| 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: 22 Agosto 2022.

## 1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Nombre completo: Jose Maria Martinez Torres. Edad: 59.
C.C. 1070015 499 De: Cajicá. Fecha de Nacimiento: 25 oct. 1963 Genero: F__ M X
Estado Civil: Soltero. Escolaridad: No refiere Ocupación: Hogar- oficios V.
Dirección: Cerca a Quintas de Monteprado Vereda: Chuntame Firoma Teléfono: 318575 3348-3204562285
Sector: Rural: X Urbano: _____ Estrato: 1 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 | Claudia Helena Gonzalez. | 31535 076 |
| 2 | | |
| 3 | | |

## 2. COMPOSICIÓN FAMILIAR

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

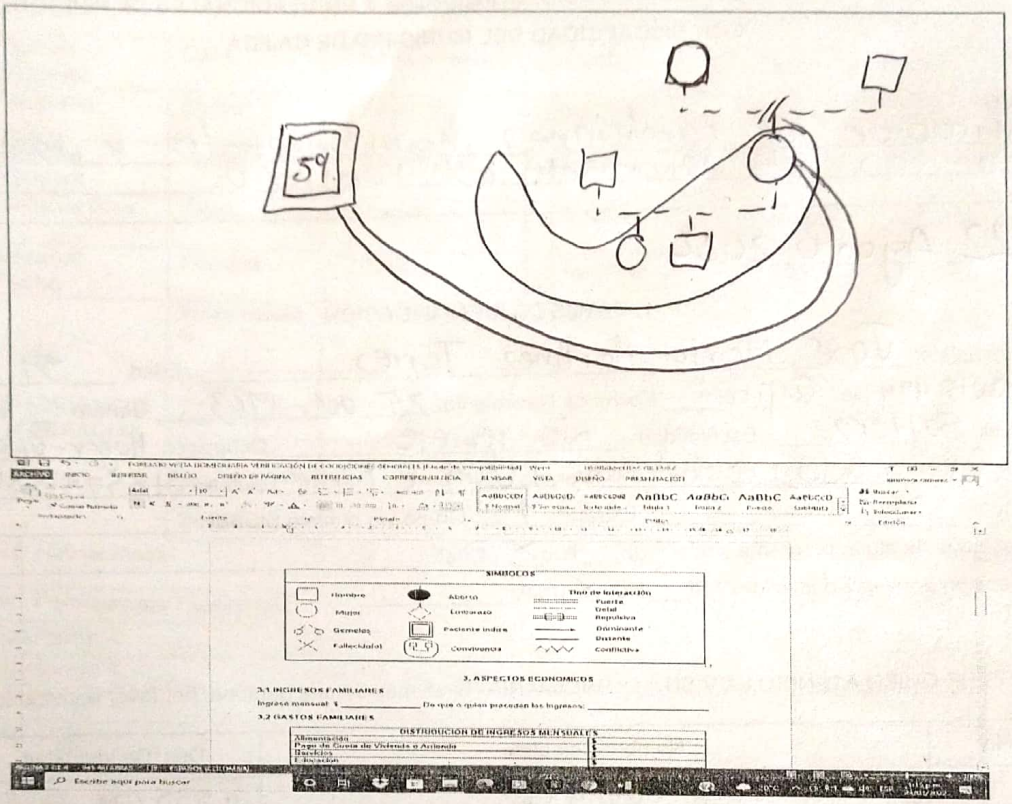
**2.1.** CARACTERISTICAS DE LA FAMILIA

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 | | | | | | | | | | | |
| 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: $ 50.000. 50.000 De que o quien proceden los ingresos: Pago por oficios varios ayuda del patron.

### 3.2 GASTOS FAMILIARES

| DISTRIBUCIÓN DE INGRESOS MENSUALES | |
|---|---|
| Alimentación | $ Brindado x comunidad. |
| Pago de Cuota de Vivienda o Arriendo | $ |
| Servicios | $ |
| 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 | | Apartamento | | Cuarto | | Choza | X | Otro, ¿cuál? | | |
| Tenencia | Propia | | Arriendo | | Invasión | | Cedida | | Otro, ¿cuál? | vive con permiso | |
| 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 | | |
| | Comedor | | | X | | |
| | Sala | | | X | | |
| | Patio | | | X | | |
| | Baños | | | X | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| No. Habitaciones | 1 | No. Hogares que habitan | 1 |
| No. Personas por Habitación: | | Total, de personas que habitan en la vivienda | 1 |
| Habitación 1 | — | | |
| Habitación 2 | — | | |
| Habitación 3 | — | | |
| No. de Baños: | — | | |

**SERVICIOS PUBLICOS**

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Obtención de Agua para el consumo | Acueducto | | Agua de lluvia | | Pozo | | Rio | | Otro, ¿cuál? | No cuenta con servicios | |
| Combustible para cocinar | Gas Natural | | Gas Propano | | Leña | | Gasolina | | Otro, ¿cuál? | Publicos. | |
| Eliminación de basuras | Servicio de aseo | | La entierran | | La queman | | Otro | | ¿Cuál? | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Energía eléctrica | ✓ | Alcantarillado | |

**5. SALUD**

**5.1** ¿Está afiliado actualmente a una EPS?
Sí X No____ ¿Cuál?: Convida. Subsidiado: X Contributivo: ____

**5.2** ¿Presenta alguna enfermedad?
Sí ____ No X ¿Cuál?: _____

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

¿Cuál?:
Física —
Mental —

Escaneado con CamScanner

Intelectual __
Sensorial X + Auditiva.
Múltiple __

| | | | |
|---|---|---|---|
| Porcentaje de discapacidad Según certificado De discapacidad. | 64,86. | Grado de la discapacidad | Moderado: ___ Severo: ___ Profundo: X |
| Entidad que expide el certificado: EDE Hospital San Vicente de Paul. Nemocón. | | Observación: | Es dependiente: X. 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:**
El señor José María. solo cuenta con apoyo de la comunidad.

Claudia Elena Gonzalez
Firma de quien atiende la visita

José María Martínez Torres
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