Municipio de Dosquebradas	MACROPROCESO: MISIONAL PROCESO: GESTIÓN DEL RIESGO SUBPROCESO: NO APLICA	DESPACHO ALCALDE-DIGER
	ACTA DE VISITA DE CAMPO	VERSIÓN: 3 FV: 09/2023

05	07	24	11:37 Am	CONCEPTO TÉCNICO		S/A		N/A	X		CONSECUTIVO INTERNO		No. DPE-0121-305						
URBANO	X	RURAL		COORDENADAS							RESPUESTA A SOLICITUD		No.						
BARRIO/VEREDA	La Estrella					DIRECCIÓN/PREDIO				Mz B # 11									
USUARIO	Luz Miriam Cardona					N° IDENTIFICACIÓN				42.083.224		TELÉFONO		3104372175					
MOTIVO DE VISITA		EVALUACIÓN		SEGUIMIENTO			EMERGENCIA	X		OTRO									

DESCRIPCIÓN DE LA AFECTACIÓN

VIVIENDA		INFRAESTRUCTURA PÚBLICA		VÍA			CENTRO DE SALUD			EMPRESA		ACUEDUCTO		COLEGIO					
LOTE		CASALOTE		CASA		APARTAMENTO		ENRAMADA		OTRO	C. Comunal	SERVICIOS PÚBLICOS		DESCRIBA					
N° PISOS		N° HOGARES		NOMBRE DE JEFE DE HOGAR			PT	PS	AR	OTRO		ENERGÍA							
1	X	1		Luz Miriam Cardona						Admin.		ALCANTARILLADO							
2		2										ACUEDUCTO							
3		3										GAS							
4		4										COMUNICACIONES							

NOTA: La presente Acta de Visita surte los mismos efectos y reúne los requisitos de un Informe o Concepto Técnico. Sentencia T274 de 2012.

ASPECTOS ENCONTRADOS

- Se evidencia afectación en la cubierta del equipamiento colectivo en la parte lateral derecha y en la zona trasera de la misma producto de las precipitaciones presentadas el día 03 y 04 de julio de 2024.

RECOMENDACIONES Y/O MEDIDAS PREVENTIVAS

Se requiere entrega de AA+H para salvaguardar la infraestructura del equipamiento colectivo de la comunidad.

REQUIERE ASISTENCIA HUMANITARIA		X	SI		NO		TIPO DE ASISTENCIA	ESPECIE		X	ECONÓMICA	
ENTREGA DE ASISTENCIA HUMANITARIA (ESPECIE)								FECHA DE ENTREGA		MM	AA	DD
Fibrocemento N 6		Hoja zinc		Kit de Aseo			Frazadas			Mercados		Plástico	
Fibrocemento N 8		Amarras		Kit de Cocina			Colchonetas			Otro:			

REQUIERE EVACUACIÓN	SI		NO		EL USUARIO ACATA LA NOTIFICACIÓN DE EVACUACIÓN	SI		NO	

NOTIFICACIÓN DE EVACUACIÓN. De conformidad con la presente visita, se le solicita que a fin de salvaguardar su integridad y la de su núcleo familiar, evacúe la vivienda por las condiciones de amenaza, vulnerabilidad y/o riesgo que se presentan. De acuerdo a la Ley 1523 de 2012 en su artículo 2, *los habitantes del territorio nacional, corresponsables de la gestión del riesgo, actuarán con precaución, solidaridad, autoprotección, tanto en lo personal como en lo de sus bienes, y acatarán lo dispuesto por las autoridades.*

FUNCIONARIO O CONTRATISTA	BENEFICIARIO ASISTENCIA HUMANITARIA	USUARIO
NOMBRE: Brandon Sanchez	NOMBRE:	NOMBRE: Luz Miriam Cardona
NOMBRE: Angelica Mg arias	CÉDULA:	CÉDULA: 42 083 224
NOMBRE:	FIRMA:	FIRMA:
NOMBRE:		TELEFONO 3104372175
NOMBRE:		

APROBACIÓN DIRECTOR OPERATIVO (A)	

REMISION POR COMPETENCIA

ENTIDAD	RELACIONAR ASUNTO

Powered by CamScanner

MACROPROCESO MISIONAL
PROCESO: GESTIÓN DEL RIESGO
SUBPROCESO: MANEJO DE DESASTRES

CARACTERIZACIÓN DE AFECTACIÓN POR NUCLEO FAMILIAR EDAN

DESPACHO ALCALDE- DIGER

VERSIÓN 2

A. DATOS GENERALES

05	07	24	11:30 AM	RESP. SOLICITUD	No.		No. OPE	DRE-07-24-305	CONCEPTO TÉCNICO S/A ____ N/A X	FOLIO RUNDA		COD DIVIPOLA 66170	Acta ___ de ___										
URBANO X	RURAL ___	DIRECCIÓN/PREDIO	Mz 6 # 11		BARRIO/VEREDA	La Esmeralda	ESTRATO 1	COORDENADAS WGS		N		W											
NOMBRE ENCUESTADO	Luz Miriam Cardona			N° IDENTIFICACIÓN	42.083.224	TELÉFONO	3104372175	MOTIVO DE VISITA	PQRS ___ EMERGENCIA X SEGUIMIENTO ___ OTRO ___														
Recibe algún subsidio del Gobierno? SI ___ NO X Cual?				¿Usted pertenece a alguna organización o proyecto comunitario? SI X NO ___ Cuál?				FIRMA DE QUIEN ATIENDE LA VISITA															
FECHA EVENTO	04	07	24	HORA	6:00 pm	Evento presentado	Vendaval	¿Cuenta con vivienda propia? SI ___ NO X															

B. DATOS NUCLEO FAMILIAR . La siguiente información debe ser diligenciada para cada una de las familias que residen en la vivienda y corresponde a las personas que comen y duermen habitualmente en este hogar, presentes o no.

NOMBRE COMPLETO	APELLIDOS (2)	TIPO DE DOCUMENTO	NUMERO DE DOCUMENTO	FECHA DE NACIMIENTO			PARENTESCO CON JEFE DE HOGAR	GENERO	EDAD	ETNIA	AFILIACIÓN A SALUD	ESTADO DE SALUD	GRUPO DE ATENCIÓN ESPECIAL	DISCAPACIDAD
Luz Miriam	Cardona	3	42.083.224	10	07	66	1	2	58	1	2	2	1 - 1	

C. AFECTACIÓN Y ANÁLISIS DE NECESIDADES

TIPO DE VIVIENDA	CASA		LOTE		CASALOTE		APARTAMENTO		OTRO	Cabaña	REQUIERE EVACUACIÓN SI ___ NO X												
TENENCIA VIVIENDA	ESTADO	Habitable	X	No Habitable		Destruida		IDENTIFICACIÓN PREDIO			TIPO EVACUACIÓN TOTAL ___ PARCIAL ___												
PROPIA	N/A	LEGALIZADA		SERVICIOS PÚBLICOS AFECTADOS				No. Niveles	N/A		EL USUARIO ACEPTA LA NOTIFICACIÓN DE EVACUACIÓN SI ___ NO ___												
ARRIENDO	N/A	SI		ENERGÍA ___ ACUEDUCTO ___ COMUNICACIONES				No. Hogares	N/A														
POSEEDOR	N/A	NO		ALCANTARILLADO ___ GAS ___ OTRO ___																			

D. ASISTENCIA HUMANITARIA

REQUIERE ASISTENCIA HUMANITARIA SI X NO ___ ECONÓMICA ___ ESPECIE ___

VALORACIÓN DE ASISTENCIA HUMANITARIA

Fibrocemento N 6		Kit de Aseo		Frazadas		Amarra	52
Fibrocemento N 8		Kit de Cocina		Colchonetas		Otro	
Hoja zinc	13	Mercado		Plástico			

E. AFECTACIÓN EN INFRAESTRUCTURA

Vías ___ Agro y Pecuaria ___ Puentes ___
Centro de Salud ___ Caseta Comunal ___
Transporte Público ___ Institución Educativa ___
Abastecimiento de Agua ___ Empresa ___
Tratamiento de residuos ___ Aguas Servidas ___

F. AFECTACIÓN AGRO Y PECUARIA

Cultivos permanentes		m2	
Cultivos Transitorios		m2	
Pesca		m2	
Ganadería		Num	

Especies Menores. Perros ___ Gatos ___ Aves ___ Otros ___

G. AFECTACIÓN AMBIENTAL

Bosques ___ Flora ___ Guaduales ___
Fauna ___ Árboles ___ Quebrada ___
Cuencas ___
Otro ___

TIPO DE DOCUMENTO	PARENTESCO CON JEFE DE HOGAR		GENERO		ETNIA		ATENCIÓN ESPECIAL	DISCAPACIDAD
1. Registro Civil	1. Jefe de Hogar	8. Tío (a)	1. Masculino	5. Raizal	1. Ninguno		1. Ninguna	1. Ninguna
2. Tarjeta de Identidad	2. Esposo (a)	9. Nieto (a)	2. Femenino	6. Rom	ESTADO DE SALUD		2. Desplazados	2. Motora
3. Cédula de Ciudadanía	3. Hijo (a)	10. Suegro (a)	3. LGTBIQ+	7. Otro	1. Requiere asistencia médica		3. Migrantes	3. Auditiva
4. Cédula de Extranjería	4. Hijastro (a)	11. Yerno/ Nuera	ETNIA		2. No requiere asistencia médica		4. Indígenas	4. Visual
5. PPT	5. Padres	12. Familia Unipersonal	1. Mestizo	AFILIACIÓN A SALUD			5. Afrodescendientes	5. De habla
6. Pasaporte	6. Abuelo (a)		2. Afrocolombiano	1. Contributivo	3. Madre Gestante		6. Víctima de conflicto armado	6. Mental
7. Indocumentado	7. Hermano (a)		3. Indígena	2. Subsidiario	4. Madre Lactante			7. Otra
				3. Sisben				

I. REMISIÓN POR COMPETENCIA

FIRMA DIRECTOR OPERATIVO DIGER

FIRMA PRESIDENTE CMGRD

Fecha de Vigencia: Mayo 2023

Powered by CamScanner