**No. RADICACIÓN\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**FECHA DE RECEPCIÓN: Día: \_\_\_\_\_\_\_\_\_ Mes: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Año: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**DEPENDENCIA QUE RECEPCIONA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |
| --- |
| 1. **TIPOS DE VIOLENCIA**
 |
| Intrafamiliar |  | Psicológica |  | Sexual |  | Maltrato Infantil |  |
| Patrimonial |  | Negligencia |  | Física  |  | Económica |  |
| Fecha de Ocurrencia |  |

|  |
| --- |
| 1. **DATOS DE IDENTIFICACIÓN**
 |
| **NOMBRES Y** **APELLIDOS** |  | **GÉNERO** | F |  | M |  |
| **ORIENTACIÓN SEXUAL/IDENTIDAD DE GÉNERO** |
| Lesbiana  |  | Gay |  | Bisexual |  |
| Mujer Trans |  | Hombre Trans |  | Intersexual |  |
| **EDAD** |  | **ESCOLARIDAD** |  | **OCUPACIÓN/OFICIO** |  |
| **DIRECCIÓN** |  | **TELÉFONO** |  |
| **AFILIADA (O) A RÉGIMEN DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD** | SI  |  | NO |  | Contributivo |  | Subsidiado |  |
| EPS |  | Nivel / Puntaje Sisben |  |
| **ESTRATO SOCIOECONÓMICO** |  | **DISCAPACIDAD** |  | **VÍCTIMA DE CONFLICTO ARMADO** |  |
| **NOMBRE DEL PADRE O ACUDIENTE (EN CASOS DE MENORES DE EDAD)** |  |
| Teléfono |  | Dirección |  |

|  |
| --- |
| 1. **PROGRAMAS Y/O SERVICIOS DE INCLUSIÓN**
 |
| **NOMBRE DEL PROGRAMA Y /O SERVICIO** |  |
| **REQUISITOS** | Documento de Identidad |  | SISBEN |  | Carné de Salud |  |
| Otro ¿Cuál? |  |
| Fecha de Ingreso |  |

|  |
| --- |
| 1. **OBSERVACIONES**
 |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| **FUNCIONARIO QUE ATIENDE** | **USUARIO** |