



MINISTERIO DE SALUD
Y PROTECCIÓN SOCIAL

Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a
Víctimas – Papsivi

FICHA PAP030
REGISTRO GENERAL DE ASISTENCIA



ALCALDÍA DE
SANTIAGO DE CALI
SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA

21 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:

Quinones Martinez

Nº	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	5289836	Tito	Filemon	Quinones	Martinez	H	M	Het	27/03/61	64	A	S	Calle 30 #306-07 Barrio 12 de mayo	Nueva EPS	3145242556	Fito
2																	
3																	
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) 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