FUNDACIÓN CREINSER			
	VISITA DOMICILIARIA – TRABAJO SOCIAL		
Versión: 01	Código: FC-F-010	Fecha: 08-03-2022	Página: 1 (3)

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: 16 Junio 2022.

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Nombre completo: Thary Michelle. Ramirez de Felipe. Edad: 18.
C.C. 1070004132 De: Cajicá. Fecha de Nacimiento: 19 Feb. 2004 Genero: F X M__
Estado Civil: Soltera. Escolaridad: N-A. Ocupación: Hogar. Terapia UAI.
Dirección: Calle 4B #4-06. Vereda: Centro. Teléfono: 3102153364
Sector: Rural: _____ Urbano: X. Estrato: _____ Grupo y/o puntaje SISBEN B2.
¿Es beneficiario de algún programa social?: Si: X No:___ Cual: UAI
¿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	Beatriz de Felipe.	52.665.995.
2		
3		

2. COMPOSICIÓN FAMILIAR

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

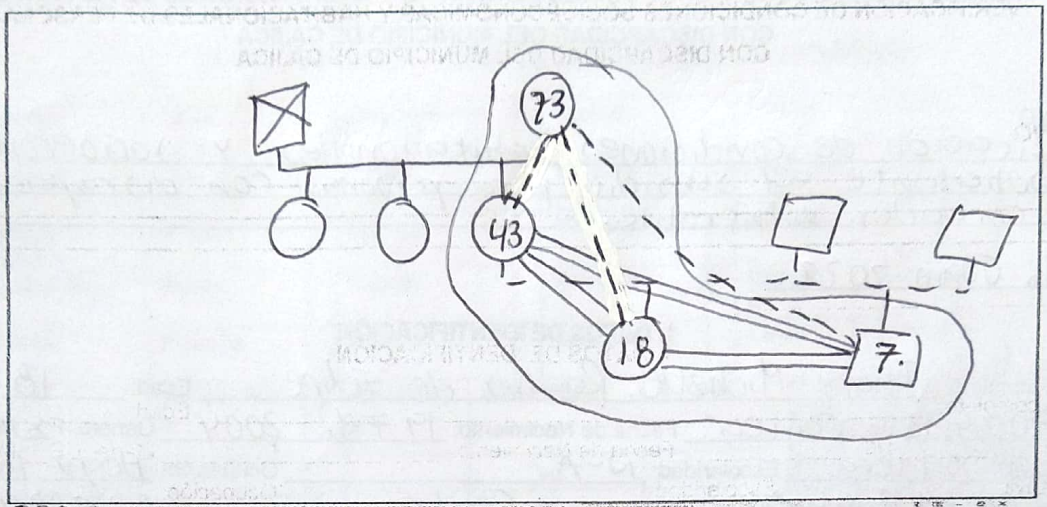
2.1. CARACTERISTICAS DE LA FAMILIA

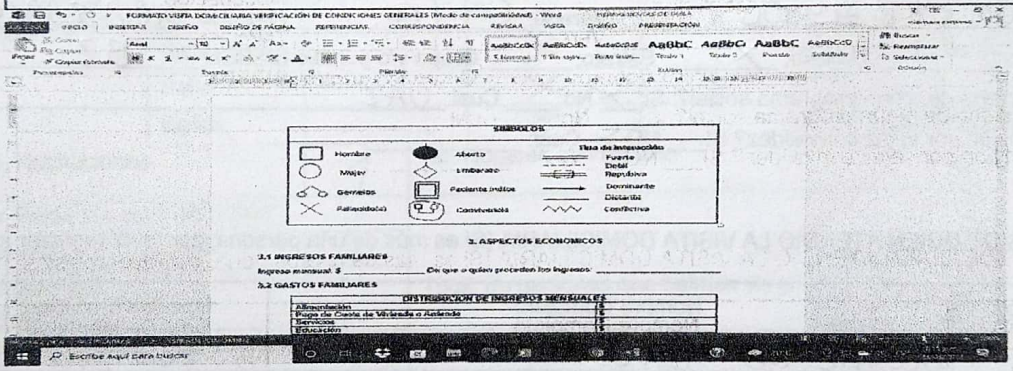
Escolaridad: (1) Primaria, (2) Bachillerato, (3) Técnico, (4) Tecnólogo, (5) Universitario, (6) Ninguno

No	Nombre Completo	Edad	Parentesco	Estado civil	Escolaridad						Ocupación
					1	2	3	4	5	6	
1	Beatriz Castro.	73	Abuela.	Viuda.	X.						Hogar.
2	Beatriz de Felipe.	43.	Madre.	Soltera.		X					Cuidadora
3	Jeronimo Lopez.	7.	Hermano	Soltero.	X						Estudiante
4											
5											

Escaneado con CamScanner

2.2. DINAMICA FAMILIAR (Genograma)





¿Alguno de los miembros de la familia es desplazado y/o víctima del conflicto armado?
Si ____ No X. ¿Quién?: _____

¿Pertenecen a un grupo étnico y/o afrodescendiente?
Ninguno.

¿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: $ 900.000 / 150.000. De que o quien proceden los ingresos: Oficios Varios / cuota alimentaria del padre de Lorina / Sra. Beatriz de Felipe.

3.2 GASTOS FAMILIARES

DISTRIBUCIÓN DE INGRESOS MENSUALES	
Alimentación	$ 300.000
Pago de Cuota de Vivienda o Arriendo	$ 300.000
Servicios	$ 50.000
Educación	$
Transporte	$
Ropa	$
Pago de Deudas	$
Ahorro	$

Escaneado con CamScanner

Otro ¿Cuál?	$ ———

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

Tipo de Vivienda	Casa		Apartamento		Cuarto	X	Choza		Otro, ¿cuál?		
Tenencia	Propia		Arriendo		Invasión	X	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		X	
	Comedor		X		X	
	Sala		X		X	
	Patio		X		X	
	Baños		X		X	

No. Habitaciones	1	No. Hogares que habitan	2
No. Personas por Habitación:		Total, de personas que habitan en la vivienda	4
Habitación 1	3		
Habitación 2	—		
Habitación 3	—		
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		Gas Propano	X	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: ____ Contributivo: __X__ paga por el papa.

5.2 ¿Presenta alguna enfermedad?
Sí __X__ No____ ¿Cuál?: Anomalia cromozomica, incontinencia urinaria microcefalia, paralisis cerebral.

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

¿Cuál?:
Física X
Mental —

Escaneado con CamScanner

Intelectual X
Sensorial __
Múltiple X

Porcentaje de discapacidad Según certificado De discapacidad.	93,02.	Grado de la discapacidad	Moderado: ___ Severo: ___ Profundo: X
Entidad que expide el certificado: ESE Hospital San Vicente de Paul Nemocón.		Observación:	Es dependiente: X. Movilidad reducida: __ En estado de cama: __ Otra ¿Cuál?

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

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	Si	Tristeza, sentimientos de culpa	NO	Desinterés por actividades que antes disfrutaba.	Si
Aumento o disminución del apetito	NO				
Trastornos del sueño	NO	Irritabilidad, cambios frecuentes de humor o de Estados de ánimo.	Si	Aislamiento familiar y social. Van abandonando las Amistades.	Si
Dolores musculares, palpitaciones, molestias Digestivas, cefaleas.	Si				
Consumo excesivo de bebidas Con cafeína, alcohol o tabaco.	NO	Dificultad para concentrarse	NO	Tratar a otras personas de la Familia de forma menos Considerada que Habitualmente.	NO
Abuso de pastillas para dormir u otros medicamentos.	NO	Problemas de memoria	Si		
Abandono de su aspecto físico.	NO				

Observaciones:

Beatriz de Felipe Castro
Firma de quien atiende la visita

Jhary Michelle Ramirez
Firma del solicitante

Cindy Xiomara Ramirez P.
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