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: Alba Marina Cristancho Prieto. Edad: 56
C.C. 20422636 De: Cajicá. Fecha de Nacimiento: 28 Julio 1966 Genero: F X M__
Estado Civil: Soltera. Escolaridad: Bachiller. Ocupación: Hogar-Cuidadora.
Dirección: El Misterio Calle 11#1-51 Vereda: El Misterio Teléfono: 3123331770
Sector: Rural: _____ Urbano: X Estrato: 2 Grupo y/o puntaje SISBEN _____
¿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		
2		
3		

2. COMPOSICIÓN FAMILIAR

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

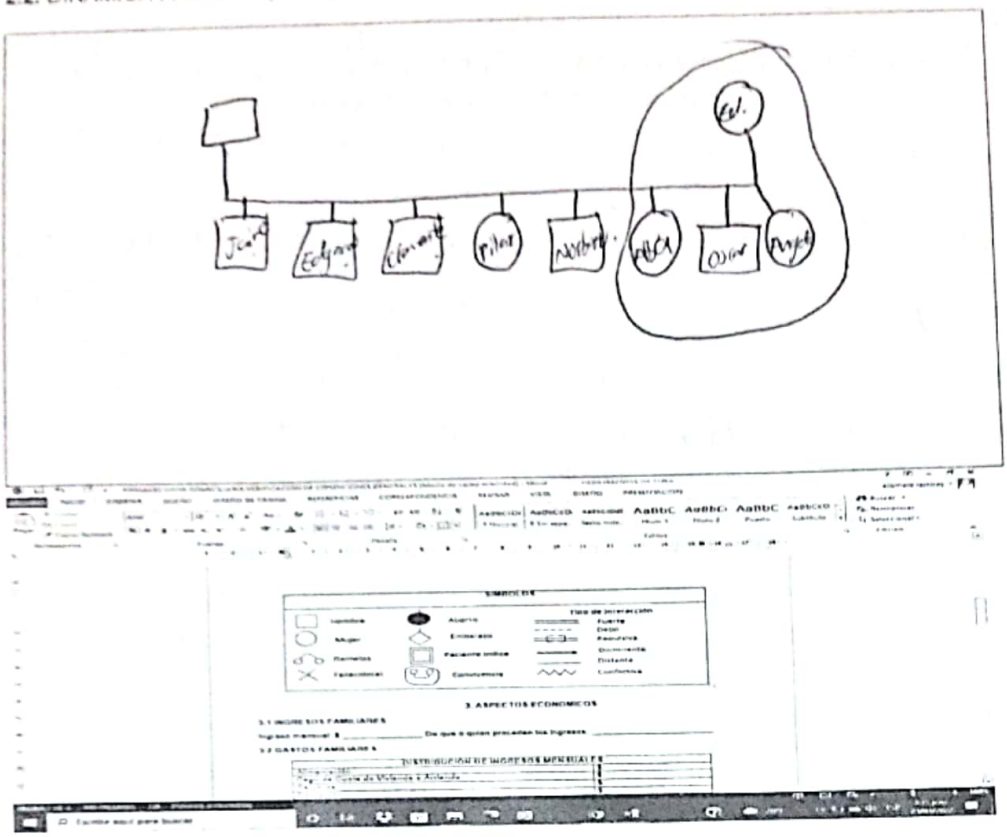
2.1. CARACTERISTICAS DE LA FAMILIA

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	Eudoxia Pietro J.	87.	Madre	Viuda.		X					Hogar.
2	Angela Cristancho	45.	Hermana	Soltera.		X					Desempleada.
3	Oscar A Cristancho	49	Hermano.	Soltero							Discapacitado.
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: $ _____ De que o quien proceden los ingresos: Apoyo economico del hermano

3.2 GASTOS FAMILIARES

DISTRIBUCIÓN DE INGRESOS MENSUALES	
Alimentación	$ Apoyo economico del hermano
Pago de Cuota de Vivienda o Arriendo	$
Servicios (financiado a plazos)	$
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	X	Apartamento		Cuarto		Choza		Otro, ¿cuál?		
Tenencia	Propia	X	Arriendo		Invasión		Cedida		Otro, ¿cuál?	Familiar	
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	2.	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?: Convida. Subsidiado: X Contributivo: ____

5.2 ¿Presenta alguna enfermedad?
Sí X No____ ¿Cuál?: No diagnosticado + Problemas de columna.

5.3. ¿El solicitante es persona en condición de discapacidad?
Sí ____ No X
a hermano
¿Cuál?:
Física X
Mental —

Escaneado con CamScanner

Intelectual __
Sensorial __
Múltiple __

Porcentaje de discapacidad Según certificado De discapacidad	83,13	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: X. Otra ¿Cuál?

5.4. ¿El solicitante ejerce el rol de cuidador?
Sí X 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	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	Si	Tratar a otras personas de la Familia de forma menos Considerada que Habitualmente.	Si
Abuso de pastillas para dormir u otros medicamentos.	NO	Problemas de memoria	NO		
Abandono de su aspecto físico.	NO				

Observaciones:

Firma de quien atiende la visita

EMOP
Firma del solicitante

Cindy Xiomara Saavedra V.
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