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

Verificación de condiciones habitacionales y socioeconomicas de solicitante del subsidio.

Fecha: 9 Agosto 2022.

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Nombre completo: Bibiana Stella Medina Nieto Edad: 39.

C.C. 39804061 De: Cajicá. Fecha de Nacimiento: 22 Mayo 1983 Genero: F X M__

Estado Civil: Soltera. Escolaridad: Bachiller. Ocupación: Hogar-Cuidadora

Dirección: Calle 2 # 2-13 Vereda: Centro Teléfono: 3115928638

Sector: Rural: _____ Urbano: X. Estrato: 2 Grupo y/o puntaje SISBEN C9

¿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 Stella Nieto de Medina	20420481
2		
3		

2. COMPOSICIÓN FAMILIAR

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

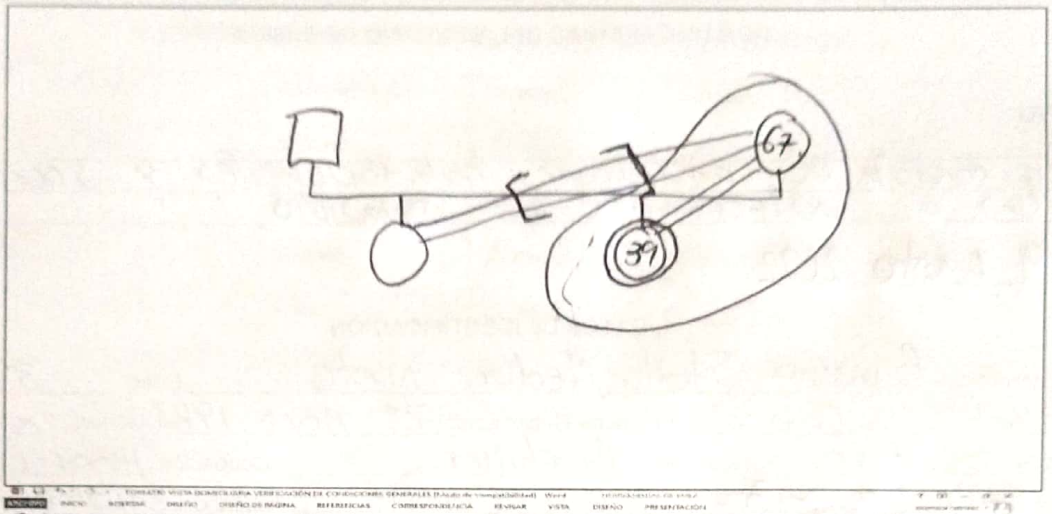
2.1. CARACTERISTICAS DE LA FAMILIA

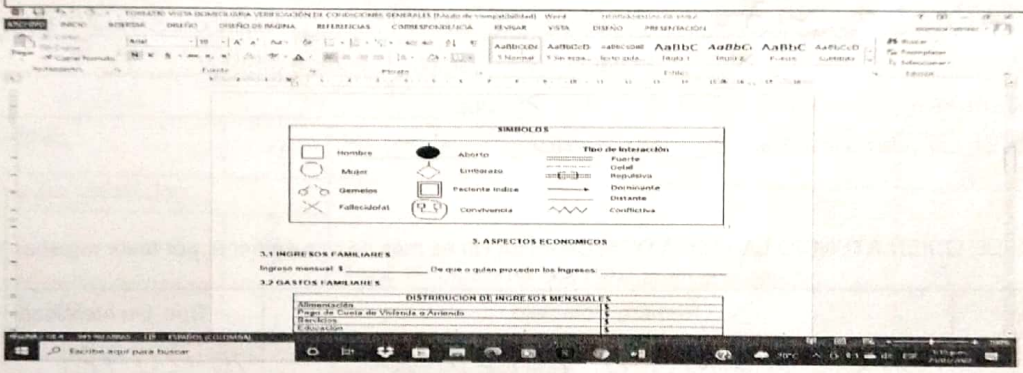
Escolaridad: (1) Primaria, (2) Bachillerato, (3) Técnico, (4) Tecnólogo, (5) Universitario, (6) Ninguno

No	Nombre Completo	Edad	Parentesco	Estado civil	Escolaridad						Ocupación
					1	2	3	4	5	6	
1	Maria Nieto de M.	67.	Madre.	Soltera.		X	X				Hogar.
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?
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: $ 850.000. De que o quien proceden los ingresos: Arriendo de local.

3.2 GASTOS FAMILIARES

DISTRIBUCIÓN DE INGRESOS MENSUALES	
Alimentación	$ 500.000.
Pago de Cuota de Vivienda o Arriendo	$ ———
Servicios	$ 300.000.
Educación	$
Transporte	$ 60.000.
Ropa	$
Pago de Deudas	$
Ahorro	$

Escaneado con CamScanner

Otro ¿Cuál?	Pipeta Gas.	$ 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?		
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	1.	No. Hogares que habitan	1
No. Personas por Habitación:		Total, de personas que habitan en la vivienda	2.
Habitación 1	2.		
Habitación 2	—		
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		Gas Propano	X	Leña		Gasolina		Otro, ¿cuál?		
Eliminación de basuras	Servicio de aseo	X	La entierran	X	La queman		Otro		¿Cuál?		

Energía eléctrica	X	**Alcantarillado**	X

5. SALUD

5.1 ¿Está afiliado actualmente a una EPS?
Sí X No___ ¿Cuál?: Ecoopsos. Subsidiado: X. Contributivo: ____

5.2 ¿Presenta alguna enfermedad?
Sí X. No___ ¿Cuál?: Cancer exocervix. (Controles)

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

Escaneado con CamScanner

Intelectual __
Sensorial __
Múltiple __

Porcentaje de discapacidad Según certificado De discapacidad.	69.44.	Grado de la discapacidad	Moderado: ____ Severo: ____ Profundo: X
Entidad que expide el certificado:		Observación:	Es dependiente: __ Movilidad reducida: __ En estado de cama: __ Otra ¿Cuál?
ESE Hospital San Vicente de Paul Nemocón.			

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	✓	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.	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	✓		
Abandono de su aspecto físico.	NO				

Observaciones:

Firma de quien atiende la visita

Bibiana Medina N.
Firma del solicitante

Cindy Xiomara Ramirez P.
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