**COMISARÍA DE FAMILIA**

|  |  |
| --- | --- |
| **FOLIO 1** | |
| HISTORIA DE ATENCION | DEPARTAMENTO | |  | | MUNICIPIO | | | | |
|  | COMISARÍA |  | INSPECCIÓN | |  |  | C.ZONAL | |  |
| HITORIA No. | |  |  | FECHA DE APERTURA | | | | |

1. INFORMACIÓN DEL PETICIONARIO

|  |  |
| --- | --- |
| Canal de comunicación: Telefónico Presencial Escrito Virtual Buzón Fecha petición:  Tipo de petición: Información\_ Queja Reclamo Denuncia Sugerencia Anónimo  Motivo:  Tipo de peticionario : Aut.Civil\_Aut.Militar/policiva\_\_Aut.Judicial\_Aut.Relig Natural Anónimo Otro    Nombre de entidad: Correo electrónico  No. de oficio o diligencia: Fecha del oficio o diligencia: Cargo: Nombre(s) y apellido(s) funcionario:    Nombre(s) y apellido(s) de la persona:  Identificación  Parentesco o rol:  Edad Ocupación | |
| País.Departamento:Municipio: | |
| Si reside en zona urbana  Barrio:    Dirección:    Teléfono fijo: Teléfono móvil:  Correo electrónico: | Si reside en zona rural;  Vereda.  Sector:  Teléfono fijo: Teléfono móvil:  Correo electrónico: |
| Señales particulares de ubicación: | |

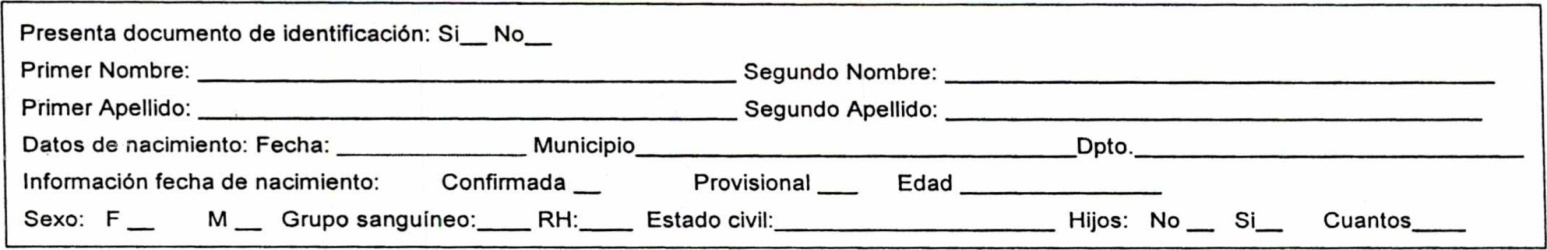
1. **PERSONA O FAMILIAR DE CONTACTO.**

Igual al numeral No. 1 SI\_\_ NO\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre(s) y Apellido(s): Edad Identificación  Parentesco o rol:  Residencia: País:Departamento: Municipio: | |
| Barrio:    Dirección.  Teléfono fijo: Teléfono móvil:  Correo electrónico: | Vereda:  Denominación:  Teléfono fijo: Teléfono móvil:  Correo electrónico: |
| Señales particulares de ubicación: | |

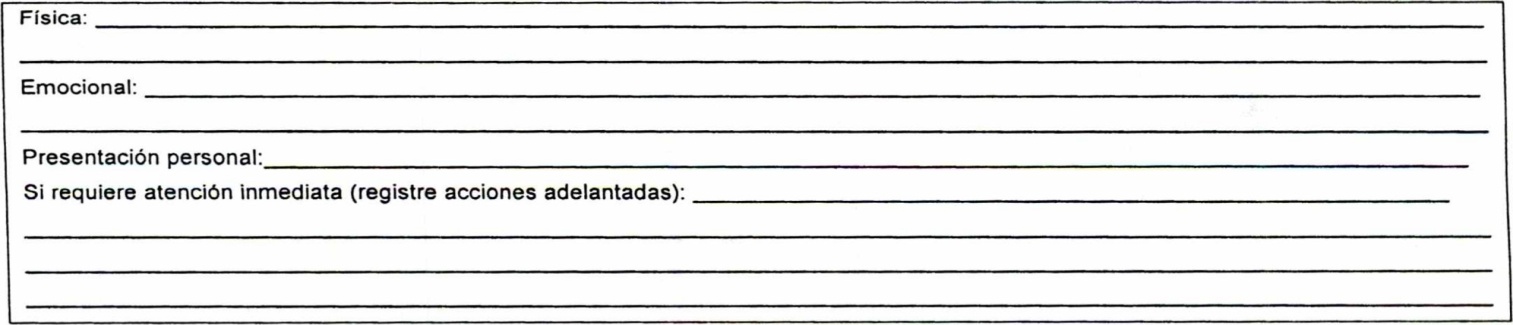


1. **IDENTIFICACIÓN Y UBICACIÓN DEL BENEFICIARIO**



|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Motivo de atención: Motivo de atención asociado: | | | | | |
| Características físicas:  Color de ojos: Tonalidad de piel: Color cabello:  Señales particulares:Contextura  Grupo Étnico: Ninguno\_ Afrocolombiano Rom/Gitano\_ Raizal\_ Indígena\_ Pueblo indígena:  Reconoce como autoridad étnica a: Cómo se contacta:  Lenguas que habla:  Discapacidad: Si \_ No CualTratamiento Médico  Origen de Discapacidad:  Clasificación discapacidad:  Trastorno Mental \_ Sensorial-Auditivo\_ Sensorial-Visual\_ Sensorial-Sordo-Ceguera\_ Cognitiva\_ Autismo Motora\_ Múltiple\_  Grado de discapacidad: Leve \_ Moderada \_ Severa | | | | |
| Barrio:  Dirección:  Teléfono fijo:  Teléfono móvil:  Correo electrónico: | | | Vereda:  Sector    Teléfono fijo: Teléfono móvil:  Correo electrónico: | |
| Señales particulares de ubicación: | | | | |
| Nivel de Sisben: 0\_1\_ 2\_ 3\_ 4\_ 5\_ 6 | Población especial: | | Sin clasificación Sisben: |

# **CONDICIONES INICIALES DE LLEGADA**



Elementos que entrega:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Elemento | Tipo | Cantidad |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**5.VERIFICACION DEL ESTADO DE CUMPLIMIENTO DE DERECHOS**

|  |
| --- |
| **Folio 3** |

|  |
| --- |
| Activo en el sistema de seguridad social: No\_ Si \_ Régimen: Contributivo\_ Subsidiado\_ No Afiliado: Ninguno:  Entidad prestadora de servicios de salud:  Presenta carné de vacunación? No \_ Si \_ Esquema de vacunación completo de acuerdo con edad: No Si Presenta carné de crecimiento y desarrollo? Si\_ No Observaciones |
| Vinculado actualmente al sistema educativo?Si\_ No No aplica:  Establecimiento educativo:  Último grado/semestre aprobado: Grado/semestre que cursa actualmente:  Jornada:Asiste con regularidad: Si\_ No |

Estado de Derechos Inobservados, Amenazados o Vulnerados

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Fecha | Derecho | Situación | Descripción |
|  |  |  |  |
| Concepto emitido por:  Entidad: | | No. tarjeta profesional:  Cargo: |
|  |  |  |  |
| Concepto emitido por:  Entidad. | | No. tarjeta profesional\_:  Cargo: |
|  |  |  |  |
| Concepto emitido por:  Entidad: | | No. tarjeta profesional:  Cargo: |
|  |  |  |  |
| Concepto emitido por:  Entidad: | | No. tarjeta profesional  Cargo:\_ |
|  |  |  |  |
| Concepto emitido por:  Entidad: | | No. tarjeta profesional:\_  Cargo: |

En caso que se requiera agregar más Derechos diligenciar el Anexo 2. Estado de Vulneración de Derechos.

En caso de requerir apertura de Proceso Administrativo de Restablecimiento de Derechos diligenciar el Anexo 3.

**6.PERFIL DE VULNERABILIDAD-GENERATIVIDAD FAMILIAR**

**DATOS BÁSICOS DEL GRUPO FAMILIAR**

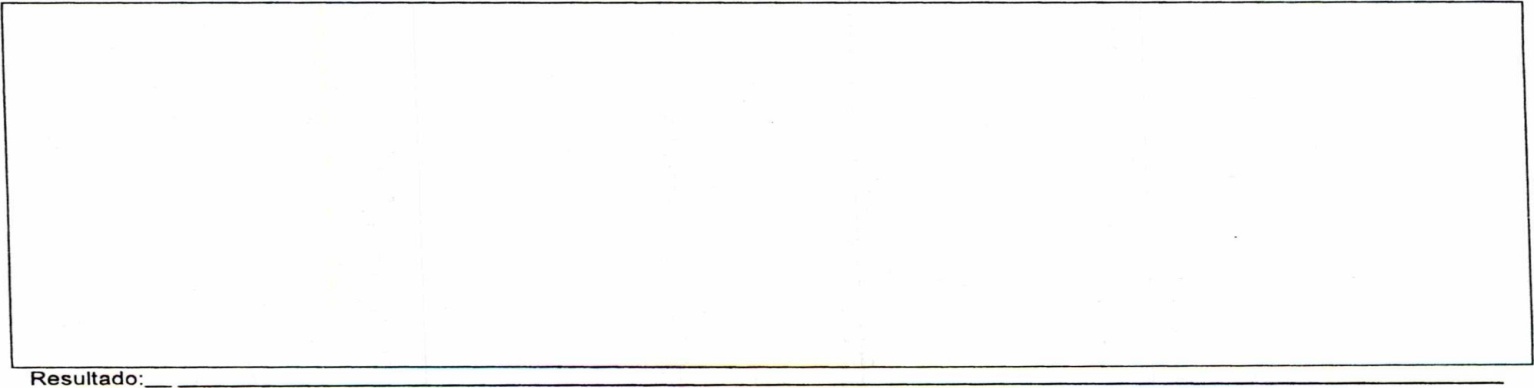
|  |  |
| --- | --- |
| **FOLIO 4** | |
| Nombre(s) y Apellido(s) | Tipo de Docum. | No. Documento | Edad | Parentesco I Rol | Ocupación | Etnia | Desplazado | | |
| SI | | NO |
|  |  |  |  |  |  |  |  | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  | |  |

Si el grupo familiar se encuentra en Situación de desplazamiento diligencie el Anexo 4. Atención a Población Desplazada

Situación de Padres:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Situación | Madre | | Padre | |
| Enfermedad inca acitante |  | |  | |
| En la cárcel |  | |  | |
| Viviendo en el exterior |  | |  | |
| Desa arecido |  | |  | |
| Disca acitado |  | |  | |
| Enfermedad mental |  | |  | |
| Secuestrado |  | |  | |
| Fallecida o or: |  |  |  |  |
| Muerte Natural |  | |  | |
| Enfermedad |  | |  | |
| Enfermedad VIH |  | |  | |
| Accidente |  | |  | |
| Homicidio |  | |  | |
| Suicidio |  | |  | |
| Conflicto Armado |  | |  | |

GENOGRAMA:



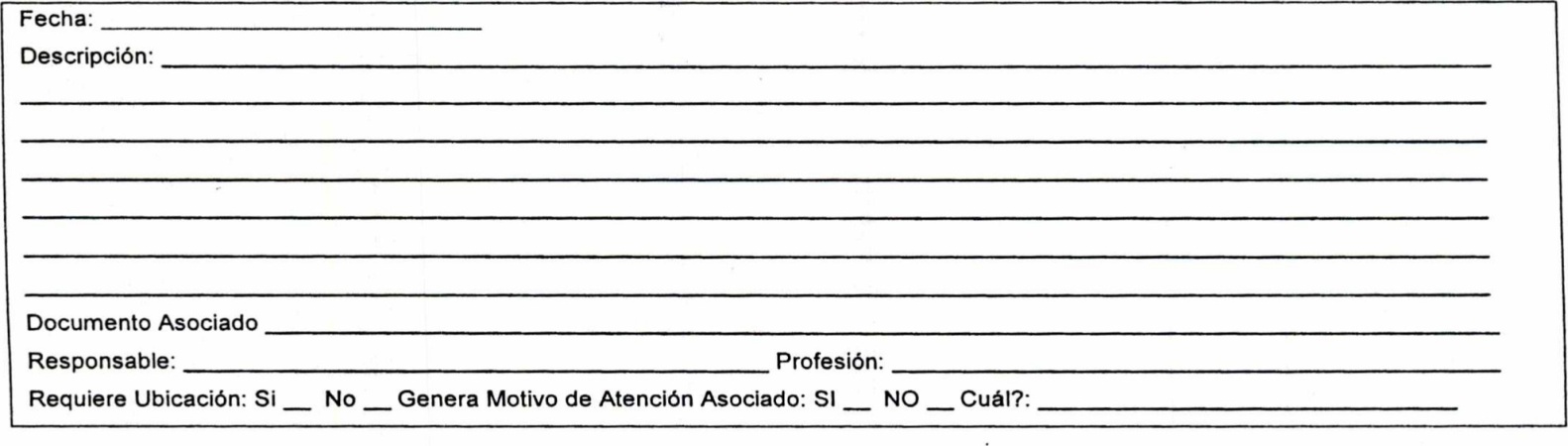
|  |
| --- |
| Concepto emitido por: No. tarjeta profesional:  Entidad: Cargo:  Fecha: Dia Mes Año Firma: |



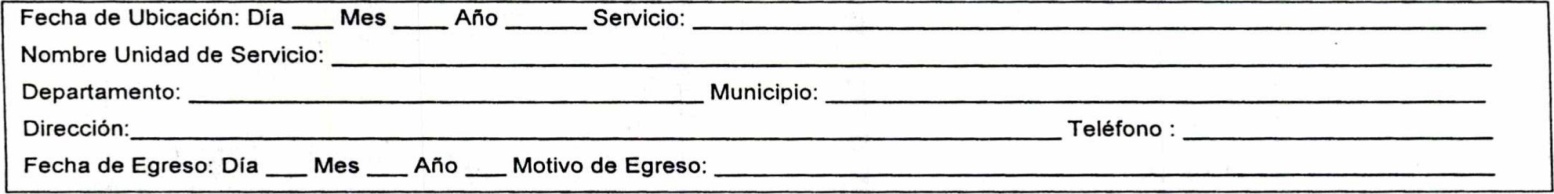
|  |
| --- |
| **FOLIO 5** |
| Concepto de Estado de Salud Física: | | | |
| Concepto emitido por: No. tarjeta profesional:  Entidad: Cargo:  Fecha: Día Mes Año Firma: | | | |
| Concepto de Estado Nutricional: | | | |
| Concepto emitido por: No. tarjeta profesional:  Entidad. Cargo:  Fecha: Día \_ Mes Año Firma: | | | |
| Concepto de Estado de Salud Psicológica | | | |
| Concepto emitido por. No. tarjeta profesional:  Entidad: Cargo:  Fecha: Día Mes Año Firma: | | | |
| Concepto Integral emitido por el equipo interdisciplinario: | | | |
| Concepto emitido por: No. tarjeta profesional:  Cargo:  Entidad:  Fecha: Día  Concepto Emitido por: No. Tarjeta Profesional:  Entidad: Cargo:  Fecha: Día \_ Mes Año  Firma:  Concepto Emitido por: No. Tarjeta Profesional:  Entidad: Cargo:  Fecha: Día \_ Mes Año  Firma:  Concepto Emitido por: No. Tarjeta Profesional:  Entidad. Cargo: | | | |



1. ACTUACIONES - Si existe más de una actuación diligenciar el Anexo 5



1. UBICACIONES- Si existe más de una Ubicación diligenciar el Anexo 6



OBSERVACIONES GENERALES:

