rrom/Gitano ( ) No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores

¿Se autoreconoce como campesino (a)? ( ) SI (●) NO

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:	Territorio.		Consejo.
	Comunidad.		
Si el Beneficiario se autoreconoce con Indigena Indique:	Pueblo	Yukpa	Resguardo. Iroka
	Comunidad	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo (●) SI ( ) NO
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano Indique la Kumpania a la que pertenece.			Tipo de beneficiario: ( ) Persona lactante ( ) Persona Gestante (●) Niños, niñas y adolescentes y adulto
Nivel de escolaridad	Primero	Ocupación: Agricultor	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: Dusakawi

Si es afiliado indique tipo de afiliación: (●) Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Régimen subsidiado ( ) Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ( ) SI (●) NO

Si el beneficiario 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

- ( ) El beneficiario requiere la ayuda de otra persona.
- ( ) 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? ( ) SI ( ) NO

Frecuencia Intensidad del apoyo: ( ) Intermitente. ( ) Limitado. ( ) Extenso. ( ) Generalizado.

Tipo de apoyo: ( ) De la misma PcD. ( ) De otras personas. ( ) Sistemas de comunicación Aumentativoso alternativos SAAC

¿La persona tiene una condición de discapacidadad? ( ) Auditiva. ( ) Múltiple. ( ) Física. ( ) Intelectual. ( ) Sordoceguera. ( ) Visual. ( ) Psicosocial (Mental).

NIVEL DE DIFICULTAD DE DESEMPEÑO %

Global.	Movilidad.	Relaciones.	Cognición.

Cuidado Personal.	Actividades Cotidianas	Participación

INFORMACIÓN INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR

BENEFICIARIO (se repite por cada integrante de la familia)

Primer Nombre	Zabeida	Segundo Nombre	
Primer Apellido	Rodriguez	Segundo Apellido	Penaloza.

Parentesco con respecto al Jefe de Grupo Familiar: (●) Conyuge/Compañero(a) ( ) Padre/Madre ( ) Padastro/Madrastra ( ) Hijastro(a) ( ) Hijo(a) ( ) Hermano(a) ( ) Nieto(a) ( ) Abuelo(a) ( ) Tio(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 ( ) TMF ( ) SD ( ) Partida /Acta Nac ( )	Número de Identificación	1.133.485.460
		Correo electrónico	
Número de Celular		Sexo	( )H (●)M ( )Intersex
Fecha de Nacimiento	23 07 1993		

¿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	Colombia	Departamento de nacimiento	Cesar	Municipio de nacimiento	Agustin Codazzi

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ( ) Afrocolombiano ( ) Comunidad Negra ( ) Palenquero ( ) Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia (●) Indígena ( ) Rrom/Gitano ( ) No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores

¿Se autoreconoce como campesino (a)? SI ( ) NO (●)

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:	Territorio.		Consejo.
	Comunidad.		
Si el Beneficiario se autoreconoce con Indigena Indique:	Pueblo.	Yukpa	Resguardo. Iroka
	Comunidad.	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo (●)SI ( )NO
SI el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano indique la Kumpania a la que pertenece.			Tipo de beneficiario: ( ) Persona lactante ( ) Persona Gestante (●) Niños, niñas y adolescentes y adulto
Nivel de escolaridad	Ninguno	Ocupación: ama de casa	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: Nueva Eps

Si es afiliado indique tipo de afiliación: ( ) Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Régimen subsidiado (●) Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ( )SI (●)NO

Si el beneficiario 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 ( )

( ) El beneficiario requiere la ayuda de otra persona.
( ) 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? SI ( ) NO ( )

Frecuencia Intensidad del apoyo: ( ) Intermitente. ( ) Limitado. ( ) Extenso. ( ) Generalizado.

Tipo de apoyo: ( ) De la misma PcD. ( ) De otras personas. ( ) Sistemas de comunicación Aumentativos o 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

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

INFORMACIÓN INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR

BENEFICIARIO (se repite por cada integrante de la familia)

Primer Nombre	Luis	Segundo Nombre	Fernando
Primer Apellido	Peñaloza	Segundo Apellido	rodriguez

Parentesco con respecto al Jefe de Grupo Familiar: ○ Conyuge/Compañero(a) ● Hijo(a) ○ Tio(a) ○ Yerno/Nuera ○ Padre/Madre ○ Hermano(a) ○ Sobrino(a) ○ Cuñado(a) ○ Amigo(a) ○ Padastro/Madrastra ○ Nieto(a) ○ Primo(a) ○ Padrino/Madrina ○ Hijastro(a) ○ Abuelo(a) ○ Suegro(a) ○ Pariente

Tipo Documento	RC ● TI ○ CC ○ PEP ○ PPT ○ PA ○ CE ○ TMF ○ SD ○ Partida /Acta Nac ○	Número de Identificación	1.067.732.752.
		Correo electrónico	
Número de Celular		Sexo ● H ○ M ○ Intersex	Fecha de Nacimiento 18032018

¿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	Colombia	Departamento de nacimiento	Cesar	Municipio de nacimiento	Agustin codazzi.

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ○ Afrocolombiano ○ Comunidad Negra ○ Palenquero ○ Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia ● Indígena ○ Rrom/Gitano ○ No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores

¿Se autoreconoce como campesino (a)? SI ○ NO ●

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:	Territorio.		Consejo.	
	Comunidad.			
Si el Beneficiario se autoreconoce con Indigena Indique.	Pueblo.	Yukpa	Resguardo.	Iroka
	Comunidad.	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo	● SI ○ NO
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano indique la Kumpania a la que pertenece.			Tipo de Beneficiario	○ Persona lactante ○ Persona Gestante ● Niños, niñas y adolescentes y adulto
Nivel de escolaridad	Primero	Ocupación	Estudiante	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: Dusakawi

Si es afiliado indique tipo de afiliación: ○ Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Régimen subsidiado ● Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ○ SI ● NO — Si el beneficiario 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 ○	○ El beneficiario requiere la ayuda de otra persona. ○ 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?	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

INFORMACIÓN INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR

BENEFICIARIO (se repite por cada integrante de la familia)

Primer Nombre	Daniel	Segundo Nombre	
Primer Apellido	Penaloza	Segundo Apellido	Herrera

Parentesco con respecto al Jefe de Grupo Familiar: ○ Conyuge/Compañero(a) ● Hijo(a) ○ Tio(a) ○ Yerno/Nuera ○ Padre/Madre ○ Hermano(a) ○ Sobrino(a) ○ Cuñado(a) ○ Amigo(a) ○ Padastro/Madrastra ○ Nieto(a) ○ Primo(a) ○ Padrino/Madrina ○ Hijastro(a) ○ Abuelo(a) ○ Suegro(a) ○ Pariente

Tipo Documento	RC ● TI ○ CC ○ PEP ○ PPT ○ PA ○ CE ○ TMF ○ SD ○ Partida /Acta Nac ○	Número de Identificación	1.148.202.664
		Correo electrónico	
Número de Celular		Sexo ●H ○M ○Intersex	Fecha de Nacimiento 11 01 2001

¿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	Colombia	Departamento de nacimiento	Cesar	Municipio de nacimiento	Agustin Codazzi.

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ○ Afrocolombiano ○ Comunidad Negra ○ Palenquero ○ Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia ● Indígena ○ Rrom/Gitano ○ No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores

¿Se autoreconoce como campesino (a)? ○ SI ● NO

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:	Territorio.		Consejo.
	Comunidad.		
Si el Beneficiario se autoreconoce con Indigena Indique:	Pueblo.	Yukpa	Resguardo. Iroka
	Comunidad.	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo ● SI ○ NO
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano indique la Kumpania a la que pertenece.			Tipo de beneficiario: ○ Persona lactante ○ Persona Gestante ● Niños, niñas y adolescentes y adulto
Nivel de escolaridad	Sexto	Ocupación	Estudiante
			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: Dusakawi

Si es afiliado indique tipo de afiliación: ○ Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Régimen subsidiado ● Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ○ SI ● NO

Si el beneficiario 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	○ El beneficiario requiere la ayuda de otra persona. ○ El beneficiario requiere ayuda técnica/Producto de apoyo. ○ El beneficiario cuenta con la ayuda tecnica/Producto de apoyo. ○ El beneficiario requiere terapia y/o rehabilitación. ○ El beneficiario recibe atención en terapia y/o rehabilitación.	

¿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 o Alternativos SAAC	¿La persona tiene una condición de discapacidad? ○ Auditiva. ○ Múltiple. ○ Física. ○ Intelectual. ○ Sordoceguera. ○ Visual. ○ Psicosocial (Mental)	NIVEL DE DIFICULTAD DE DESEMPEÑO %: Global. Movilidad. Relaciones. Cognición. Cuidado Personal. Actividades Cotidianas. Participación.

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

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO FICHA DE CARACTERIZACIÓN SOCIO FAMILIAR	F7.MO30.PP	29/08/2024
		Versión 1	Pagina 1 de 2

Por favor diligencie completamente el presente formulario para garantizar un óptimo análisis de la información.

Fecha de Diligenciamiento: 06/09/2024

Modalidad de Atención: Familia y Comunidad **Nombre del Servicio:** Tejiendo Interculturalidad

INFORMACIÓN ENTIDAD CONTRATISTA

REGIONAL: Cesar

A continuación se debe diligenciar la información de la Entidad Contratista

Nombre Entidad Contratista	Resguardo Indígena Iroka		
Tipo Documento Entidad Contratista	(✓) NIT ( ) RUT	Número de Identificación de la Entidad Contratista	8240020101-2
Número de Contrato	20005122024		
Primer Nombre Prof. Acompañamiento Familiar	Lady	Primer Apellido Prof. Acompañamiento Familiar	Parra
Tipo Doc. Prof. Acompañamiento Familiar	(✓) CC ( ) CE ( ) PA ( ) PPT	Número de identificación Prof. Acompañamiento Familiar	1067728191

INFORMACIÓN UBICACIÓN DE LA VIVIENDA FAMILIAR

Tipo de Vivienda: ( ) Casa ( ) Habitación o Cuarto ( ) Albergue (Vivienda Temporal) ( ) Apartamento (✓) Vivienda Indígena ( ) Palafito ( ) Inquilinato ( ) Casa lote

País	Colombia	Departamento	Cesar	Municipio	Agustín Codazzi
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	Tekuymo	Dirección	Tekuymo

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 basicos: ( ) Agua ( ) Alcantarillado ( ) Energía Eléctrica ( ) Gas Natural ( ) Internet ( ) Recolección de basuras ( ) Telefonía fija ( ) Telefonía móvil (✓) 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	Jose	Segundo Nombre	Maria
Primer Apellido	Peña	Segundo Apellido	Perez
Tipo Documento RC ( ) TI ( ) CC (✓) PA ( ) CE ( ) PEP ( ) TMF ( )		Número de documento	18958962
PPT ( ) Partida/Acta Nac ( )	Correo electrónico	Número de Celular	
Fecha de Vinculación a la modalidad	30/08/2024	Sexo: (✓) H ( ) M ( ) Intersex	Fecha de Nacimiento: 14/11/1966

¿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.	Colombia	Departamento de nacimiento.	Cesar
Municipio de nacimiento.	Agustin Codazzi		

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ( ) Afrocolombiano ( ) Comunidad Negra ( ) Palenquero ( ) Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia (●) Indígena ( ) Rrom/Gitano ( ) No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores

¿Se autoreconoce como campesino (a)? ( ) SI (●) NO

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:	Territorio.		Consejo.
	Comunidad.		
Si el Beneficiario se autoreconoce con Indigena Indique:	Pueblo	Yukpa	Resguardo. Iroka
	Comunidad	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo (●) SI ( ) NO
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano indique la Kumpania a la que pertenece.			Tipo de beneficiario: ( ) Persona lactante ( ) Persona Gestante (✓) Niños, niñas y adolescentes y adulto
Nivel de escolaridad	Primaria	Ocupación: Agricultor	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: Dusakawi

Si es afiliado indique tipo de afiliación: (✓) Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Régimen subsidiado ( ) Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ( ) SI (●) NO — Si el beneficiario 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

( ) El beneficiario requiere la ayuda de otra persona.
( ) 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? ( ) SI ( ) NO

Frecuencia Intensidad del apoyo: ( ) Intermitente. ( ) Limitado. ( ) Extenso. ( ) Generalizado.

Tipo de apoyo: ( ) De la misma PcD. ( ) De otras personas. ( ) Sistemas de comunicación Aumentativoso alternativos SAAC

¿La persona tiene una condición de discapacidadad? ( ) Auditiva. ( ) Física. ( ) Sordoceguera. ( ) Múltiple. ( ) Intelectual. ( ) Visual. ( ) Psicosocial (Mental).

NIVEL DE DIFICULTAD DE DESEMPEÑO %

Global.	Movilidad.	Relaciones.	Cognición.

Cuidado Personal.	Actividades Cotidianas	Participación

INFORMACIÓN INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR

BENEFICIARIO (se repite por cada integrante de la familia)

Primer Nombre	Edilma	Segundo Nombre	
Primer Apellido	Montes	Segundo Apellido	Morales

Parentesco con respecto al Jefe de Grupo Familiar: (X) Conyuge/Compañero(a) ( ) Padre/Madre ( ) Padastro/Madrastra ( ) Hijastro(a) ( ) Hijo(a) ( ) Hermano(a) ( ) Nieto(a) ( ) Abuelo(a) ( ) Tio(a) ( ) Sobrino(a) ( ) Primo(a) ( ) Suegro(a) ( ) Yerno/Nuera ( ) Cuñado(a) ( ) Padrino/Madrina ( ) Pariente ( ) Amigo(a)

Tipo Documento	RC ( ) TI ( ) CC (X) PEP ( ) PPT ( ) PA ( ) CE ( ) TMF ( ) SD ( ) Partida /Acta Nac ( )	Número de Identificación	49699861
		Correo electrónico	
Número de Celular		Sexo ( )H (X)M ( )Intersex	Fecha de Nacimiento: 25/04/1965

¿Desea responder preguntas sobre su género y orientación sexual? ( ) SI (X) 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	Colombia	Departamento de nacimiento	Cesar	Municipio de nacimiento	Agustin Codazzi

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ( ) Afrocolombiano ( ) Comunidad Negra ( ) Palenquero ( ) Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia (X) Indígena ( ) Rrom/Gitano ( ) No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores

¿Se autoreconoce como campesino (a)? SI ( ) NO (X)

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:	Territorio.		Consejo.
	Comunidad.		
Si el Beneficiario se autoreconoce con Indigena Indique:	Pueblo.	Yukpa	Resguardo. Iroka
	Comunidad.	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo (X)SI ( )NO
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano indique la Kumpania a la que pertenece.			Tipo de beneficiario: ( ) Persona lactante ( ) Persona Gestante (X) Niños, niñas y adolescentes y adulto
Nivel de escolaridad	2 Primaria.	Ocupación	Ama de casa.
Actualmente asiste a establecimiento educativo	( )SI (X)NO		

En el sistema de Seguridad Social en Salud (SGSSS) es: (X) Afiliado Régimen Subsidiado. ( ) Afiliado Régimen Contributivo. ( ) Afiliado Régimen Especial. ( ) No Afiliado(a).

Si es Afiliado indique la EPS: Dusakawi

Si es afiliado indique tipo de afiliación. ( ) Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Régimen subsidiado (X) Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ( )SI (X)NO — Si el beneficiario 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 ( )

- ( ) El beneficiario requiere la ayuda de otra persona.
- ( ) 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? ( ) SI ( ) NO

Frecuencia Intensidad del apoyo: ( ) Intermitente. ( ) Limitado. ( ) Extenso. ( ) Generalizado.

Tipo de apoyo: ( ) De la misma PcD. ( ) De otras personas. ( ) Sistemas de comunicación Aumentativos o Alternativos SAAC

¿La persona tiene una condición de discapacidadad? ( ) Auditiva. ( ) Física. ( ) Sordoceguera. ( ) Psicosocial (Mental). ( ) Múltiple. ( ) Intelectual. ( ) Visual.

NIVEL DE DIFICULTAD DE DESEMPEÑO %

Global.	Movilidad.	Relaciones.	Cognición.

Cuidado Personal.	Actividades Cotidianas	Participación

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

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO FICHA DE CARACTERIZACIÓN SOCIO FAMILIAR	F7.MO30.PP	29/08/2024
		Versión 1	Pagina 2 de 2

INFORMACIÓN INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR

BENEFICIARIO (se repite por cada integrante de la familia)

Primer Nombre	Pablo	Segundo Nombre	
Primer Apellido	Peña	Segundo Apellido	Montes

Parentesco con respecto al Jefe de Grupo Familiar: ○ Conyuge/Compañero(a) ○ Padre/Madre ○ Padastro/Madrastra ○ Hijastro(a) ○ Hijo(a) ○ Hermano(a) ◉ Nieto(a) ○ Abuelo(a) ○ Tio(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 ○ TMF ○ SD ○ Partida /Acta Nac ○	Número de Identificación	1148705153
		Correo electrónico	

Número de Celular		Sexo ◉H ○M ○Intersex	Fecha de Nacimiento 08032015

¿Desea responder preguntas sobre su genero 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 mas años)
○ Femenino ○ Masculino ○ Trans ○ Otro ○ No deseo responder	○ Homosexual (Lesbiana - Gay) ○ Heterosexual ○ Bisexual ○ Otro ○ No deseo responder

País de nacimiento	Colombia	Departamento de nacimiento	Cesar	Municipio de nacimiento	Agustin Codazzi

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ○ Afrocolombiano ○ Comunidad Negra ○ Palenquero ○ Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia ◉ Indígena ○ Rrom/Gitano ○ No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores

¿Se autoreconoce como campesino (a)? SI ○ NO ◉

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:	Territorio.		Consejo.		
	Comunidad.				
Si el Beneficiario se autoreconoce con Indígena Indique:	Pueblo.	Yukpa	Resguardo.	Iroka	
	Comunidad	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo	◉ SI ○ NO	
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano indique la Kumpania a la que pertenece.			Tipo de beneficiario	○ Persona lactante ○ Persona Gestante ✓ Niños, niñas y adolescentes y adulto	
Nivel de escolaridad	4 Primaria	Ocupación	Estudiante	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: Dusakawi

Si es afiliado indique tipo de afiliación: ○ Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Régimen subsidiado ✓ Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ○ SI ✓ NO — Si el beneficiario 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	○ El beneficiario requiere la ayuda de otra persona. ○ 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?	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 ☐

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: ◯ Conyuge/Compañero(a) ◯ Padre/Madre ◯ Padastro/Madrastra ◯ Hijastro(a) ◯ Hijo(a) ◯ Hermano(a) ◯ Nieto(a) ◯ Abuelo(a) ◯ Tio(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 ◯ TMF ◯ SD ◯ Partida /Acta Nac ◯	Número de Identificación	
		Correo electrónico	
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	Orientación sexual (con edad de 14 o mas años)
◯ Femenino ◯ Masculino ◯ Trans ◯ Otro ◯ No deseo responder	◯ Homosexual (Lesbiana - Gay) ◯ Heterosexual ◯ Bisexual ◯ Otro ◯ No deseo responder

País de nacimiento	Colombia	Departamento de nacimiento	Cesar	Municipio de nacimiento	

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ◯ Afrocolombiano ◯ Comunidad Negra ◯ Palenquero ◯ Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia ● Indígena ◯ Rrom/Gitano ◯ No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores — ¿Se autoreconoce como campesino (a)? SI ◯ NO ●

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:	Territorio.		Consejo.		
	Comunidad.				
Si el Beneficiario se autoreconoce con Indigena Indique.	Pueblo.	Yukpa	Resguardo.	Iroka	
	Comunidad	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo	● SI ◯ NO	
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano indique la Kumpania a la que pertenece.			Tipo de beneficiario	◯ Persona lactante ◯ Persona Gestante ◯ Niños, niñas y adolescentes y adulto	
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

¿El beneficiario presenta discapacidad? ◯ SI ◯ NO — Si el beneficiario 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	◯ El beneficiario requiere la ayuda de otra persona. ◯ 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?	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. ◯ Fisica. ◯ Sordoceguera. ◯ Psicosocial (Mental). ◯ Múltiple. ◯ Intelectual. ◯ Visual.	Global. ☐ Movilidad. ☐ Relaciones. ☐ Cognición. ☐ Cuidado Personal. ☐ Actividades Cotidianas ☐ Participación ☐

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

INFORMACIÓN INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR

BENEFICIARIO (se repite por cada integrante de la familia)

Primer Nombre	Paulina	Segundo Nombre	
Primer Apellido	Peña	Segundo Apellido	Montes.

Parentesco con respecto al Jefe de Grupo Familiar: ○ Conyuge/Compañero(a) ○ Padre/Madre ○ Padastro/Madrastra ○ Hijastro(a) ○ Hijo(a) ○ Hermano(a) ● Nieto(a) ○ Abuelo(a) ○ Tio(a) ○ Sobrino(a) ○ Primo(a) ○ Suegro(a) ○ Yerno/Nuera ○ Cuñado(a) ○ Padrino/Madrina ○ Parente ○ Amigo(a)

Tipo Documento: RC ● TI ○ CC ○ PEP ○ PPT ○ PA ○ CE ○ TMF ○ SD ○ Partida /Acta Nac ○ — Número de Identificación: 1067732354 — Correo electrónico:

Número de Celular: | Sexo ○H ●M ○Intersex | Fecha de Nacimiento: 14 05 2018

¿Desea responder preguntas sobre su genero y orientación sexual? ○SI ●NO — Si la respuesta a la pregunta anterior es afirmativa realice las siguientes dos preguntas, si no omitalas por favor

Genero: ○Femenino ○Masculino ○Trans ○Otro ○No deseo responder

Orientación sexual (con edad de 14 o mas años): ○Homosexual (Lesbiana - Gay) ○Heterosexual ○Bisexual ○Otro ○No deseo responder

Pais de nacimiento	Colombia	Departamento de nacimiento	Cesar	Municipio de nacimiento	Agustin Codazzi

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ○ Afrocolombiano ○ Comunidad Negra ○ Palenquero ○ Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia ● Indigena ○ Rrom/Gitano ○ No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores

¿Se autoreconoce como campesino (a)? SI ○ NO ●

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:	Territorio.		Consejo.	
	Comunidad.			
Si el Beneficiario se autoreconoce con Indigena Indique:	Pueblo.	Yukpa	Resguardo.	Iroka
	Comunidad	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo	●SI ○ NO
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano indique la Kumpania a la que pertenece.			Tipo de beneficiario	○ Persona lactante ○ Persona Gestante ✓ Niños, niñas y adolescentes y adulto
Nivel de escolaridad	Preescolar	Ocupación	Estudiante	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: Dusakawi

Si es afiliado indique tipo de afiliación: ○ Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Regimen subsidiado ✓ Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ○SI ●NO — Si el beneficiario 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

- ○ El beneficiario requiere la ayuda de otra persona.
- ○ 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? ○ SI ○ NO

Frecuencia Intensidad del apoyo: ○ Intermitente. ○ Limitado. ○ Extenso. ○ Generalizado.

Tipo de apoyo: ○ De la misma PcD. ○ De otras personas. ○ Sistemas de comunicación Aumentativos o 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 ☐

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: ◯ Conyuge/Compañero(a) ◯ Padre/Madre ◯ Padastro/Madrastra ◯ Hijastro(a) ◯ Hijo(a) ◯ Hermano(a) ◯ Nieto(a) ◯ Abuelo(a) ◯ Tio(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 ◯ TMF ◯ SD ◯ Partida /Acta Nac ◯ | Número de Identificación | | Correo electrónico |

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	Orientación sexual (con edad de 14 o mas años)
◯ Femenino ◯ Masculino ◯ Trans ◯ Otro ◯ No deseo responder	◯ Homosexual (Lesbiana - Gay) ◯ Heterosexual ◯ Bisexual ◯ Otro ◯ No deseo responder

País de nacimiento	Colombia	Departamento de nacimiento	Cesar	Municipio de nacimiento	

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ◯ Afrocolombiano ◯ Comunidad Negra ◯ Palenquero ◯ Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia ● Indígena ◯ Rrom/Gitano ◯ No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores | ¿Se autoreconoce como campesino (a)? SI ◯ NO ●

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:	Territorio.		Consejo.		
	Comunidad.				
Si el Beneficiario se autoreconoce con Indigena Indique.	Pueblo.	Yukpa	Resguardo.	Iroka	
	Comunidad	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo	● SI ◯ NO	
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano indique la Kumpania a la que pertenece.			Tipo de beneficiario	◯ Persona lactante ◯ Persona Gestante ◯ Niños, niñas y adolescentes y adulto	
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 Regimen subsidiado ◯ Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ◯ SI ◯ NO | Si el beneficiario no presenta discapacidad, no se deben diligenciar las siguientes preguntas

¿La discapacidad esta 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

◯ El beneficiario requiere la ayuda de otra persona.
◯ 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? ◯ SI ◯ NO

Frecuencia Intensidad del apoyo: ◯ Intermitente. ◯ Limitado. ◯ Extenso. ◯ Generalizado.

Tipo de apoyo: ◯ De la misma PcD. ◯ De otras personas. ◯ Sistemas de comunicación Aumentativos o 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

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO FICHA DE CARACTERIZACIÓN SOCIO FAMILIAR	F7.MO30.PP	29/08/2024
		Versión 1	Pagina 1 de 2

Por favor diligencie completamente el presente formulario para garantizar un óptimo análisis de la información.

Fecha de Diligenciamiento: 06 09 2024

Modalidad de Atención: Familia y Comunidad **Nombre del Servicio:** Tejiendo Interculturalidad

INFORMACIÓN ENTIDAD CONTRATISTA

REGIONAL: Cesar

A continuación se debe diligenciar la información de la Entidad Contratista

Nombre Entidad Contratista	Resguardo Indígena Iroka		
Tipo Documento Entidad Contratista	(✓) NIT ( ) RUT	Número de Identificación de la Entidad Contratista	8 2 4 0 0 2 0 1 0 - 2 —
Número de Contrato	20005122024		
Primer Nombre Prof. Acompañamiento Familiar	Lady	Primer Apellido Prof. Acompañamiento Familiar	Parra
Tipo Doc. Prof. Acompañamiento Familiar	(✓) CC ( ) CE ( ) PA ( ) PPT	Número de identificación Prof. Acompañamiento Familiar	1 0 6 7 7 2 8 1 9 1

INFORMACIÓN UBICACIÓN DE LA VIVIENDA FAMILIAR

Tipo de Vivienda: ( ) Casa ( ) Habitación o Cuarto ( ) Albergue (Vivienda Temporal) ( ) Apartamento (✓) Vivienda Indígena ( ) Palafito ( ) Inquilinato ( ) Casa lote

País	Colombia	Departamento	Cesar	Municipio	Agustín Codazzi
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	Tekuymo	Dirección	Tekuymo

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 basicos: ( ) Agua ( ) Alcantarillado ( ) Energía Eléctrica ( ) Gas Natural ( ) Internet ( ) Recolección de basuras ( ) Telefonía fija ( ) Telefonía móvil (✓) 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	Nelson	Segundo Nombre	
Primer Apellido	Peña	Segundo Apellido	Montes

Tipo Documento RC ( ) TI ( ) CC (✓) PA ( ) CE ( ) PEP ( ) TMF ( ) Número de documento: 1007511814

PPT ( ) Partida/Acta Nac ( ) Correo electrónico: Número de Celular:

Fecha de Vinculación a la modalidad: 30 08 2024 Sexo: (✓) H ( ) M ( ) Intersex Fecha de Nacimiento: 03 11 1994

¿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.	Colombia	Departamento de nacimiento.	Cesar	Municipio de nacimiento.	Agustin Codazzi

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ( ) Afrocolombiano ( ) Comunidad Negra ( ) Palenquero ( ) Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia (✓) Indígena ( ) Rrom/Gitano ( ) No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores

¿Se autoreconoce como campesino (a)? SI ( ) NO (✓)

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:	Territorio.		Consejo.		
	Comunidad.				
Si el Beneficiario se autoreconoce con Indigena Indique:	Pueblo	Yukpa	Resguardo.	Iroka	
	Comunidad	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo	(✓) SI	( ) NO
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano Indique la Kumpania a la que pertenece.			Tipo de beneficiario	( ) Persona lactante ( ) Persona Gestante (✓) Niños, niñas y adolescentes y adulto	
Nivel de escolaridad	3 Primaria	Ocupación	Agricultor	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: Dusakawi

Si es afiliado indique tipo de afiliación: (✓) Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Régimen subsidiado ( ) Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ( ) SI (✓) NO — Si el beneficiario 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 ( )

( ) El beneficiario requiere la ayuda de otra persona.
( ) 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? ( ) SI ( ) NO

Frecuencia Intensidad del apoyo: ( ) Intermitente. ( ) Limitado. ( ) Extenso. ( ) Generalizado.

Tipo de apoyo: ( ) De la misma PcD. ( ) De otras personas. ( ) Sistemas de comunicación Aumentativoso alternativos SAAC

¿La persona tiene una condición de discapacidad? ( ) Auditiva. ( ) Física. ( ) Sordoceguera. ( ) Múltiple. ( ) Intelectual. ( ) Visual. ( ) Psicosocial (Mental).

NIVEL DE DIFICULTAD DE DESEMPEÑO %: Global. Movilidad. Relaciones. Cognición. Cuidado Personal. Actividades Cotidianas Participación

INFORMACIÓN INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR

BENEFICIARIO (se repite por cada integrante de la familia)

Primer Nombre	Nellys	Segundo Nombre	
Primer Apellido	Rincon	Segundo Apellido	Peña

Parentesco con respecto al Jefe de Grupo Familiar: (X) Conyuge/Compañero(a) ( ) Padre/Madre ( ) Padastro/Madrastra (X) Hijastro(a) ( ) Hijo(a) ( ) Hermano(a) ( ) Nieto(a) ( ) Abuelo(a) ( ) Tio(a) ( ) Sobrino(a) ( ) Primo(a) ( ) Suegro(a) ( ) Yerno/Nuera ( ) Cuñado(a) ( ) Padrino/Madrina ( ) Pariente ( ) Amigo(a)

Tipo Documento	RC ( ) TI ( ) CC (X) PEP ( ) PPT ( ) PA ( ) CE ( ) TMF ( ) SD ( ) Partida /Acta Nac ( )	Número de Identificación	1133484677
		Correo electrónico	
Número de Celular		Sexo ( ) H (X) M ( ) Intersex	Fecha de Nacimiento 04/09/2000

¿Desea responder preguntas sobre su género y orientación sexual? ( ) SI (X) 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	Colombia	Departamento de nacimiento	Cesar	Municipio de nacimiento	Agustin Codazzi

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ( ) Afrocolombiano ( ) Comunidad Negra ( ) Palenquero ( ) Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia (X) Indígena ( ) Rrom/Gitano ( ) No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores

¿Se autoreconoce como campesino (a)? SI ( ) NO (X)

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:	Territorio.		Consejo.	
	Comunidad.			
Si el Beneficiario se autoreconoce con Indigena Indique:	Pueblo.	Yukpa	Resguardo.	Iroka
	Comunidad.	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo	(X) SI ( ) NO
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano indique la Kumpania a la que pertenece.			Tipo de beneficiario	( ) Persona lactante ( ) Persona Gestante (X) Niños, niñas y adolescentes y adulto
Nivel de escolaridad	3 Primaria	Ocupación	Manipuladora	Actualmente asiste a establecimiento educativo	( ) SI (X) NO

En el sistema de Seguridad Social en Salud (SGSSS) es: ( ) Afiliado Régimen Subsidiado. (X) Afiliado Régimen Contributivo. ( ) Afiliado Régimen Especial. ( ) No Afiliado(a).

Si es Afiliado indique la EPS: Dusakawi

Si es afiliado indique tipo de afiliación: (X) Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Regimen subsidiado ( ) Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ( ) SI (X) NO — Si el beneficiario 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 ( )

- ( ) El beneficiario requiere la ayuda de otra persona.
- ( ) 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?	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 [ ]

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

INFORMACIÓN INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR

BENEFICIARIO (se repite por cada integrante de la familia)

Primer Nombre	Cristian	Segundo Nombre	Camilo
Primer Apellido	Peña	Segundo Apellido	Rincon

Parentesco con respecto al Jefe de Grupo Familiar: ○ Conyuge/Compañero(a) ● Hijo(a) ○ Tio(a) ○ Yerno/Nuera ○ Padre/Madre ○ Hermano(a) ○ Sobrino(a) ○ Cuñado(a) ○ Amigo(a) ○ Padastro/Madrastra ○ Nieto(a) ○ Primo(a) ○ Padrino/Madrina ○ Hijastro(a) ○ Abuelo(a) ○ Suegro(a) ○ Pariente

Tipo Documento	RC ● TI ○ CC ○ PEP ○ PPT ○ PA ○ CE ○ TMF ○ SD ○ Partida /Acta Nac ○	Número de Identificación	1 067 732 414
		Correo electrónico	
Número de Celular		Sexo ●H ○M ○Intersex	Fecha de Nacimiento 25 04 2017
¿Desea responder preguntas sobre su genero 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 mas años)	
○ Femenino ○ Masculino ○ Trans ○ Otro ○ No deseo responder		○ Homosexual (Lesbiana - Gay) ○ Heterosexual ○ Bisexual ○ Otro ○ No deseo responder	

País de nacimiento	Colombia	Departamento de nacimiento	Cesar	Municipio de nacimiento	Agustin Codazzi

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ○ Afrocolombiano ○ Comunidad Negra ○ Palenquero ○ Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia ● Indigena ○ Rrom/Gitano ○ No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores

¿Se autoreconoce como campesino (a)? SI ○ NO ●

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:	Territorio.		Consejo.
	Comunidad.		
Si el Beneficiario se autoreconoce con Indigena indique.	Pueblo.	Yukpa	Resguardo. Iroka
	Comunidad	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo ● SI ○ NO
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano indique la Kumpania a la que pertenece.			Tipo de beneficiario: ○ Persona lactante ○ Persona Gestante ✓ Niños, niñas y adolescentes y adulto
Nivel de escolaridad	2 Primaria	Ocupación	Estudiante
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: Dusakawi

Si es afiliado indique tipo de afiliación: ○ Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Regimen subsidiado ✓ Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ○ SI ✓ NO

Si el beneficiario 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

- ○ El beneficiario requiere la ayuda de otra persona.
- ○ 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? ○ SI ○ NO

Frecuencia Intensidad del apoyo: ○ Intermitente. ○ Limitado. ○ Extenso. ○ Generalizado.

Tipo de apoyo: ○ De la misma PcD. ○ De otras personas. ○ Sistemas de comunicación Aumentativos o Alternativos SAAC

¿La persona tiene una condición de discapacidad? ○ Auditiva. ○ Fisica. ○ Sordoceguera. ○ Psicosocial (Mental). ○ Múltiple. ○ Intelectual. ○ Visual.

NIVEL DE DIFICULTAD DE DESEMPEÑO %

Global	Movilidad	Relaciones	Cognición

Cuidado Personal	Actividades Cotidianas	Participación

INFORMACIÓN INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR

BENEFICIARIO (se repite por cada integrante de la familia)

Primer Nombre	Reinaldo	Segundo Nombre	
Primer Apellido	Peña	Segundo Apellido	Rincón

Parentesco con respecto al Jefe de Grupo Familiar: ○ Conyuge/Compañero(a) ● Hijo(a) ○ Tio(a) ○ Yerno/Nuera ○ Padre/Madre ○ Hermano(a) ○ Sobrino(a) ○ Cuñado(a) ○ Amigo(a) ○ Padastro/Madrastra ○ Nieto(a) ○ Primo(a) ○ Padrino/Madrina ○ Hijastro(a) ○ Abuelo(a) ○ Suegro(a) ○ Pariente

Tipo Documento: RC ✓ TI ○ CC ○ PEP ○ PPT ○ PA ○ CE ○ TMF ○ SD ○ Partida /Acta Nac ○

Número de Identificación: 1067733881

Correo electrónico:

Número de Celular:

Sexo: ✓H ○M ○Intersex

Fecha de Nacimiento: 15/10/2019

¿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 mas años): ○ Homosexual (Lesbiana - Gay) ○ Heterosexual ○ Bisexual ○ Otro ○ No deseo responder

Pais de nacimiento	Colombia	Departamento de nacimiento	Cesar	Municipio de nacimiento	Agustin Codazzi

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ○ Afrocolombiano ○ Comunidad Negra ○ Palenquero ○ Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia ● Indígena ○ Rrom/Gitano ○ No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores

¿Se autoreconoce como campesino (a)? ○ SI ● NO

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:	Territorio.		Consejo.		
	Comunidad.				
Si el Beneficiario se autoreconoce con Indigena Indique.	Pueblo.	Yukpa	Resguardo.	Iroka	
	Comunidad	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo	● SI	○ NO
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano indique la Kumpania a la que pertenece.			Tipo de beneficiario	○ Persona lactante ○ Persona Gestante ✓ Niños, niñas y adolescentes y adulto	
Nivel de escolaridad	1ra Infancia	Ocupación	Estudiante	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: Dusakawi

Si es afiliado indique tipo de afiliación: ○ Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Régimen subsidiado ✓ Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ○ SI ✓ NO

Si el beneficiario no presenta discapacidad, no se deben diligenciar las siguientes preguntas

¿La discapacidad esta 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	○ El beneficiario requiere la ayuda de otra persona. ○ 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?	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

INFORMACIÓN INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR

BENEFICIARIO (se repite por cada integrante de la familia)

Primer Nombre	Nelson	Segundo Nombre	Brayan
Primer Apellido	Peña	Segundo Apellido	Rincon

Parentesco con respecto al Jefe de Grupo Familiar: ○ Conyuge/Compañero(a) ○ Padre/Madre ○ Padastro/Madrastra ○ Hijastro(a) ● Hijo(a) ○ Hermano(a) ○ Nieto(a) ○ Abuelo(a) ○ Tio(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 ○ TMF ○ SD ○ Partida /Acta Nac ○	Número de Identificación	1065681815
		Correo electrónico	
Número de Celular		Sexo ○H ○M ○Intersex	Fecha de Nacimiento 01032023

¿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

Genero	Orientación sexual (con edad de 14 o mas años)
○ Femenino ○ Masculino ○ Trans ○ Otro ○ No deseo responder	○ Homosexual (Lesbiana - Gay) ○ Heterosexual ○ Bisexual ○ Otro ○ No deseo responder

Pais de nacimiento	Colombia	Departamento de nacimiento	Cesar	Municipio de nacimiento	Agustin Codazzi

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ○ Afrocolombiano ○ Comunidad Negra ○ Palenquero ○ Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia ● Indigena ○ Rrom/Gitano ○ No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores

¿Se autoreconoce como campesino (a)? SI ○ NO ●

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:	Territorio.		Consejo.		
	Comunidad.				
Si el Beneficiario se autoreconoce con Indigena Indique.	Pueblo.	Yukpa	Resguardo.	Iroka	
	Comunidad	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo	● SI	○ NO
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano indique la Kumpania a la que pertenece.			Tipo de beneficiario	○ Persona lactante ○ Persona Gestante ✓ Niños, niñas y adolescentes y adulto	
Nivel de escolaridad	1ra Infancia	Ocupación	Estudiante	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.	Dusakawi	Si es afiliado indique tipo de afiliación: ○ Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Regimen subsidiado ✓ Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ○ SI ✓ NO — Si el beneficiario 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	○ El beneficiario requiere la ayuda de otra persona. ○ 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?	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. ○ Fisica. ○ Sordoceguera. ○ Psicosocial (Mental). ○ Múltiple. ○ Intelectual. ○ Visual.	Global ☐ Movilidad. ☐ Relaciones. ☐ Cognición. ☐ Cuidado Personal ☐ Actividades Cotidianas ☐ Participación ☐

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: ○ Conyuge/Compañero(a) ○ Padre/Madre ○ Padastro/Madrastra ○ Hijastro(a) ○ Hijo(a) ○ Hermano(a) ○ Nieto(a) ○ Abuelo(a) ○ Tio(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 ○ TMF ○ SD ○ Partida /Acta Nac ○ — Número de Identificación: | Correo electrónico:

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 mas años): ○ Homosexual (Lesbiana - Gay) ○ Heterosexual ○ Bisexual ○ Otro ○ No deseo responder

País de nacimiento	Colombia	Departamento de nacimiento	Cesar	Municipio de nacimiento	

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ○ Afrocolombiano ○ Comunidad Negra ○ Palenquero ○ Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia ● Indigena ○ Rrom/Gitano ○ No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores

¿Se autoreconoce como campesino (a)? SI ○ NO ●

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:	Territorio.		Consejo.		
	Comunidad.				
Si el Beneficiario se autoreconoce con Indigena Indique.	Pueblo.	Yukpa	Resguardo.	Iroka	
	Comunidad	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo	● SI	○ NO
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano indique la Kumpania a la que pertenece.			Tipo de beneficiario	○ Persona lactante ○ Persona Gestante ○ Niños, niñas y adolescentes y adulto	
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

¿El beneficiario presenta discapacidad? ○ SI ○ NO — Si el beneficiario 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 ○

- ○ El beneficiario requiere la ayuda de otra persona.
- ○ 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? ○ SI ○ NO

Frecuencia Intensidad del apoyo: ○ Intermitente. ○ Limitado. ○ Extenso. ○ Generalizado.

Tipo de apoyo: ○ De la misma PcD. ○ De otras personas. ○ Sistemas de comunicación Aumentativos o 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

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO FICHA DE CARACTERIZACIÓN SOCIO FAMILIAR	F7.MO30.PP	29/08/2024
		Versión 1	Pagina 1 de 2

Por favor diligencie completamente el presente formulario para garantizar un óptimo análisis de la información.

Fecha de Diligenciamiento: 06/09/2024

Modalidad de Atención: Familias y Comunidades **Nombre del Servicio:** Tejiendo Interculturalidad

INFORMACIÓN ENTIDAD CONTRATISTA

A continuación se debe diligenciar la información de la Entidad Contratista

REGIONAL: Cesar

Nombre Entidad Contratista	Resguardo Indígena Iroka		
Tipo Documento Entidad Contratista	(●) NIT ( ) RUT	Número de Identificación de la Entidad Contratista	8240020102-—
Número de Contrato	20005122024		
Primer Nombre Prof. Acompañamiento Familiar	Ivonne	Primer Apellido Prof. Acompañamiento Familiar	Jerez
Tipo Doc. Prof. Acompañamiento Familiar	(●) CC ( ) CE ( ) PA ( ) PPT	Número de identificación Prof. Acompañamiento Familiar	49695071

INFORMACIÓN UBICACIÓN DE LA VIVIENDA FAMILIAR

Tipo de Vivienda: ( ) Casa ( ) Habitación o Cuarto ( ) Albergue (Vivienda Temporal) ( ) Apartamento (●) Vivienda Indígena ( ) Palafito ( ) Inquilinato ( ) Casa lote

País	Colombia	Departamento	Cesar	Municipio	Agustín Codazzi
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	Tekuipmo	Dirección	Tekuipmo

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 basicos: ( ) Agua ( ) Alcantarillado ( ) Energía Eléctrica ( ) Gas Natural ( ) Internet ( ) Recolección de basuras ( ) Telefonía fija ( ) Telefonía móvil (●) 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	Chayo	Segundo Nombre	
Primer Apellido	Peña	Segundo Apellido	Montes
Tipo Documento RC ( ) TI ( ) CC (●) PA ( ) CE ( ) PEP ( ) TMF ( )		Número de documento	1.733.484.612
PPT ( ) Partida/Acta Nac ( )	Correo electrónico	Número de Celular	
Fecha de Vinculación a la modalidad	30/08/2024	Sexo: (●) H ( ) M ( ) Intersex	Fecha de Nacimiento 01/12/1992

¿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.	Colombia	Departamento de nacimiento.	Cesar	Municipio de nacimiento.	Agustín Codazzi

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ( ) Afrocolombiano ( ) Comunidad Negra ( ) Palenquero ( ) Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia (●) Indígena ( ) Rrom/Gitano ( ) No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores

¿Se autoreconoce como campesino (a)? ( ) SI (●) NO

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:	Territorio.		Consejo.
	Comunidad.		
Si el Beneficiario se autoreconoce con Indigena Indique:	Pueblo	Yukpa	Resguardo. Iroka
	Comunidad	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo (●) SI ( ) NO
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano indique la Kumpania a la que pertenece.			Tipo de beneficiario: ( ) Persona lactante ( ) Persona Gestante (●) Niños, niñas y adolescentes y adulto
Nivel de escolaridad	Primaria	Ocupación	Agricultor
			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: Dusakawi

Si es afiliado indique tipo de afiliación: (●) Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Régimen subsidiado ( ) Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ( ) SI (●) NO — Si el beneficiario 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

- ( ) El beneficiario requiere la ayuda de otra persona.
- ( ) 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?	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 Aumentativoso alternativos SAAC	( ) Auditiva. ( ) Física. ( ) Sordoceguera. ( ) Múltiple. ( ) Intelectual. ( ) Visual. ( ) Psicosocial (Mental).	Global. Movilidad. Relaciones. Cognición. Cuidado Personal. Actividades Cotidianas Participación

INFORMACIÓN INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR

BENEFICIARIO (se repite por cada integrante de la familia)

Primer Nombre	Leonor	Segundo Nombre	
Primer Apellido	Franco	Segundo Apellido	Peñaloza

Parentesco con respecto al Jefe de Grupo Familiar: (●) Conyuge/Compañero(a) ( ) Padre/Madre ( ) Padastro/Madrastra ( ) Hijastro(a) ( ) Hijo(a) ( ) Hermano(a) ( ) Nieto(a) ( ) Abuelo(a) ( ) Tio(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 ( ) TMF ( ) SD ( ) Partida /Acta Nac ( )	Número de Identificación	1.733.484.648
		Correo electrónico	
Número de Celular		Sexo ( )H (●)M ( )Intersex	Fecha de Nacimiento 17 07 1999

¿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	Colombia	Departamento de nacimiento	Cesar	Municipio de nacimiento	Agustin Codazzi

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ( ) Afrocolombiano ( ) Comunidad Negra ( ) Palenquero ( ) Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia (●) Indígena ( ) Rrom/Gitano ( ) No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores

¿Se autoreconoce como campesino (a)? ( ) SI (●) NO

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:	Territorio.		Consejo.		
	Comunidad.				
Si el Beneficiario se autoreconoce con Indigena Indique:	Pueblo.	Yukpa	Resguardo.	Iroka	
	Comunidad.	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo	(●) SI	( ) NO
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano indique la Kumpania a la que pertenece.			Tipo de beneficiario	( ) Persona lactante ( ) Persona Gestante (●) Niños, niñas y adolescentes y adulto	
Nivel de escolaridad	2-Primaria	Ocupación	Ama de casa	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: Dusakawi

Si es afiliado indique tipo de afiliación: ( ) Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Régimen subsidiado (●) Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ( ) SI (●) NO — Si el beneficiario 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 ( )

( ) El beneficiario requiere la ayuda de otra persona.
( ) 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?	Frecuencia Intensidad del apoyo	Tipo de apoyo	¿La persona tiene una condición de discapacidadad?	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 [ ]

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

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO FICHA DE CARACTERIZACIÓN SOCIO FAMILIAR	F7.MO30.PP	29/08/2024
		Versión 1	Pagina 2 de 2

INFORMACIÓN INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR

BENEFICIARIO (se repite por cada integrante de la familia)

Primer Nombre	Diana	Segundo Nombre	Milena
Primer Apellido	Peña	Segundo Apellido	Franco

Parentesco con respecto al Jefe de Grupo Familiar: ○ Conyuge/Compañero(a) ● Hijo(a) ○ Tio(a) ○ Yerno/Nuera ○ Padre/Madre ○ Hermano(a) ○ Sobrino(a) ○ Cuñado(a) ○ Amigo(a) ○ Padastro/Madrastra ○ Nieto(a) ○ Primo(a) ○ Padrino/Madrina ○ Hijastro(a) ○ Abuelo(a) ○ Suegro(a) ○ Pariente

Tipo Documento	RC ● TI ○ CC ○ PEP ○ PPT ○ PA ○ CE ○ TMF ○ SD ○ Partida /Acta Nac ○	Número de Identificación	1.067.732.351
		Correo electrónico	
Número de Celular		Sexo ○H ●M ○Intersex	Fecha de Nacimiento 7 2 0 5 2 0 7 7

¿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 mas años): ○ Homosexual (Lesbiana - Gay) ○ Heterosexual ○ Bisexual ○ Otro ● No deseo responder

País de nacimiento	Colombia	Departamento de nacimiento	Cesar	Municipio de nacimiento	Agustin codazzi

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ○ Afrocolombiano ○ Comunidad Negra ○ Palenquero ○ Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia ● Indígena ○ Rrom/Gitano ○ No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores

¿Se autoreconoce como campesino (a)? ○ SI ● NO

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:	Territorio.		Consejo.
	Comunidad.		
Si el Beneficiario se autoreconoce con indigena indique:	Pueblo.	Yukpa	Resguardo. Iroka
	Comunidad	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo ● SI ○ NO
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano indique la Kumpania a la que pertenece.			Tipo de beneficiario: ○ Persona lactante ○ Persona Gestante ● Niños, niñas y adolescentes y adulto
Nivel de escolaridad: 2-Primaria	Ocupación: Estudiante		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: Dusakawi

Si es afiliado indique tipo de afiliación: ○ Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Régimen subsidiado ● Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ○ SI ● NO — Si el beneficiario 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

- ○ El beneficiario requiere la ayuda de otra persona.
- ○ El beneficiario requiere ayuda técnica/Producto de apoyo.
- ○ El beneficiario cuenta con la ayuda tecnica/Producto de apoyo.
- ○ El beneficiario requiere terapia y/o rehabilitación.
- ○ El beneficiario 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 ☐

INFORMACIÓN INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR

BENEFICIARIO (se repite por cada integrante de la familia)

Primer Nombre	Yenaro Z	Segundo Nombre	
Primer Apellido	Peña	Segundo Apellido	Franco

Parentesco con respecto al Jefe de Grupo Familiar: ○ Conyuge/Compañero(a) ● Hijo(a) ○ Tio(a) ○ Yerno/Nuera ○ Padre/Madre ○ Hermano(a) ○ Sobrino(a) ○ Cuñado(a) ○ Amigo(a) ○ Padastro/Madrastra ○ Nieto(a) ○ Primo(a) ○ Padrino/Madrina ○ Hijastro(a) ○ Abuelo(a) ○ Suegro(a) ○ Pariente

Tipo Documento: RC ● TI ○ CC ○ PEP ○ PPT ○ PA ○ CE ○ TMF ○ SD ○ Partida /Acta Nac ○

Número de Identificación: 1.274469.982

Correo electrónico:

Número de Celular:

Sexo ○H ●M ○Intersex | Fecha de Nacimiento: 7 8 0 9 2 0 7 9

¿Desea responder preguntas sobre su genero y orientación sexual? ○SI ●NO — Si la respuesta a la pregunta anterior es afirmativa realice las siguientes dos preguntas, si no omitalas por favor

Genero: ○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	Colombia	Departamento de nacimiento	Cesar	Municipio de nacimiento	Aguachica

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ○ Afrocolombiano ○ Comunidad Negra ○ Palenquero ○ Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia ● Indígena ○ Rrom/Gitano ○ No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores

¿Se autoreconoce como campesino (a)? SI ○ NO ●

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:	Territorio.		Consejo.	
	Comunidad.			
Si el Beneficiario se autoreconoce con Indigena Indique:	Pueblo.	Yukpa	Resguardo.	Iroka
	Comunidad	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo	●SI ○NO
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano indique la Kumpania a la que pertenece.			Tipo de beneficiario	○ Persona lactante ○ Persona Gestante ● Niños, niñas y adolescentes y adulto
Nivel de escolaridad	Infancia UCA	Ocupación	Estudiante	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: Dusakawi

Si es afiliado indique tipo de afiliación: ○ Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Regimen subsidiado ● Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ○SI ●NO — Si el beneficiario 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

- ○ El beneficiario requiere la ayuda de otra persona.
- ○ El beneficiario requiere ayuda técnica/Producto de apoyo.
- ○ El beneficiario cuenta con la ayuda tecnica/Producto de apoyo.
- ○ El beneficiario requiere terapia y/o rehabilitación.
- ○ El beneficiario recibe atención en terapia y/o rehabilitación.

¿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 o Alternativos SAAC

¿La persona tiene una condición de discapacidadad? ○ Auditiva. ○ Múltiple. ○ Física. ○ Intelectual. ○ Sordoceguera. ○ Visual. ○ Psicosocial (Mental).

NIVEL DE DIFICULTAD DE DESEMPEÑO %

Global.	Movilidad.	Relaciones.	Cognición.
☐	☐	☐	☐

Cuidado Personal.	Actividades Cotidianas	Participación
☐	☐	☐

INFORMACIÓN INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR

BENEFICIARIO (se repite por cada integrante de la familia)

Primer Nombre	Tatiana	Segundo Nombre	
Primer Apellido	Peña	Segundo Apellido	Franco

Parentesco con respecto al Jefe de Grupo Familiar: ○ Conyuge/Compañero(a) ● Hijo(a) ○ Tio(a) ○ Yerno/Nuera ○ Padre/Madre ○ Hermano(a) ○ Sobrino(a) ○ Cuñado(a) ○ Amigo(a) ○ Padastro/Madrastra ○ Nieto(a) ○ Primo(a) ○ Padrino/Madrina ○ Hijastro(a) ○ Abuelo(a) ○ Suegro(a) ○ Pariente

Tipo Documento: RC ● TI ○ CC ○ PEP ○ PPT ○ PA ○ CE ○ TMF ○ SD ○ Partida /Acta Nac ○ — Número de Identificación: 1.067.732.352 — Correo electrónico:

Número de Celular: | Sexo ○H ●M ○Intersex | Fecha de Nacimiento: 31 12 20 04

¿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 mas años): ○ Homosexual (Lesbiana - Gay) ○ Heterosexual ○ Bisexual ○ Otro ● No deseo responder

País de nacimiento	Colombia	Departamento de nacimiento	Cesar	Municipio de nacimiento	Agustin codazzi

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ○ Afrocolombiano ○ Comunidad Negra ○ Palenquero ○ Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia ● Indigena ○ Rrom/Gitano ○ No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores

¿Se autoreconoce como campesino (a)? SI ○ NO ●

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:	Territorio.		Consejo.
	Comunidad.		
Si el Beneficiario se autoreconoce con Indigena Indique:	Pueblo.	Yukpa	Resguardo. Iroka
	Comunidad	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo ● SI ○ NO
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano indique la Kumpania a la que pertenece.			Tipo de beneficiario: ○ Persona lactante ○ Persona Gestante ● Niños, niñas y adolescentes y adulto
Nivel de escolaridad: 2-Primaria	Ocupación: Estudiante		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: Dusakawi

Si es afiliado indique tipo de afiliación: ○ Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Régimen subsidiado ● Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ○ SI ● NO — Si el beneficiario 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 ○	○ El beneficiario requiere la ayuda de otra persona. ○ 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?	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

INFORMACIÓN INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR

BENEFICIARIO (se repite por cada integrante de la familia)

Primer Nombre	Leydys	Segundo Nombre	Marcela
Primer Apellido	Peña	Segundo Apellido	Franco

Parentesco con respecto al Jefe de Grupo Familiar: ○ Conyuge/Compañero(a) ● Hijo(a) ○ Tio(a) ○ Yerno/Nuera ○ Padre/Madre ○ Hermano(a) ○ Sobrino(a) ○ Cuñado(a) ○ Amigo(a) ○ Padastro/Madrastra ○ Nieto(a) ○ Primo(a) ○ Padrino/Madrina ○ Hijastro(a) ○ Abuelo(a) ○ Suegro(a) ○ Pariente

Tipo Documento	RC ● TI ○ CC ○ PEP ○ PPT ○ PA ○ CE ○ TMF ○ SD ○ Partida /Acta Nac ○	Número de Identificación	1.067.735.376
		Correo electrónico	
Número de Celular		Sexo ○H ●M ○Intersex	Fecha de Nacimiento 30/06/2021

¿Desea responder preguntas sobre su genero 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 mas años)
○ Femenino ○ Masculino ○ Trans ○ Otro ● No deseo responder	○ Homosexual (Lesbiana - Gay) ○ Heterosexual ○ Bisexual ○ Otro ● No deseo responder

País de nacimiento	Colombia	Departamento de nacimiento	Cesar	Municipio de nacimiento	Agustin Codazzi

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ○ Afrocolombiano ○ Comunidad Negra ○ Palenquero ○ Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia ● Indigena ○ Rrom/Gitano ○ No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores

¿Se autoreconoce como campesino (a)? ○ SI ● NO

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:	Territorio.		Consejo.		
	Comunidad.				
Si el Beneficiario se autoreconoce con Indigena Indique:	Pueblo.	Yukpa	Resguardo.	Iroka	
	Comunidad	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo	● SI ○ NO	
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano indique la Kumpania a la que pertenece:			Tipo de beneficiario	○ Persona lactante ○ Persona Gestante ● Niños, niñas y adolescentes y adulto	
Nivel de escolaridad	I. Infancia VCA	Ocupación	Estudiante	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: Dusrawp

Si es afiliado indique tipo de afiliación: ○ Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Régimen subsidiado ● Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ○ SI ● NO — Si el beneficiario 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 INML CF

¿Está inscrito en el registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad?. ○ SI ○ NO

- ○ El beneficiario requiere la ayuda de otra persona.
- ○ 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?	Frecuencia Intensidad del apoyo	Tipo de apoyo	¿La persona tiene una condicion 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

INFORMACIÓN INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR

BENEFICIARIO (se repite por cada integrante de la familia)

Primer Nombre	YaneLIS	Segundo Nombre	
Primer Apellido	Peña	Segundo Apellido	Franco

Parentesco con respecto al Jefe de Grupo Familiar: ○ Conyuge/Compañero(a) ○ Padre/Madre ○ Padastro/Madrastra ○ Hijastro(a) ● Hijo(a) ○ Hermano(a) ○ Nieto(a) ○ Abuelo(a) ○ Tio(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 ○ TMF ○ SD ○ Partida /Acta Nac ○	Número de Identificación	1.274.469.984
		Correo electrónico	
Número de Celular		Sexo ○H ●M ○Intersex	Fecha de Nacimiento 15042008

¿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 mas años): ○ Homosexual (Lesbiana - Gay) ○ Heterosexual ○ Bisexual ○ Otro ● No deseo responder

País de nacimiento	Colombia	Departamento de nacimiento	Cesar	Municipio de nacimiento	Agustin Codazzi

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ○ Afrocolombiano ○ Comunidad Negra ○ Palenquero ○ Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia ● Indigena ○ Rrom/Gitano ○ No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores

¿Se autoreconoce como campesino (a)? SI ○ NO ●

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:	Territorio.		Consejo.
	Comunidad.		
Si el Beneficiario se autoreconoce con Indigena indique:	Pueblo.	Yukpa	Resguardo. Iroka
	Comunidad	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo ● SI ○ NO
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano indique la Kumpania a la que pertenece.			Tipo de beneficiario: ○ Persona lactante ○ Persona Gestante ● Niños, niñas y adolescentes y adulto
Nivel de escolaridad: 5-Primaria	Ocupación	Estudiante	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: Risaralda

Si es afiliado indique tipo de afiliación: ○ Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Régimen subsidiado ● Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ○ SI ● NO — Si el beneficiario 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 ○

- ○ El beneficiario requiere la ayuda de otra persona.
- ○ 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? ○ SI ○ NO

Frecuencia Intensidad del apoyo: ○ Intermitente. ○ Limitado. ○ Extenso. ○ Generalizado.

Tipo de apoyo: ○ De la misma PcD. ○ De otras personas. ○ Sistemas de comunicación Aumentativos o Alternativos SAAC

¿La persona tiene una condición de discapacidadad? ○ Auditiva. ○ Fisica. ○ Sordoceguera. ○ Psicosocial (Mental). ○ Múltiple. ○ Intelectual. ○ Visual.

NIVEL DE DIFICULTAD DE DESEMPEÑO %: Global ☐ Movilidad ☐ Relaciones ☐ Cognición ☐ Cuidado Personal ☐ Actividades Cotidianas ☐ Participación ☐

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

INFORMACIÓN INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR

BENEFICIARIO (se repite por cada integrante de la familia)

Primer Nombre	Yuleidis	Segundo Nombre	
Primer Apellido	Peña	Segundo Apellido	Franco

Parentesco con respecto al Jefe de Grupo Familiar: ○ Conyuge/Compañero(a) ● Hijo(a) ○ Tio(a) ○ Yerno/Nuera ○ Padre/Madre ○ Hermano(a) ○ Sobrino(a) ○ Cuñado(a) ○ Amigo(a) ○ Padastro/Madrastra ○ Nieto(a) ○ Primo(a) ○ Padrino/Madrina ○ Hijastro(a) ○ Abuelo(a) ○ Suegro(a) ○ Pariente

Tipo Documento: RC ○ TI ● CC ○ PEP ○ PPT ○ PA ○ CE ○ TMF ○ SD ○ Partida /Acta Nac ○ — Número de Identificación: 1.274.469.985 — Correo electrónico:

Número de Celular: — Sexo ○H ●M ○Intersex — Fecha de Nacimiento: 28/06/2011

¿Desea responder preguntas sobre su genero 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 mas años): ○ Homosexual (Lesbiana - Gay) ○ Heterosexual ○ Bisexual ○ Otro ● No deseo responder

País de nacimiento	Colombia	Departamento de nacimiento	Cesar	Municipio de nacimiento	Agustin codazzi

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ○ Afrocolombiano ○ Comunidad Negra ○ Palenquero ○ Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia ● Indígena ○ Rrom/Gitano ○ No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores

¿Se autoreconoce como campesino (a)? SI ○ NO ●

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:	Territorio.		Consejo.		
	Comunidad.				
Si el Beneficiario se autoreconoce con Indigena Indique.	Pueblo.	Yukpa	Resguardo.	Iroka	
	Comunidad	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo	● SI	○ NO
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano Indique la Kumpania a la que pertenece.			Tipo de beneficiario	○ Persona lactante ○ Persona Gestante ● Niños, niñas y adolescentes y adulto	
Nivel de escolaridad	5-Primaria	Ocupación	Estudiante	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: Dusakawi

Si es afiliado indique tipo de afiliación: ○ Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Regimen subsidiado ● Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ○ SI ● NO — Si el beneficiario 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 INML.CF

¿Está inscrito en el registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad?. SI ○ NO ○

- ○ El beneficiario requiere la ayuda de otra persona.
- ○ 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? ○ SI ○ NO

Frecuencia Intensidad del apoyo: ○ Intermitente. ○ Limitado. ○ Extenso. ○ Generalizado.

Tipo de apoyo: ○ De la misma PcD. ○ De otras personas. ○ Sistemas de comunicación Aumentativos o Alternativos SAAC

¿La persona tiene una condicion de discapacidad? ○ Auditiva. ○ Física. ○ Sordoceguera. ○ Psicosocial (Mental). ○ Múltiple. ○ Intelectual. ○ Visual.

NIVEL DE DIFICULTAD DE DESEMPEÑO %

Global.	Movilidad.	Relaciones.	Cognición.

Cuidado Personal.	Actividades Cotidianas	Participación

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO FICHA DE CARACTERIZACIÓN SOCIO FAMILIAR	F7.MO30.PP	29/08/2024
		Versión 1	Pagina 1 de 2

Por favor diligencie completamente el presente formulario para garantizar un óptimo análisis de la información.

Fecha de Diligenciamiento: 06/09/2024

Modalidad de Atención: Familia y Comunidad **Nombre del Servicio:** Tejiendo Interculturalidad

INFORMACIÓN ENTIDAD CONTRATISTA

A continuación se debe diligenciar la información de la Entidad Contratista

REGIONAL: Cesar

Nombre Entidad Contratista	Resguardo Indígena Iroka		
Tipo Documento Entidad Contratista	(✓) NIT ( ) RUT	Número de Identificación de la Entidad Contratista	8240020102-—
Número de Contrato	20005122024		
Primer Nombre Prof. Acompañamiento Familiar	Lady	Primer Apellido Prof. Acompañamiento Familiar	Parra.
Tipo Doc. Prof. Acompañamiento Familiar	(✓) CC ( ) CE ( ) PA ( ) PPT	Número de identificación Prof. Acompañamiento Familiar	1067728191

INFORMACIÓN UBICACIÓN DE LA VIVIENDA FAMILIAR

Tipo de Vivienda: ( ) Casa ( ) Habitación o Cuarto ( ) Albergue (Vivienda Temporal) ( ) Apartamento (✓) Vivienda Indígena ( ) Palafito ( ) Inquilinato ( ) Casa lote

País	Colombia	Departamento	Cesar	Municipio	Agustín Codazzi
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	Tekuymo	Dirección	Tekuymo

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 basicos: ( ) Agua ( ) Alcantarillado ( ) Energía Eléctrica ( ) Gas Natural ( ) Internet ( ) Recolección de basuras ( ) Telefonía fija ( ) Telefonía móvil (✓) 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	Fabio	Segundo Nombre	
Primer Apellido	Peña	Segundo Apellido	Montes
Tipo Documento RC ( ) TI ( ) CC (✓) PA ( ) CE ( ) PEP ( ) TMF ( )		Número de documento	1007511803
PPT ( ) Partida/Acta Nac ( )	Correo electrónico	Número de Celular	
Fecha de Vinculación a la modalidad	30/08/2024	Sexo: (✓) H ( ) M ( ) Intersex	Fecha de Nacimiento: 01/12/1990

¿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.	Colombia	Departamento de nacimiento.	Cesar	Municipio de nacimiento.	Agustin Codazzi

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ( ) Afrocolombiano ( ) Comunidad Negra ( ) Palenquero ( ) Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia (✓) Indígena ( ) Rrom/Gitano ( ) No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores

¿Se autoreconoce como campesino (a)? SI ( ) NO (✓)

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:	Territorio.		Consejo.
	Comunidad.		
Si el Beneficiario se autoreconoce con Indigena Indique:	Pueblo	Yukpa	Resguardo. Iroka
	Comunidad	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo (✓) SI ( ) NO
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano Indique la Kumpania a la que pertenece.			Tipo de beneficiario: ( ) Persona lactante ( ) Persona Gestante (✓) Niños, niñas y adolescentes y adulto
Nivel de escolaridad	3 Primaria	Ocupación	Agricultor — 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: Dusakawi

Si es afiliado indique tipo de afiliación: (✓) Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Régimen subsidiado ( ) Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ( ) SI (✓) NO — Si el beneficiario 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 ( )

( ) El beneficiario requiere la ayuda de otra persona.
( ) 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? ( ) SI ( ) NO

Frecuencia Intensidad del apoyo: ( ) Intermitente. ( ) Limitado. ( ) Extenso. ( ) Generalizado.

Tipo de apoyo: ( ) De la misma PcD. ( ) De otras personas. ( ) Sistemas de comunicación Aumentativoso alternativos SAAC

¿La persona tiene una condición de discapacidad? ( ) Auditiva. ( ) Múltiple. ( ) Física. ( ) Intelectual. ( ) Sordoceguera. ( ) Visual. ( ) Psicosocial (Mental).

NIVEL DE DIFICULTAD DE DESEMPEÑO %

Global.	Movilidad.	Relaciones.	Cognición.

Cuidado Personal.	Actividades Cotidianas	Participación

INFORMACIÓN INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR

BENEFICIARIO (se repite por cada integrante de la familia)

Primer Nombre	Elena	Segundo Nombre	
Primer Apellido	Franco	Segundo Apellido	Perez

Parentesco con respecto al Jefe de Grupo Familiar: (X) Conyuge/Compañero(a) ( ) Padre/Madre ( ) Padastro/Madrastra ( ) Hijastro(a) ( ) Hijo(a) ( ) Hermano(a) ( ) Nieto(a) ( ) Abuelo(a) ( ) Tio(a) ( ) Sobrino(a) ( ) Primo(a) ( ) Suegro(a) ( ) Yerno/Nuera ( ) Cuñado(a) ( ) Padrino/Madrina ( ) Pariente ( ) Amigo(a)

Tipo Documento	RC ( ) TI ( ) CC (X) PEP ( ) PPT ( ) PA ( ) CE ( ) TMF ( ) SD ( ) Partida /Acta Nac ( )	Número de Identificación	1133484698
		Correo electrónico	
Número de Celular		Sexo	( ) H (X) M ( ) Intersex
Fecha de Nacimiento	14022005		

¿Desea responder preguntas sobre su género y orientación sexual? ( ) SI (X) 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	Colombia	Departamento de nacimiento	Cesar	Municipio de nacimiento	Agustin Codazzi

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ( ) Afrocolombiano ( ) Comunidad Negra ( ) Palenquero ( ) Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia (X) Indígena ( ) Rrom/Gitano ( ) No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores

¿Se autoreconoce como campesino (a)? SI ( ) NO (X)

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:	Territorio.		Consejo.	
	Comunidad.			
Si el Beneficiario se autoreconoce con Indigena Indique:	Pueblo.	Yukpa	Resguardo.	Iroka
	Comunidad.	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo	(X) SI ( ) NO
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano indique la Kumpania a la que pertenece.			Tipo de beneficiario	( ) Persona lactante ( ) Persona Gestante (X) Niños, niñas y adolescentes y adulto
Nivel de escolaridad	2 Primaria	Ocupación	Ama de casa.	Actualmente asiste a establecimiento educativo	( ) SI (X) NO

En el sistema de Seguridad Social en Salud (SGSSS) es: (X) Afiliado Régimen Subsidiado. ( ) Afiliado Régimen Contributivo. ( ) Afiliado Régimen Especial. ( ) No Afiliado(a).

Si es Afiliado indique la EPS: Dusakawi

Si es afiliado indique tipo de afiliación: ( ) Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Régimen subsidiado (X) Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ( ) SI (X) NO — Si el beneficiario 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 ( )

( ) El beneficiario requiere la ayuda de otra persona.
( ) 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? SI ( ) NO ( )

Frecuencia Intensidad del apoyo: ( ) Intermitente. ( ) Limitado. ( ) Extenso. ( ) Generalizado.

Tipo de apoyo: ( ) De la misma PcD. ( ) De otras personas. ( ) Sistemas de comunicación Aumentativos o Alternativos SAAC

¿La persona tiene una condición de discapacidadad? ( ) Auditiva. ( ) Física. ( ) Sordoceguera. ( ) Psicosocial (Mental). ( ) Múltiple. ( ) Intelectual. ( ) Visual.

NIVEL DE DIFICULTAD DE DESEMPEÑO %

Global.	Movilidad.	Relaciones.	Cognición.

Cuidado Personal.	Actividades Cotidianas	Participación

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO FICHA DE CARACTERIZACIÓN SOCIO FAMILIAR	F7.MO30.PP	20/08/2024
		Versión 1	Pagina 2 de 2

INFORMACIÓN INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR

BENEFICIARIO (se repite por cada integrante de la familia)

Primer Nombre	Ana	Segundo Nombre	Rita
Primer Apellido	Peña	Segundo Apellido	Montes

Parentesco con respecto al Jefe de Grupo Familiar: ○ Conyuge/Compañero(a) ○ Padre/Madre ○ Padastro/Madrastra ○ Hijastro(a) ○ Hijo(a) ○ Hermano(a) ○ Nieto(a) ○ Abuelo(a) ○ Tio(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 ○ TMF ○ SD ○ Partida /Acta Nac ○	Número de Identificación	1065827288
		Correo electrónico	
Número de Celular		Sexo ○H ✓M ○Intersex	Fecha de Nacimiento 05 01 2014

¿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

Genero	Orientación sexual (con edad de 14 o mas años)
○Femenino ○Masculino ○Trans ○Otro ○No deseo responder	○Homosexual (Lesbiana - Gay) ○Heterosexual ○Bisexual ○Otro ○No deseo responder

País de nacimiento	Colombia	Departamento de nacimiento	Cesar	Municipio de nacimiento	Agustin Codazzi

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ○ Afrocolombiano ○ Comunidad Negra ○ Palenquero ○ Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia ● Indígena ○ Rrom/Gitano ○ No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores

¿Se autoreconoce como campesino (a)? SI ○ NO ●

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:	Territorio.		Consejo.		
	Comunidad.				
Si el Beneficiario se autoreconoce con Indigena Indique.	Pueblo.	Yukpa	Resguardo.	Iroka	
	Comunidad.	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo	● SI ○ NO	
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano indique la Kumpania a la que pertenece.			Tipo de beneficiario	○ Persona lactante ○ Persona Gestante ✓ Niños, niñas y adolescentes y adulto	
Nivel de escolaridad	4 Primaria	Ocupación	Estudiante	Actualmente asiste a establecimiento educativo	✓ SI ○ NO

En el sistema de Seguridad Social en Salud (SGSSS) es: ✓ Afiliado Régimen Subsidiado. ○ Afiliado Régimen Especial. ○ Afiliado Régimen Contributivo. ○ No Afiliado(a).

Si es Afiliado indique la EPS: Dusakawi

Si es afiliado indique tipo de afiliación: ○ Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Regimen subsidiado ✓ Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ○ SI ✓ NO — Si el beneficiario 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 ○	○ El beneficiario requiere la ayuda de otra persona. ○ 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?	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

INFORMACIÓN INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR

BENEFICIARIO (se repite por cada integrante de la familia)

Primer Nombre	Jader	Segundo Nombre	
Primer Apellido	Peña	Segundo Apellido	Franco

Parentesco con respecto al Jefe de Grupo Familiar: ○ Conyuge/Compañero(a) ● Hijo(a) ○ Tio(a) ○ Yerno/Nuera ○ Padre/Madre ○ Hermano(a) ○ Sobrino(a) ○ Cuñado(a) ○ Amigo(a) ○ Padastro/Madrastra ○ Nieto(a) ○ Primo(a) ○ Padrino/Madrina ○ Hijastro(a) ○ Abuelo(a) ○ Suegro(a) ○ Pariente

Tipo Documento: RC ● TI ○ CC ○ PEP ○ PPT ○ PA ○ CE ○ TMF ○ SD ○ Partida /Acta Nac ○

Número de Identificación: 1214469987

Correo electrónico:

Número de Celular:

Sexo ● H ○ M ○ Intersex

Fecha de Nacimiento: 28/09/2018

¿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 mas años): ○ Homosexual (Lesbiana - Gay) ○ Heterosexual ○ Bisexual ○ Otro ○ No deseo responder

País de nacimiento	Colombia	Departamento de nacimiento	Cesar	Municipio de nacimiento	Agustin Codazzi

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ○ Afrocolombiano ○ Comunidad Negra ○ Palenquero ○ Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia ● Indigena ○ Rrom/Gitano ○ No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores

¿Se autoreconoce como campesino (a)? ○ SI ● NO

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:	Territorio.		Consejo.		
	Comunidad.				
Si el Beneficiario se autoreconoce con Indigena Indique.	Pueblo.	Yukpa	Resguardo.	Iroka	
	Comunidad	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo	● SI	○ NO
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano indique la Kumpania a la que pertenece.			Tipo de beneficiario	○ Persona lactante ○ Persona Gestante ● Niños, niñas y adolescentes y adulto	
Nivel de escolaridad	Preescolar	Ocupación	Estudiante	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: Dusakawi

Si es afiliado indique tipo de afiliación: ○ Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Régimen subsidiado ● Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ○ SI ● NO

Si el beneficiario no presenta discapacidad, no se deben diligenciar las siguientes preguntas

¿La discapacidad esta 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

- ○ El beneficiario requiere la ayuda de otra persona.
- ○ El beneficiario requiere ayuda técnica/Producto de apoyo.
- ○ El beneficiario cuenta con la ayuda tecnica/Producto de apoyo.
- ○ El beneficiario requiere terapia y/o rehabilitación.
- ○ El beneficiario 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. ○ Fisica. ○ Sordoceguera. ○ Psicosocial (Mental). ○ Múltiple. ○ Intelectual. ○ Visual.	Global. ☐ Movilidad. ☐ Relaciones. ☐ Cognición. ☐ Cuidado Personal. ☐ Actividades Cotidianas ☐ Participación ☐

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO FICHA DE CARACTERIZACIÓN SOCIO FAMILIAR	F7.MO30.PP	29/08/2024
		Versión 1	Pagina 2 de 2

INFORMACIÓN INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR

BENEFICIARIO (se repite por cada integrante de la familia)

Primer Nombre	Jorge	Segundo Nombre	Andres
Primer Apellido	Peña	Segundo Apellido	Franco

Parentesco con respecto al Jefe de Grupo Familiar: ○ Conyuge/Compañero(a) ✓ Hijo(a) ○ Tio(a) ○ Yerno/Nuera ○ Padre/Madre ○ Hermano(a) ○ Sobrino(a) ○ Cuñado(a) ○ Amigo(a) ○ Padastro/Madrastra ○ Nieto(a) ○ Primo(a) ○ Padrino/Madrina ○ Hijastro(a) ○ Abuelo(a) ○ Suegro(a) ○ Pariente

Tipo Documento	RC ✓ TI ○ CC ○ PEP ○ PPT ○ PA ○ CE ○ TMF ○ SD ○ Partida /Acta Nac ○	Número de Identificación	1067734759
		Correo electrónico	
Número de Celular		Sexo ✓H ○M ○Intersex	Fecha de Nacimiento 28/09/2020

¿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 mas años)
○ Femenino ○ Masculino ○ Trans ○ Otro ○ No deseo responder	○ Homosexual (Lesbiana - Gay) ○ Heterosexual ○ Bisexual ○ Otro ○ No deseo responder

País de nacimiento	Colombia	Departamento de nacimiento	Cesar	Municipio de nacimiento	Agustin Codazzi

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ○ Afrocolombiano ○ Comunidad Negra ○ Palenquero ○ Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia ● Indígena ○ Rrom/Gitano ○ No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores

¿Se autoreconoce como campesino (a)? SI ○ NO ●

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:	Territorio.		Consejo.	
	Comunidad.			
Si el Beneficiario se autoreconoce con Indigena Indique.	Pueblo.	Yukpa	Resguardo.	Iroka
	Comunidad.	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo	● SI ○ NO
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano indique la Kumpania a la que pertenece.			Tipo de beneficiario	○ Persona lactante ○ Persona Gestante ✓ Niños, niñas y adolescentes y adulto
Nivel de escolaridad	1ra Infancia	Ocupación	Estudiante	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: Dusakawi

Si es afiliado indique tipo de afiliación: ○ Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Régimen subsidiado ✓ Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ○ SI ✓ NO

Si el beneficiario 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

- ○ El beneficiario requiere la ayuda de otra persona.
- ○ 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?	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 ☐

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO FICHA DE CARACTERIZACIÓN SOCIO FAMILIAR	F7.MO30.PP	29/08/2024
		Versión 1	Pagina 2 de 2

INFORMACIÓN INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR

BENEFICIARIO (se repite por cada integrante de la familia)

Primer Nombre	Enzo	Segundo Nombre	
Primer Apellido	Peña	Segundo Apellido	Franco

Parentesco con respecto al Jefe de Grupo Familiar: ○ Conyuge/Compañero(a) ● Hijo(a) ○ Tio(a) ○ Yerno/Nuera ○ Padre/Madre ○ Hermano(a) ○ Sobrino(a) ○ Cunado(a) ○ Amigo(a) ○ Padastro/Madrastra ○ Nieto(a) ○ Primo(a) ○ Padrino/Madrina ○ Hijastro(a) ○ Abuelo(a) ○ Suegro(a) ○ Pariente

Tipo Documento: RC ● TI ○ CC ○ PEP ○ PPT ○ PA ○ CE ○ TMF ○ SD ○ Partida /Acta Nac ○

Número de Identificación: 1067737962

Correo electrónico:

Número de Celular:

Sexo ○H ○M ○Intersex

Fecha de Nacimiento: 09/09/2023

¿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 mas años): ○ Homosexual (Lesbiana - Gay) ○ Heterosexual ○ Bisexual ○ Otro ○ No deseo responder

País de nacimiento	Colombia	Departamento de nacimiento	Cesar	Municipio de nacimiento	Agustin Codazzi

Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario: ○ Afrocolombiano ○ Comunidad Negra ○ Palenquero ○ Raizal del Archipielago de San Andrés y Providencia ● Indigena ○ Rrom/Gitano ○ No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores

¿Se autoreconoce como campesino (a)? ○ SI ● NO

Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:	Territorio.		Consejo.		
	Comunidad.				
Si el Beneficiario se autoreconoce con Indigena Indique.	Pueblo.	Yukpa	Resguardo.	Iroka	
	Comunidad.	Yukpa	Reside en la misma zona de origen del pueblo	● SI	○ NO
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano indique la Kumpania a la que pertenece.			Tipo de beneficiario	○ Persona lactante ○ Persona Gestante ● Niños, niñas y adolescentes y adulto	
Nivel de escolaridad	1ra Infancia	Ocupación	Estudiante	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: Dusakawi

Si es afiliado indique tipo de afiliación: ○ Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Regimen subsidiado ● Beneficiario

¿El beneficiario presenta discapacidad? ○ SI ● NO

Si el beneficiario 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

- ○ El beneficiario requiere la ayuda de otra persona.
- ○ El beneficiario requiere ayuda técnica/Producto de apoyo.
- ○ El beneficiario cuenta con la ayuda tecnica/Producto de apoyo.
- ○ El beneficiario requiere terapia y/o rehabilitación.
- ○ El beneficiario recibe atención en terapia y/o rehabilitación.

¿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 o Alternativos SAAC

¿La persona tiene una condición de discapacidad? ○ Auditiva. ○ Fisica. ○ Sordoceguera. ○ Psicosocial (Mental). ○ Multiple. ○ Intelectual. ○ Visual.

NIVEL DE DIFICULTAD DE DESEMPEÑO %

Global.	Movilidad.	Relaciones.	Cognición.

Cuidado Personal.	Actividades Cotidianas	Participación