

ALCALDIA LOCAL DE BOSA

PROYECTO 1745 "BOSA SOLIDARIA: HOGARES PROTEGIDOS, CIUDADANIA TRANQUILA"

OBLIGACIÓN ESPECÍFICA 6

Realizar las visitas de validación de condiciones de las personas mayores que presentan novedades por los cruces de bases de datos o en procedimiento de seguimiento y control que adelanta la Subdirección para la Vejez y la Alcaldía Local.

Se realizan 7 visitas de validación de condiciones del personal adjudicado, se toman decisiones de acuerdo con el estado actual de cada beneficiario, informando las novedades y solicitando la actualización respectiva.

Elaborado por: MARCELA CAROLINA GONZALEZ FUERTES

ALCALDIA LOCAL DE BOSA				PROYECTO 1745 "BOSA SOLIDARIA: HOGARES PROTEGIDOS, CIUDADANIA TRANQUILA"			
PROCESO PRESTACION DE LOS SERVICIOS SOCIALES FORMATO DE VISITA DOMICILIARIA				Código: 100-450-010 Versión: 2 Fecha: Mayo 2017 Página: 1 de 4			
NOMBRE DEL SERVIDOR SOCIAL		CONDICIÓN DE PROYECTO		NOMBRE DE LA UNIDAD OPERATIVA O SUBDIRECCIÓN		FECHA VISITA	
Dra. Marcela Carolina González Fuertes		7770		BOSA		29/06/2017	
Capítulo A. MOTIVO DE LA VISITA VALORACIÓN DE CONDICIONES PARA:							
INGRESO		OTRO		RECONSTRUCCIÓN DE LA INFORMACIÓN		POR EXCEPCIÓN	
☐		☐		☒		☐	
TRÁNSITO		OTRO		AMPLIACIÓN DE INFORMACIÓN		OTRO	
☒		☐		☐		☐	
Capítulo B. DATOS BÁSICOS DEL BENEFICIARIO							
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE	
Hernández		Velasquez		Pedro		Pablo	
NOMBRE IDENTIFICARIO				SEXO			
☒ Masculino ☐ Femenino ☐ Intersexual							
TIPO DE DOCUMENTO		NÚMERO DE DOCUMENTO		FECHA DE NACIMIENTO		DÍA	
C.C.		2337742		29/06/1940		29	
Capítulo C. SITUACIÓN DEL BENEFICIARIO							
¿ESTÁ AFILIADO A SEGURIDAD SOCIAL?		¿ESTÁ AFILIADO A SEGURIDAD SOCIAL?		¿SE ENCUENTRA EN SITUACIÓN DE VULNERABILIDAD?		¿SITUACIÓN DEL PARTICIPANTE?	
☒ SI ☐ NO		☒ SI ☐ NO		☒ SI ☐ NO		☐ PROTECCIÓN ☐ OTRO	
¿ESTÁ AFILIADO A SEGURIDAD SOCIAL?		¿ESTÁ AFILIADO A SEGURIDAD SOCIAL?		¿ESTÁ AFILIADO A SEGURIDAD SOCIAL?		¿ESTÁ AFILIADO A SEGURIDAD SOCIAL?	
☒ SI ☐ NO		☒ SI ☐ NO		☒ SI ☐ NO		☒ SI ☐ NO	
Capítulo D. DISCAPACIDAD							
¿EL BENEFICIARIO PRESENTA ENFERMEDAD DIAGNOSTICADA?		¿ESTÁ ACTUALMENTE EN TRATAMIENTO?		¿Tiene soporte que verifique el diagnóstico de esta enfermedad?		¿TIPO DE DISCAPACIDAD?	
☒ SI ☐ NO		☒ SI ☐ NO		☒ SI ☐ NO		☒ FAMILIAR ☐ INSTITUCIONAL ☐ OTRO	
Capítulo E. DATOS DE LA FAMILIA							
DIRECCIÓN DEL DOMICILIO		TELÉFONO		BARRIO		LOCALIDAD	
C/60 Sur #83A-11		3143265920		Bosa la Paz		Bosa	
C/64 - AP 1104							
NOMBRE DE LA PERSONA QUE ATENDE VISITA		DOCUMENTO DE IDENTIDAD		PARIENTESCO		¿VIVE CON EL BENEFICIARIO?	
Pedro Pablo Hernández Velásquez		2337742		Padre		☒ SI ☐ NO	
NOMBRE DEL CIUDADANO O RESPONSABLE DE LA PERSONA CON DISCAPACIDAD, MENOR O PERSONA MAYOR		DOCUMENTO DEL CIUDADANO O RESPONSABLE DE LA PERSONA CON DISCAPACIDAD, MENOR O PERSONA MAYOR		TIPO DE FAMILIA		¿TIENE ALGUN ADULTO MAYOR?	
Pedro Pablo Hernández Velásquez		2337742		☒ Nuclear ☐ Monoparental ☐ Extensa ☐ Pareja sin hijos/as ☐ Simultánea		☒ SI ☐ NO	
¿VIVE EN LA MISMA VIVIENDA ALGUNA PERSONA QUE CORRESPONDA A UN ADULTO MAYOR?		¿TEN EL NÚCLEO FAMILIAR ACTUALMENTE EXISTE ALGUNA ADULTO MAYOR?		¿CÓMO SE DISTRIBUYEN LOS INGRESOS?		¿CÓMO SE DISTRIBUYEN LOS INGRESOS?	
☒ SI ☐ NO		☒ SI ☐ NO		☒ Mensual ☐ Semanal ☐ Quincenal ☐ Otro		☒ Mensual ☐ Semanal ☐ Quincenal ☐ Otro	
PROMEDIO DE INGRESOS MENSUALES DEL NÚCLEO FAMILIAR		¿CÓMO SE DISTRIBUYEN LOS INGRESOS?		¿CÓMO SE DISTRIBUYEN LOS INGRESOS?		¿CÓMO SE DISTRIBUYEN LOS INGRESOS?	
130.000		☒ Mensual ☐ Semanal ☐ Quincenal ☐ Otro		☒ Mensual ☐ Semanal ☐ Quincenal ☐ Otro		☒ Mensual ☐ Semanal ☐ Quincenal ☐ Otro	

Visita de validación de condiciones

