FUNDACIÓN CREINSER CRECIMIENTO INTEGRAL DEL SER	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.

Fecha: 26 Julio 2022.

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Nombre completo: Nubia Lourdes Castro Castro Edad: 49
C.C. 52623526 De: Cajicá. Fecha de Nacimiento: 08 Junio. 1973. Genero: F X M__
Estado Civil: Soltera. Escolaridad: No recibió. Ocupación: Hogar.
Dirección: Cra3 Este #23-38 Vereda: Rincon Santo Teléfono: 3123388783
Sector: Rural: __X__ Urbano: _____ Estrato: 2 Grupo y/o puntaje SISBEN C13.
¿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	Maria Teresa Castro.	20420603
2		
3		

2. COMPOSICIÓN FAMILIAR

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

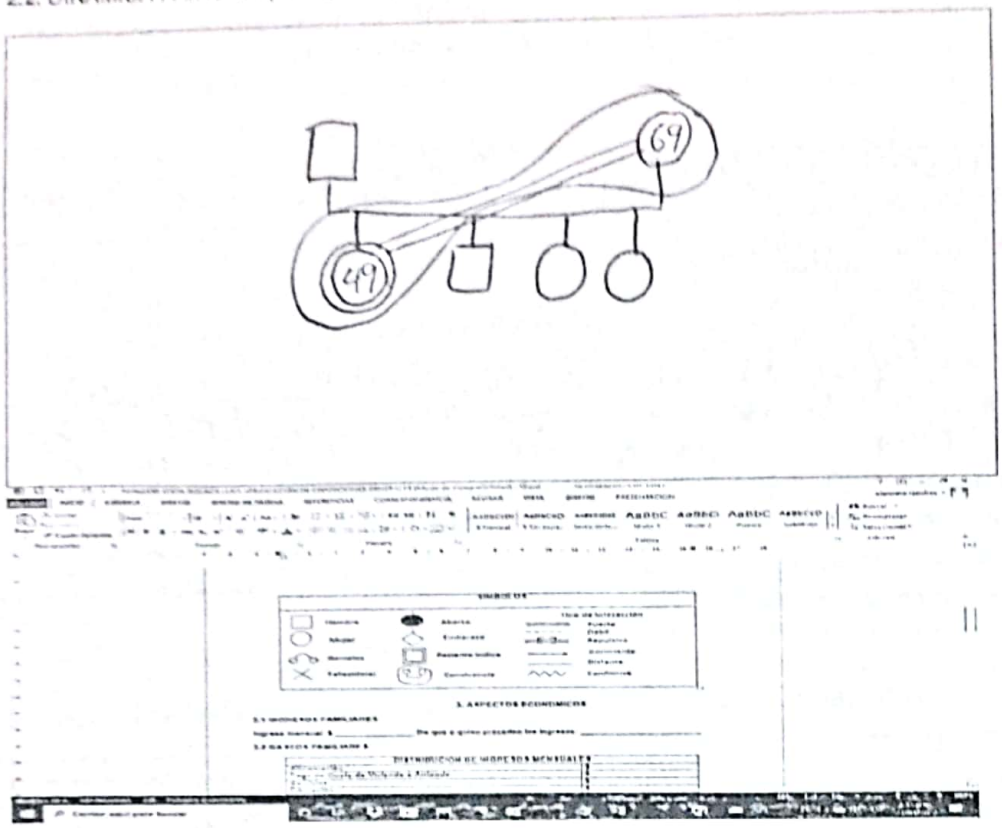
2.1. CARACTERISTICAS DE LA FAMILIA

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	Maria Teresa Castro	69	Madre.	Soltera	X						Pensión y negocio.
2											
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?
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: $ 1 SMLV. De que o quien proceden los ingresos: Pension Sra Maria.

3.2 GASTOS FAMILIARES

DISTRIBUCIÓN DE INGRESOS MENSUALES	
Alimentación	$ 300.000
Pago de Cuota de Vivienda o Arriendo	$
Servicios	$ 500.000
Educación	$
Transporte	$
Ropa	$
Pago de Deudas (prestamo arreglo de vivienda)	$ 450.000
Ahorro	$

Escaneado con CamScanner

Otro ¿Cuál?	$

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	X	Cemento		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	2	No. Hogares que habitan	1
No. Personas por Habitación:		Total, de personas que habitan en la vivienda	2.
Habitación 1	1		
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?: Famisanar. Subsidiado: ____ Contributivo: X.

5.2 ¿Presenta alguna enfermedad?
Sí ____ No X. ¿Cuál?: _____

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.	60,17	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?
SÍ X No___
Lo la mamá

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	Si	Desinterés por actividades que antes disfrutaba.	Si
Aumento o disminución del apetito	Si				
Trastornos del sueño	Si	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:

_____
_____
_____
_____

María Teresa Cortes Agudelo
Firma de quien atiende la visita

Nubia Lucia Castro
Firma del solicitante

Cindy Xiomara Ramirez.
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