

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

Fecha: 31/05/2023

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: Rosalia Rivera Jaramillo

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	29434400	Rosalia		Rivera	Jaramillo	M	F	(H)	11/05/72	51	N	No	Calle 14 # 14-10	EPS Entrenar	311 3741111	Rosalia Rivera
2																	
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: (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, (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) Si, (N) No

Firma de responsable familiar / Comunitaria

Página _____ de _____