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: Hermes Moreno Jimenez Edad: 52

C.C. 79187650 De: Cajicá. Fecha de Nacimiento: 7 Feb 1970 Genero: F__ M X

Estado Civil: Soltero Escolaridad: 3 primaria. Ocupación: Hogar

Dirección: Cra 12 # 20-160 Vereda: Capellania Teléfono: 310 2261145

Sector: Rural: _____ Urbano: X. 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	Ana Lucia Moreno	
2		
3		

2. COMPOSICIÓN FAMILIAR

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

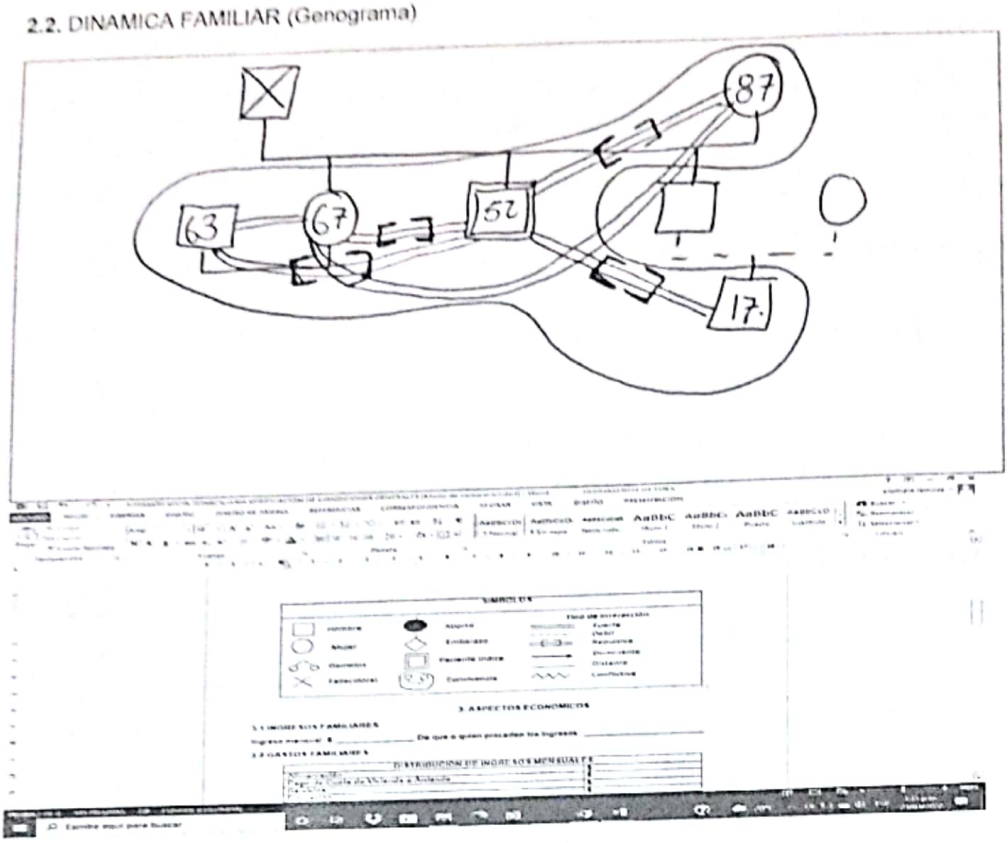
2.1. CARACTERISTICAS DE LA FAMILIA

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	Ana Elvia Jimenez	87	Madre	Viuda	X						Hogar.
2	Lucia Moreno	67	Hermana	Casada		X					Hogar.
3	Hector Parra	63	Cuñado	Casado	X						Hogar - Pensión.
4	Fabian Parra	17	Sobrino	Soltero		X					Estudiante.
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: $ 1SMMLV. De que o quien proceden los ingresos: Pension del Sr. Hector. Ayuda de un Hermano

3.2 GASTOS FAMILIARES

DISTRIBUCIÓN DE INGRESOS MENSUALES	
Alimentación	$ 900.000
Pago de Cuota de Vivienda o Arriendo	$
Servicios	$ 350.000
Educación	$
Transporte	$
Ropa	$
Pago de Deudas	$
Ahorro	$

Escaneado con CamScanner

Otro ¿Cuál? Medicamentos flíc. | $ 100.000

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?	Flior.	
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	4.	No. Hogares que habitan	1
No. Personas por Habitación:		Total, de personas que habitan en la vivienda	5.
Habitación 1	1		
Habitación 2	2.		
Habitación 3 Fabian I.	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		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?: Convida. Subsidiado: X Contributivo: ____

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 X

Escaneado con CamScanner

Intelectual __
Sensorial __
Multiple __

Porcentaje de discapacidad Según certificado De discapacidad	65.21	Grado de la discapacidad	Moderado: ___ Severo: ___ Profundo: X
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?
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, 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:

Ana Lucía Moreno J
Firma de quien atiende la visita

Humma Macanyo
Firma del solicitante

Cindy Ximena 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