



Salud es de todos

Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a
Víctimas – Papsivi

FICHA PAP030

REGISTRO GENERAL DE ASISTENCIA



ALCALDIA DE
SANTAGO DE CALI
SECRETARIA DE SALUD PUBLICA

Fecha: 20/05/2023

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: Castro

Nº	Tipo Doc	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	100619047	Yaliana	—	Castro	Caracido	H	F	Het	24/05/84	32	A	No	Calle 26 # 32-0416, M. 1 con 6	—	3853179	Yaliana
2	TI	1143986163	Elisana	—	Castro	Caracido	H	F	Het	04/08/14	8	A	No	Calle 26 # 32-0416, M. 1 con 6	—	4	Elisana
3	TI	1143986145	Nicolás	—	Castro	Caracido	H	H	Het	18/03/14	6	A	No	Calle 26 # 32-0416, M. 1 con 6	—	—	Nicolás
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: (H) Hombre, (M) Mujer, (I) 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; (Ra) Ram: (N) Ninguna; (NI) No Informa
6. Disc: ¿Con Discapacidad?: (S) Sí, (N) No

Firma de asistencia familiar / Comunitaria

Página _____ de _____