



**REPÚBLICA DE COLOMBIA**  
**REGISTRO ÚNICO DE DAMNIFICADOS**  
**POR LA EMERGENCIA INVERNAL**  
**2010-2011**

Formulario núm.  
**000001**

**AUTORIZACIÓN DEL JEFE(A) DEL HOGAR O DE LA PERSONA QUE BRINDÓ LA INFORMACIÓN**

Yo, \_\_\_\_\_, identificado(a) con cédula de ciudadanía núm. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, autorizo a la entidad que recoja la información de este Registro, para entregarla TODA Y SIN RESTRICCIÓN ALGUNA a las Entidades del Sistema Nacional para la Prevención y Atención de Desastres, y declaro que la información aquí consignada es veraz.

Dirección: \_\_\_\_\_

Departamento: \_\_\_\_\_ Municipio: \_\_\_\_\_

Teléfono(s): \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Nombre(s) y apellidos de una persona que sirva de contacto:

Teléfono(s): \_\_\_\_\_

Firma de la persona que brinda la información

Huella

Nombre(s) y apellido(s) del encuestador:

Entidad a la que pertenece:

Código encuestador:

Código entidad:

Nombre(s) y apellido(s) del supervisor:

Entidad a la que pertenece:

Código supervisor:

Código entidad:

**OBJETIVO:** identificar y caracterizar a la población damnificada por la emergencia invernal generada por el fenómeno de La Niña, con el fin de orientar los proyectos y programas del Gobierno nacional para dicha población, en la fase de reconstrucción de las zonas afectadas.

**ALCANCE:** en el registro se incluirá a las personas que hayan tenido pérdidas, totales o parciales de bienes inmuebles, de actividades agropecuarias, o la desaparición, lesión o muerte de miembros del hogar, a consecuencia directa de la emergencia invernal que afecta a las zonas identificadas por el Sistema Nacional para la Prevención y Atención de Desastres, durante 2010 y 2011.

**INSTRUCCIONES GENERALES:**

- Utilice únicamente ESFERO de tinta NEGRA.
- En los recuadros escriba el código de la opción de respuesta correspondiente.
- Escriba siempre en letra MAYÚSCULA e imprenta.
- No deje preguntas en blanco, salvo aquellas que la instrucción así lo indique.
- Al terminar la entrevista, verifique que el formulario haya quedado COMPLETAMENTE DILIGENCIADO.
- Las preguntas se formularon en pasado o en presente, dependiendo de si el bien se perdió totalmente o no y/o si la persona está viva o no a causa del evento.

**DEFINICIONES:**

**DAMNIFICADOS(AS):** personas que han sufrido grave daño directamente asociado al evento: pérdida parcial o total de bienes (inmuebles, especies pecuarias y cultivos) y/o la desaparición, lesión o muerte de familiares o miembros del hogar.

**BIENES AFECTADOS:** son los bienes inmuebles destruidos, parcial o totalmente, a consecuencia de la emergencia invernal.

**HOGAR:** es una persona o grupo de personas, parientes o no, que ocupan la totalidad o parte de la vivienda; atienden necesidades básicas con cargo a un presupuesto común y, generalmente, comparten las comidas.

**JEFE DE HOGAR:** persona residente habitual del hogar, que es reconocida como tal por los demás miembros del hogar, en razón a su edad, respeto, autoridad o por ser el principal sostén económico del hogar.

**CENTRO POBLADO:** es una concentración de mínimo veinte (20) viviendas contiguas, vecinas o adosadas entre sí, ubicadas en el área rural de un municipio o de un Corregimiento Departamental.

**RESIDENTE HABITUAL:** para este registro, es toda persona que vivía, en el momento del evento, permanentemente o la mayor parte del tiempo en la vivienda, aunque en dicho momento se encontrara ausente temporalmente (no más de seis meses), y no tenía residencia en otra parte.

**A. IDENTIFICACIÓN**

**1. Lugar del registro:**

Departamento: \_\_\_\_\_

Municipio: \_\_\_\_\_

Área: Cabecera municipal   Centro poblado   Nombre: \_\_\_\_\_

Rural disperso

**2. Fecha del registro:**

Día Mes Año

**C. RELACIÓN DE BIENES INMUEBLES AFECTADOS**

**6. ¿Va usted a declarar algún bien inmueble afectado? (marque con una "X")**

Sí   ¿Cuántos?   (continúe) No   (pase al capítulo D)

Relacione independientemente cada uno de los bienes reportados

TIPO DE BIEN	FORMA DE TENENCIA	AFECTACIÓN	UBICACIÓN DE LOS BIENES		SEGUROS			
			Departamento	Municipio				
<b>7. ¿El bien es:</b> 1. Vivienda? 2. Local comercial? 3. Fábrica? 4. Bodega? 5. Finca o parcela? 6. Lote?	<b>8. ¿La forma de tenencia del bien en el momento del evento, era:</b> 1. En ARRIENDO? 2. PROPIO totalmente pagado? 3. PROPIO y lo están pagando? 4. En OTRA CONDICIÓN?	<b>9. ¿Qué tipo de evento afectó el bien:</b> 1. Inundación? 2. Deslizamiento? 3. Avalancha? 4. Vendaval? 5. Otro?	<b>10. A causa del evento, ¿el bien:</b> 1. Se perdió en parte? 2. Se perdió totalmente?	<b>11. ¿En qué municipio está (estaba) ubicado el bien?</b>  Departamento: _____ Municipio: _____	<b>12. ¿El bien está (estaba) en:</b> 1. Cabecera municipal? 2. Centro poblado? 3. Rural disperso?	<b>13. ¿Cuál es (era) la dirección del bien?</b>  Dirección o nombre de la finca: _____ Nombre del barrio, centro poblado o vereda: _____	<b>14. ¿El bien está (estaba) dentro de:</b> 1. Un resguardo indígena? (escriba el nombre) 2. Un territorio colectivo de comunidades negras? (escriba el nombre) 3. Ninguna de las anteriores?  Nombre del resguardo indígena o del territorio colectivo de comunidades negras: _____	<b>15. ¿El bien está asegurado por una compañía de seguros?</b> 1. Sí 2. No 3. No sabe
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**B. DATOS DEL HOGAR**

**3. Lugar de residencia habitual del hogar registrado(a):**

Departamento: \_\_\_\_\_

Municipio: \_\_\_\_\_

Área: Cabecera municipal

Centro poblado

Rural disperso

Nombre: \_\_\_\_\_

**4. ¿El hogar que está registrando está: (marque con "X")**

a. Vinculado a RED JUNTOS? Sí   No

b. Vinculado a FAMILIAS EN ACCIÓN? Sí   No

c. Registrado como DESPLAZADO? Sí   No

**5. Principalmente, ¿qué tipo de evento afectó su hogar: (marque con una "X")**

Inundación?   Deslizamiento?

Avalancha?   Vendaval?

Otro?   ¿Cuál? \_\_\_\_\_

Formulario núm.  
**000001**



Huella

Firma de la persona que brindó la información

Firma del encuestador

REPÚBLICA DE COLOMBIA

**REGISTRO ÚNICO DE DAMNIFICADOS POR LA EMERGENCIA INVERNAL 2010-2011**



Sistema Nacional para la Prevención y Atención de Desastres



**D. RELACIÓN DE PÉRDIDAS AGROPECUARIAS**

16. ¿El hogar tuvo pérdidas agropecuarias? (marque con una "X")

Sí  1

No  2

No sabe  3  (pase al capítulo E)

17. ¿Perdió cultivos? (marque con una "X")

Sí  1  (diligencie el cuadro de cultivos perdidos)

No  2  (pase a 18)

CUADRO DE CULTIVOS PERDIDOS			
Nombre común de los cultivos solos o asociados	Área	Unidad de medida*	Tipo de evento que lo afectó**

\* Unidades de medida: 1. Hectárea, 2. Fanegada o cuadra, 3. Metro cuadrado  
 \*\* Tipos de evento: 1. Inundación, 2. Deslizamiento, 3. Avalancha, 4. Vendaval, 5. Otro

18. ¿Perdió bosques, pastos o rastrojos? (marque con una "X")

Sí  1  (pase a 18.a y/o 18.b)

No  2  (pase a 19)

18.a. CUADRO DE BOSQUES			18.b. CUADRO DE PASTOS Y RASTROJOS		
Área	Unidad de medida*	Tipo de evento que lo afectó**	Área	Unidad de medida*	Tipo de evento que lo afectó**

\* Unidades de medida: 1. Hectárea, 2. Fanegada o cuadra, 3. Metro cuadrado  
 \*\* Tipos de evento: 1. Inundación, 2. Deslizamiento, 3. Avalancha, 4. Vendaval, 5. Otro

19. ¿Perdió ganado, aves de corral o peces? (marque con una "X")

Sí  1  (diligencie el cuadro de ganado, aves de corral y peces perdidos)

No  2  (pase al capítulo E)

CUADRO DE GANADO, AVES DE CORRAL Y PECES PERDIDOS				
	1. Sí	2. No	Cantidad	Tipo de evento que lo afectó*
a. ¿Vacas, toros, búfalos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
b. ¿Caballos, yeguas, mulas, burros?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
c. ¿Cerdos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
d. ¿Ovejas, corderos, cabras, chivos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
e. ¿Pollos, gallos, gallinas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
f. ¿Otras especies menores (pavos, conejos, cuyes, codornices, colmenas)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
g. ¿Cultivo de peces?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
¿Cuál(es) especie(s)?			Área (m²)	

\* Tipos de evento: 1. Inundación, 2. Deslizamiento, 3. Avalancha, 4. Vendaval, 5. Otro

**E. RELACIÓN DE PERSONAS DEL HOGAR (relacione independientemente cada una)**

Núm. de orden	CONFORMACIÓN DEL HOGAR AL MOMENTO DEL EVENTO				RESIDENCIA HABITUAL	DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	SOBREVIVENCIA Y ESTADO DE SALUD	SEXO	EDAD	PARENTESCO	PERTENENCIA ÉTNICA (Escriba el nombre del pueblo indígena)	Para personas vivas o desaparecidas					
	LIMITACIONES PERMANENTES (Si la persona tiene dos o más limitaciones, escriba el código de la que más lo afecta)											EMBARAZO (para mujeres de 10 años o más)	FUERZA DE TRABAJO (para personas de 5 años o más)				
	HOGAR: es una persona o grupo de personas, parientes o no, que ocupan la totalidad o parte de una vivienda; atienden necesidades básicas con cargo a un presupuesto común y, generalmente, comparten las comidas.																
	20. ¿Cuántas personas CONFORMABAN su hogar el día del evento? _____ INCLUYA: a los miembros del hogar aunque en el momento del evento estuvieran ausentes temporalmente (menos de seis meses). A los miembros del hogar que a causa del evento murieron o desaparecieron. A los visitantes que se encontraban en el hogar en el momento del evento. Lístelas comenzando con el (la) jefe(a) cabeza del hogar y continúe con los demás miembros del hogar, de mayor a menor edad. Finalmente liste los visitantes.				21. En el momento del evento, ¿... era residente habitual del hogar? 1. Sí <input type="checkbox"/> 2. No <input type="checkbox"/>	22. ¿Cuál es el documento y número de identificación de ...? 1. Cédula de ciudadanía (la tiene) 2. Cédula de ciudadanía (la perdió) 3. Tarjeta de identidad (la tiene) 4. Tarjeta de identidad (la perdió) 5. Registro civil (lo tiene) 6. Registro civil (lo perdió) 7. Cédula de extranjería (la tiene) 8. Cédula de extranjería (la perdió) 9. Pasaporte (lo tiene) 10. Pasaporte (lo perdió) 11. No ha sacado documento de identidad 12. No sabe	23. A causa del evento, ¿... está: 1. Vivo? 2. Desaparecido? (pase a 25) 3. Muerto? (pase a 25)	24. ¿... se encuentra: 1. No lesionado? 2. Lesionado, pero no hospitalizado? 3. Hospitalizado? 4. No sabe?	25. Sexo 1. Hombre 2. Mujer	26. ¿Cuántos años cumplidos tiene (tenía) ...? Para los menores de un año escriba 00	27. ¿Cuál es (era) el parentesco o relación de ... con el (la) jefe(a) del hogar? 1. Jefe(a) o cabeza del hogar 2. Pareja (cónyuge, compañero(a), esposo(a)) 3. Hijo(a), hijastro(a) 4. Padre, madre, suegro(a) 5. Abuelo(a) 6. Yerno, nuera 7. Nieto(a) 8. Hermano(a), hermanastro(a) 9. Tío(a) 10. Otro pariente 11. Empleado(a) doméstico(a) 12. Otro no pariente	28. ¿De acuerdo con su CULTURA, PUEBLO o RASGOS FÍSICOS, ... ES (ERA) o se RECONOCE (RECONOCÍA) como: 1. Indígena? (escriba el nombre del pueblo) 2. Rrom(lí), gitano(a)? 3. Raizal del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina? 4. Palenquero de San Basilio? 5. Negro(a), mulato(a), afrocolombiano(a) o afrodescendiente? 6. Ninguna de las anteriores?	29. De las siguientes limitaciones permanentes, ¿... presenta alguna que le afecte la realización de actividades diarias: 1. Físicas? (dificultades para moverse, caminar, problemas cardíacos, respiratorios) 2. Mentales? (dificultades para aprender, recordar, relacionarse con los demás) 3. Sensoriales? (dificultades para ver, oír, oler, sentir) 4. Voz y habla? (dificultades para comunicarse) 5. No presenta limitaciones?	30. ¿Está (estaba) ... embarazada? 1. Sí <input type="checkbox"/> 2. No <input type="checkbox"/> 3. No sabe <input type="checkbox"/>	31. PRINCIPALMENTE, ¿a qué actividad se dedicaba ...: 1. A trabajar? 2. Estaba sin trabajo a causa del evento y no estaba buscando trabajo? 3. A buscar trabajo? 4. A estudiar? 5. A realizar oficios del hogar? 6. Estaba incapacitado permanentemente para trabajar? 7. Vive de una jubilación o renta? 8. Estaba en otra situación? 9. No sabe?	Antes del evento	La semana pasada
	APELLIDOS Y NOMBRES Primer apellido      Segundo apellido      Primer nombre      Segundo nombre					Número				Años cumplidos	Nombre del pueblo indígena						
1					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

FORMULARIO DE DISTRIBUCIÓN GRATUITA

