




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: 06/06/2023

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: Ramiro Ibarra

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	Eln ⁵	Disc ⁶	Dirección	EPS	Teléfono	Firma
1	CC	34674816	Dorely		Ibarra	Ibarra	M	F	Het	06/11/97	43	A	No	Calles 146 ⁴³	Nueva EPS	3116031200	[Firma]
2	TI	105990458	Valentina		Ramirez	Ibarra	M	F	Het	06/03/06	17	A	No	Calles 146 ⁴³	Nueva EPS	3116032805	[Firma]
3	RC	111697002	Jun	Jose	Ramirez	Ibarra	M	M	Het	18/10/16	6	A	No	Calles 146 ⁴³	Nueva EPS	3116032805	[Firma]
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) Interssexual.
3. IG, Identidad de Género: (M) Masculino, (F) Femenino, (TS) Transsexual, (NI) No Informa

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

Firma de responsable familiar/comunitario

Página _____ de _____