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: 28 de Junio de 2022.

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Nombre completo: Abigail Moreno de Pulido Edad: 75
C.C. 21169570 De: Zipaquira Fecha de Nacimiento: 21 Dic 1946 Genero: F X M__
Estado Civil: Casada Escolaridad: 2 Primaria. Ocupación: Hogar-Cuidadora
Dirección: Calle 8 #19a - 22. Vereda: Sta Ines. Teléfono: 3123304424
Sector: Rural: X Urbano: _____ Estrato: 2 Grupo y/o puntaje SISBEN C2.
¿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	Luis Antonio Pulido Rojas.	3267670 Zipa
2		
3		

2. COMPOSICIÓN FAMILIAR

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

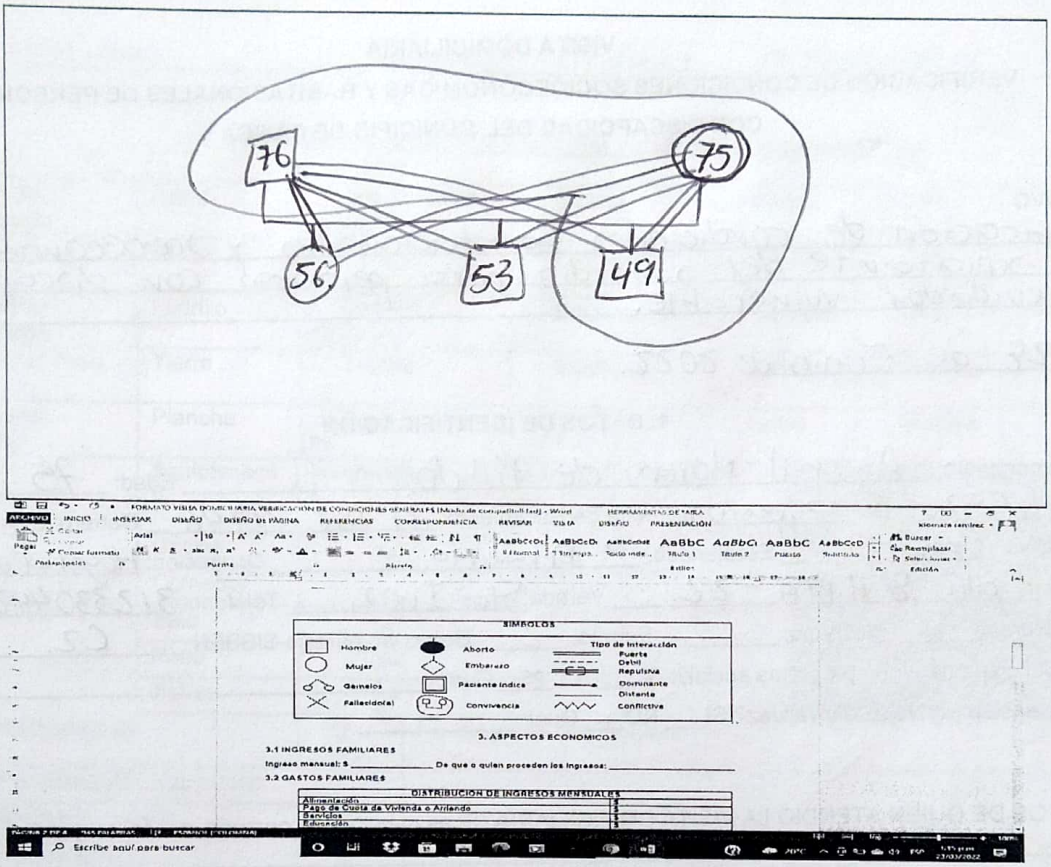
2.1. CARACTERISTICAS DE LA FAMILIA

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	Luis Pulido.	76.	Esposo	Casado	X						Pensionado
2	Humberto Pulido.	49.	Hijo.	Soltero	X						Hogar.
3											
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?
Sí ____ 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: $ 1SMMLV. De que o quien proceden los ingresos: Pensión por vejez.

3.2 GASTOS FAMILIARES

DISTRIBUCIÓN DE INGRESOS MENSUALES	
Alimentación	$ 500.000.
Pago de Cuota de Vivienda o Arriendo	$
Servicios	$ 200.000
Educación	$
Transporte	$
Ropa	$
Pago de Deudas	$
Ahorro	$

Escaneado con CamScanner

Otro ¿Cuál?	Gastos Medicos.	$ 200.000.

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

Tipo de Vivienda	Casa	X	Apartamento		Cuarto		Choza		Otro, ¿cuál?		
Tenencia	Propia	X	Arriendo		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	1
No. Personas por Habitación:		Total, de personas que habitan en la vivienda	3
Habitación 1	2		
Habitación 2	1		
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	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?: Nueva EPS. Subsidiado: ___ Contributivo: X

5.2 ¿Presenta alguna enfermedad?
Sí X No___ ¿Cuál?: HTA, manguito rotador.

5.3. ¿El solicitante es persona en condición de discapacidad?
Sí ___ No X
El hijo Si
¿Cuál?:
Física X
Mental —

Escaneado con CamScanner

Intelectual ✓
Sensorial __
Múltiple ✓.

Porcentaje de discapacidad Según certificado De discapacidad.	80,93	Grado de la discapacidad	Moderado: ___ Severo: ___ 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____

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	NO	Tristeza, sentimientos de culpa	NO	Desinterés por actividades que antes disfrutaba.	Si
Aumento o disminución del apetito	Si				
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.	NO				
Consumo excesivo de bebidas Con cafeína, alcohol o tabaco.	NO	Dificultad para concentrarse	Si	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:

_____
_____
_____
_____

_____
Firma de quien atiende la visita

Abigail Moreno de Pulido
Firma del solicitante

Cindy Xiomara Ramirez R.
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