

# HAMBRE CERO 2026

\* Indica que la pregunta es obligatoria

## 1. Autorización para el tratamiento de datos personales y aceptación de términos de la convocatoria \*

Con el diligenciamiento del presente formulario de inscripción a la convocatoria del programa Hambre Cero, el participante declara que la información suministrada es veraz y autoriza de manera previa, expresa, libre, informada e inequívoca a la **Alcaldía de Cereté** para la recolección, almacenamiento, uso, circulación, verificación y tratamiento de sus datos personales, con la finalidad de adelantar los procesos de focalización, priorización, caracterización, seguimiento y evaluación en el marco del programa.

Así mismo, el participante manifiesta que conoce y acepta la Política de Tratamiento de Datos Personales de la entidad, y que ha sido informado de sus derechos a conocer, actualizar, rectificar y suprimir sus datos, de conformidad con lo establecido en la Ley 1581 de 2012 y sus normas reglamentarias.

*Marca solo un óvalo.*

☐ Sí

☐ No

*Ir a la pregunta 2*

## DATOS PERSONALES

## 2. Nombre completo \*

---

3. Tipo de documento \*

*Marca solo un óvalo.*

- ☐ Cédula
- ☐ Tarjeta de identidad
- ☐ Registro civil
- ☐ Extranjería

4. Número de documento \*

---

5. Edad \*

---

6. Género \*

*Marca solo un óvalo.*

- ☐ Masculino
- ☐ Femenino
- ☐ Otro

7. Teléfono \*

---

8. ¿Pertenece a grupo étnico? \*

Marca solo un óvalo.

☐ Sí      Ir a la pregunta 13

☐ No

9. Tipo de población priorizada \*

 Dropdown

Marca solo un óvalo.

☐ Adulto mayor +60 años      Ir a la pregunta 14

☐ Persona con discapacidad      Ir a la pregunta 10

☐ Niño o Niña de 1 - 7 años      Ir a la pregunta 10

☐ Madre gestante o Lactante      Ir a la pregunta 14

☐ Víctima del conflicto armado con RUV      Ir a la pregunta 14

☐ Otro      Ir a la pregunta 14

Ir a la pregunta 14

### Datos Representante legal o familiar

10. Nombre completo \*

---

11. Tipo de documento \*

Marca solo un óvalo.

☐ Cédula

☐ Tarjeta de identidad

☐ Extranjería

12. Número de documento \*

---

*Ir a la pregunta 14*

### Grupo étnico

13. ¿Cuál? \*

*Marca solo un óvalo.*

- ☐ Indígena
- ☐ Afrodescendiente
- ☐ ROM

*Ir a la pregunta 14*

### UBICACIÓN

14. Zona \*

 Dropdown

*Marca solo un óvalo.*

- ☐ Barrio La Lucha
- ☐ Corregimiento de Severá
- ☐ Corregimiento de Retiro de los Indios

15. Dirección \*

---

---

---

---

---

16. Zona \*

*Marca solo un óvalo.*

☐ Urbana

☐ Rural

## COMPOSICIÓN DEL HOGAR

17. ¿Cuántas personas viven en el hogar? \*

---

18. ¿Usted es madre/padre cabeza de hogar? \*

*Marca solo un óvalo.*

☐ Si

☐ No

19. ¿En el hogar hay? \*

*Selecciona todas las opciones que correspondan.*

☐ Niños menores de 5 años

☐ Adultos mayores

☐ Personas con discapacidad

☐ Mujeres embarazadas

☐ Ninguno

20. ¿Cuántos son menores de 5 años? \*

---

21. ¿Hay niños estudiando? \*

*Marca solo un óvalo.*

☐ Sí

☐ No

22. ¿Reciben alimentación escolar (PAE)? \*

*Marca solo un óvalo.*

☐ Sí

☐ No

## INGRESOS Y CONDICIÓN

23. ¿Cuántos adultos generan ingresos? \*

⌵ Dropdown

*Marca solo un óvalo.*

☐ Ninguno

☐ 1

☐ 2

☐ 3

☐ Más de 3

24. ¿Tiene trabajo actualmente?

*Marca solo un óvalo.*

☐ Sí

☐ No

25. Tipo de trabajo \*

*Marca solo un óvalo.*

- ☐ Formal
- ☐ Informal
- ☐ Independiente
- ☐ Ninguno

26. Ingreso mensual del hogar \*

*Marca solo un óvalo.*

- ☐ Menos de \$200.000
- ☐ \$200.000 - \$500.000
- ☐ \$500.000 – \$1.000.000
- ☐ \$1.000.000 – \$2.000.000
- ☐ Más de \$2.000.000

27. ¿Recibe subsidios o ayudas? \*

*Marca solo un óvalo.*

- ☐ Sí
- ☐ No

28. ¿Cuál? \*

*Marca solo un óvalo.*

- ☐ Renta Ciudadana
- ☐ Renta Joven
- ☐ Colombia Mayor
- ☐ Devolución del IVA
- ☐ Ayuda familiares
- ☐ Ayuda de la Iglesia
- ☐ Ninguno
- ☐ Otros:  
\_\_\_\_\_

29. ¿Posee vehículo?

*Marca solo un óvalo.*

- ☐ Sí     *Ir a la pregunta 30*
- ☐ No     *Ir a la pregunta 31*

*Ir a la pregunta 31*

**VEHÍCULO**

30. Tipo de vehículo \*

*Marca solo un óvalo.*

- ☐ Carro
- ☐ Moto
- ☐ Motocarro
- ☐ Bicicleta

## VIVIENDA

31. Tipo de vivienda \*

*Marca solo un óvalo.*

- ☐ Propia
- ☐ Arrendada
- ☐ Familiar
- ☐ Ocupación informal

32. Servicios con los que cuenta \*

*Selecciona todas las opciones que correspondan.*

- ☐ Agua
- ☐ Luz
- ☐ Gas
- ☐ Alcantarillado

33. Material del piso \*

*Marca solo un óvalo.*

- ☐ Tierra
- ☐ Cemento
- ☐ Baldosa

34. Material de la vivienda \*

*Marca solo un óvalo.*

- ☐ Bloque / ladrillo
- ☐ Madera
- ☐ Material reciclado

35. Material del techo \*

*Marca solo un óvalo.*

- ☐ Eternit
- ☐ Zinc
- ☐ Teja
- ☐ Palma

36. ¿Cuántas comidas consume al día? \*

*Marca solo un óvalo.*

☐

1

☐

2

☐

3

☐

Más de 3

37. En el último mes, ¿tuvo que dejar de consumir alimentos saludables o variados por falta de dinero? \*

*Marca solo un óvalo.*

☐

Sí

☐

No

38. En el último mes, ¿usted o algún miembro de su hogar sintió hambre y no comió por falta de dinero? \*

*Marca solo un óvalo.*

☐

Sí

☐

No

39. Frecuencia consumo de proteínas (carne, huevo, pollo) \*

*Marca solo un óvalo.*

- ☐ Diario
- ☐ Semanal
- ☐ Ocasional
- ☐ Nunca

40. Frecuencia consumo de frutas y verduras \*

*Marca solo un óvalo.*

- ☐ Diario
- ☐ Semanal
- ☐ Ocasional
- ☐ Nunca

**SALUD**

*Marca solo un óvalo.*

☐ A1

☐ A2

☐ A3

☐ A4

☐ A5

☐ B1

☐ B2

☐ B3

☐ B4

☐ B5

☐ B6

☐ B7

☐ C1

☐ C2

☐ C3

☐ C4

☐ C5

☐ C6

☐ C7

☐ C8

☐ C9

☐ C10

- ☐ C11
- ☐ C12
- ☐ C13
- ☐ C14
- ☐ C15
- ☐ C16
- ☐ C17
- ☐ C18
- ☐ D

42. Régimen de salud \*

*Marca solo un óvalo.*

- ☐ Subsidiado
- ☐ Contributivo
- ☐ Especial - Militar
- ☐ No afiliado

43. ¿Tiene alguna condición especial? \*

*Marca solo un óvalo.*

- ☐ Discapacidad      *Ir a la pregunta 46*
- ☐ Embarazo      *Ir a la pregunta 44*
- ☐ Enfermedad crónica      *Ir a la pregunta 49*
- ☐ Ninguna      *Ir a la pregunta 52*

## EMBARAZO

44. Semanas de embarazo \*

---

45. Controles prenatales \*

*Marca solo un óvalo.*

☐ Sí

☐ No

## DISCAPACIDAD

46. ¿Qué tipo de discapacidad presenta? \*

*Marca solo un óvalo.*

☐ Física (movilidad reducida, dificultad para caminar, usar extremidades)

☐ Sensorial visual (ceguera o baja visión)

☐ Sensorial auditiva (sordera o dificultad para oír)

☐ Intelectual (limitaciones en aprendizaje o comprensión)

☐ Psicosocial (trastornos mentales o del comportamiento)

☐ Múltiple (más de una discapacidad)

47. ¿La persona con discapacidad requiere apoyo de otra persona para actividades diarias? \*

*Marca solo un óvalo.*

☐ Sí, permanente

☐ Sí, ocasional

☐ No

48. ¿Recibe actualmente algún apoyo por esta condición? \*

*Marca solo un óvalo.*

☐ Sí, subsidio económico

☐ Sí, programas sociales

☐ No recibe ningún apoyo

*Ir a la pregunta 52*

## ENFERMEDAD CRÓNICA

49. ¿Qué tipo de enfermedad presenta? \*

*Selecciona todas las opciones que correspondan.*

☐ Hipertensión

☐ Diabetes

☐ Enfermedad cardiovascular

☐ Enfermedad respiratoria (asma, EPOC)

☐ Enfermedad renal

☐ Cáncer

☐ Desnutrición

☐ Otra

50. ¿La persona recibe tratamiento médico continuo? \*

*Marca solo un óvalo.*

☐ Si

☐ No

51. ¿Esta enfermedad genera gastos médicos frecuentes en el hogar? \*

*Marca solo un óvalo.*

☐ Si

☐ No

*Ir a la pregunta 52*

## SALUD

52. Peso \*

---

53. Estatura \*

---

54. Observaciones

---

---

---

---

---

---

Google no creó ni aprobó este contenido.

**Google** Formularios