	MACROPROCESO MISIONAL PROCESO: GESTIÓN DEL RIESGO SUBPROCESO: MANEJO DE DESASTRES	DESPACHO ALCALDE- DIGER
	CARACTERIZACIÓN DE AFECTACIÓN POR NUCLEO FAMILIAR EDAN	VERSIÓN 2

A. DATOS GENERALES

05	07	24	11:30 AM	RESP. SOLICITUD	No.		No. OPE	076-2024-305	CONCEPTO TÉCNICO S/A ____ N/A X		FOLIO RUNDA		COD DIVIPOLA 66170		Acta ___ de ___									
URBANO X	RURAL ___	DIRECCIÓN/PREDIO	Mz 8 # 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	Vivienda													
TENENCIA VIVIENDA		ESTADO	Habitable	X	No Habitable		Destruida		REQUIERE EVACUACIÓN SI ____ NO X															
PROPIA	N/A	LEGALIZADA		SERVICIOS PÚBLICOS AFECTADOS			IDENTIFICACIÓN PREDIO		TIPO EVACUACIÓN TOTAL ____ PARCIAL ____															
ARRIENDO	N/A	SI		ENERGÍA ___ ACUEDUCTO ___ COMUNICACIONES			No. Niveles	N/A	EL USUARIO ACEPTA LA NOTIFICACIÓN DE EVACUACIÓN SI ____ NO ____															
POSEEDOR	N/A	NO		ALCANTARILLADO ____ GAS ____ OTRO ____			No. Hogares	N/A																

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			ATENCIÓN ESPECIAL	DISCAPACIDAD
1. Registro Civil	1. Jefe de Hogar	8. Tío (a)	1. Masculino	4. Palenquero	4. Ninguno	1. Ninguno	1. Ninguna
2. Tarjeta de Identidad	2. Esposo (a)	9. Nieto (a)	2. Femenino	5. Raizal	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	AFILIACIÓN A SALUD	2. No requiere asistencia médica	4. Indígenas	4. Visual
5. PPT	5. Padres	12. Familia Unipersonal	1. Mestizo	1. Contributivo		5. Afrodescendientes	5. De habla
6. Pasaporte	6. Abuelo (a)		2. Afrocolombiano	2. Subsidiario	3. Madre Gestante	6. Victima de conflicto armado	6. Mental
7. Indocumentado	7. Hermano (a)		3. Indígena	3. Sisben	4. Madre Lactante		7. Otra

I. REMISIÓN POR COMPETENCIA

Fecha de Vigencia: Mayo 2023	

FIRMA DIRECTOR OPERATIVO DIGER

FIRMA PRESIDENTE CMGRD