ALCALDIA LOCAL DE BOSA

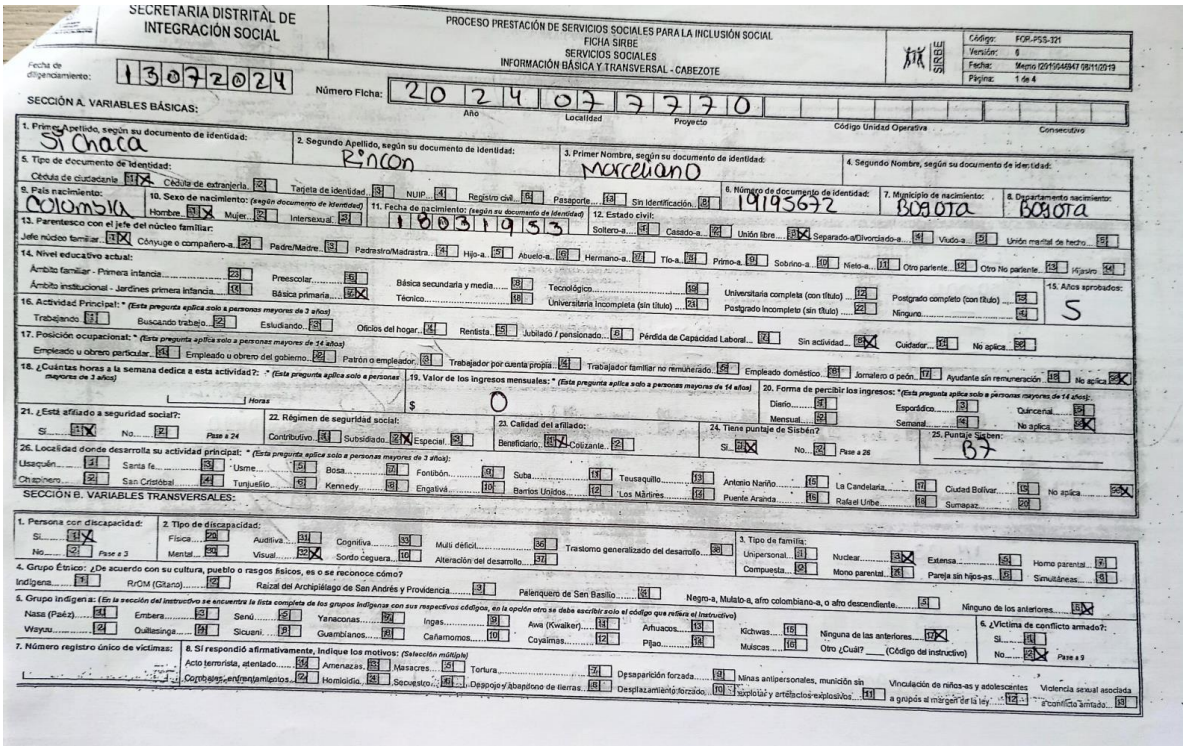
PROYECTO 1745 “BOSA SOLIDARIA: HOGARES PROTEGIDOS, CIUDADANIA TRANQUILA”

OBLIGACIÓN ESPECÍFICA 8

Aplicar los instrumentos necesarios (fichas, formatos, entre otros) para realizar seguimiento a las actualizaciones y registro en el Sistema Misional SIRBE y las bases de datos, realizando las respectivas consultas, además de realizar la crítica (verificación) de dichos instrumentos.

Elaborado por: MARCELA CAROLINA GONZALEZ FUERTES

2 visitas Efectivas Ingreso (FORMATO SIRBE)



SECRETARIA 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 I2019044947 08/11/2019
Página: 1 de 4

Fecha de diligenciamiento: 13072024

Número Ficha: 20 24 07 7 7 7 0 (Año / Localidad / Proyecto / Código Unidad Operativa / Consecutivo)

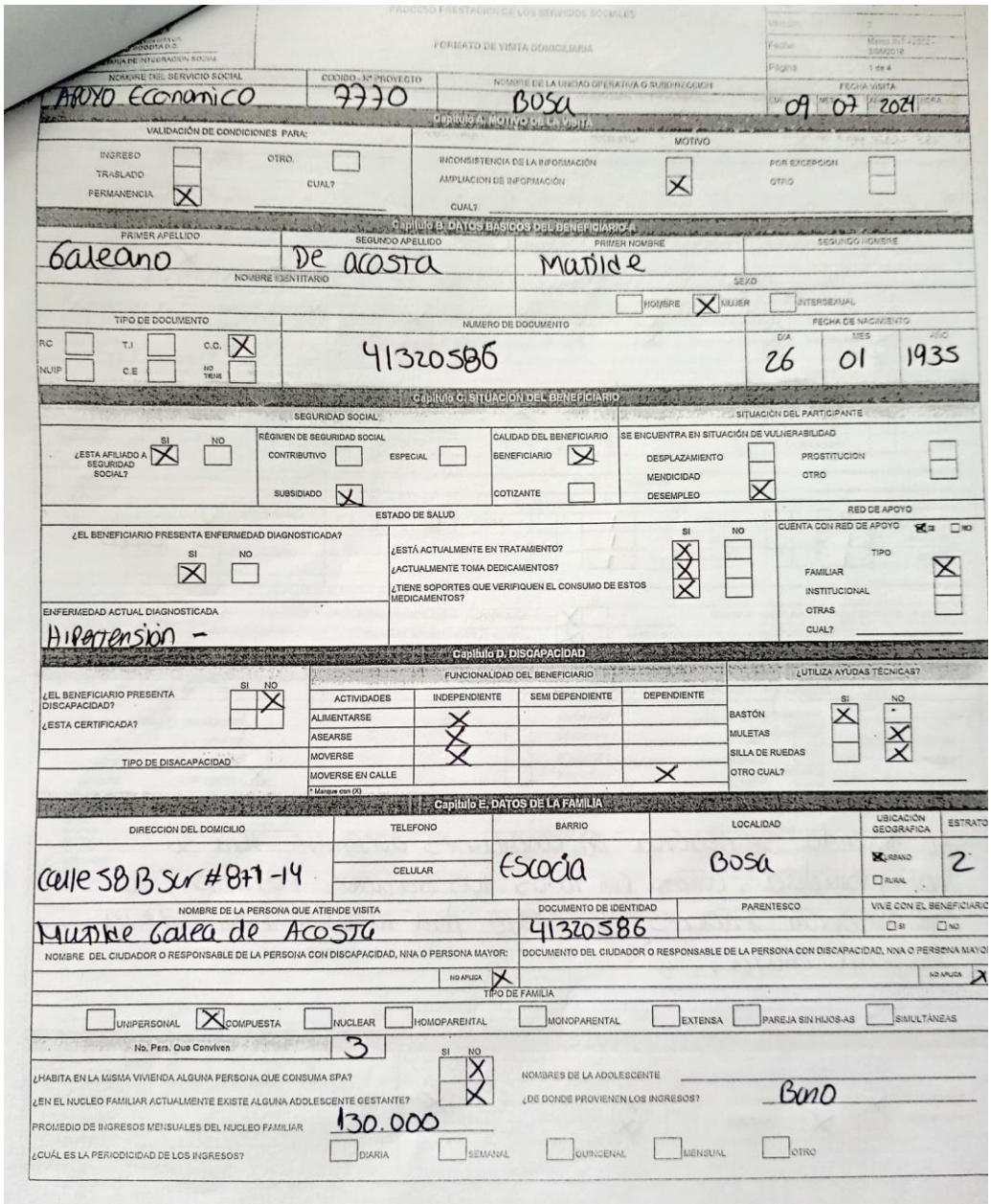
SECCIÓN A. VARIABLES BÁSICAS:

1. Primer Apellido, según su documento de identidad: Si Chaca
2. Segundo Apellido, según su documento de identidad: Rincon
3. Primer Nombre, según su documento de identidad: Marceliano
4. Segundo Nombre, según su documento de identidad:
5. Tipo de documento de identidad: Cédula de ciudadanía [1] X
6. Número de documento de identidad: 19195672
7. Municipio de nacimiento: Bogota
8. Departamento nacimiento: Bogota
9. País nacimiento: Colombia
10. Sexo de nacimiento: (según documento de identidad) Hombre [1] X
11. Fecha de nacimiento: (según su documento de identidad) 1 8 0 3 1 9 5 3
12. Estado civil: Separado-a/Divorciado-a [3] X
13. Parentesco con el jefe del núcleo familiar: Jefe núcleo familiar [1] X
14. Nivel educativo actual: Básica primaria [2] X
15. Años aprobados: 5
16. Actividad Principal: Trabajando [1]
17. Posición ocupacional: Trabajador por cuenta propia [4]
18. ¿Cuántas horas a la semana dedica a esta actividad?: 0 Horas
19. Valor de los ingresos mensuales: $ 0
20. Forma de percibir los ingresos: Mensual [2]
21. ¿Está afiliado a seguridad social? Si [1] X
22. Régimen de seguridad social: Subsidiado [2] X
23. Calidad del afiliado: Cotizante [2]
24. Tiene puntaje de Sisbén? Si [1] X
25. Puntaje Sisbén: 57
26. Localidad donde desarrolla su actividad principal: Bosa [7]

SECCIÓN B. VARIABLES TRANSVERSALES:

1. Persona con discapacidad: No [2]
2. Tipo de discapacidad:
3. Tipo de familia: Extensa [5] X
4. Grupo Étnico: ¿De acuerdo con su cultura, pueblo o rasgos físicos, es o se reconoce cómo? Indígena [1]
5. Grupo indígena: (En la sección del instructivo se encuentra la lista completa de los grupos indígenas con sus respectivos códigos, en la opción otra se debe escribir solo el código que refiere 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 de condiciones (FORMATO DE VALIDACION DE CONDICIONES)



FORMATO DE VISITA DOMICILIARIA

NOMBRE DEL SERVICIO SOCIAL: APOYO ECONOMICO | CODIGO N° 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 [X] AMPLIACION DE INFORMACIÓN [ ] 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 [X] MUJER [ ] 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. SITUACIÓN 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	ESTRATO
Calle 58 B Sur # 87 I -14	CELULAR	Escocia	Bosa	[X] URBANO [ ] RURAL	2

NOMBRE DE LA PERSONA QUE ATIENDE VISITA	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO	VIVE CON EL BENEFICIARIO
Matilde Galea de Acosta	41320586		[ ] SI [ ] NO

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

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

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 [ ]