VISITA DOMICILIARIA
VERIFICACIÓN DE CONDICIONES SOCIOECONÓMICAS Y HABITACIONALES DE PERSONAS CON DISCAPCIDAD DEL MUNICIPIO DE CAJICA

OBJETIVO
Verificación de condiciones habitacionales y socioeconomicas de solicitante del subsidio para personas con discapacidad y/o cuidador vulnerable.

Fecha: 29 de Junio de 2022.

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Nombre completo: Cristian Camilo Martinez Barrera Edad: 29
C.C. 1070610767 De: Girardot Fecha de Nacimiento: 01 sept. 1993 Genero: F__ M X
Estado Civil: Soltero. Escolaridad: Bachiller. Ocupación: Hogar.
Dirección: Parques de la Estación. Vereda: La Estación Teléfono: 3134325934.
Sector: Rural: X Urbano: _____ Estrato: 3 Grupo y/o puntaje SISBEN B3
¿Es beneficiario de algún programa social?: Si:___ No: X Cual:_____
¿Tiene pensión por vejez o invalidez? SI___ NO X Cuál: _____

1.1 DATOS DE QUIEN ATENDIO LA VISITA DOMICILIARIA (Si es más de una persona, por favor registrar los datos)

No.	Nombre Completo	Doc. De Identidad
1	Angie Tatiana Escobar Bello.	1070013049
2		
3		

2. COMPOSICIÓN FAMILIAR

Tipo de Familia: Nuclear: ____ Monoparental: ____ Extensa: _____ Ensamblada: X Unipersonal: ____

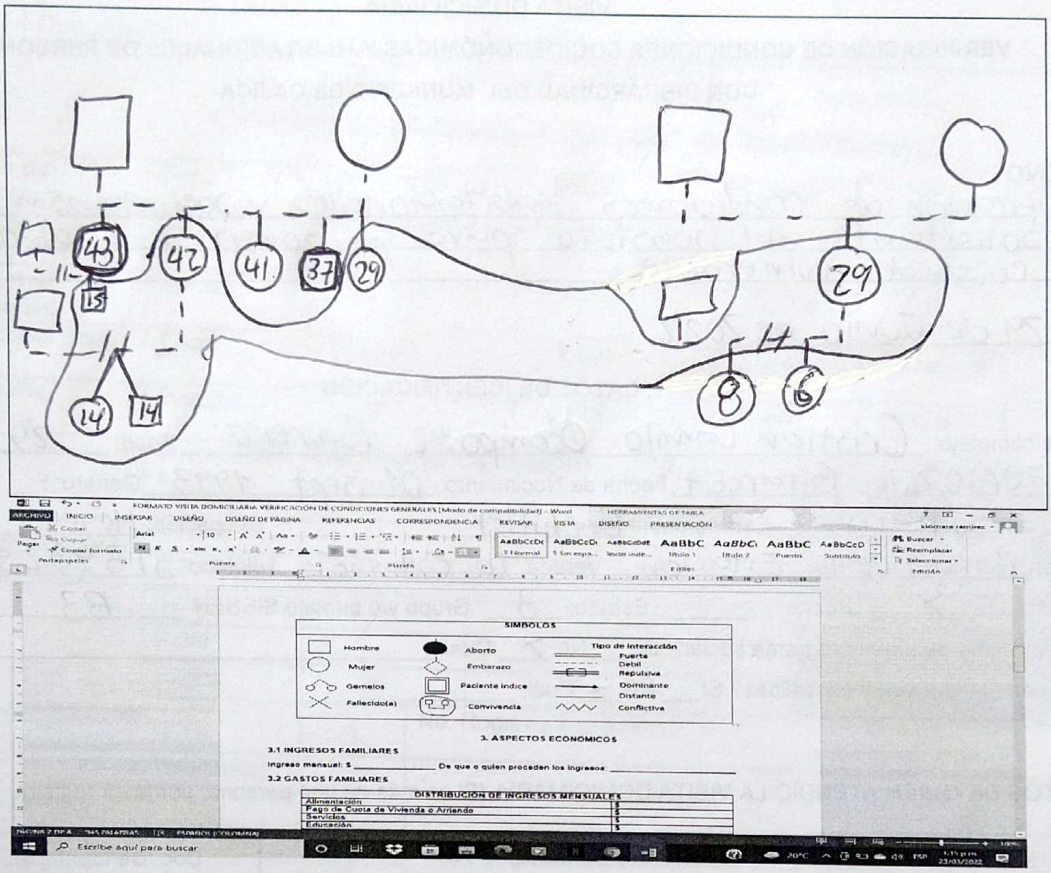
2.1. CARACTERISTICAS DE LA FAMILIA

Escolaridad: (1) Primaria, (2) Bachillerato, (3) Técnico, (4) Tecnólogo, (5) Universitario, (6) Ninguno

No	Nombre Completo	Edad	Parentesco	Estado civil	Escolaridad						Ocupación
					1	2	3	4	5	6	
1	Angie Escobar	29	Hermana tra	Soltera.			X.				Independiente
2	Nini Campos.	49.	Hermana.	Soltera.					X.		Empleada.
3	Juliana Campos.	14.	Sobrino	Soltero		X					Estudiante
4	Samuel Campos.	14	Sobrino	Soltero		X					Estudiante
5	Nicolas Farfán	13	Sobrino	Soltero.		X.					Estudiante.

Escaneado con CamScanner

2.2. DINAMICA FAMILIAR (Genograma)



¿Alguno de los miembros de la familia es desplazado y/o víctima del conflicto armado?
Sí X. No____ ¿Quién?: Angie Tatiana.

¿Pertenecen a un grupo étnico y/o afrodescendiente?
NO.

¿Alguno de los miembros de la familia es beneficiario de algún subsidio monetario?
Si___ No X Cuál: _____

3. ASPECTOS ECONOMICOS

3.1 INGRESOS FAMILIARES

Ingreso mensual: $ 1.600.000 / 600.000. De que o quien proceden los ingresos: Trabajo de Nini. Trabajo de Tatiana.

3.2 GASTOS FAMILIARES

DISTRIBUCIÓN DE INGRESOS MENSUALES	
Alimentación	$ 600.000.
Pago de Cuota de Vivienda o Arriendo	$ 1.100.000
Servicios	$ 120.000.
Educación	$
Transporte	$
Ropa	$
Pago de Deudas	$
Ahorro	$

Escaneado con CamScanner

Otro ¿Cuál?	Gastos medicos. $ 100.000. cuota alimentaria hijas Angie 200.000.

4. VIVIENDA Marque con una (x) La(s) opción(es) que correspondan

Tipo de Vivienda	Casa		Apartamento	X	Cuarto		Choza		Otro, ¿cuál?		
Tenencia	Propia		Arriendo	X	Invasión		Cedida		Otro, ¿cuál?		
Material Paredes	Ladrillo	X	Lamina		Madera		Bareque		Otro, ¿cuál?		
Material Piso	Tierra		Tapete		Baldosa		Cemento	X	Madera		
Material Techo	Plancha	X	Teja		Guadua		Latas		Madera		

	Equipamiento	Independiente	Compartido	No tiene	Adecuado	No Adecuado
DISTRIBUCION ESPACIAL	Cocina	X			✓	
	Comedor	X			✓	
	Sala	X			✓	
	Patio	X			✓	
	Baños	X			✓	

No. Habitaciones	3.	No. Hogares que habitan	
No. Personas por Habitación:		Total, de personas que habitan en la vivienda	6.
Habitación 1	2.		
Habitación 2	1		
Habitación 3	1.		
No. de Baños:	1.		

SERVICIOS PUBLICOS

Obtención de Agua para el consumo	Acueducto	X	Agua de lluvia		Pozo		Rio		Otro, ¿cuál?		
Combustible para cocinar	Gas Natural	X	Gas Propano		Leña		Gasolina		Otro, ¿cuál?		
Eliminación de basuras	Servicio de aseo	X	La entierran		La queman		Otro		¿Cuál?		

Energía eléctrica	X	**Alcantarillado**	X

5. SALUD

5.1 ¿Está afiliado actualmente a una EPS?
Sí X. No____ ¿Cuál?: Sanitas. Subsidiado: X. Contributivo: ____

5.2 ¿Presenta alguna enfermedad?
Sí X. No____ ¿Cuál?: Discapacidad auditiva.

5.3. ¿El solicitante es persona en condición de discapacidad?
Sí X No____

¿Cuál?:
Física X
Mental ___

Escaneado con CamScanner

Intelectual __
Sensorial X.
Múltiple X

Porcentaje de discapacidad Según certificado De discapacidad.	48,00	Grado de la discapacidad	Moderado: ___ Severo: X Profundo: ___
Entidad que expide el certificado: ESE Hospital San Vicente de Paul Nemocón		Observación:	Es dependiente: ___ Movilidad reducida: ___ En estado de cama: ___ Otra ¿Cuál? ___

5.4. ¿El solicitante ejerce el rol de cuidador?
Sí ____ No X.

5.4.1. ¿Usted ha identificado alguno de los siguientes síntomas al ejercer su rol de cuidador?

SINTOMAS FISICOS		SINTOMAS EMOCIONALES		SINTOMAS SOCIALES	
Cansancio continuo		Tristeza, sentimientos de culpa		Desinterés por actividades que antes disfrutaba.	
Aumento o disminución del apetito					
Trastornos del sueño		Irritabilidad, cambios frecuentes de humor o de Estados de ánimo.		Aislamiento familiar y social. Van abandonando las Amistades.	
Dolores musculares, palpitaciones, molestias Digestivas, cefaleas.					
Consumo excesivo de bebidas Con cafeína, alcohol o tabaco.		Dificultad para concentrarse		Tratar a otras personas de la Familia de forma menos Considerada que Habitualmente.	
Abuso de pastillas para dormir u otros medicamentos.		Problemas de memoria			
Abandono de su aspecto físico.					

Observaciones:
Nota: En la sala duerme Cristian y Tatiana en el colchón en el piso.

Firma de quien atiende la visita

Firma del solicitante

Firma del profesional que realiza la visita
T.P. No. _____

Conforme al derecho del Habeas Data reconocido por el artículo 15 de la Constitución Política y desarrollado en la ley 1581 de 2012 y en cumplimiento a lo establecido por el artículo 10 del Decreto 1377 de 2013, la Alcaldía Municipal de Cajicá se permite informar: que a recolectado algunos de sus datos personales en uso de sus facultades legales y que los mismos forman parte de las bases de datos que maneja y/o administra que por este mecanismo le solicitamos autorice a la Alcaldía Municipal de Cajicá continuar con el tratamiento de sus datos personales.

Escaneado con CamScanner