



La salud es de todos

Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas – Papsivi

FICHA PAP030

REGISTRO GENERAL DE ASISTENCIA



ALCALDIA DE SANTIAGO DE CALI
SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA

Fecha: 15/05/2023

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: Ramiro Ibarra

Nº	Tipo Doc ¹	Núm. Documento	Nombre 1	Nombre 2	Apellido 1	Apellido 2	Sex ²	IG ³	OS ⁴	F Nacim DD/MM/AA	Edad	Etn ⁵	Disc ⁶	Dirección	EPS	Teléfono	Firma
1	CC	34674527	Donelly		Ibarra	Rivera	M	F	Het	26/11/79	43	A	No	Calle 70 ^a No 12-14 Alvarado	Alvarado	316632205	Donelly
2	CC	10599056	Laura	Valentina	Ramiro	Ibarra	M	F	Het	06/03/16	17	A	No	Calle 70 ^a No 12-14 Alvarado	Alvarado	"	Ramiro
3	TI	1111697882	Juan	José	Ramiro	Ibarra	M	M	Het	18/10/16	06	A	No	Calle 70 ^a No 12-14 Alvarado	Alvarado	"	
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. Sex: (H) Hombre, (M) Mujer, (IT) Intersexual.
 3. IG: Identidad de Género: (M) Masculino, (F) Femenino, (TS) Transexual, (NI) No Informa

4. OS: Orientación Sexual: (Het) Heterosexual, (Hom) Homosexual, (Bia) Bisexual, (NI) No Informa
 5. Etn: Pertenencia étnica: (N) Negro, (A) Afro, (R) Raízal, (Pa) Palanquero, (I) Indígena, (Ro) Rom, (N) Ninguna, (NI) No Informa
 6. Disc: ¿Con Discapacidad?: (S) Sí, (N) No

Firma de asistencia familiar / Comunitaria: _____ Página: _____ de _____