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 para subsidio.

Fecha: 24 Agosto 2022.

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Nombre completo: Magda Yurany Forero Bello. Edad: 30.
C.C. 1070011993 De: Cajicá. Fecha de Nacimiento: 1 Julio 1992. Genero: F X M__
Estado Civil: Soltera. Escolaridad: Tecnologo. G. Dacom. Ocupación: Hogar cuidadora.
Dirección: Calle 3 Sur #0-43 Vereda: Calahorra. Teléfono: 320 3314693
Sector: Rural: X. Urbano: _____ Estrato: 2. Grupo y/o puntaje SISBEN C7.
¿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 Mercedes Bello.	35.401.686.
2		
3		

2. COMPOSICIÓN FAMILIAR

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

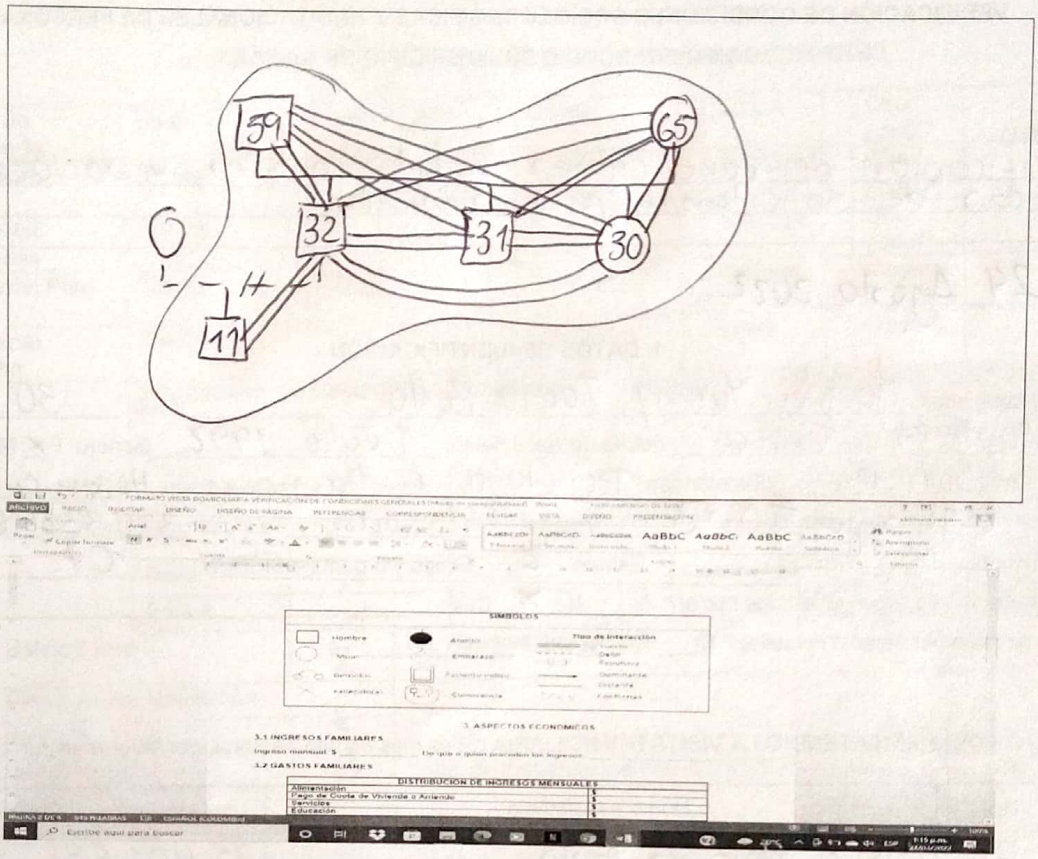
2.1. CARACTERISTICAS DE LA FAMILIA

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	Maria Bello.	65	Madre	Casada.	X						Hogar.
2	Jorge Forero.	59	Padre	Casado.	X						Hogar.
3	Cristian Forero	32	Hermano.	Soltero		X					Operario.
4	Oscar Yeit Forero	31.	Hermano.	Soltero.		X					Desempleado
5	Andres Forrero	11.	Sobrino.	Soltero		X					Estudiante

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: Cristian-Trabajo
Oscar-Trabajo esporadico.

3.2 GASTOS FAMILIARES

DISTRIBUCIÓN DE INGRESOS MENSUALES	
Alimentación	$ 600.000
Pago de Cuota de Vivienda o Arriendo	$ ———
Servicios	$ 200.000
Educación	$ ———
Transporte	$ 100.000
Ropa	$ ———
Pago de Deudas	$ ———
Ahorro	$ ———

Escaneado con CamScanner

Otro ¿Cuál? Gas pipeta $ 93.000.

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		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	2.	No. Hogares que habitan	1
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?: Convida Subsidiado: X Contributivo: ____

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

5.3. ¿El solicitante es persona en condición de discapacidad?
Sí ____ No X
La mamá.
¿Cuál?:
Física X
Mental —

Escaneado con CamScanner

Intelectual __
Sensorial __
Múltiple __

Porcentaje de discapacidad Según certificado De discapacidad.	61,67.	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?
Si __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	Desinterés por actividades que antes disfrutaba.	Si
Aumento o disminución del apetito	NO				
Trastornos del sueño	NO	Irritabilidad, cambios frecuentes de humor o de Estados de ánimo.	Si	Aislamiento familiar y social. Van abandonando las Amistades.	Si
Dolores musculares, palpitaciones, molestias Digestivas, cefaleas.	Si				
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	Si		
Abandono de su aspecto físico.	NO				

Observaciones:

Mercedes Bello
Firma de quien atiende la visita

Magda Forero
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