

I. Caracterización y/o Actualización de la Organización Comunitaria

Fecha Creación *

25/06/2026

Fecha Caracterización *

dd/mm/aaaa



Datos Básicos

Nombre de la Organización Comunitaria *

Subred *

Selecione...



Localidad *

Selecione...



UPZ / UPR *

Selecione localidad primero...



☐ Área Urbana

Barrio *

Selecione...



Barrio no Estandarizado *

☐ Área Rural

Vereda *

Dirección Organización Comunitaria *

[Clic aquí para ingresar la dirección](#)

Grupos Conformados Según Curso de Vida

Curso de Vida *

☐ Infancia

☐ Adolescencia

☐ Juventud

☐ Adultez

☐ Vejez

☐ Ninguno

Población Diferencial *

☐ Habitante de calle

☐ Personas con discapacidad

☐ Migrante

☐ Indígena

☐ Afrocolombiano

☐ Trabajadores Informales

☐ Carretero

☐ Víctimas conflicto armado

☐ LGBTIQ+

☐ Gitanos -ROOM

☐ Palenquero

☐ Actividades sexuales pagas

☐ Ninguna

☐ Otro ¿Cuál? *

Clasificación de la Organización Comunitaria *

☐ Vigía Comunitario en Salud *

Selecione...



Otro ¿Cuál? *

☐ Gestor Comunitario en Salud *

Selecione...



Otro ¿Cuál? *

Descripción de la Organización Comunitaria *

Potencialidad de la Organización Comunitaria en VBC

- ☐ Identificación y Notificación de Situaciones Problemáticas
- ☐ Participación en el Comité de Vigilancia Epidemiológica Comunitaria - COVECOM
- ☐ Participación en Investigación ISEC
- ☐ Entrenamiento a Vígias y Gestores Comunitarios en Salud
- ☐ Orientación a Gestión de Respuestas de Situaciones Problemáticas
- ☐ Otra ¿Cuál? *

Nivel de Participación *

II. Cronograma de Asistencias Técnicas de las Organizaciones Comunitarias que Hacen Parte de la ReVCom

Seleccione el Año

☐ 2025

☐ 2026

☐ 2027

III. Directorio Personas de Contacto de la ReVCom

Acepta Tratamiento Datos Personales *

Seleccione... ▾

Datos de Identificación Persona de la Organización Comunitaria

Primer Nombre *	Segundo Nombre	Primer Apellido *	Segundo Apellido	
Tipo de Doc. *	No. Identificación *	Sexo *	Fecha Nacimiento *	Edad (Años) *
Pertenencia Étnica *				
☐ Indígena	☐ Rom, gitano	☐ Negro, mulato, afro	☐ Palenquero	
☐ Raizal	☐ Ninguna	☐ Otra ¿Cuál? *		
Grupos Especiales y Condiciones *				
☐ Discapacidad	☐ Desplazado	☐ Migrante	☐ Población privada libertad	
☐ Habitante calle	☐ Madre comunitaria	☐ Víctima violencia armada	☐ Desmovilizado	
☐ Ninguna	☐ Otra ¿Cuál? *			
Departamento Residencia *		Municipio Residencia *		
Localidad Residencia de la Persona *	Localización Residencia de la Persona *	Otra ¿Cuál? *		
Nombre Localización Barrio/ Vereda *	Nivel Educativo *	¿Ha Culminado Estudios? *		

Seleccione...

▼

Seleccione...

▼

Correo Electrónico *

Número Celular *

☐ Número Celular Adicional *

☐ Teléfono Fijo *

¿Recibió Formación Vigía/Gestor? *

Seleccione...

▼

Entrenamiento a Vigías y Gestores Comunitarios en Salud *

☐ Módulo I

Sesión I

dd/mm/aaaa

Sesión II

dd/mm/aaaa

☐ Módulo II

Sesión I

dd/mm/aaaa

Sesión II

dd/mm/aaaa

☐ Módulo III

Sesión I

dd/mm/aaaa

Sesión II

dd/mm/aaaa

Tiempo (Horas 2-20)

☐ Módulo IV

Sesión I

dd/mm/aaaa

Sesión II

dd/mm/aaaa

☐ Módulo V

Sesión I

dd/mm/aaaa

Sesión II

dd/mm/aaaa

Nombre del Profesional VBC que Caracterizo la Organización Comunitaria

Nombre Profesional *

Cargo Profesional *

Seleccione...

▼

Celular Profesional *

Correo Electrónico *

☐ Agregar Segundo Profesional

Observaciones

Guardar Formulario