ALCALDIA LOCAL DE BOSA

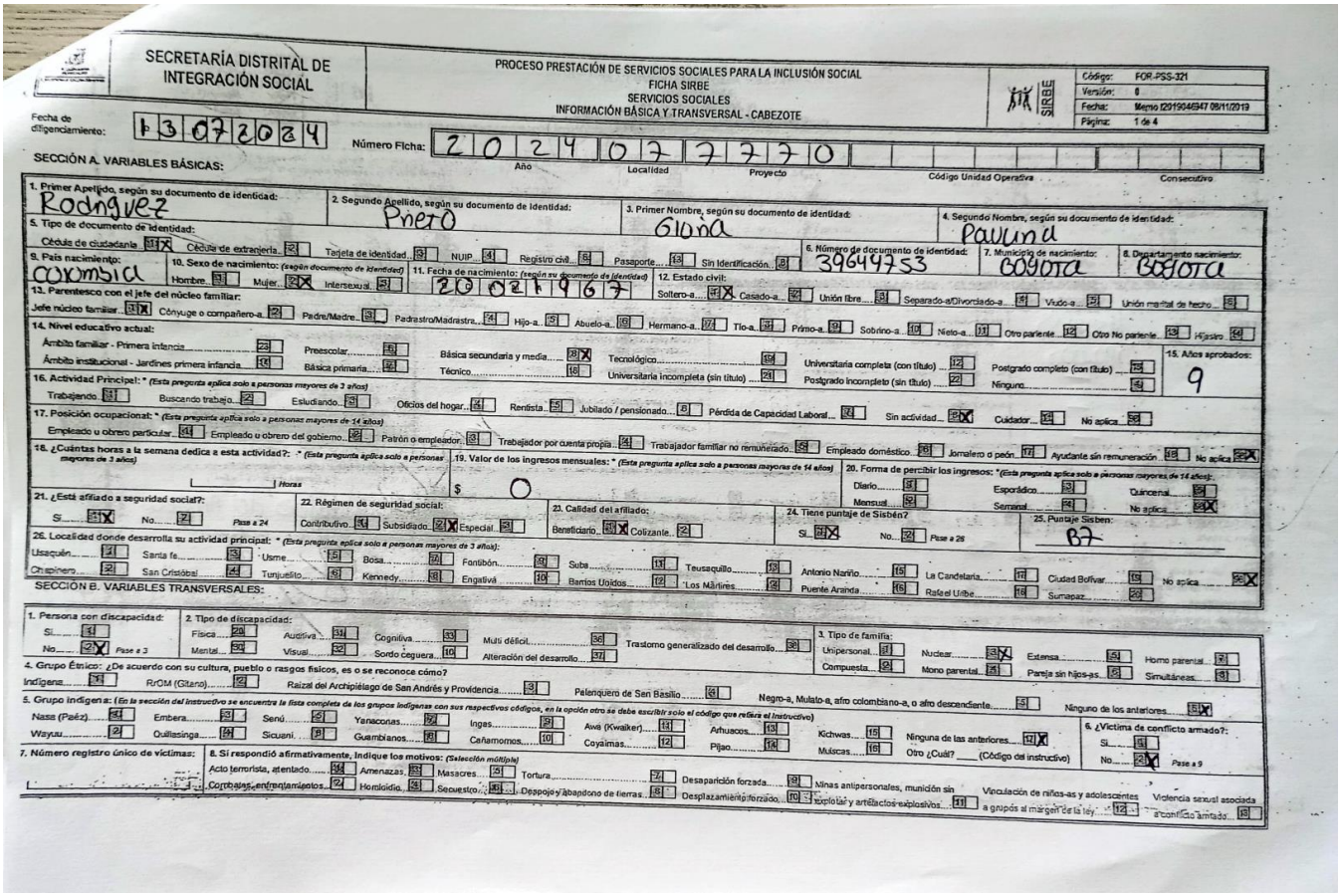
PROYECTO 1745 “BOSA SOLIDARIA: HOGARES PROTEGIDOS, CIUDADANIA TRANQUILA”

OBLIGACIÓN ESPECÍFICA 1

Implementar los procesos y procedimientos oficiales para la operación y prestación del servicio como (Identificación, ingreso, prestación, seguimiento y egreso), atendiendo las orientaciones de la Política Pública Social para el Envejecimiento y la Vejez en el Distrito Capital, el Modelo de Atención integral para las personas mayores y la gestión territorial de Política Pública Social para el Envejecimiento y la Vejez en el Distrito Capital.

Elaborado por: MARCELA CAROLINA GONZALEZ FUERTES

2 visita domiciliarias. (Ingreso)



SECRETARÍA DISTRITAL DE INTEGRACIÓN SOCIAL

PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL
FICHA SIRBE
SERVICIOS SOCIALES
INFORMACIÓN BÁSICA Y TRANSVERSAL - CABEZOTE

SIRBE

Código: FOR-PSS-321
Versión: 6
Fecha: Memo I2019046947 08/11/2019
Página: 1 de 4

Fecha de diligenciamiento: 13/07/2024

Número Ficha: 2024 07 7 7 10
Año Localidad Proyecto Código Unidad Operativa Consecutivo

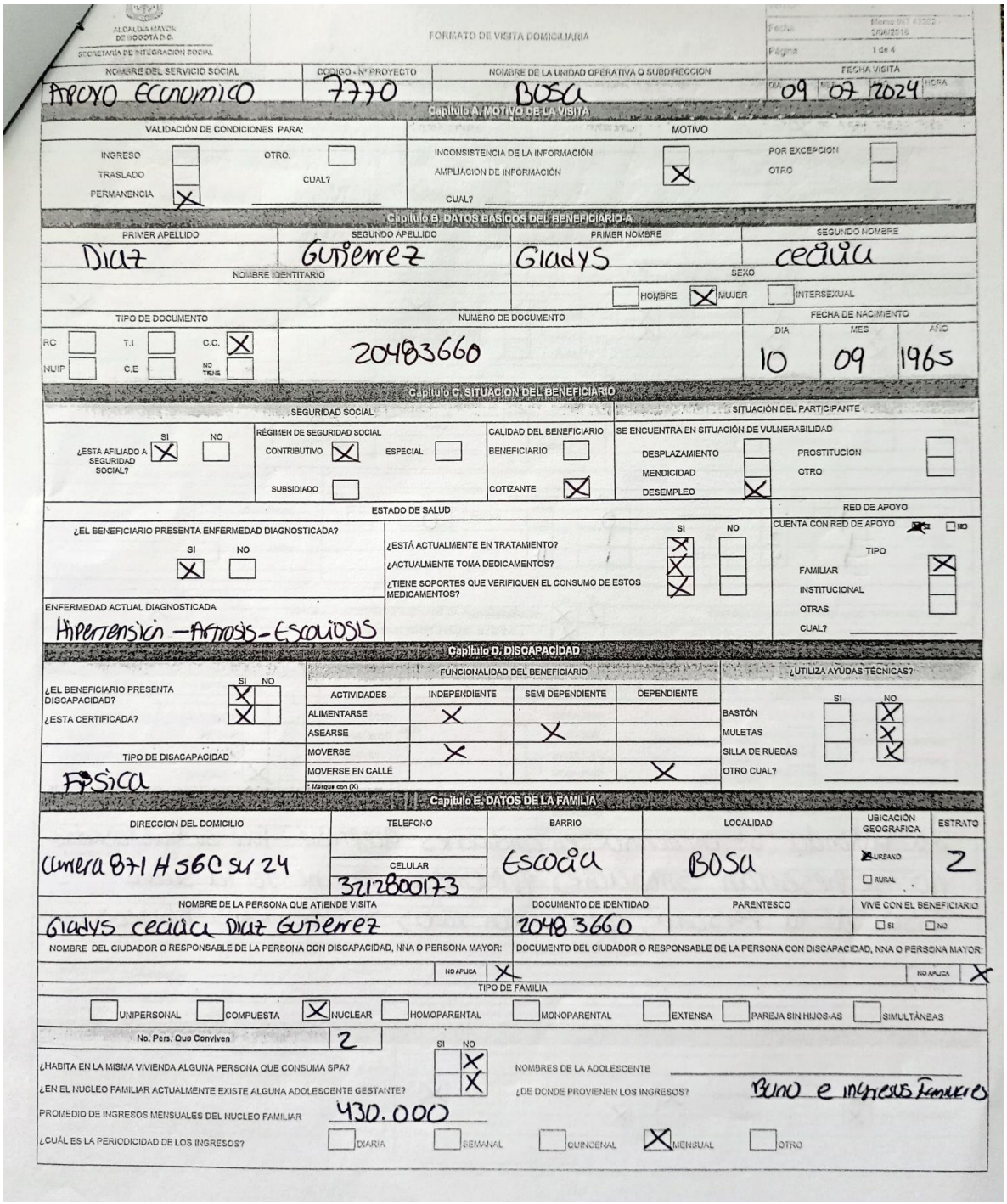
SECCIÓN A. VARIABLES BÁSICAS:

1. Primer Apellido, según su documento de identidad: Rodriguez
2. Segundo Apellido, según su documento de identidad: Prieto
3. Primer Nombre, según su documento de identidad: Gloria
4. Segundo Nombre, según su documento de identidad: Paulina
5. Tipo de documento de identidad: Cédula de ciudadanía [1] X
6. Número de documento de identidad: 39649753
7. Municipio de nacimiento: BOGOTA
8. Departamento nacimiento: BOGOTA
9. País nacimiento: COLOMBIA
10. Sexo de nacimiento: (según documento de identidad) Mujer [2] X
11. Fecha de nacimiento: (según su documento de identidad) 20/02/1967
12. Estado civil: Soltero-a [1] X
13. Parentesco con el jefe del núcleo familiar: Jefe núcleo familiar [1] X
14. Nivel educativo actual: Básica secundaria y media [8] X
15. Años aprobados: 9
16. Actividad Principal: * (Esta pregunta aplica solo a personas mayores de 3 años) Trabajando [1]
17. Posición ocupacional: * (Esta pregunta aplica solo a personas mayores de 14 años) Empleado u obrero particular [4]
18. ¿Cuántas horas a la semana dedica a esta actividad?: * (Esta pregunta aplica solo a personas mayores de 3 años)
19. Valor de los ingresos mensuales: * (Esta pregunta aplica solo a personas mayores de 14 años) $ 0
20. Forma de percibir los ingresos: * (Esta pregunta aplica solo a personas mayores de 14 años): Mensual [2]
21. ¿Está afiliado a seguridad social?: Si [1] X
22. Régimen de seguridad social: Subsidiado [2] X
23. Calidad del afiliado: Beneficiario [1] X
24. Tiene puntaje de Sisbén? Si [1] X
25. Puntaje Sisben: B7
26. Localidad donde desarrolla su actividad principal: * (Esta pregunta aplica solo a personas mayores de 3 años): Bosa [7]

SECCIÓN B. VARIABLES TRANSVERSALES:

1. Persona con discapacidad: No [2] X
2. Tipo de discapacidad:
3. Tipo de familia: Nuclear [3] X
4. Grupo Étnico: ¿De acuerdo con su cultura, pueblo o rasgos físicos, es o se reconoce cómo? Ninguno [5] X
5. Grupo indígena: (En la sección del instructivo se encuentra la lista completa de los grupos indígenas con sus respectivos códigos, en la opción otro se debe escribir solo el código que refiera el instructivo)
6. ¿Víctima de conflicto armado?: No [2] X
7. Número registro único de víctimas:
8. Si respondió afirmativamente, indique los motivos: (Selección múltiple)

60 visitas de Validación Condiciones.



ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL

FORMATO DE VISITA DOMICILIARIA

Fecha: Marzo 04 de 2022 — 5/04/2019
Página: 1 de 4

NOMBRE DEL SERVICIO SOCIAL	CODIGO - Nº PROYECTO	NOMBRE DE LA UNIDAD OPERATIVA O SUBDIRECCION	FECHA VISITA
APOYO ECONOMICO	7770	BOSA	DIA 09 MES 07 AÑO 2024 HORA

Capítulo A. MOTIVO DE LA VISITA

VALIDACIÓN DE CONDICIONES PARA:				MOTIVO			
INGRESO		OTRO.		INCONSISTENCIA DE LA INFORMACIÓN		POR EXCEPCION	
TRASLADO		CUAL?		AMPLIACION DE INFORMACIÓN	X	OTRO	
PERMANENCIA	X			CUAL?			

Capítulo B. DATOS BASICOS DEL BENEFICIARIO-A

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Diaz	Gutierrez	Gladys	ceciia

NOMBRE IDENTITARIO

SEXO: HOMBRE [ ] MUJER [X] INTERSEXUAL [ ]

TIPO DE DOCUMENTO	NUMERO DE DOCUMENTO	FECHA DE NACIMIENTO DIA	MES	AÑO
RC [ ] T.I [ ] C.C. [X] NUIP [ ] C.E [ ] NO TIENE [ ]	20483660	10	09	1965

Capítulo C. SITUACION DEL BENEFICIARIO

SEGURIDAD SOCIAL

¿ESTA AFILIADO A SEGURIDAD SOCIAL? SI [X] NO [ ]

RÉGIMEN DE SEGURIDAD SOCIAL: CONTRIBUTIVO [X] ESPECIAL [ ] SUBSIDIADO [ ]

CALIDAD DEL BENEFICIARIO: BENEFICIARIO [ ] COTIZANTE [X]

SITUACIÓN DEL PARTICIPANTE

SE ENCUENTRA EN SITUACIÓN DE VULNERABILIDAD: DESPLAZAMIENTO [ ] MENDICIDAD [ ] DESEMPLEO [X] PROSTITUCION [ ] OTRO [ ]

ESTADO DE SALUD

¿EL BENEFICIARIO PRESENTA ENFERMEDAD DIAGNOSTICADA? SI [X] NO [ ]

ENFERMEDAD ACTUAL DIAGNOSTICADA: Hipertensión - Artrosis - Escoliosis

	SI	NO
¿ESTÁ ACTUALMENTE EN TRATAMIENTO?	X	
¿ACTUALMENTE TOMA DEDICAMENTOS?	X	
¿TIENE SOPORTES QUE VERIFIQUEN EL CONSUMO DE ESTOS MEDICAMENTOS?	X	

RED DE APOYO

CUENTA CON RED DE APOYO SI [X] NO [ ]

TIPO: FAMILIAR [X] INSTITUCIONAL [ ] OTRAS [ ] CUAL? ____

Capítulo D. DISCAPACIDAD

¿EL BENEFICIARIO PRESENTA DISCAPACIDAD? SI [X] NO [ ]

¿ESTA CERTIFICADA? SI [X] NO [ ]

TIPO DE DISACAPACIDAD: FISICA

FUNCIONALIDAD DEL BENEFICIARIO

ACTIVIDADES	INDEPENDIENTE	SEMI DEPENDIENTE	DEPENDIENTE
ALIMENTARSE	X		
ASEARSE		X	
MOVERSE	X		
MOVERSE EN CALLE			X

* Marque con (X)

¿UTILIZA AYUDAS TÉCNICAS?

	SI	NO
BASTÓN		X
MULETAS		X
SILLA DE RUEDAS		X
OTRO CUAL?		

Capítulo E. DATOS DE LA FAMILIA

DIRECCION DEL DOMICILIO	TELEFONO	BARRIO	LOCALIDAD	UBICACIÓN GEOGRAFICA	ESTRATO
Cimera 87I H 56C Sur 24	CELULAR 3212800173	Escocia	BOSA	X URBANO [ ] RURAL	2

NOMBRE DE LA PERSONA QUE ATIENDE VISITA	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO	VIVE CON EL BENEFICIARIO
Gladys ceciia Diaz Gutierrez	20483660		[ ] SI [ ] NO

NOMBRE DEL CUIDADOR O RESPONSABLE DE LA PERSONA CON DISCAPACIDAD, NNA O PERSONA MAYOR: NO APLICA [X]

DOCUMENTO DEL CUIDADOR O RESPONSABLE DE LA PERSONA CON DISCAPACIDAD, NNA O PERSONA MAYOR: NO APLICA [X]

TIPO DE FAMILIA

UNIPERSONAL [ ] COMPUESTA [ ] NUCLEAR [X] HOMOPARENTAL [ ] MONOPARENTAL [ ] EXTENSA [ ] PAREJA SIN HIJOS-AS [ ] SIMULTÁNEAS [ ]

No. Pers. Que Conviven: 2

	SI	NO
¿HABITA EN LA MISMA VIVIENDA ALGUNA PERSONA QUE CONSUMA SPA?		X
¿EN EL NUCLEO FAMILIAR ACTUALMENTE EXISTE ALGUNA ADOLESCENTE GESTANTE?		X

NOMBRES DE LA ADOLESCENTE: ____

¿DE DONDE PROVIENEN LOS INGRESOS? Bono e ingresos familiares

PROMEDIO DE INGRESOS MENSUALES DEL NUCLEO FAMILIAR: 430.000

¿CUÁL ES LA PERICODICIDAD DE LOS INGRESOS? DIARIA [ ] SEMANAL [ ] QUINCENAL [ ] MENSUAL [X] OTRO [ ]