FICHA DE CARACTERIZACIÓN
Proyecto 2816: Tunjuelito sin violencia y libre de feminicidios. Componente de Gestoras par la prevención de VBG y feminicidio.

Bienvenida.

Este instrumento identifica sus necesidades de protección y salud mental como mujer en riesgo de violencia de género. Sus respuestas son confidenciales y voluntarias; se usarán únicamente para brindarle acompañamiento personalizado a través del equipo del **Proyecto 2816 (Tunjuelito sin violencias y libre de feminicidio)** y fortalecer su seguridad y autonomía. Gracias por su valentía.

Se ha registrado el correo del encuestado (**t.social201116@gmail.com**) al enviar este formulario.

Autorización de tratamiento de datos y envío de información

Al firmar, autorizo a la **Alcaldía Local de Tunjuelito** para recolectar y almacenar mis datos con fines administrativos y misionales, incluyendo el envío de información institucional, servicios y eventos vía correo, teléfono o SMS.

La entidad garantiza que mis datos **no serán comercializados** y que su tratamiento se ajustará a las excepciones del **artículo 2 de la Ley 1581 de 2012**.

- (●) Sí
- ( ) No

I. DATOS GENERALES

Fecha de diligenciamiento

DD MM AAAA

17 / 04 / 2026

Profesional que diligencia la ficha (cuando aplique):

JOHANANA ROJAS

Lugar de diligenciamiento (cuando sea diligenciado por la profesional):

JAC VENECIA

Nombre completo de la participante: *

LUZ MERY TORRES DUARTE

Tipo de documento: *

- (●) Cédula de ciudadanía
- ( ) Cédula de extranjería
- ( ) Tarjeta de identidad
- ( ) Permiso por protección temporal
- ( ) Indocumentada

Número de documento: *

66959340

Edad: *

51

Dirección de residencia: *

Diagonal 49A sur #53-22

Barrio: *

VENECIA

Localidad: *

TUNJUELITO

Número de contacto: *

3045562327

Autoriza contacto posterior: *

- (●) Sí
- ( ) No

Indique el medio de contacto autorizado:

- ( ) Celular
- (●) WhatsApp
- ( ) Correo electrónico
- ( ) Visita presencial
- ( ) Reunión grupal

II. ENFOQUE DIFERENCIAL - PPMYEG

Señale las características con las cuales se identifica: *

- [ ] Mujer mayor (60+)
- [ ] Mujer con discapacidad
- [ ] Mujer migrante
- [ ] Mujer trans
- [ ] Mujer LGBTIQ+
- [ ] Mujer afrodescendiente
- [ ] Mujer indígena
- [ ] Víctima del conflicto armado
- [x] Madre cabeza de hogar
- [ ] Cuidadora principal no remunerada
- [ ] Ninguna de las anteriores
- [ ] Otra

¿Cuál?

.....

III. COMPOSICIÓN DEL HOGAR

Indique el número de personas que conforman su hogar: *

- ○ Vive sola
- ◉ Vive con hijos / as menores
- ○ Vive con pareja
- ○ Vive con expareja
- ○ Vive con familiares

¿Tiene personas dependientes o a cargo?: *

- ◉ Sí
- ○ No

¿Cuántas?:

1

¿Convive actualmente con el presunto agresor?: *

- ○ Sí
- ◉ No

¿Considera que se encuentra actualmente en peligro de feminicidio?:

- ○ Sí
- ◉ No
- ○ No sabe / No responde

IV. SITUACIÓN SOCIOECONÓMICA

Señale la condición que mejor describe su situación socioeconómica actual: *

- ○ Empleo formal
- ◉ Trabajo informal
- ○ Emprendimiento
- ○ Sin ingresos propios

¿Depende económicamente de otra persona?: *

- ○ Sí
- ◉ No

¿Tiene dificultad para cubrir la alimentación básica?: *

- ○ No
- ○ Ocasionalmente
- ◉ Frecuentemente
- ○ No puedo cubrirla

IV-A. ACCESO A DERECHOS Y SERVICIOS

¿Se encuentra afiliada al sistema de salud?: *

- ◉ Sí
- ○ No
- ○ No sabe / No recuerda
- ○ Prefiere no responder

¿Cuál es su régimen de salud?: *

- ◉ Contributivo
- ○ Subsidiado (Sisbén)
- ○ Especial
- ○ No sabe

¿A cuál EPS está afiliada?: *

SANITAS

¿Ha acudido a alguna entidad para solicitar apoyo, orientación o protección frente a una situación que afecte sus derechos?: *

- (●) Sí
- ( ) No

En caso afirmativo, señale las entidades a las que ha recurrido (puede marcar varias opciones):

- [x] Comisaría de familia
- [ ] Fiscalía General de la Nación
- [ ] Policía Nacional
- [ ] No recuerda/No desea responder
- [ ] Otra

¿Cuál?

Indique si ha recibido acompañamiento, orientación o apoyo por parte de alguna de las siguientes entidades de protección de derechos:

- [ ] Defensoría del pueblo
- [ ] Personería
- [ ] Casa de Justicia
- [ ] No recuerda/No desea responder
- [ ] Otra

¿Cuál?

.....

¿Ha recibido atención o acompañamiento por parte de servicios de salud?: *

- ( ) Sí
- (•) No

Entidad o servicio:

- [ ] Secretaría Distrital/Municipal de Salud
- [ ] Centro de salud / Hospital
- [ ] Otra

¿Cuál?

.....

Indique si ha recibido atención o acompañamiento por parte de alguno de los siguientes servicios (puede marcar más de una opción)

- [ ] CIOM – Casas de Igualdad de Oportunidades para las Mujeres
- [ ] Manzana del Cuidado
- [ ] Otra

¿Cuál?

.....

¿Alguna otra institución le ha brindado orientación o información en relación con la violencia de género?: *

- ( ) Sí
- (•) No

¿Cuál?

.....

V. SITUACIONES QUE HAN AFECTADO SU BIENESTAR O SEGURIDAD (últimos 12 meses)

Indique si ha sido objeto de alguna de las siguientes situaciones y su frecuencia: *

	Una vez	Ocasional	Frecuente	Recurrente	Actualmente continúa	No he vivido la situación
Violencia psicológica	☑	☐	☐	☐	☐	☐
Violencia física	☑	☐	☐	☐	☐	☐
Violencia sexual	☐	☐	☐	☐	☐	☑
Violencia económica	☐	☐	☑	☐	☐	☐
Violencia digital	☐	☐	☐	☐	☐	☑
Violencia vicaria (contra hijos/as)	☑	☐	☐	☐	☐	☐
Otra	☐	☐	☐	☐	☐	☑

¿Cuál? Indique también la frecuencia

.....

VI. FACTORES CRÍTICOS DE RIESGO

Indique si ha experimentado las siguientes situaciones y su frecuencia: *

	Una vez	Ocasional	Frecuente	Recurrente	Actualmente continúa	No he vivido la situación
Control excesivo	☑	☐	☐	☐	☐	☐
Insultos o humillaciones frecuentes	☑	☐	☐	☐	☐	☐
Empujones o contacto físico intimidante	☑	☐	☐	☐	☐	☐
Presión para relaciones íntimas	☑	☐	☐	☐	☐	☐
Retención de dinero o documentos	☐	☐	☐	☐	☐	☑
Antecedentes de conflictos previos	☐	☐	☐	☐	☐	☑
El presunto agresor tiene acceso a armas	☐	☐	☐	☐	☐	☑
El presunto agresor ha amenazado con matarla a usted o a sus hijos/as	☐	☐	☐	☐	☐	☑
El presunto agresor ha intentado asfixiarla	☐	☐	☐	☐	☐	☑
El presunto						

agresor la ha perseguido, hostigado o vigilado	☐	☐	☐	☐	☐	☑
vigilado						

VII. INDICADORES SOCIOEMOCIONALES (últimas 2 semanas)

Señale las situaciones con las cuales se identifica y su frecuencia: *

	Algunas veces	Ocasional	Frecuente	Rcurrente	Actualmente continúa	No he vivido la situación
Miedo frecuente	☑	☐	☐	☐	☐	☐
Ansiedad constante	☐	☑	☐	☐	☐	☐
Tristeza persistente	☐	☑	☐	☐	☐	☐
Insomnio	☐	☐	☐	☐	☐	☑
Sensación de aislamiento	☐	☐	☐	☐	☐	☑
Desesperanza	☐	☐	☑	☐	☐	☐

VIII. INTERÉS EN ACOMPAÑAMIENTO

¿Desea tener acompañamiento en alguna de las siguientes áreas?: *

- [ ] Atención psicológica
- [ ] Orientación jurídica
- [ ] Información sobre rutas de atención ante violencias
- [x] Espacios formativos
- [ ] No por ahora

IX. CONSENTIMIENTO

Declaro que he recibido información clara sobre el proyecto y la voluntariedad de mi participación. *

- (•) Acepto
- ( ) No acepto

Este formulario se creó en Avance Organizacional Consultores. - Contactar con el propietario del formulario

¿Parece sospechoso este formulario? Informe

Google Formularios