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: 05 09 2024

Modalidad de Atención: Familias y Comunidades **Nombre del Servicio:** Recreo 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	Luis	Primer Apellido Prof. Acompañamiento Familiar	Maestre.
Tipo Doc. Prof. Acompañamiento Familiar	(✓) CC ( ) CE ( ) PA ( ) PPT	Número de identificación Prof. Acompañamiento Familiar	1 8 9 5 8 6 8 0

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	SOSPA	Dirección	SOSPA

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	Franeiro.	Segundo Nombre	
Primer Apellido	Franco.	Segundo Apellido	Morales.

Tipo Documento RC ( ) TI ( ) CC (●) PA ( ) CE ( ) PEP ( ) TMF ( ) Número de documento: 49698444

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: 19 09 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.	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	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? ( ) 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	Daniela.	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	1133484667
		Correo electrónico	
Número de Celular		Sexo	○H ○M ○Intersex
Fecha de Nacimiento	27032007		

¿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	7°	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. ○ 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 2 de 2

INFORMACIÓN INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR

BENEFICIARIO (se repite por cada integrante de la familia)

Primer Nombre	Wilfran.	Segundo Nombre	
Primer Apellido	Perez	Segundo Apellido	Franco.

Parentesco con respecto al Jefe de Grupo Familiar: ○ Conyuge/Compañero(a) ● Hijo(a) ○ Tio(a) ○ Yerno/Nuero ○ 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	1148201672
		Correo electrónico	
Número de Celular		Sexo ●H ○M ○Intersex	Fecha de Nacimiento 26092009

¿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	6°	Ocupación	Estudiant	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 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 tecnica/Producto de apoyo ○ El beneficiario requiere terapia y/o rehabilitación ○ El beneficiario recibe atención en terapia y/o rehabilitacion.

¿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 comunicacion Aumentativos o Alternativos SAAC	○ Auditiva. ○ Multiple. ○ 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	SHAire.	Segundo Nombre	Milena
Primer Apellido	Franco	Segundo Apellido	Morales

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	1148705230
		Correo electrónico	
Número de Celular		Sexo ○H ●M ○Intersex	Fecha de Nacimiento: 29/02/2011

¿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

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, niñas y adolescentes y adulto
Nivel de escolaridad: 7°		Ocupacion: 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?	Entidad que certifica la discapacidad	¿Está inscrito en el registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad?.	Requerimientos
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. ○ Multiple. ○ Fisica. ○ Intelectual. ○ Sordoceguera. ○ Visual. ○ Psicosocial (Mental)	Global. Movilidad. Relaciones. Cognicion. 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 POLITICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES (L.E.S.I. Y LA LEY 1581 DE 2012

INFORMACIÓN INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR

BENEFICIARIO (se repite por cada integrante de la familia)

Primer Nombre	Valentina	Segundo Nombre	
Primer Apellido	Franco	Segundo Apellido	Morales

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	1137726642
		Correo electrónico	
Número de Celular		Sexo ○H ●M ○Intersex	Fecha de Nacimiento: 18/12/2014
¿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	
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 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 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 rehabiltacion.

¿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: ☐

¡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 (L.E.I. Y 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) ◯ 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 Nacimento |

¿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	

Autoreconocimiento Grupo Etnico 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 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 condicion de discapacidad?	NIVEL DE DIFICULTAD DE DESEMPEÑO %
◯ SI ◯ NO	◯ Intermitente. ◯ Limitado. ◯ Extenso. ◯ Generalizado.	◯ De la misma PcD ◯ De otras personas ◯ Sistemas de comunicacion Aumentativos o Alternativos SAAC	◯ Auditiva. ◯ Multiple. ◯ 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: 05 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	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	SOSPA	Dirección	SOSPA

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 ( ) 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	Jairo	Segundo Nombre	
Primer Apellido	Montes	Segundo Apellido	Montes
Tipo Documento	RC ( ) TI ( ) CC (●) PA ( ) CE ( ) PEP ( ) TMF ( ) PPT ( ) Partida/Acta Nac ( )	Número de documento	1.733.484.579
Correo electrónico		Número de Celular	
Fecha de Vinculación a la modalidad	30 08 2024	Sexo:	(●) H ( ) M ( ) Intersex
Fecha de Nacimiento	20047981		

¿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 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	Liliana	Segundo Nombre	
Primer Apellido	Garcia	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	49.698.515
		Correo electrónico	
Número de Celular		Sexo ○H ●M ○Intersex	Fecha de Nacimiento 07 09 79 87

¿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: DusaKawP

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 ☐

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	Bethe	Segundo Nombre	Vanesa
Primer Apellido	Montes	Segundo Apellido	García

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: 1.748.201.638 — Correo electrónico:

Número de Celular: | Sexo ○H ●M ○Intersex | Fecha de Nacimiento: 27/05/2011

¿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: ● 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	6-Bachiller	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	Lena	Segundo Nombre	Marcela
Primer Apellido	Montes	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: 1.748.201.637

Correo electrónico:

Número de Celular:

Sexo: ○ H ● M ○ Intersex

Fecha de Nacimiento: 28 03 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: ● 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	8-Bachiller	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 2 de 2

INFORMACIÓN INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR

BENEFICIARIO (se repite por cada integrante de la familia)

Primer Nombre	Alcides	Segundo Nombre	
Primer Apellido	Garcia	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) ○ Padrastro/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: 1.737.726.872 — Correo electrónico:

Número de Celular: | Sexo ● H ○ M ○ Intersex | Fecha de Nacimiento: 24 01 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	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	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	Yepser	Segundo Nombre	
Primer Apellido	Piña	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	1.733.484.502
		Correo electrónico	
Número de Celular		Sexo	●H ○M ○Intersex
Fecha de Nacimiento	23 09 2006		

¿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	8-Bachiller	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

INFORMACIÓN INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR

BENEFICIARIO (se repite por cada integrante de la familia)

Primer Nombre	Mariana	Segundo Nombre	
Primer Apellido	Montes	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: 1.274.469.942 — Correo electrónico:

Número de Celular: | Sexo ○H ●M ○Intersex | Fecha de Nacimiento: 21042077

¿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	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 ☐

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	Londa	Segundo Nombre	Sofia
Primer Apellido	Montes	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	1.067.737.022
		Correo electrónico	
Número de Celular		Sexo	○H ●M ○Intersex
Fecha de Nacimiento	05/02/2021		

¿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

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 orígen 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: 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). ○ Multiple. ○ 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	Leidys	Segundo Nombre	Sofia
Primer Apellido	Garcia	Segundo Apellido	Piña

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	1.274.469.940
		Correo electrónico	
Número de Celular		Sexo ○H ●M ○Intersex	Fecha de Nacimiento 04/06/2079

¿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	Pre-escolar	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		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 ● 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. ◯ 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: 05 09 2024

Modalidad de Atención: Familias 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: 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: SOSPA		Dirección: SOSPA		

Número de Teléfono: 3 7 1 3 3 4 5 3 4 9

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: Reinaldo		Segundo Nombre:	
Primer Apellido: Montes		Segundo Apellido: Franco	
Tipo Documento: RC ( ) TI ( ) CC (●) PA ( ) CE ( ) PEP ( ) TMF ( ) PPT ( ) Partida/Acta Nac ( )	Correo electrónico:	Número de documento: 1007376919	
		Número de Celular: 3 7 1 3 3 4 5 3 4 9	
Fecha de Vinculación a la modalidad: 30 08 2024	Sexo: (●) H ( ) M ( ) Intersex	Fecha de Nacimiento: 08 07 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: 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: 11- Bachiller	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	Catalina	Segundo Nombre	
Primer Apellido	Estrada	Segundo Apellido	Estrada

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	1.133.484.029
		Correo electrónico	
Número de Celular	3 7 7 3 3 4 5 3 4 9	Sexo	( )H ( )M ( )Intersex
Fecha de Nacimiento	15 07 2000		

¿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	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: 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?	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	Ricardo	Segundo Nombre	Andres
Primer Apellido	Montes	Segundo Apellido	Estrada

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: 1.067.733.780

Correo electrónico:

Número de Celular: 3 7 1 3 3 4 5 3 4 9 | Sexo ●H ○M ○Intersex | Fecha de Nacimiento: 07 07 20 07 6

¿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	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? ○ 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	Elkin	Segundo Nombre	Repnel
Primer Apellido	Montes	Segundo Apellido	Estrada

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	1.056.360.045
		Correo electrónico	

Número de Celular: 3 7 1 3 3 4 5 3 4 9 | Sexo ● H ○ M ○ Intersex | Fecha de Nacimiento: 0 7 0 6 2 0 2 3

¿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	I. 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?	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	Osneider	Segundo Nombre	
Primer Apellido	Montes	Segundo Apellido	Estrada

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) ○ Padrino/Madrina ○ 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	1067735532
		Correo electrónico	

Número de Celular: 3 7 7 3 3 4 5 3 4 9 | Sexo ● H ○ M ○ Intersex | Fecha de Nacimiento: 2 0 0 3 2 6 2 1

¿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	I 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. ○ 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	Reinaldo	Segundo Nombre	Yespol
Primer Apellido	Montes	Segundo Apellido	Estrada

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: 1.274.469.947

Correo electrónico:

Número de Celular: 3 7 7 3 3 4 5 3 4 9 | Sexo ● H ○ M ○ Intersex | Fecha de Nacimiento: 7 5 0 7 2 0 7 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

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	I. Infantil 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

Ivonne

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: 05/09/2024

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

REGIONAL: Cesar

INFORMACIÓN ENTIDAD CONTRATISTA

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	8240020102-—
Número de Contrato	20005122024		
Primer Nombre Prof. Acompañamiento Familiar	Ivonne	Primer Apellido Prof. Acompañamiento Familiar	Jeser
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	SosPa	Dirección	SosPa

Número de Teléfono: 3203646575

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	García	Segundo Apellido	Peña
Tipo Documento RC ( ) TI ( ) CC (●) PA ( ) CE ( ) PEP ( ) TMF ( ) PPT ( ) Partida/Acta Nac ( )		Número de documento	1.007347.799
Correo electrónico		Número de Celular	3203646575
Fecha de Vinculación a la modalidad	30/08/2024	Sexo: (●) H ( ) M ( ) Intersex	Fecha de Nacimiento: 22/11/1987

¿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	8-Bachiller	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. ( ) 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	Gloria	Segundo Nombre	
Primer Apellido	Estrada	Segundo Apellido	Martinez

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	1.133.484.731
		Correo electrónico	

Número de Celular	3203646575	Sexo	( ) H (●) M ( ) Intersex	Fecha de Nacimiento	29/09/1989
¿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		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 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 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	Wilmar	Segundo Nombre	
Primer Apellido	García	Segundo Apellido	Estrada

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) ○ Padrino/Madrina ○ 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: 1.748.742.012

Correo electrónico:

Número de Celular: 3203646575 Sexo ● H ○ M ○ Intersex Fecha de Nacimiento: 04/02/07/2

¿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	7. Bachiller	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	Daniela	Segundo Nombre	
Primer Apellido	Garcia	Segundo Apellido	Estrada

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	1.148.201.662
		Correo electrónico	
Número de Celular	3203646575	Sexo	○H ●M ○Intersex
Fecha de Nacimiento	14/12/2007		

¿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	8. Bachiller	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 ○ 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 ☐

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	Jesus	Segundo Nombre	Armando
Primer Apellido	García	Segundo Apellido	Estrada

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: 1066.299.273 — Correo electrónico:

Número de Celular: 3203646457 — Sexo ● H ○ M ○ Intersex — Fecha de Nacimiento: 30/07/2007

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

País de nacimiento	Colombia	Departamento de nacimiento	Cesar	Municipio de nacimiento	V/Par

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 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 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	Isabella	Segundo Nombre	Sofía
Primer Apellido	García	Segundo Apellido	Estrada

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	1.748.742.013
		Correo electrónico	

Número de Celular: 3 2 0 3 6 4 6 5 7 5 | Sexo ○H ●M ○Intersex | Fecha de Nacimiento: 17 09 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: ● 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-bachiller	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. ○ Mùltiple. ○ 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	Andrea	Segundo Nombre	
Primer Apellido	García	Segundo Apellido	Estrada

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: 1.065.678.475

Correo electrónico:

Número de Celular: 3203646575 Sexo ○H ●M ○Intersex Fecha de Nacimiento: 03/09/2021

¿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

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	Valledupar

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. 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 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		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? ◯ 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: 05/09/2024

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	Sospa	Dirección	Sospa

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	Noel	Segundo Nombre	
Primer Apellido	Peñaloza	Segundo Apellido	Montes

Tipo Documento: RC ( ) TI ( ) CC (●) PA ( ) CE ( ) PEP ( ) TMF ( ) PPT ( ) Partida/Acta Nac ( ) — Número de documento: 1.007249.699

Correo electrónico: — Número de Celular:

Fecha de Vinculación a la modalidad: 30/08/2024 — Sexo: (●) H ( ) M ( ) Intersex — Fecha de Nacimiento: 7/7/79

¿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	5-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: 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 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	Lory	Segundo Nombre	
Primer Apellido	Montes	Segundo Apellido	Morales

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	1.003.390.878
		Correo electrónico	
Número de Celular		Sexo	( )H (●)M ( )Intersex
Fecha de Nacimiento	28 05 79 91		

¿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	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? ( )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	Alexander	Segundo Nombre	Noel
Primer Apellido	Peralosa	Segundo Apellido	Montes

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: 1.065.681.738

Correo electrónico:

Número de Celular:

Sexo ● H ○ M ○ Intersex | Fecha de Nacimiento: 7 6 0 3 2 0 2 3

¿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	Valledupar

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-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?	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	Ana	Segundo Nombre	Karina
Primer Apellido	Peñaloza	Segundo Apellido	Montes

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	1.722.407.370
		Correo electrónico	
Número de Celular		Sexo ○H ●M ○Intersex	Fecha de Nacimiento 22092070

¿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 - Gayi) ○ Heterosexual ○ Bisexual ○ Otro ● No deseo responder

País de nacimiento	Colombia	Departamento de nacimiento	Guajira	Municipio de nacimiento	San Juan de/Cesar

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	7-Bachiller	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	Jomar	Segundo Nombre	
Primer Apellido	Peralosa	Segundo Apellido	Montes

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	1133484557
		Correo electrónico	
Número de Celular		Sexo ● H ○ M ○ Intersex	Fecha de Nacimiento 7 6 0 8 2 0 0 6

¿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	9-Bachiller	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

INFORMACIÓN INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR

BENEFICIARIO (se repite por cada integrante de la familia)

Primer Nombre	Luis	Segundo Nombre	Alejandro
Primer Apellido	Penaloza	Segundo Apellido	Montes

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	1.067721.333
		Correo electrónico	
Número de Celular		Sexo ●H ○M ○Intersex	Fecha de Nacimiento 31 08 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 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	9- Bachiller	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	Valentina	Segundo Nombre	
Primer Apellido	Peñaloza	Segundo Apellido	Montes

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	1.748.705.241
		Correo electrónico	
Número de Celular		Sexo ○H ●M ○Intersex	Fecha de Nacimiento 02/02/07/3

¿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	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 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	Kevin	Segundo Nombre	Andres
Primer Apellido	Peñaloza	Segundo Apellido	Montes

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	1.748.705.243
		Correo electrónico	
Número de Celular		Sexo ● H ○ M ○ Intersex	Fecha de Nacimiento 30/03/2075

¿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	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	Lena	Segundo Nombre	Sofia
Primer Apellido	Penaloza	Segundo Apellido	Montes

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: 1.067.732.682 — Correo electrónico:

Número de Celular: | Sexo: ○H ●M ○Intersex | Fecha de Nacimiento: 7 2 0 8 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	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? ○ 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	Nerys	Segundo Nombre	
Primer Apellido	Peñaloza	Segundo Apellido	Montes

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: 1.067.733.477

Correo electrónico:

Número de Celular:

Sexo ○H ●M ○Intersex | Fecha de Nacimiento: 7 8 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	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. ○ Múltiple. ○ Física. ○ Intelectual. ○ Sordoceguera. ○ Visual. ○ Psicosocial (Mental).	Global. ☐ Movilidad. ☐ Relaciones. ☐ Cognición. ☐ Cuidado Personal. ☐ Actividades Cotidianas ☐ Participación ☐

Adriana

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: 05/09/2024

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	1019075697

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	Sospa	Dirección	Sospa.

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	Enrique	Segundo Nombre	
Primer Apellido	Morales	Segundo Apellido	Piña

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

Número de documento	18.957.564	Correo electrónico	
Número de Celular	3114044325		
Fecha de Vinculación a la modalidad	30/08/2024	Sexo: ● H ○ M ○ Intersex	Fecha de Nacimiento: 20031975

¿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 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 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	Ilia	Segundo Nombre	
Primer Apellido	Garcia	Segundo Apellido	Torres

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	49.698.612.
		Correo electrónico	
Número de Celular		Sexo ( )H (●)M ( )Intersex	Fecha de Nacimiento: 15/07/2024
¿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		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	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 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	Adriana	Segundo Nombre	Lucia
Primer Apellido	morales	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	1.066.298.576.
		Correo electrónico	

Número de Celular | Sexo ○H ●M ○Intersex | Fecha de Nacimiento: 28/12/2017.

¿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: ● 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 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	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?	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	Victo v	Segundo Nombre	Manuel.
Primer Apellido	Morales	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	1.148 705 253.
		Correo electrónico	
Número de Celular		Sexo ● H ○ M ○ Intersex	Fecha de Nacimiento 27032015

¿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	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	Jhan	Segundo Nombre	Fredy
Primer Apellido	Morales	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	1.067.735.440
		Correo electrónico	

Número de Celular		Sexo ● H ○ M ○ Intersex	Fecha de Nacimiento 24 07 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	
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	Primera infancia	Ocupación: Estudiando	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: Asafacol

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	Edduer	Segundo Nombre	
Primer Apellido	Franco	Segundo Apellido	morales

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: 1 148 705 220

Correo electrónico:

Número de Celular:

Sexo ● H ○ M ○ Intersex

Fecha de Nacimiento: 25 01 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	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	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: Desacad

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

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	Keila	Segundo Nombre	
Primer Apellido	morales	Segundo Apellido	García

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) ○ Padrino/Madrina ○ Padastro/Madrastra ○ Nieto(a) ○ Primo(a) ○ Suegro(a) ○ Pariente ○ Hijastro(a) ○ Abuelo(a)

Tipo Documento	RC ○ TI ● CC ○ PEP ○ PPT ○ PA ○ CE ○ TMF ○ SD ○ Partida /Acta Nac ○	Número de Identificación	1.066.351.989
		Correo electrónico	
Número de Celular		Sexo ○H ●M ○Intersex	Fecha de Nacimiento: 12/09/2009
¿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	
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	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 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	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 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?	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. ○ Multiple. ○ Fisica. ○ 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 EL ICBF Y 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	EDIO	Segundo Nombre	
Primer Apellido	morales	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	1.066.353.745.
		Correo electrónico	
Número de Celular		Sexo ● H ○ M ○ Intersex	Fecha de Nacimiento 16 02 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

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	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 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	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. ○ Fisica. ○ Sordoceguera. ○ Psicosocial (Mental) ○ Multiple ○ Intelectual. ○ Visual.

NIVEL DE DIFICULTAD DE DESEMPEÑO %

Global	Movilidad.	Relaciones.	Cognición.

Cuidado Personal	Actividades Cotidianas	Participación

¡Antes de imprimir este documento ... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES I.C.B.F. Y 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	Zoraida	Segundo Nombre	
Primer Apellido	Morales	Segundo Apellido	García

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) ○ Padrino/Madrina ○ 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. 254
		Correo electrónico	
Número de Celular		Sexo ○H ●M ○Intersex	Fecha de Nacimiento 12 03 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

Orientacion 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 Etnico 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 afiliado: ○ 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	¿Esta 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 rehabilitacion
- ○ 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		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: ◯ 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	

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 le 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 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. ◯ Fisica. ◯ Sordoceguera. ◯ Psicosocial (Mental). ◯ Multiple. ◯ 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: 05 09 2024

Modalidad de Atención: Familia y comunidades **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	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	sospa	Dirección	Sospa

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	Rafael	Segundo Nombre	
Primer Apellido	Meza	Segundo Apellido	Peña

Tipo Documento RC ( ) TI ( ) CC (●) PA ( ) CE ( ) PEP ( ) TMF ( ) — Número de documento: 1.090.092.032.

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: 18 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

Géneto: ( ) 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	Agricultura	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	Fabiola	Segundo Nombre	
Primer Apellido	Uello	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	1.133.484.625.
		Correo electrónico	
Número de Celular		Sexo ( )H (●)M ( )Intersex	Fecha de Nacimiento 30 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	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	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

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	Humberto.	Segundo Nombre	
Primer Apellido	Meza	Segundo Apellido	Coello

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	1.148 201.681.
		Correo electrónico	
Número de Celular		Sexo ●H ○M ○Intersex	Fecha de Nacimiento 14042008.

¿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	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	Septimo	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 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. ○ 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	Carolina.	Segundo Nombre	
Primer Apellido	Meza	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	1.133.484.637
		Correo electrónico	

Número de Celular | Sexo ○H ●M ○Intersex | Fecha de Nacimiento: 08/06/2006

¿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	Quinto	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	Yaneris	Segundo Nombre	
Primer Apellido	Meza	Segundo Apellido	Ovello

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	1.148.705.248
		Correo electrónico	
Número de Celular		Sexo ○H ●M ○Intersex	Fecha de Nacimiento 2008 20 15
¿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	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 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		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. ○ 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: 05/09/2024

Modalidad de Atención: Familia 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	8240020108-2
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	1019075697

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	Sospa	Dirección	Sospa

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	Yuleidi	Segundo Nombre	
Primer Apellido	Cuello	Segundo Apellido	Peñaloza

Tipo Documento RC ( ) TI ( ) CC (●) PA ( ) CE ( ) PEP ( ) TMF ( ) — Número de documento: 1.133.485.387

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: 26/01/1999

¿Desea responder preguntas sobre su género y orientación sexual? ( ) SI (●) NO — Si la respuesta a la pregunta anterior ès 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	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 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	will	Segundo Nombre	Esmael.
Primer Apellido	meza	Segundo Apellido	coello

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	1.067.732.646.
		Correo electrónico	

Número de Celular		Sexo ● H ○ M ○ Intersex	Fecha de Nacimiento 15 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 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	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: 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	Valentina.	Segundo Nombre	
Primer Apellido	Meza	Segundo Apellido	Ocllo.

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	1.137.734.228
		Correo electrónico	
Número de Celular		Sexo	○H ●M ○Intersex
Fecha de Nacimiento	22072024		

¿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 ● 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	lactante	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?	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. ○ 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	Ana	Segundo Nombre	Kaina.
Primer Apellido	Meza.	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: 1.133 485.387. — Correo electrónico:

Número de Celular: — Sexo ○H ●M ○Intersex — Fecha de Nacimiento: 21/02/2023.

¿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 ● 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? ○ 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 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: 05 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	Adiara	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	Sospa	Dirección	Sospa

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	Franco	Segundo Apellido	Morales

Tipo Documento RC ○ TI ○ CC ○ PA ○ CE ○ PEP ○ TMF ○ PPT ○ Partida/Acta Nac ○ — Número de documento: 77.156 665

Correo electrónico: — Número de Celular:

Fecha de Vinculación a la modalidad: 30 08 2024 — Sexo: ● H ○ M ○ Intersex — Fecha de Nacimiento: 04 09 1968

¿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	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	Elizabeth.	Segundo Nombre	
Primer Apellido	Peñaloza	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	1.010.092.022
		Correo electrónico	
Número de Celular		Sexo	( ) H (●) M ( ) Intersex
Fecha de Nacimiento	10 11 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	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	Primero	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 Especial. ( ) Afiliado Régimen Contributivo. ( ) No Afiliado(a).

Si es Afiliado indique la EPS: Disakaui

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. ( ) 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	RUZ	Segundo Nombre	Mery
Primer Apellido	Franco	Segundo Apellido	Peralozo

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	1.148.201 655
		Correo electrónico	
Número de Celular		Sexo ○H ●M ○Intersex	Fecha de Nacimiento 10 07 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: ○ 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	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 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	Ana	Segundo Nombre	Cecilia.
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: 1. 148. 705. 237 — Correo electrónico:

Número de Celular: — Sexo ○H ●M ○Intersex — Fecha de Nacimiento: 24 09 26 13

¿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	Ninguno	Ocupación	Estudiante	Actualmente asiste a establecimiento educativo	● SI ○ NO

En el sistema de Seguridad Social en Salud (SGSSSJ 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
¿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. ○ Fisica. ○ Sordoceguera. ○ Psicosocial (Mental). ○ Múltiple. ○ Intelectual. ○ Visual.	

○ 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.

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	Solaida	Segundo Nombre	
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) ○ 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	1.067.735.767
		Correo electrónico	
Número de Celular		Sexo ○H ●M ○Intersex	Fecha de Nacimiento 25/03/2021
¿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	
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 ● 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?	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	Viviana	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: 1.067.733.629.

Correo electrónico:

Número de Celular:

Sexo ○H ●M ○Intersex

Fecha de Nacimiento: 14 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	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	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: Asaurasai

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?	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: 05/09/2024

Modalidad de Atención: Familia 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	Adriana	Primer Apellido Prof. Acompañamiento Familiar	Navarro
Tipo Doc. Prof. Acompañamiento Familiar	(●) CC ( ) CE ( ) PA ( ) PPT	Número de Identificación Prof. Acompañamiento Familiar	1019075697

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	Sospa	Dirección	Sospa
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	Moises.	Segundo Nombre	
Primer Apellido	Franco	Segundo Apellido	Morales.

Tipo Documento RC ( ) TI ( ) CC (●) PA ( ) CE ( ) PEP ( ) TMF ( ) Número de documento: 18957393

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: 09/04/1970

¿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: 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	Rubiela.	Segundo Nombre	
Primer Apellido	Pena	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	49.697.642.
		Correo electrónico	
Número de Celular		Sexo ( )H (●)M ( )Intersex	Fecha de Nacimiento: 22/10/1974
¿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		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	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 [ ]

INFORMACIÓN INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR

BENEFICIARIO (se repite por cada integrante de la familia)

Primer Nombre	Yasneiry	Segundo Nombre	
Primer Apellido	Franco	Segundo Apellido	Peña

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	1.066.353.233.
		Correo electrónico	
Número de Celular		Sexo ○H ●M ○Intersex	Fecha de Nacimiento 12022012

¿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	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: ANASWAYI

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?	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	Marcelg	Segundo Nombre	
Primer Apellido	Franco	Segundo Apellido	Peña

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	1.133.484.550
		Correo electrónico	
Número de Celular		Sexo ○H ●M ○Intersex	Fecha de Nacimiento 03 08 2000

¿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	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	once	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: Asakaw — 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 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. ○ 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 (L.E.P.D. Y LA LEY 1581 DE 2012)

INFORMACIÓN INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR

BENEFICIARIO (se repite por cada integrante de la familia)

Primer Nombre	Raul	Segundo Nombre	
Primer Apellido	Franco	Segundo Apellido	Peña

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	1.133.484.543
		Correo electrónico	
Número de Celular		Sexo ● H ○ M ○ Intersex	Fecha de Nacimiento 30/01/1997

¿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	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	Once	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 ○ 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. ○ 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	Maña	Segundo Nombre	Fernanda
Primer Apellido	Franco	Segundo Apellido	Peña

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: 1,148.201.674 — Correo electrónico:

Número de Celular: — Sexo ○H ●M ○Intersex — Fecha de Nacimiento: 12/12/2009

¿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: ○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: octavo	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: Dusaprada01

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. ○ 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	Ariana	Segundo Nombre	Lucia
Primer Apellido	Franco	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	1.214.469.976
		Correo electrónico	
Número de Celular		Sexo ○H ●M ○Intersex	Fecha de Nacimiento 09042010

¿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 ● 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	octavo	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	Breide	Segundo Nombre	Moises
Primer Apellido	Garua	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 ○ Cunado(a) ○ Padrino/Madrina ○ Pariente ○ Amigo(a)

Tipo Documento	RC ○ TI ● CC ○ PEP ○ PPT ○ PA ○ CE ○ TMF ○ SD ○ Partida /Acta Nac ○	Número de Identificación	1.066.356.738
		Correo electrónico	
Número de Celular		Sexo ● H ○ M ○ Intersex	Fecha de Nacimiento 1 7 0 5 2 0 1 6

¿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 ● 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?	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	Jose	Segundo Nombre	David.
Primer Apellido	Franco	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: 1065677509 — Correo electrónico:

Número de Celular: — Sexo ○H ○M ○Intersex — Fecha de Nacimiento: 19/04/2021

¿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

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 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 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

INFORMACIÓN INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR

BENEFICIARIO (se repite por cada integrante de la familia)

Primer Nombre	Wendy	Segundo Nombre	Paola
Primer Apellido	Franco	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: 1151482197

Correo electrónico:

Número de Celular:

Sexo ○H ○M ○Intersex | Fecha de Nacimiento: 22042020

¿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 ● 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: Dusmawi

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

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: 05/09/2024

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	SOSPA	Dirección	SOSPA

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	Yolanda	Segundo Nombre	
Primer Apellido	Peñaloza	Segundo Apellido	Montes

Tipo Documento: RC ( ) TI ( ) CC (●) PA ( ) CE ( ) PEP ( ) TMF ( ) PPT ( ) Partida/Acta Nac ( ) — Número de documento: 1.007.249.796

Correo electrónico: — Número de Celular:

Fecha de Vinculación a la modalidad: 30/08/2024 — Sexo: ( ) H (●) M ( ) Intersex — Fecha de Nacimiento: 13/04/1997

¿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	3- 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: 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?	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	Diana	Segundo Nombre	Esther
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	1.748.201.682
		Correo electrónico	
Número de Celular		Sexo ○H ●M ○Intersex	Fecha de Nacimiento 25/05/2010
¿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	7-Bachiller	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 Regimen Especial. ○ No Afiliado(a).

Si es Afiliado indique la EPS: Dusakawi P

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	Jhon	Segundo Nombre	Jaiso
Primer Apellido	Franco	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: 1.748.201.675 — Correo electrónico:

Número de Celular: | Sexo ●H ○M ○Intersex | Fecha de Nacimiento: 22042008

¿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: 9-Bachiller — 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	Yeomis	Segundo Nombre	Yuranis
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	1.067.728.772
		Correo electrónico	
Número de Celular		Sexo ○H ●M ○Intersex	Fecha de Nacimiento 12/04/2073

¿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	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

INFORMACIÓN INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR

BENEFICIARIO (se repite por cada integrante de la familia)

Primer Nombre	Leonel	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: 1151482224

Correo electrónico:

Número de Celular:

Sexo ●H ○M ○Intersex | Fecha de Nacimiento: 2007/20/20

¿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	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: DusakawP

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	Janeles	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: 1067.732502 — Correo electrónico:

Número de Celular: | Sexo: ○ H ● M ○ Intersex | Fecha de Nacimiento: 7 8 7 7 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	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? ○ 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 ☐

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: 05 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	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	Sospa	Dirección: Sospa

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	NAirA	Segundo Nombre	
Primer Apellido	Meza	Segundo Apellido	Peña
Tipo Documento RC ( ) TI ( ) CC (●) PA ( ) CE ( ) PEP ( ) TMF ( ) PPT ( ) Partida/Acta Nac ( )		Número de documento	1010092010
Correo electrónico		Número de Celular	
Fecha de Vinculación a la modalidad	30 08 2024	Sexo: ( ) H (●) M ( ) Intersex	Fecha de Nacimiento: 10 08 1997

¿Desea responder preguntas sobre su género y orientación sexual? ( ) SI (●) NO — Si la respuesta a la pregunta anterior ès 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: Sin estudio	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 rehabiltación.

¿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	Daniel	Segundo Nombre	Andres.
Primer Apellido	Garcia	Segundo Apellido	Mezd

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	1148705226
		Correo electrónico	
Número de Celular		Sexo	●H ○M ○Intersex
Fecha de Nacimiento	03 07 20 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	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	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. ○ 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	ISMAEL	Segundo Nombre	I
Primer Apellido	Garcia	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	1148201677
		Correo electrónico	
Número de Celular		Sexo ●H ○M ○Intersex	Fecha de Nacimiento 22/12/2009

¿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: ○ 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 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	Valentina	Segundo Nombre	
Primer Apellido	Garcia	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: 1148705225 — Correo electrónico:

Número de Celular: | Sexo: ○H ●M ○Intersex | Fecha de Nacimiento: 09 04 20 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	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: Dwakawi

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

INFORMACIÓN INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR

BENEFICIARIO (se repite por cada integrante de la familia)

Primer Nombre	Jhoy	Segundo Nombre	Fredy
Primer Apellido	García	Segundo Apellido	Mezú

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: 1067732685 — Correo electrónico:

Número de Celular: — Sexo ● H ○ M ○ Intersex — Fecha de Nacimiento: 10 11 20 17

¿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	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 ☐

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	Juan	Segundo Nombre	Miguel
Primer Apellido	Garcia	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	1151482329
		Correo electrónico	
Número de Celular		Sexo ● H ○ M ○ Intersex	Fecha de Nacimiento 11 08 20 20

¿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	Primero infantil	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 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 ☐

INFORMACIÓN INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR

BENEFICIARIO (se repite por cada integrante de la familia)

Primer Nombre	Marjuris	Segundo Nombre	Sanditth
Primer Apellido	Garcia	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: 1067737690

Correo electrónico:

Número de Celular:

Sexo ○H ●M ○Intersex | Fecha de Nacimiento: 27/07/2023

¿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 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	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: DUAKAWI

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?.	Requerimientos
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. ○ 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

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	

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 Regimen 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?	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. ○ 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: 05 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	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	Sasapa	Dirección	Sasapa

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 ( ) 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	Elkio	Segundo Nombre	
Primer Apellido	Montes	Segundo Apellido	Piña

Tipo Documento: RC ( ) TI ( ) CC (●) PA ( ) CE ( ) PEP ( ) TMF ( ) PPT ( ) Partida/Acta Nac ( ) — Número de documento: 18956758

Correo electrónico: — Número de Celular:

Fecha de Vinculación a la modalidad: 30 08 2024 — Sexo: (●) H ( ) M ( ) Intersex — Fecha de Nacimiento: 20 06 19 81

¿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	Bachillerato	Ocupación	Docente	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	MARIBEL	Segundo Nombre	
Primer Apellido	MORALES	Segundo Apellido	PITA

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	1007249738
		Correo electrónico	
Número de Celular		Sexo	○H ●M ○Intersex
Fecha de Nacimiento	15/11/1987		

¿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	NO estudio	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 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? ○ 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	Jesw	Segundo Nombre	David
Primer Apellido	Montes	Segundo Apellido	Morales

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	1067728365
		Correo electrónico	
Número de Celular		Sexo ●H ○M ○Intersex	Fecha de Nacimiento 17 08 2014

¿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	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	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	Ever	Segundo Nombre	
Primer Apellido	Montes	Segundo Apellido	Morales

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: 1066353070 — Correo electrónico:

Número de Celular: — Sexo ●H ○M ○Intersex — Fecha de Nacimiento: 13/07/2012

¿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	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	Ender	Segundo Nombre	Andres
Primer Apellido	Montes	Segundo Apellido	Morales.

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	1007734902
		Correo electrónico	
Número de Celular		Sexo ● H ○ M ○ Intersex	Fecha de Nacimiento 1 9 0 4 2 0 2 1

¿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 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		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 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 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

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: 05 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	Sospa	Dirección	Sospa.

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	Arcangel	Segundo Nombre	
Primer Apellido	Garcia	Segundo Apellido	Peña.

Tipo Documento: RC ( ) TI ( ) CC (●) PA ( ) CE ( ) PEP ( ) TMF ( ) PPT ( ) Partida/Acta Nac ( ) — Número de documento: 1007347798.

Correo electrónico: — Número de Celular:

Fecha de Vinculación a la modalidad: 30 08 2024 — Sexo: ( ) H ( ) M ( ) Intersex — Fecha de Nacimiento: 05 06 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	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	Esther	Segundo Nombre	
Primer Apellido	Piña	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	1133484513
		Correo electrónico	
Número de Celular		Sexo ( )H (●)M ( )Intersex	Fecha de Nacimiento 18 05 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	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:

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	Mariela	Segundo Nombre	
Primer Apellido	Garcia	Segundo Apellido	Piña

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	1067737840
		Correo electrónico	
Número de Celular		Sexo ○H ●M ○Intersex	Fecha de Nacimiento 12012024

¿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 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	Juan	Segundo Nombre	Sebastian
Primer Apellido	Garcia	Segundo Apellido	Pita

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) ○ Padrastro/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: 1151482167

Correo electrónico:

Número de Celular:

Sexo ● H ○ M ○ Intersex | Fecha de Nacimiento: 21 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 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: Purakawi

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	Dariana	Segundo Nombre	
Primer Apellido	García	Segundo Apellido	Piña.

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: 1067732380

Correo electrónico:

Número de Celular:

Sexo ○H ●M ○Intersex

Fecha de Nacimiento: 20042018

¿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	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

INFORMACIÓN INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR

BENEFICIARIO (se repite por cada integrante de la familia)

Primer Nombre	ANA	Segundo Nombre	Karina
Primer Apellido	Garcia	Segundo Apellido	Montes.

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: 1148142008

Correo electrónico:

Número de Celular:

Sexo ○H ●M ○Intersex | Fecha de Nacimiento: 02 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 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: Dasakawi

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 ☐

Johana

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: 05 09 2024

Modalidad de Atención: FAMILIA 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	leisy	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	SOSPA.	Dirección	SOSPA

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	Eduardo	Segundo Nombre	Garcia
Primer Apellido	Piña	Segundo Apellido	

Tipo Documento RC ( ) TI ( ) CC (●) PA ( ) CE ( ) PEP ( ) TMF ( ) PPT ( ) Partida/Acta Nac ( ) — Número de documento: 1010092008

Correo electrónico: — Número de Celular:

Fecha de Vinculación a la modalidad: 30 08 2024 — Sexo: (●) H ( ) M ( ) Intersex — Fecha de Nacimiento: 24 04 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.	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 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. ( ) 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	Gladis	Segundo Nombre	
Primer Apellido	Franco	Segundo Apellido	Monte

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	1133484575
		Correo electrónico	
Número de Celular		Sexo	( ) H (●) M ( ) Intersex
Fecha de Nacimiento	18 10 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: ( ) 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 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	Rosa	Segundo Nombre	Angelica
Primer Apellido	Piña	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: 1148705200

Correo electrónico:

Número de Celular:

Sexo ○H ●M ○Intersex | Fecha de Nacimiento: 06032015

¿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	Cesar

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: 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 ☐

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	Piña	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	1067735176.
		Correo electrónico	
Número de Celular		Sexo ● H ○ M ○ Intersex	Fecha de Nacimiento 06032021

¿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	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: 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	Andres	Segundo Nombre	Felipe.
Primer Apellido	Piña	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: 1067730907.

Correo electrónico:

Número de Celular:

Sexo ● H ○ M ○ Intersex

Fecha de Nacimiento: 19 04 20 17

¿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	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

INFORMACIÓN INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR

BENEFICIARIO (se repite por cada integrante de la familia)

Primer Nombre	WILFRAN	Segundo Nombre	
Primer Apellido	PIÑA	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	1148705701
		Correo electrónico	
Número de Celular		Sexo ●H ○M ○Intersex	Fecha de Nacimiento 20 09 20 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	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: 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?	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: 05/09/2024

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	Sasa	Dirección	Sasa.

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	ALVARO.	Segundo Nombre	
Primer Apellido	Montes	Segundo Apellido	Montes.

Tipo Documento RC ( ) TI ( ) CC (●) PA ( ) CE ( ) PEP ( ) TMF ( ) Número de documento: 1133484415

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: 30/12/1987

¿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	No estudio	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	Maria	Segundo Nombre	Teresa
Primer Apellido	Perez	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	1133484536
		Correo electrónico	
Número de Celular		Sexo	( )H (●)M ( )Intersex
Fecha de Nacimiento	03 07 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	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: Suakawi

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	Mateo	Segundo Nombre	
Primer Apellido	Montes	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	1148705213
		Correo electrónico	
Número de Celular		Sexo ● H ○ M ○ Intersex	Fecha de Nacimiento 08 07 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	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. ○ 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	Bryan	Segundo Nombre	
Primer Apellido	Montes	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	1148705215
		Correo electrónico	
Número de Celular		Sexo ● H ○ M ○ Intersex	Fecha de Nacimiento 21 08 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	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	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 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 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	ANYi	Segundo Nombre	Carolina
Primer Apellido	Montes	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	1067737685
		Correo electrónico	
Número de Celular		Sexo ○H ●M ○Intersex	Fecha de Nacimiento 04 08 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		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 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	Dayana	Segundo Nombre	
Primer Apellido	Montes	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) ○ Padrastro/Madrastra ○ Nieto(a) ○ Primo(a) ○ Padrino/Madrina ○ Hijastro(a) ○ Abuelo(a) ○ Suegro(a) ○ Pariente ○ Amigo(a)

Tipo Documento	RC ● TI ○ CC ○ PEP ○ PPT ○ PA ○ CE ○ TMF ○ SD ○ Partida /Acta Nac ○	Número de Identificación	1148201663
		Correo electrónico	
Número de Celular		Sexo	○H ●M ○Intersex
Fecha de Nacimiento	13 06 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	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?	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	EMILIANO	Segundo Nombre	
Primer Apellido	MONTES	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: 1065678489.

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

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 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		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 ● 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 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: 05 09 2024

Modalidad de Atención: FAMILIAS Y COMUNIDADES **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	8240020100-2
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	SOSPA	Dirección	SOSPA

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	FRANCO	Segundo Apellido	PEÑALOZA
Tipo Documento RC ( ) TI ( ) CC (●) PA ( ) CE ( ) PEP ( ) TMF ( ) PPT ( ) Partida/Acta Nac ( )		Número de documento	1133484559
Correo electrónico		Número de Celular	
Fecha de Vinculación a la modalidad	30082024	Sexo: (●) H ( ) M ( ) Intersex	Fecha de Nacimiento: 16081987

¿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. ( ) 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	JANET	Segundo Nombre	
Primer Apellido	MORALES	Segundo Apellido	GARCIA

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	1133484638
		Correo electrónico	
Número de Celular		Sexo	( ) H (X) M ( ) Intersex
Fecha de Nacimiento	31/10/1994		

¿Desea responder preguntas sobre su genero 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	000221

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	JESSON	Segundo Nombre	
Primer Apellido	FRANCO	Segundo Apellido	HOLGUIN.

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	1067736499
		Correo electrónico	
Número de Celular		Sexo	● H ○ M ○ Intersex
Fecha de Nacimiento	29 / 11 / 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	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?	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 ☐

INFORMACIÓN INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR

BENEFICIARIO (se repite por cada integrante de la familia)

Primer Nombre	ELENA	Segundo Nombre	
Primer Apellido	FRANCO	Segundo Apellido	MORALES

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	1069732702
		Correo electrónico	
Número de Celular		Sexo	○H ●M ○Intersex
Fecha de Nacimiento	27 08 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 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	PRIMARIO 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: DISAPAWI

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	JOSE	Segundo Nombre	
Primer Apellido	FRANCO	Segundo Apellido	LOPEZ

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	1133484700
		Correo electrónico	
Número de Celular		Sexo ● H ○ M ○ Intersex	Fecha de Nacimiento: 01042004

¿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	Rodonzal

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 7°	Ocupación	Abarcerora	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
		DUSAKAWI	

¿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	ALFREDO	Segundo Nombre	
Primer Apellido	FRANCO	Segundo Apellido	LOPEZ

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	1133484702
		Correo electrónico	
Número de Celular		Sexo	● H ○ M ○ Intersex
Fecha de Nacimiento	18042007		

¿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	SECUNDARIA 7°	Ocupación	ABOGADO
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: DISA BAWI

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	MARIA	Segundo Nombre	ANGEL
Primer Apellido	FRANCO	Segundo Apellido	POSSO

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	1148705119
		Correo electrónico	
Número de Celular		Sexo	○H ●M ○Intersex
Fecha de Nacimiento	12012014		

¿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 4º	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. ○ 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	ALEXIS	Segundo Nombre	
Primer Apellido	FRANCO	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	1067727099
		Correo electrónico	
Número de Celular		Sexo ● H ○ M ○ Intersex	Fecha de Nacimiento 29/11/2012
¿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		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	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	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: 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 1 de 2

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

Fecha de Diligenciamiento: 05 04 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	(X) 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	(X) 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 (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	SOSPA	Dirección	SOSPA

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	JACOB	Segundo Nombre	
Primer Apellido	MONTES	Segundo Apellido	PEÑA

Tipo Documento: RC ( ) TI ( ) CC (X) PA ( ) CE ( ) PEP ( ) TMF ( ) — Número de documento: 18957879

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: 26 11 1982

¿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 4°	Ocupación	Agricultor	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	RUBY	Segundo Nombre	
Primer Apellido	GARCIA	Segundo Apellido	FRANCO

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	1010092031
		Correo electrónico	
Número de Celular		Sexo	( ) H (X) M ( ) Intersex
Fecha de Nacimiento	12/11/1995		
¿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 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 (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 2°	Ocupación	AUX. ALIMENTOS
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 Régimen 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? 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	YAMILETH	Segundo Nombre	YANIRA
Primer Apellido	MONTES	Segundo Apellido	GAMERO

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	1148705246
		Correo electrónico	
Número de Celular		Sexo	○H ●M ○Intersex
Fecha de Nacimiento	31/12/2013		

¿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

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	Primero 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 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	CRISTIAN	Segundo Nombre	HUMBERTO
Primer Apellido	MONTES	Segundo Apellido	PEÑAMENTE

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	1067721051
		Correo electrónico	
Número de Celular		Sexo	⊘H ○M ○Intersex
Fecha de Nacimiento	29072008		

¿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	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 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

INFORMACIÓN INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR

BENEFICIARIO (se repite por cada integrante de la familia)

Primer Nombre	YELITZA	Segundo Nombre	ISABEL
Primer Apellido	MONTES	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	1067732680
		Correo electrónico	

Número de Celular | Sexo ○H ●M ○Intersex | Fecha de Nacimiento: 13/01/2018

¿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	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 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 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	HILADYS	Segundo Nombre	
Primer Apellido	MONTES	Segundo Apellido	GORDON

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	1151482232
		Correo electrónico	
Número de Celular		Sexo	○H ●M ○Intersex
Fecha de Nacimiento	02092019		

¿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 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	YASMIN	Segundo Nombre	ELENA
Primer Apellido	MORRIS	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	1067730028
		Correo electrónico	
Número de Celular		Sexo ○H ●M ○Intersex	Fecha de Nacimiento 11/05/2016

¿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	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 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 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	ALEXI	Segundo Nombre	
Primer Apellido	MONTES	Segundo Apellido	GAVIRIA

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	1066353232
		Correo electrónico	
Número de Celular		Sexo	●H ○M ○Intersex
Fecha de Nacimiento	02/02/2012		

¿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	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	000221

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 7°	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	FREINER	Segundo Nombre	JACOB
Primer Apellido	MONTES	Segundo Apellido	CANERO

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	1300423159
		Correo electrónico	
Número de Celular		Sexo	●H ○M ○Intersex
Fecha de Nacimiento	22052024		

¿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	V/pm

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. ○ 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	ALBA	Segundo Nombre	LUCIA
Primer Apellido	MONTES	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	1067732681
		Correo electrónico	
Número de Celular		Sexo ○H ✓M ○Intersex	Fecha de Nacimiento 27/08/2018

¿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 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 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 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	DALIANA	Segundo Nombre	SOFIA
Primer Apellido	MONTES	Segundo Apellido	CAICEDO

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: 1148705224 — Correo electrónico:

Número de Celular: — Sexo ○H ✓M ○Intersex — Fecha de Nacimiento: 19/08/2015

¿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	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? ○ 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	Jhon	Segundo Nombre	Jairo
Primer Apellido	Montes	Segundo Apellido	Ganera

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	1148201636
		Correo electrónico	
Número de Celular		Sexo ✓H ○M ○Intersex	Fecha de Nacimiento 21/1/2008
¿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 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	Secundaria 8°	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.	Si es afiliado indique tipo de afiliación. ○ 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 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: 05 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	SOSPA	Dirección	SOSPA

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	DAVID	Segundo Nombre	
Primer Apellido	MONTES	Segundo Apellido	PIÑA

Tipo Documento RC ( ) TI ( ) CC (✓) PA ( ) CE ( ) PEP ( ) TMF ( ) Número de documento: 18957044

PPT ( ) Partida/Acta Nac ( ) Correo electrónico: Número de Celular: 3235089702 2

Fecha de Vinculación a la modalidad: 30 09 2024 Sexo: (✓) H ( ) M ( ) Intersex Fecha de Nacimiento: 03 09 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 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: NORMALISTA	Ocupación: DOCENTE		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	FABIOLA	Segundo Nombre	
Primer Apellido	MORALES	Segundo Apellido	PUTA

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	49648928
		Correo electrónico	
Número de Celular		Sexo ( )H (✓)M ( )Intersex	Fecha de Nacimiento 25 06 1981

¿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 (●) 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 incique la Kumpania a la que pertenece.			Tipo de beneficiario	( ) Persona lactante ( ) Persona Gestante (✓) Niños, niñas y adolescentes y adulto
Nivel de escolaridad	NO	Ocupación	ASEA 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: DUSMAWI

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	OVEIDA	Segundo Nombre	
Primer Apellido	HOYOS	Segundo Apellido	HORALES

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	1148201671
		Correo electrónico	
Número de Celular		Sexo ○H ◉M ○Intersex	Fecha de Nacimiento 20092010
¿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	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: 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

INFORMACIÓN INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR

BENEFICIARIO (se repite por cada integrante de la familia)

Primer Nombre	JAIR	Segundo Nombre	DAVID
Primer Apellido	MONTES	Segundo Apellido	MORALES

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	1066 353277
		Correo electrónico	
Número de Celular		Sexo ◉H ○M ○Intersex	Fecha de Nacimiento 02 03 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 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 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. ○ 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	ANDRES
Primer Apellido	MONTES	Segundo Apellido	MORALES

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	1066298491
		Correo electrónico	
Número de Celular		Sexo ● H ○ M ○ Intersex	Fecha de Nacimiento 10/12/2017

¿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 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 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?	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	KEILA	Segundo Nombre	
Primer Apellido	MONTES	Segundo Apellido	MORALES

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	1067721025
		Correo electrónico	
Número de Celular		Sexo ○H ●M ○Intersex	Fecha de Nacimiento 30/04/2008

¿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	SEGUNDO 7°	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: DISAPAZ

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	LAURA	Segundo Nombre	DAYANA
Primer Apellido	MONTES	Segundo Apellido	MORALES

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	1300420875
		Correo electrónico	
Número de Celular		Sexo ○H ✓M ○Intersex	Fecha de Nacimiento 09 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	Valledupar

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?	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		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 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 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 1 de 2

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

Fecha de Diligenciamiento: 05/09/2024

Modalidad de Atención: FAMILIAS Y COMUNIDADES **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	8240020 10-2 —
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	SOSPA	Dirección	SOSPA

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	ASLEYDIS	Segundo Nombre	
Primer Apellido	MORALES	Segundo Apellido	PIÑA

Tipo Documento RC ( ) TI ( ) CC (✓) PA ( ) CE ( ) PEP ( ) TMF ( ) Número de documento: 1007362218

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: 08/12/1999

¿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 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 2°	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 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	WILDER	Segundo Nombre	ESNEIDER
Primer Apellido	MONTES	Segundo Apellido	MORALES

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: 1067728224 — Correo electrónico:

Número de Celular: | Sexo ✓H ○M ○Intersex | Fecha de Nacimiento: 04 03 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	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? ○ 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	YEFERSON	Segundo Nombre	
Primer Apellido	MONTES	Segundo Apellido	HORACIO

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	1151482193
		Correo electrónico	
Número de Celular		Sexo ✓H ○M ○Intersex	Fecha de Nacimiento 02052020

¿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	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 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		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 discapacidadad? ○ 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: 05/09/2024

Modalidad de Atención: Familia 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	(X) 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	(X) 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 (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	Sospa.	Dirección	Sospa

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	Oscar	Segundo Nombre	
Primer Apellido	Garcia	Segundo Apellido	Morales

Tipo Documento RC ( ) TI ( ) CC (X) PA ( ) CE ( ) PEP ( ) TMF ( ) — Número de documento: 1133484501

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

Fecha de Vinculación a la modalidad: 30/09/2024 — Sexo: (X) H ( ) M ( ) Intersex — Fecha de Nacimiento: 02/02/1986

¿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.	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 (X) 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 (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: Agricultor		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: (X) Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Régimen 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? ( ) 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	Ortilia	Segundo Nombre	
Primer Apellido	Meza	Segundo Apellido	Pena

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	1010092006
		Correo electrónico	
Número de Celular		Sexo ○H (✓)M ○Intersex	Fecha de Nacimiento: 08 03 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 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	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. ○ 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	Freiser	Segundo Nombre	Andres
Primer Apellido	Garcia	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	1148201665
		Correo electrónico	
Número de Celular		Sexo	●H ○M ○Intersex
Fecha de Nacimiento	31 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: ○ 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	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	Maria	Segundo Nombre	Victoria
Primer Apellido	Garcia	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	1067727402
		Correo electrónico	

Número de Celular		Sexo	○H ✓M ○Intersex
Fecha de Nacimiento	02052014		

¿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 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	Wilson	Segundo Nombre	
Primer Apellido	Garcia	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: 1151482151 — Correo electrónico:

Número de Celular: — Sexo ● H ○ M ○ Intersex — Fecha de Nacimiento: 11/08/2020

¿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	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 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? ○ 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	Eileen	Segundo Nombre	Paola
Primer Apellido	Garcia	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: 1067732640 — Correo electrónico:

Número de Celular: — Sexo ○H ●M ○Intersex — Fecha de Nacimiento: 12/08/2016

¿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

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: 4ta 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. ○ 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	Ginnary	Segundo Nombre	Sofia
Primer Apellido	Garcia	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: 1067737846

Correo electrónico:

Número de Celular:

Sexo: ○ H ● M ○ Intersex

Fecha de Nacimiento: 16/01/2024

¿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	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	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? ○ 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		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 Archipiélago 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. ◯ 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 1 de 2

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

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

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: Luis	Primer Apellido Prof. Acompañamiento Familiar: Maestre		
Tipo Doc. Prof. Acompañamiento Familiar: (●) CC ( ) CE ( ) PA ( ) PPT	Número de identificación Prof. Acompañamiento Familiar: 1 8 9 5 8 6 8 0		

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: Sozpa		Dirección: Sozpa		

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: Alfonso		Segundo Nombre:	
Primer Apellido: Montes		Segundo Apellido: Garcia.	
Tipo Documento: RC ( ) TI ( ) CC (●) PA ( ) CE ( ) PEP ( ) TMF ( )		Número de documento: 1133484707	
PPT ( ) Partida/Acta Nac ( )	Correo electrónico:	Número de Celular:	
Fecha de Vinculación a la modalidad: 3 0 0 8 2 0 2 4	Sexo: (●) H ( ) M ( ) Intersex	Fecha de Nacimiento: 0 4 0 3 1 9 8 5	

¿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: 2° 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. ( ) 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	Esther	Segundo Nombre	
Primer Apellido	Pino	Segundo Apellido	Estrada.

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	1733484064
		Correo electrónico	
Número de Celular		Sexo	( ) H (X) M ( ) Intersex
Fecha de Nacimiento	18/09/1984		

¿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 (X) 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	(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 ( ) 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 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	IVAN.	Segundo Nombre	DAVID.
Primer Apellido	MONTES.	Segundo Apellido	PIÑA

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	1137877710
		Correo electrónico	
Número de Celular		Sexo ●H ○M ○Intersex	Fecha de Nacimiento 06052016

¿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 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	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 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. ○ Multiple. ○ Física. ○ Intelectual. ○ Sordoceguera. ○ Visual. ○ Psicosocial (Mental)	Global ☐ Movilidad. ☐ Relaciones. ☐ Cognicion. ☐ 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 (LEY 1581 Y DECRETO 1377 DE 2013)

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	Saray	Segundo Nombre	
Primer Apellido	Montes	Segundo Apellido	Piña

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	1066353907
		Correo electrónico	
Número de Celular		Sexo ○H ○M ○Intersex	Fecha de Nacimiento 01 10 2013
¿Desea responder preguntas sobre su género y orientación sexual?	○ SI ● NO	Si la respuesta a la pregunta anterior es afirmativa indique las siguientes dos preguntas, si no omitalas por favor	

Genero: ○ Femenino ● Masculino ○ Trans ○ Otro ○ No desea 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 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 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 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 rehabilitacion.

¿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: ☐ Cognicion: ☐ 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 ICBF, Y A LA LEY 1581 DE 2012

INFORMACIÓN INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR

BENEFICIARIO (se repite por cada integrante de la familia)

Primer Nombre	Ruben	Segundo Nombre	
Primer Apellido	Montes	Segundo Apellido	Piña

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	1066353741
		Correo electrónico	
Número de Celular		Sexo	● H ○ M ○ Intersex
Fecha de Nacimiento	28 02 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 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	7°	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 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 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 ☐

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	Marcela	Segundo Nombre	
Primer Apellido	Montes	Segundo Apellido	Piña.

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	1066289758.
		Correo electrónico	
Número de Celular		Sexo ○H ●M ○Intersex	Fecha de Nacimiento 17/07/2011

¿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	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 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) ○ 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: 05 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	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	Sospa	Dirección	Sospa

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	Aristides	Segundo Nombre	
Primer Apellido	Garcia	Segundo Apellido	Franco

Tipo Documento RC ( ) TI ( ) CC (✓) PA ( ) CE ( ) PEP ( ) TMF ( ) Número de documento: 1133484529

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: 17 06 2003

¿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.	20042021

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: 10 Bachillerato	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	Yarith	Segundo Nombre	Patricia
Primer Apellido	Franco	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 ( ) Amigo(a) ( ) Pariente

Tipo Documento	RC ( ) TI ( ) CC (✓) PEP ( ) PPT ( ) PA ( ) CE ( ) TMF ( ) SD ( ) Partida /Acta Nac ( )	Número de Identificación	1133484662
		Correo electrónico	
Número de Celular		Sexo	( ) H (✓) M ( ) Intersex
Fecha de Nacimiento	01/10/2004		

¿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	5 Primaria	Ocupación	Amadecasa.	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 [ ]

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	Andrea	Segundo Nombre	Valentina
Primer Apellido	Garcia	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	1067737536
		Correo electrónico	
Número de Celular		Sexo ○H ✓M ○Intersex	Fecha de Nacimiento: 3 1 1 2 2 0 2 3

¿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. ○ 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	Garcia	Segundo Nombre	Franco
Primer Apellido	Yeiner	Segundo Apellido	Arturo

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	1067736162
		Correo electrónico	
Número de Celular		Sexo ● H ○ M ○ Intersex	Fecha de Nacimiento: 19/10/2020
¿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	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? ○ 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.

Luis

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: 05 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	1895680

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	SOSPA.	Dirección	SOSPA

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	Carlos	Segundo Nombre	
Primer Apellido	Montes	Segundo Apellido	Franco.

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

Número de documento	1895769.	Correo electrónico	
Número de Celular		Fecha de Vinculación a la modalidad	30 08 2024

Sexo: (●) H ( ) M ( ) Intersex

Fecha de Nacimiento: 16 10 1978

¿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. ( ) 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	Martha	Segundo Nombre	
Primer Apellido	Garcia	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	49698609
		Correo electrónico	
Número de Celular		Sexo ( ) H (●) M ( ) Intersex	Fecha de Nacimiento: 15 01 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	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 (●) 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	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

INFORMACIÓN INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR

BENEFICIARIO (se repite por cada integrante de la familia)

Primer Nombre	Jeronimos	Segundo Nombre	
Primer Apellido	Santa.	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: 1214469925

Correo electrónico:

Número de Celular:

Sexo ●H ○M ○Intersex | Fecha de Nacimiento: 09 12 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 anos): ○Homosexual (Lesbiana - Gayi) ○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 le que pertenece:			Tipo de beneficiario	○ Persona lactante ○ Persona Gestante ● Niños, niñas y adolescentes y adulto	
Nivel de escolaridad	1º 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	Valentina.	Segundo Nombre	
Primer Apellido	Santa.	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	1151482198.
		Correo electrónico	
Número de Celular		Sexo ○H ◉M ○Intersex	Fecha de Nacimiento 06 09 20 20
¿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 - Gayi) ○ 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	1° 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	JOHN	Segundo Nombre	HENRY
Primer Apellido	Montes	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	1.133484520.
		Correo electrónico	
Número de Celular		Sexo	● H ○ M ○ Intersex
Fecha de Nacimiento	25 08 2004		

¿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	6° Bachiller	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?	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	Liliana	Segundo Nombre	
Primer Apellido	Monte	Segundo Apellido	Carelo

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	1133484528
		Correo electrónico	
Número de Celular		Sexo ○H ●M ○Intersex	Fecha de Nacimiento 12022001

¿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	1° Primaria.	Ocupación	Oficio Varios — 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

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: 05 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	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	Para
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	SOSPA	Dirección	SOSPA

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	Jorge	Segundo Nombre	Miro
Primer Apellido	Franco	Segundo Apellido	Peñaloza.

Tipo Documento RC ( ) TI ( ) CC (✓) PA ( ) CE ( ) PEP ( ) TMF ( ) PPT ( ) Partida/Acta Nac ( ) — Número de documento: 1133484653

Correo electrónico: — Número de Celular:

Fecha de Vinculación a la modalidad: 30 08 2024 — Sexo: (✓) H ( ) M ( ) Intersex — Fecha de Nacimiento: 23 02 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.	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	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	Yolanda	Segundo Nombre	
Primer Apellido	Perez	Segundo Apellido	Garaa

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	1067730417
		Correo electrónico	
Número de Celular		Sexo ( )H (✓)M ( )Intersex	Fecha de Nacimiento 12/03/1998

¿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

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	Maira	Segundo Nombre	
Primer Apellido	Franco	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	1148705234
		Correo electrónico	
Número de Celular		Sexo ○H ○M ○Intersex	Fecha de Nacimiento: 28/04/2012

¿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	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	6 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?	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	Esmeralda	Segundo Nombre	
Primer Apellido	Franco	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: 1148705232

Correo electrónico:

Número de Celular:

Sexo ○H ✓M ○Intersex | Fecha de Nacimiento: 13/08/2014

¿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: ○ 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 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	Jesus	Segundo Nombre	David
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: 1 21447 0000

Correo electrónico:

Número de Celular:

Sexo ● H ○ M ○ Intersex

Fecha de Nacimiento: 26/12/017

¿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	A gustin 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? ○ 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	Marisol	Segundo Nombre	
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	1066302734
		Correo electrónico	
Número de Celular		Sexo	○H ●M ○Intersex
Fecha de Nacimiento	26/03/2019		

¿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	Valledupar

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? ○ 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	Salome	Segundo Nombre	Adriana
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: 1300423152

Correo electrónico:

Número de Celular:

Sexo ○H ●M ○Intersex | Fecha de Nacimiento: 24/04/2024

¿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	Valledupar

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? ○ 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	Cielo	Segundo Nombre	Esther
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	1067736161
		Correo electrónico	
Número de Celular		Sexo ○H ●M ○Intersex	Fecha de Nacimiento 13/06/2021
¿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	
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	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? ○ 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: 05 09 2024

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

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	SOSPA	Dirección	SOSPA

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	ORANGEL	Segundo Nombre	
Primer Apellido	FRANCO	Segundo Apellido	PEÑALOZA
Tipo Documento RC ( ) TI ( ) CC (●) PA ( ) CE ( ) PEP ( ) TMF ( )		Número de documento	1133484549
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: 17 02 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.	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	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	SANDRA	Segundo Nombre	
Primer Apellido	FRANCO	Segundo Apellido	MONTE

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	1133484570
		Correo electrónico	
Número de Celular		Sexo	( ) H (✓) M ( ) Intersex
Fecha de Nacimiento	07 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: ( ) 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	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 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	SAMUEL	Segundo Nombre	DAVID
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	1067732661
		Correo electrónico	
Número de Celular		Sexo ✓H ○M ○Intersex	Fecha de Nacimiento 12/07/2016

¿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	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	000221

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?	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	Camila	Segundo Nombre	Andrea
Primer Apellido	Franco	Segundo Apellido	Monte

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) ○ Padrastro/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	1148705155
		Correo electrónico	
Número de Celular		Sexo ○H ●M ○Intersex	Fecha de Nacimiento: 12 10 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	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 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.	Si es afiliado indique tipo de afiliación. ○ 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 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	JEROM	Segundo Nombre	
Primer Apellido	PIÑA	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	1067732662
		Correo electrónico	
Número de Celular		Sexo ○H ✓M ○Intersex	Fecha de Nacimiento 07 05 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 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	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 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	AIDA	Segundo Nombre	Luz
Primer Apellido	Franco	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	1066 891 845
		Correo electrónico	

Número de Celular		Sexo ○H ●M ○Intersex	Fecha de Nacimiento 29/09/2016

¿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	Valledupar

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 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	NOELIA	Segundo Nombre	
Primer Apellido	FRANCO	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	1067733572
		Correo electrónico	
Número de Celular		Sexo	○H ●M ○Intersex
Fecha de Nacimiento	20092018		

¿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	000221

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	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 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