FUNDACIÓN CREINSER	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

Verificacion de condiciones habitacionales y socioeconomicas

Fecha: 02 Agosto 2022

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Nombre completo: José David Castiblanco Niño Edad: 26

C.C. 1015460457 De: Bogotá. Fecha de Nacimiento: Feb. 22-1996 Genero: F__ M X

Estado Civil: Soltero. Escolaridad: Bachiller Ocupación: Hogar.

Dirección: Calle 18 #12-39. Vereda: Capellania. Teléfono: 3123332668

Sector: Rural: _____ Urbano: X Estrato: 3 Grupo y/o puntaje SISBEN B4

¿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	Alcira Niño Molano	51579358
2	Angelica Castiblanco	
3		

2. COMPOSICIÓN FAMILIAR

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

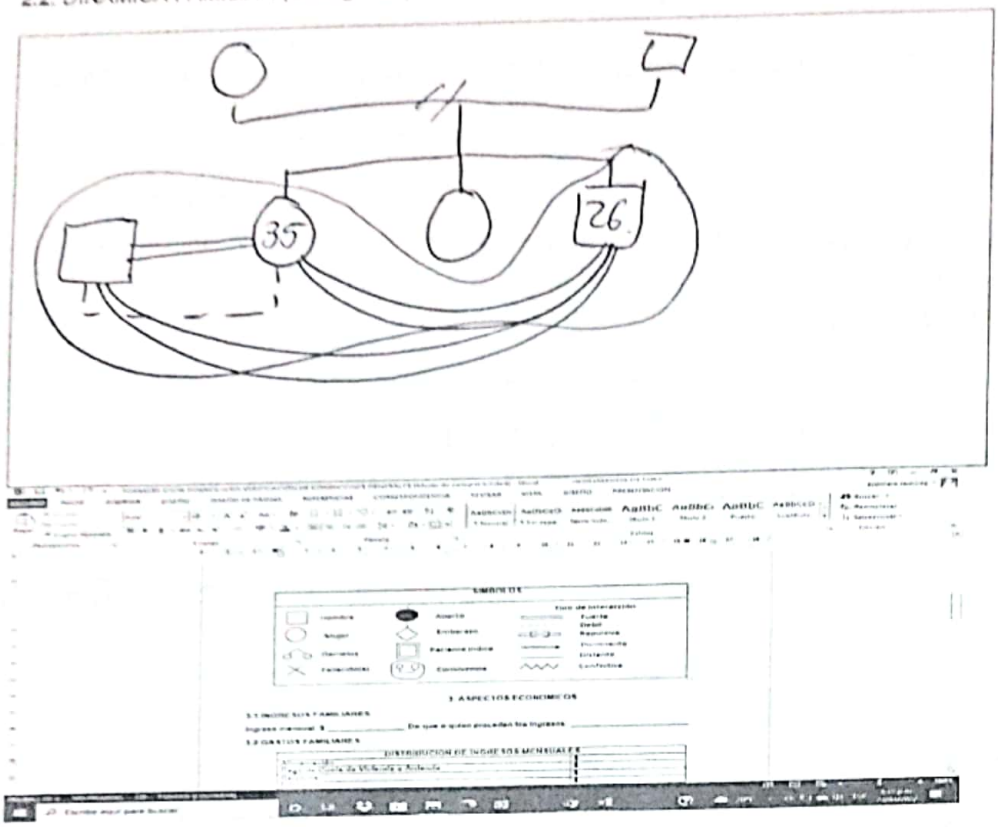
2.1. CARACTERISTICAS DE LA FAMILIA

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	Angelica Castiblanco	35	Hermana	Union Libre			X		X		Estudiante- Empleada
2	Hernan Montealegre	42	Cuñado	Union Libre			X		X		Estudiante- Empleado
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: $ 2.500.000 De que o quien proceden los ingresos: Trabajo de la hermana y el cuñado.

3.2 GASTOS FAMILIARES

DISTRIBUCIÓN DE INGRESOS MENSUALES	
Alimentación	$ 300.000
Pago de Cuota de Vivienda o Arriendo	$ 1800.000
Servicios	$ 180.000
Educación	$
Transporte	$ 500.000
Ropa	$ —
Pago de Deudas	$ 600.000
Ahorro	$ —

Escaneado con CamScanner

Otro ¿Cuál?	Gastos de David.	$500.000

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

Tipo de Vivienda	Casa	X	Apartamento		Cuarto		Choza		Otro, ¿cuál?		
Tenencia	Propia		Arriendo		Invasión	X	Cedida		Otro, ¿cuál?		
Material Paredes	Ladrillo		Lamina	X	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	1		
Habitación 2	2		
Habitación 3	—		
No. de Baños:	3		

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 X No____ ¿Cuál?: _____

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

¿Cuál?:
Física __
Mental __

Escaneado con CamScanner

Intelectual X
Sensorial ___
Multiple ___

Porcentaje de discapacidad Según certificado De discapacidad	22,01	Grado de la discapacidad	Moderado X Severo ___ Profundo ___
Entidad que expide el certificado Subred integrada de Servicios de Salud Norte ESE		Observación	Es dependiente ___ Movilidad reducida ___ En estado de cama ___ Otra ¿Cuál?

5.4. ¿El solicitante ejerce el rol de cuidador?
SI ____ 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, cefalneas					
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:

Angélica Castellanos M.
Firma de Quien atiende la visita

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