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 del subsidio.

Fecha: 23 Agosto 2022

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Nombre completo: Dayana Valentina Arias Triviño. Edad: 19
C.C. 1003527029 De: Cajicá. Fecha de Nacimiento: 24-07-2003 Genero: F X M__
Estado Civil: Soltera. Escolaridad: Bachiller. Ocupación: Hogar.
Dirección: Carrera 1 #13-296 Vereda: Rio Grande. Teléfono: 3202045646.
Sector: Rural: X Urbano: _____ Estrato: 1. Grupo y/o puntaje SISBEN A4.
¿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: ____ Monoparental: ____ Extensa: X Ensamblada: ____ Unipersonal: ____

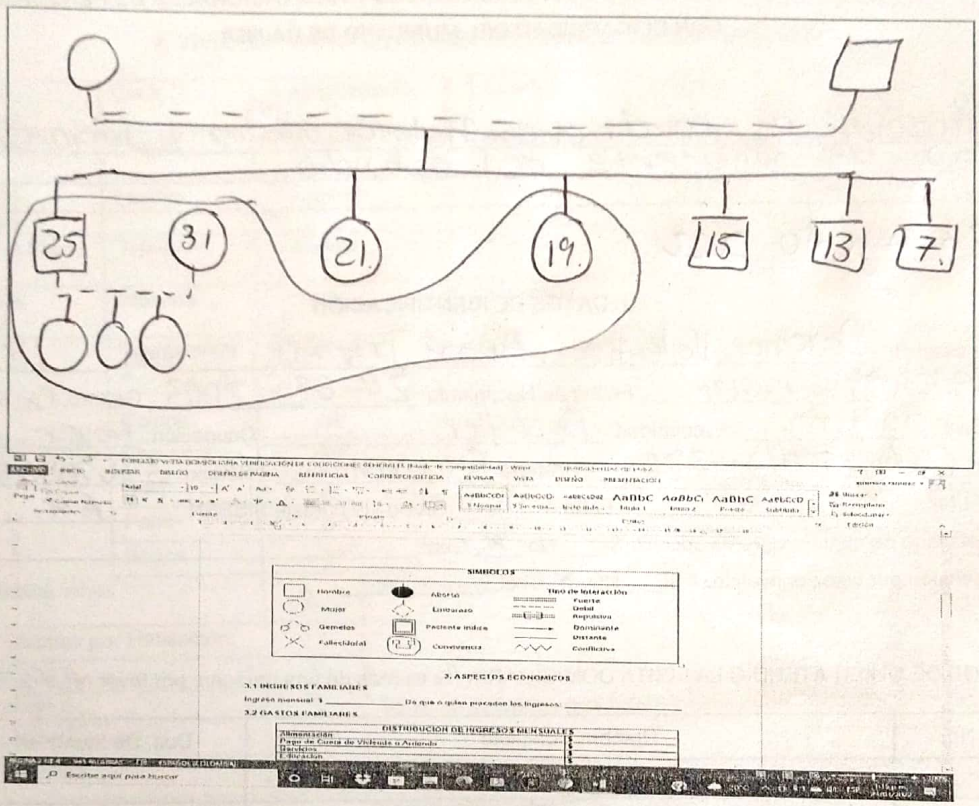
2.1. CARACTERISTICAS DE LA FAMILIA

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	Cristian Arias.	25.	Hermano	Union Libre	X						Independiente.
2	Sandra Peña L.	31.	Cuñada.	Union Libre					X		Hogar
3	Mariana Arias.	3.	Sobrina	Soltera.							Hogar.
4	Juana Arias.	2.	Sobrina	Soltera							Hogar
5	Angela Arias.	1.	Sobrina.	Soltera.							Hogar.

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: $ 1SMMLV. De que o quien proceden los ingresos: Trabajo del hermano

3.2 GASTOS FAMILIARES

DISTRIBUCIÓN DE INGRESOS MENSUALES	
Alimentación	$ Cubierto por el hermano
Pago de Cuota de Vivienda o Arriendo	$ NO
Servicios	$ Cubierto por el hermano
Educación	$ ____
Transporte	$ ____
Ropa	$ ____
Pago de Deudas	$ ____
Ahorro	$ ____

Escaneado con CamScanner

Otro ¿Cuál? Gastos medicos y personales $100.000 de Dayana.

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		Invasión		Cedida		Otro, ¿cuál?	Viven con permiso de los abuelos.	
Material Paredes	Ladrillo	X	Lamina		Madera		Bareque		Otro, ¿cuál?		
Material Piso	Tierra		Tapete		Baldosa		Cemento	X	Madera		
Material Techo	Plancha		Teja	X	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	2
No. Personas por Habitación:		Total, de personas que habitan en la vivienda	6.
Habitación 1	3		
Habitación 2	3		
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		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?: _____

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

¿Cuál?:
Física X
Mental —

Escaneado con CamScanner

Intelectual __
Sensorial __
Múltiple __

Porcentaje de discapacidad Según certificado De discapacidad.	64,44.	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?
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

Dayana Valentina
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