

 	Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas – Papsivi	 GOBIERNO DE SANTAGO DE CALI SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA
	FICHA PAP030 REGISTRO GENERAL DE ASISTENCIA	

Fecha: 07/06/2023

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: Angulo

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	1193251424	Kevin	Anlis	Angulo	Cabeza	M	F	Het	03/06/90	33	A	No	Calle 72 # 16-01	Familiar	310 130 9451	Kevin
2	TI	111691020	Josmar	Samir	Ortiz	Angulo	H	M	Het	23/05/14	9	A	No	Calle 72 # 16-01	Familiar		Samir
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) Cédula de extranjería, (SI) Sin identificación.
 2. Sx: Sexo: (M) Hombre, (F) Mujer, (T) Transsexual.
 3. IG: Identidad de Género: (M) Masculino, (F) Femenino, (T) Transsexual, (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) Raíz, (Pa) Palenquero, (I) Indígena.
 6. Disc: Discapacidad: (N) No, (S) Sí, (NI) No Informa.
 7. Crez: ¿Con discapacidad?: (S) Sí, (N) No.

Firma de responsable familiar / Comunitario

Página 13