MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL	Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas – Papsivi	ALCALDÍA DE SANTIAGO DE CALI
	FICHA PAP030 **REGISTRO GENERAL DE ASISTENCIA**	

Fecha: 22 / 11 / 2025
DD / MM / AAAA

Incluir en el listado en la primera fila los datos del líder comunitario o cabeza de familia o la siguiente información del cuidador en caso de NNA: Nombre, Relación o Parentesco con el NNA y Teléfono)

Nombre de la familia / comunidad / cuidador del NNA: _____

N°	Tipo Doc[1]	Núm. Documento	Nombre 1	Nombre 2	Apellido 1	Apellido 2	Sx[2]	IG[3]	OS[4]	F Nacim DD/MM/AA	Edad	Etn[5]	Disc[6]	Dirección	EPS	Teléfono	Firma
1	CC	66927563	Ana	Iliana	cortes	cortes.	M	F	Het	31/12/1974	49	A		cr 96B #56A 68 Bl Ilano verde	Emssanar11	3128674571	A M Cortez
2	TI	1108646533	luz	Adriana	Vallecilla	cortes	M	F	Het	8/01/2011	14	A	N	cra 96B #56A 68 Bl Ilano verde	Emssanar	3162735884	Luz V
3	CC	1111661512	Norma	Eliana	Rodriguez	cortes	M	F	Het	15/09/2005	22	A		cra 96B #56A 68 Bl Ilano verde	Emssanar	3175894835	Eliana
4	CC	5219561	Jesus	Marino	cortes	Rincon	H	M	Het	25/12/1949	75	A		cra 96B #56A 68 Bl Ilano verde	Emssanar		Jesus
5																	
6																	
7																	
8																	
9																	
10																	
11																	
12																	
13																	
14																	
15																	

1. Tipo de documento: (CC) Cédula de Ciudadanía, (TI) Tarjeta de Identidad, (RC) Registro Civil. (CE) Cedula de extranjería. (SI) Sin identificación.
2. Sx Sexo: (H) Hombre, (M) Mujer, (IT) Intersexual.
3. IG. Identidad de Género: (M) Masculino , (F) Femenino , (TS) Transexual , (NI) No Informa
4. OS. Orientación Sexual: (Het) Heterosexual , (Hom) Homosexual, (Bis) Bisexual, (NI) No Informa
5. Etn: Pertenencia étnica: (N) Negro; (A) Afro; (R) Raizal ; (Pa) Palanquero; (I) Indígena; (Ro) Rom ; (N) Ninguna; (NI) No Informa
6. Disc: ¿Con Discapacidad?: (S) SI, (N) No