

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

15 11 2025
Fecha: 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: Familia Rivas Rubio

Nº	Tipo Doc¹	Núm. Documento	Nombre 1	Nombre 2	Apellido 1	Apellido 2	Sx²	IG³	OS⁴	F Nacim DD/MM/AA	Edad	Etn⁵	Disc⁶	Dirección	EPS	Teléfono	Firma
1	CC	1111764500	Jhon	Steven	Rubio	Rivas	H	M	HET	25/07/06	19	A	N	Cm 436611 #53 04 P¹	Coosalud	3177977111	Steven F.
2	CC	1111760325	Nelsy		Rivas	Rivas	M	F	HET	10/01/87	38	A	N	Cm 436611 #53 04 P¹	Coosalud	3177977111	Nelsy E.
3	TI	1150951035	Christopher		Gonzalez	Rivas	H	M	HET	13/09/16	9	A	N	Cm 436611 #53 04 P¹	Coosalud	3177977111	christopher
4																	
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) Cédula 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