| 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: 16 Agosto 2022.

## 1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Nombre completo: Jose Joaquin Estupiñan Forero Edad: 43

C.C. 2969098 De: Cajicá. Fecha de Nacimiento: 14 Feb. 1979 Genero: F__ M X

Estado Civil: Union Libre. Escolaridad: Bachiller. Ocupación: Hogar

Dirección: Calle 4 #0-13 Vereda: La Estación Teléfono: 3107645994.

Sector: Rural: _____ Urbano: X Estrato: 3 Grupo y/o puntaje SISBEN C4

¿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: ____

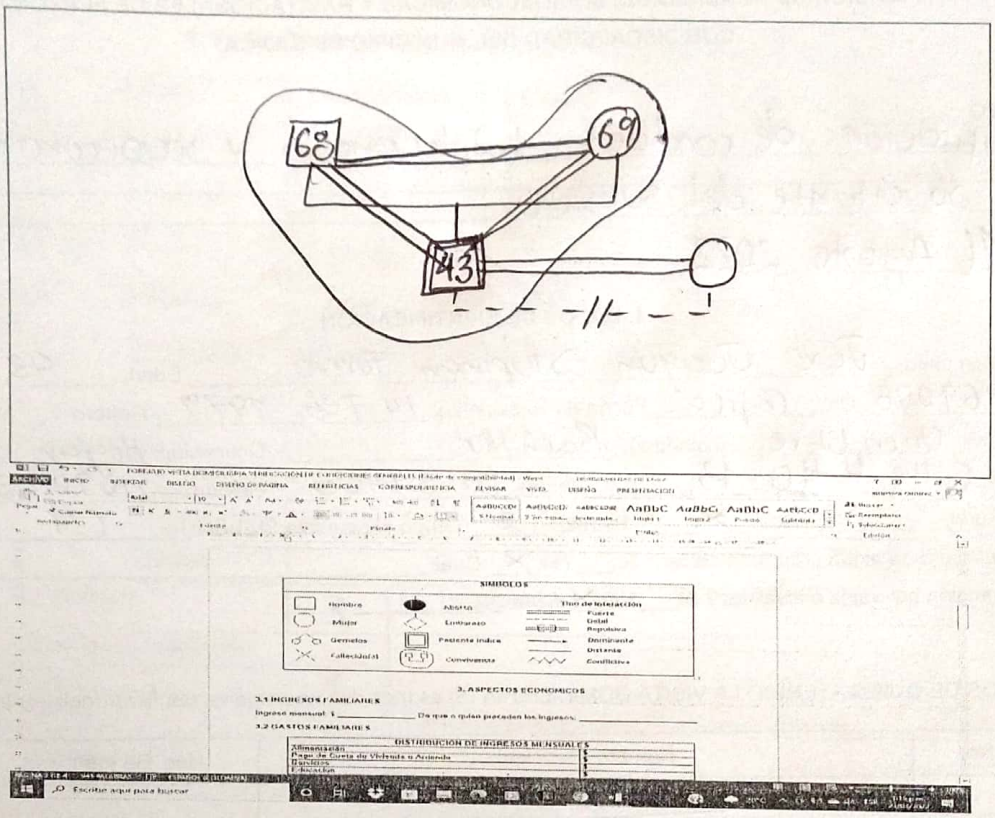
### 2.1. CARACTERISTICAS DE LA FAMILIA

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 | Joaquin Estupiñan | 68 | Padre | Casado | X | | | | | | Hogar. |
| 2 | Maria Forero. | 69. | Madre. | Casada. | X | | | | | | Hogar. |
| 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: $ 1 SMMLV. De que o quien proceden los ingresos: Pensión del Padre de Joaquin.

### 3.2 GASTOS FAMILIARES

| DISTRIBUCIÓN DE INGRESOS MENSUALES | |
|---|---|
| Alimentación | $ 700.000 |
| Pago de Cuota de Vivienda o Arriendo | $ ——— |
| Servicios | $ 300.000 |
| Educación | $ |
| Transporte | $ |
| Ropa | $ |
| Pago de Deudas | $ |
| Ahorro | $ |

Escaneado con CamScanner

| Otro ¿Cuál? | Gastos pañales. | $ 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 | | | | |
| | 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: | 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?: Famisanar. Subsidiado: ____ Contributivo: _____

**5.2** ¿Presenta alguna enfermedad?
Sí X. No____ ¿Cuál?: Diabetes, dificultad renal / Dialisis.

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

¿Cuál?:
Física X
Mental X

Escaneado con CamScanner

Intelectual __
Sensorial X visual.
Múltiple X

| | | | |
|---|---|---|---|
| Porcentaje de discapacidad Según certificado De discapacidad. | 51,25 | Grado de la discapacidad | Moderado: ____ Severo: ____ Profundo: X |
| Entidad que expide el certificado: EPS 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?
Sí ____ 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:**

Firma de quien atiende la visita

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