ALCALDIA LOCAL DE BOSA

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

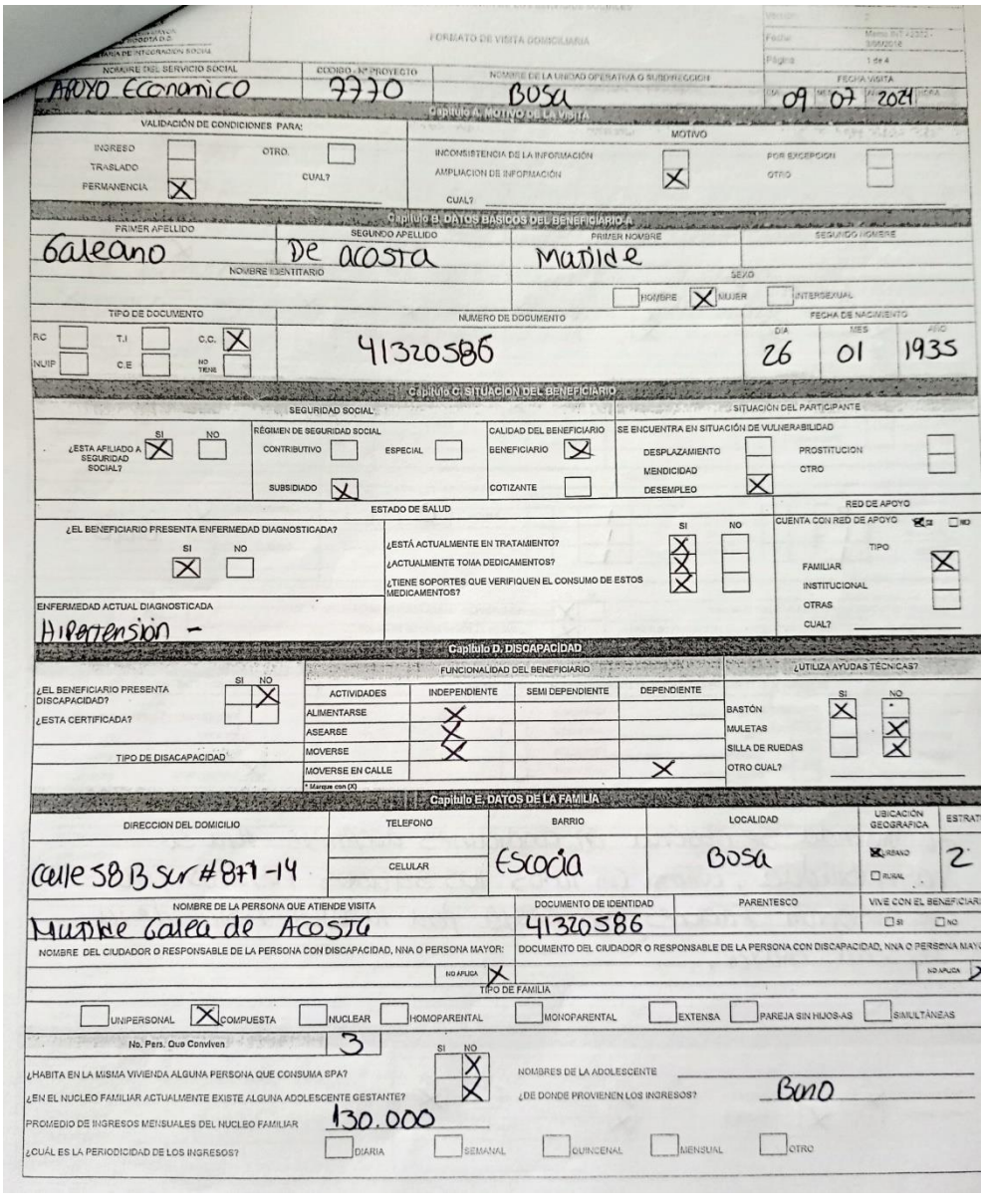
OBLIGACIÓN ESPECÍFICA 5

Garantizar que la información de las personas mayores vinculadas al servicio Apoyos para la Seguridad Económica Tipo C, se encuentre actualizada y realizar el seguimiento mediante los cruces de bases de datos, consulta en SIRBE, aplicativo Procesa, Catastro, FOSYGA, RUAF, Registraduría, Inhumados, Rama judicial, Comprobador de Derechos, DNP (Puntaje de SISBEN), Simultaneidad, entre otros.

Realice llamadas de seguimiento respectivo con el análisis de los beneficiarios adjudicados y seguimiento, se toman decisiones de acuerdo con el estado actual de cada beneficiario, informando las novedades y solicitando la actualización respectiva al momento de la visita.

Elaborado por: MARCELA CAROLINA GONZALEZ FUERTES

60 visitas de validacion de condiciones efectivas



FORMATO DE VISITA DOMICILIARIA

NOMBRE DEL SERVICIO SOCIAL: APOYO ECONOMICO | CODIGO - Nº PROYECTO: 7770 | NOMBRE DE LA UNIDAD OPERATIVA O SUBDIRECCION: BOSA | FECHA VISITA: 09 07 2021

Capítulo A. MOTIVO DE LA VISITA

VALIDACIÓN DE CONDICIONES PARA: INGRESO [ ] TRASLADO [ ] PERMANENCIA [X] OTRO [ ] CUAL? [ ]

MOTIVO: INCONSISTENCIA DE LA INFORMACIÓN [ ] AMPLIACION DE INFORMACIÓN [X] POR EXCEPCION [ ] OTRO [ ] CUAL? [ ]

Capítulo B. DATOS BASICOS DEL BENEFICIARIO A

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Galeano	De Acosta	Matilde	

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

TIPO DE DOCUMENTO: RC [ ] T.I [ ] C.C. [X] NUIP [ ] C.E [ ] NO TIENE [ ] | NUMERO DE DOCUMENTO: 41320586 | FECHA DE NACIMIENTO: DIA 26 MES 01 AÑO 1935

Capítulo C. SITUACION DEL BENEFICIARIO

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

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

CALIDAD DEL BENEFICIARIO: BENEFICIARIO [X] COTIZANTE [ ]

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: Hipertension -

	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 [ ] NO [X]

¿ESTA CERTIFICADA? SI [ ] NO [ ]

TIPO DE DISACAPACIDAD: [ ]

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	ESTRAT
Calle 58 B Sur #87I-14	CELULAR	Escocia	Bosa	X URBANO ☐ RURAL	2

NOMBRE DE LA PERSONA QUE ATIENDE VISITA	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO	VIVE CON EL BENEFICIARI
Matilde Galea de Acosta	41320586		☐ 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 MAY: [ ] NO APLICA [ ]

TIPO DE FAMILIA: UNIPERSONAL [ ] COMPUESTA [X] NUCLEAR [ ] HOMOPARENTAL [ ] MONOPARENTAL [ ] EXTENSA [ ] PAREJA SIN HIJOS-AS [ ] SIMULTÁNEAS [ ]

No. Pers. Que Conviven: 3

	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

PROMEDIO DE INGRESOS MENSUALES DEL NUCLEO FAMILIAR: 130.000

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