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 de solicitante de subsidio

Fecha: 16 Agosto 2022.

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Nombre completo: Ceila Jimenez. Edad: 48

C.C. 52177585 De: Bogotá. Fecha de Nacimiento: 22 Junio 1974. Genero: F X M__

Estado Civil: Casada. Escolaridad: 6 Bachillerato. Ocupación: Hogar.

Dirección: Calle 3 sur #A-15-700 Vereda: La Palma. Teléfono: 3208008282.

Sector: Rural: X Urbano: _____ Estrato: 2 Grupo y/o puntaje SISBEN A3

¿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: ____

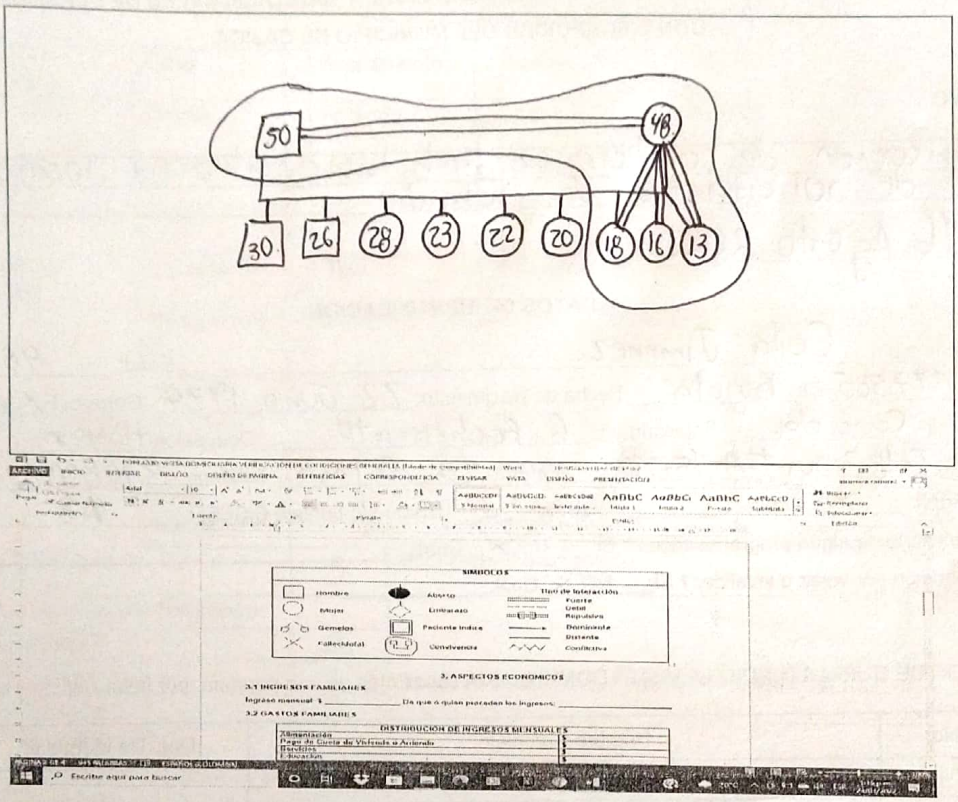
2.1. CARACTERISTICAS DE LA FAMILIA

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	Exelino Riaño.	50.	Esposo.	Casado.	X						Empleado.
2	Paula Riaño.	18	Hija.	Soltera.					X		Estudiante.
3	Johan Riaño.	13	Hijo.	Soltero.		X					Estudiante
4	Juan Sebastian Riaño	16.	Hijo.	Soltero			Preescolar				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?
Sí ____ No__X__ ¿Quién?: Ninguno

¿Pertenecen a un grupo étnico y/o afrodescendiente?
Ninguno

¿Alguno de los miembros de la familia es beneficiario de algún subsidio monetario?
Si__X__ No___ Cuál: Un hijo menor, familias en acción.

3. ASPECTOS ECONOMICOS

3.1 INGRESOS FAMILIARES

Ingreso mensual: $ 1 SMMLV. De que o quien proceden los ingresos: Trabajo de esposo.

3.2 GASTOS FAMILIARES

DISTRIBUCIÓN DE INGRESOS MENSUALES	
Alimentación	$ 600.000.
Pago de Cuota de Vivienda o Arriendo Cuota.	$ 700.000.
Servicios	$ 150.000
Educación	$
Transporte	$
Ropa	$
Pago de Deudas	$
Ahorro	$

Escaneado con CamScanner

Otro ¿Cuál?	Gastos medicos	$200.000.

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	X	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				
	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	5.
Habitación 1	2.		
Habitación 2	2.		
Habitación 3	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	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?: Salud total. Subsidiado: ___ Contributivo: X.

5.2 ¿Presenta alguna enfermedad?
Sí X. No___ ¿Cuál?: artritis - enfermedad lumbar.

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

Escaneado con CamScanner

Intelectual X.
Sensorial __
Múltiple __

Porcentaje de discapacidad Según certificado De discapacidad.	54,41.	Grado de la discapacidad	Moderado: ____ Severo: ____ Profundo: X
Entidad que expide el certificado: ESE Hospital San Antonio de Chía.		Observación:	Es dependiente: __ Movilidad reducida: __ En estado de cama: __ 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 X	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 X	Aislamiento familiar y social. Van abandonando las Amistades.	NO
Dolores musculares, palpitaciones, molestias Digestivas, cefaleas.	Si				
Consumo excesivo de bebidas Con cafeína, alcohol o tabaco.	Si	Dificultad para concentrarse	Si X	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 X		
Abandono de su aspecto físico.	Si				

Observaciones:

Firma de quien atiende la visita

Ceila Jimenez
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