

REGISTRO (Datos Principales del Formulario)

Ubicación (*)	Departamento	Municipio	Corregimiento	Vereda	Sector	Barrio	FORMULARIO No.	
Rural <input type="checkbox"/> Urbano <input type="checkbox"/>							Código UDEGER	
Plan de Contingencia	Plan de Contingencia por Cuál Evento?		Observaciones				Fecha Elaboración CENSO	
SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>							Año	Mes
							Día	Hora

EDAN Institucional

Acueducto Afectado	Nombre Acueducto	Entidad Prestadora	Alcantarillado Afectado	Tipo Afectación	Entidad Prestadora
SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
Gasoducto Afectado	Tipo Afectación	Entidad Prestadora	Energía Eléctrica Afectada	Tipo Afectación	Entidad Prestadora
SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
Vías Afectadas	Tipo Afectación	Nivel	Red Salud Afectada		
SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		1 Nal. <input type="checkbox"/> 2 Depto. <input type="checkbox"/> 3 Munic <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Entidades o Instituciones Prestadoras	

INFORMACION ESCENARIO DE RIESGO

Inminente <input type="checkbox"/> Sucedido <input type="checkbox"/> Porque?	Año	Mes	Día	Hora
A. Origen Natural: Movimiento en Masa <input type="checkbox"/> Viento Fuerte <input type="checkbox"/> Avalancha <input type="checkbox"/> Sismos <input type="checkbox"/> Inundación <input type="checkbox"/> Sequías <input type="checkbox"/> Socavación Orilla <input type="checkbox"/> Otro: <input type="text"/>				
B. Origen Humano: Terrorismo <input type="checkbox"/> Asonada <input type="checkbox"/> Vandalismo <input type="checkbox"/> Aglomeración <input type="checkbox"/> Invasión <input type="checkbox"/> Observaciones: <input type="text"/>				
C. Origen Tecnológico: QUIMICO: Derrame <input type="checkbox"/> Fugas <input type="checkbox"/> Explosión <input type="checkbox"/> Producto: <input type="text"/> Cantidad: <input type="text"/>				
ELECTRICO: Sobre Carga <input type="checkbox"/> Corto Circuito <input type="checkbox"/> Energizada <input type="checkbox"/> MECÁNICOS: Colapso <input type="checkbox"/> Volcamiento <input type="checkbox"/> Colisión <input type="checkbox"/> Sumersión <input type="checkbox"/> Otro: <input type="text"/>				
TÉRMICO: Incendio <input type="checkbox"/> Explosión <input type="checkbox"/> Radiación <input type="checkbox"/> Cuál? <input type="text"/>				
D. Origen Biológico: Pandemia <input type="checkbox"/> Epidemia <input type="checkbox"/> Plagas <input type="checkbox"/> Vectores <input type="checkbox"/> Cuál? <input type="text"/>				
E. Origen Socio- Antrópicos: ASENTAMIENTOS: SubNormal <input type="checkbox"/> Expansión Urbana Atípica <input type="checkbox"/> PRODUCCION DE BIENES Y SERVICIOS PARA LA ECONOMIA: Ambientales <input type="checkbox"/> Incendio Forestal <input type="checkbox"/> Contaminación <input type="checkbox"/> Daño Estructural <input type="checkbox"/> Invasión Espacio Público <input type="checkbox"/>				

INFORMACION JEFE Núcleo Familiar (pregunte a quien reconocen como jefe o quien figura como Jefe en el SISBEN)

Nombres	Apellidos	Tipo Docume	No. Documento	Fecha de Nacimiento	Teléfonos Contacto
				Año	Mes
				Día	
Dirección (Predio Afectado)	Genero	TIPO POBLACION a que pertenece		Estado Salud ?	Régimen en Salud
	Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/>	Afro <input type="checkbox"/>	Etnia: Indígena <input type="checkbox"/> Gitano-Rom <input type="checkbox"/> Raizal <input type="checkbox"/>		
Tipo Residencia: Propia <input type="checkbox"/> Arriendo <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Tenedor <input type="checkbox"/> Poseedor <input type="checkbox"/> Invasión <input type="checkbox"/> Titulo Propiedad: Escritura <input type="checkbox"/> CartaVenta <input type="checkbox"/> Sucesión <input type="checkbox"/> Proceso Judicial SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>					

INFORMACION PROPIETARIO DEL PREDIO (quien aparece en titulo de propiedad o embargo judicial)

Nombres	Apellidos	Tipo Doc.	No. Documento	Dirección y Teléfono

PERSONAS NÚCLEO FAMILIAR (Al Momento del Censo - Todas las personas que viven bajo el mismo techo - NO HOGARES)

No. 1	Nombres			Apellidos			Tipo Docume	No. Documento	Fecha de Nacimiento			Edad	Parentesco - Jefe Hogar
									Año	Mes	Día		
	Genero		TIPO POBLACION a que pertenece					Afectación Física	Capacidad Diferente	Estado Salud ?			Régimen en Salud
	Hombre	<input type="checkbox"/>	Mujer	<input type="checkbox"/>	Afro	<input type="checkbox"/>	Etnia: Indígena	<input type="checkbox"/>	Gitano-Rom	<input type="checkbox"/>	Raizal	<input type="checkbox"/>	
No. 2	Nombres			Apellidos			Tipo Docume	No. Documento	Fecha de Nacimiento			Edad	Parentesco - Jefe Hogar
									Año	Mes	Día		
	Genero		TIPO POBLACION a que pertenece					Afectación Física	Capacidad Diferente	Estado Salud ?			Régimen en Salud
	Hombre	<input type="checkbox"/>	Mujer	<input type="checkbox"/>	Afro	<input type="checkbox"/>	Etnia: Indígena	<input type="checkbox"/>	Gitano-Rom	<input type="checkbox"/>	Raizal	<input type="checkbox"/>	
No. 3	Nombres			Apellidos			Tipo Docume	No. Documento	Fecha de Nacimiento			Edad	Parentesco - Jefe Hogar
									Año	Mes	Día		
	Genero		TIPO POBLACION a que pertenece					Afectación Física	Capacidad Diferente	Estado Salud ?			Régimen en Salud
	Hombre	<input type="checkbox"/>	Mujer	<input type="checkbox"/>	Afro	<input type="checkbox"/>	Etnia: Indígena	<input type="checkbox"/>	Gitano-Rom	<input type="checkbox"/>	Raizal	<input type="checkbox"/>	
No. 4	Nombres			Apellidos			Tipo Docume	No. Documento	Fecha de Nacimiento			Edad	Parentesco - Jefe Hogar
									Año	Mes	Día		
	Genero		TIPO POBLACION a que pertenece					Afectación Física	Capacidad Diferente	Estado Salud ?			Régimen en Salud
	Hombre	<input type="checkbox"/>	Mujer	<input type="checkbox"/>	Afro	<input type="checkbox"/>	Etnia: Indígena	<input type="checkbox"/>	Gitano-Rom	<input type="checkbox"/>	Raizal	<input type="checkbox"/>	
No. 5	Nombres			Apellidos			Tipo Docume	No. Documento	Fecha de Nacimiento			Edad	Parentesco - Jefe Hogar
									Año	Mes	Día		
	Genero		TIPO POBLACION a que pertenece					Afectación Física	Capacidad Diferente	Estado Salud ?			Régimen en Salud
	Hombre	<input type="checkbox"/>	Mujer	<input type="checkbox"/>	Afro	<input type="checkbox"/>	Etnia: Indígena	<input type="checkbox"/>	Gitano-Rom	<input type="checkbox"/>	Raizal	<input type="checkbox"/>	
No. 6	Nombres			Apellidos			Tipo Docume	No. Documento	Fecha de Nacimiento			Edad	Parentesco - Jefe Hogar
									Año	Mes	Día		
	Genero		TIPO POBLACION a que pertenece					Afectación Física	Capacidad Diferente	Estado Salud ?			Régimen en Salud
	Hombre	<input type="checkbox"/>	Mujer	<input type="checkbox"/>	Afro	<input type="checkbox"/>	Etnia: Indígena	<input type="checkbox"/>	Gitano-Rom	<input type="checkbox"/>	Raizal	<input type="checkbox"/>	
No. 7	Nombres			Apellidos			Tipo Docume	No. Documento	Fecha de Nacimiento			Edad	Parentesco - Jefe Hogar
									Año	Mes	Día		
	Genero		TIPO POBLACION a que pertenece					Afectación Física	Capacidad Diferente	Estado Salud ?			Régimen en Salud
	Hombre	<input type="checkbox"/>	Mujer	<input type="checkbox"/>	Afro	<input type="checkbox"/>	Etnia: Indígena	<input type="checkbox"/>	Gitano-Rom	<input type="checkbox"/>	Raizal	<input type="checkbox"/>	
No. 8	Nombres			Apellidos			Tipo Docume	No. Documento	Fecha de Nacimiento			Edad	Parentesco - Jefe Hogar
									Año	Mes	Día		
	Genero		TIPO POBLACION a que pertenece					Afectación Física	Capacidad Diferente	Estado Salud ?			Régimen en Salud
	Hombre	<input type="checkbox"/>	Mujer	<input type="checkbox"/>	Afro	<input type="checkbox"/>	Etnia: Indígena	<input type="checkbox"/>	Gitano-Rom	<input type="checkbox"/>	Raizal	<input type="checkbox"/>	

CARACTERIZACIÓN DE LA VIVIENDA

No. Plantas: No. Habitaciones: Acueducto-Alcantarillado SI NO Cód.. Suscriptor: Energía Eléctrica SI NO #.Cuenta
 Gas Domiciliario SI NO Cód.. Usuario: Letrina SI NO Pozo Séptico SI NO Otro "Acueducto" SI NO

AFECTACION

A. PERSONAS: Movilidad en Áreas Comunes SI NO Falla en Saneamiento Básico SI NO Puede Procesar Alimentos SI NO
B. BIENES perdida: Vestuario SI NO Muebles SI NO Electrodomésticos SI NO Batería Cocina SI NO
C. BIENES SECTOR ECONOMICO: Perdida SI NO Tipo de Negocio: Vr Perdidas: \$
D. BIENES INMUEBLES: Plantas Afectación: Cubierta SI NO Pisos SI NO Muros Cerramiento SI NO Muros División SI NO
 Numero de Edificaciones Cocina SI NO Unidad Sanitaria SI NO Patio SI NO Fachada SI NO

AFECTACIÓN AGRICOLA

No.	Cultivo	Área / Cantidad	Tipo Afectación	Crédito	Valor	Entidad Crediticia
No. 1	Cultivo	Área / Cantidad	Tipo Afectación	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	\$ <input type="text"/>	
No. 2	Cultivo	Área / Cantidad	Tipo Afectación	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	\$ <input type="text"/>	
No. 3	Cultivo	Área / Cantidad	Tipo Afectación	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	\$ <input type="text"/>	

AFECTACIÓN PECUARIA

No.	Especie	Cantidad / Cabezas	Tipo Afectación	Crédito	Valor	Entidad Crediticia
No. 1	Especie	Cantidad / Cabezas	Tipo Afectación	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	\$ <input type="text"/>	
No. 2	Especie	Cantidad / Cabezas	Tipo Afectación	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	\$ <input type="text"/>	
No. 3	Especie	Cantidad / Cabezas	Tipo Afectación	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	\$ <input type="text"/>	

AHE - AYUDA HUMANITARIA DE EMERGENCIA (Si las Necesita)

AHE - Alimentaria SI NO AHE - Kit de Cocina SI NO AHE - Kit de Aseo SI NO AHE - Subsidio Arriendo SI NO
 AHE - Kit de Hogar SI NO AHE - Albergue Temporal SI NO AHE - Reubicación SI NO AHE-Kit Repa Vivienda SI NO

OBSERVACIONES:

Validación Institucional

Funcionario:	<input type="text"/>	Firma
Cédula:	<input type="text"/>	
Teléfono:	<input type="text"/>	
Entidad:	<input type="text"/>	

Validación Jefe Núcleo Familiar

Jefe Núcleo	<input type="text"/>	Firma
Cédula:	<input type="text"/>	
Teléfono:	<input type="text"/>	
Manifiesto Bajo Juramento que lo aquí registrado es cierto y puede verificarse		