

ALCALDIA LOCAL DE BOSA
PROYECTO 1745 “BOSA SOLIDARIA: HOGARES PROTEGIDOS, CIUDADANIA
TRANQUILA”
OBLIGACIÓN ESPECÍFICA 2

Realizar las visitas de validación de condiciones de ingreso, las reportadas por informe único o por novedades identificadas en las Subdirecciones Locales; así como una visita de validación de condiciones anual de las personas mayores que no reportan novedad, procurando la oportunidad y calidad de la información.

ACTIVIDAD:



Se realizó visita al domicilio de la persona mayor, con el fin de realizar la validación de las condiciones de ingreso, con la validación oportuna del sistema SIRBE con el objetivo de brindar calidad y veracidad en la información.

Elaborado por: Jessika Alexandra Cobos Palacio


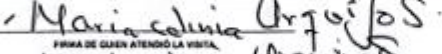
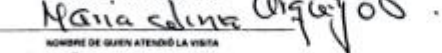

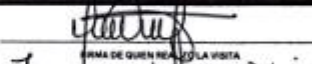
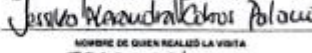
PRODUCTO:

- Documento PDF de visita anual de validación de condiciones.

310-18
Activa

		MINISTERIO DE SALUD DIRECCIÓN GENERAL DE REGISTROS Y CONTROL DE SERVICIOS FORMULARIO DE REGISTRO DE SERVICIO				Versión 1.0 2018
SERVICIO: Apoyo Económico Tipo C		MODALIDAD:				
NOMBRE DE UNIDAD OPERATIVA:						
NOMBRES: María Celinia		APELLIDOS: Urquijo Sánchez				
NÚMERO DE CÉDULA: 35 507 893	FECHA DE EXPIRACIÓN DE CÉDULA:	Día: 03	Mes: Enero	Año: 1985		
EDAD: 60	FECHA DE NACIMIENTO:	Día: 30	Mes: Noviembre	Año: 1963		
CONSULTA:		SOLICITUD DE SERVICIO O FISCALIZACIÓN:		INSCRITO:	EMISIÓN: X	
FECHA DE CONSULTA:				17-02-2025		
SÍMBOLO FISCALIZACIÓN:						
SÍMBOLO - SISTEMA DE INFORMACIÓN DECRETARIA DISTRICTAL DE INTEGRACIÓN SOCIAL:	Simultaneidad con otros servicios:	<input type="checkbox"/> SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> CANCELADO		
ANEXOS - Secretaría de Salud o Secretaría Distrital de Salud:	Anexos:	<input type="checkbox"/> SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO			
REGISTRO DE SERVICIO:	a) Estado de salud b) Estado que reporta c) Puntaje d) Estado e) Fecha de inclusión (DD/MM/AAAA) f) Sin resultado de consulta			Urgente Registada A4 Boquete 24-07-2019		
COMPROBADOR DE DERECHOS:	a) Contribución b) Subsidio c) Puntaje especial d) Sin resultado de consulta			SI		
SÍMBOLO:	a) Afiliación a salud b) Afiliación a pensiones c) Afiliación a seguro social d) Afiliación a compensación familiar e) Afiliación a jubilación f) Vinculación a programas de asistencia social g) Pensionados			Capital Salud		
FOSYSA:	a) Tipo de afiliación b) Último período contributivo (DD/MM/AAAA)			Vinculados en función Permanencia Centro de familia		
RAMA JUDICIAL:	a) Presente proceso b) Número de procesos vigentes c) Situación jurídica actual					
VIVATO:	Información requerida por la Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas de acuerdo con la posición víctima de torturas armadas:	Se encuentra registrada: estado del registro:				
RESULTADOS DEL CRUCE:				X	NO	
SUPERA CRUCES PARA ACCESO AL SERVICIO MODALIDAD:						
Requiere cruce:	NO	Entrega documentos a la persona mayor:		NO		
NOMBRES Y APELLIDOS DE QUIEN REALIZÓ EL CRUCE:		Jessy Alexandra Casas Palacios		FIRMA DE QUIEN REALIZÓ EL CRUCE:		
						

INSTITUTO VENEZOLANO DE SEGURIDAD SOCIAL		PROCESO PRESTACION DE LOS SERVICIOS SOCIALES		FORMA DE VISITA DOMICILIARIA		FECHA VISTA	
NOMBRE DEL SERVIDOR SOCIAL Amparo Geronimo		CODIGO HP PROYECTO 3330		NOMBRE DE LA UNIDAD OPERATIVA O SUBDIRECCION		CARGO POR PS-016	
						FECHA VISTA 13/10/2012 25/12/2012	
VALIDACION DE CONDICIONES PARA				MOTIVO			
INGRESO <input type="checkbox"/>		OTRO <input type="checkbox"/>		INCONSISTENCIA DE LA INFORMACION AMPLIACION DE INFORMACION <input checked="" type="checkbox"/>		POR EXCEPCION OTRO <input type="checkbox"/>	
TRASLADO <input type="checkbox"/>							
PERMANENCIA <input checked="" type="checkbox"/>		CUAL?		CUAL?			
Capitulo B. DATOS BASICOS DEL BENEFICIARIO A							
PRIMER APELLIDO Orejo		SEGUNDO APELLIDO Sanchez		PRIMER NOMBRE Maria		SEGUNDO NOMBRE Celina	
NOMBRE IDENTIFICADOR				SEXO			
				<input type="checkbox"/> HOMBRE <input checked="" type="checkbox"/> MUJER <input type="checkbox"/> INTERSEXUAL			
TIPO DE DOCUMENTO				NUMERO DE DOCUMENTO		FECHA DE NACIMIENTO	
RC <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> CC <input checked="" type="checkbox"/> RUP <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> NO TEN <input type="checkbox"/>				35.507.873		DA MES AÑO 30 NOV 1963	
Capitulo C. SITUACION DEL BENEFICIARIO							
SITUACION SOCIAL				SITUACION DEL PARTICIPANTE			
¿ESTA AFILIADO A "SEGURIDAD SOCIAL"? SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				REQUERIMIENTOS DE SEGURIDAD SOCIAL CONTRIBUTIVO <input type="checkbox"/> ESPECIAL <input type="checkbox"/> BURSARIO <input checked="" type="checkbox"/>		¿SE ENCUENTRA EN SITUACION DE VULNERABILIDAD? DESPLAZAMIENTO <input type="checkbox"/> PROSTITUCION <input type="checkbox"/> ENFERMEDAD <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/> DESEMPEÑO <input type="checkbox"/>	
ESTADO DE SALUD				RED DE APOYO			
¿EL BENEFICIARIO PRESENTA ENFERMEDAD DIAGNOSTICADA? SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				¿ESTÁ ACTUAMENTE EN TRATAMIENTO? ACTUALMENTE TOMA MEDICAMENTOS? <input checked="" type="checkbox"/> ¿TIENE SOPORTES QUE VERIFIQUE EL CONSUMO DE ESTOS MEDICAMENTOS?		¿CUENTA CON RED DE APOYO? SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
ENFERMEDAD ACTUAL DIAGNOSTICADA Tuberculosis						TIPO FAMILIAR <input type="checkbox"/> INSTITUCIONAL <input type="checkbox"/> OTRAS <input type="checkbox"/> CUÁL?	
Capitulo D. DISCAPACIDAD							
¿EL BENEFICIARIO PRESENTA DISCAPACIDAD? ¿ESTÁ CERTIFICADA?		FUNCIONALIDAD DEL BENEFICIARIO				¿UTILIZA AYUDAS TÉCNICAS?	
SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>						SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>	
TIPO DE DISCAPACIDAD		ACTIVIDADES				¿GASTOS ADICIONALES?	
		INDEPENDIENTE SEMI DEPENDIENTE DEPENDIENTE				BASÓN <input type="checkbox"/> MULETAS <input type="checkbox"/>	
		ALIMENTARSE <input checked="" type="checkbox"/>				SELLO DE RUEDAS <input type="checkbox"/>	
		ASEARSE <input checked="" type="checkbox"/>				OTRO CUÁL?	
		VENDERSE <input checked="" type="checkbox"/>					
		VENDERS EN CALLE <input checked="" type="checkbox"/>					
Capitulo E. DATOS DE LA FAMILIA							
DIRECCION DEL DOMICILIO		TELÉFONO		BARRIO		LOCALIDAD	
		CELULAR					
El 71 Sur # 104-41 Urb 6 CA 189		311 844 0729		Ciudad Bolívar		Bosa	
NOMBRE DE LA PERSONA QUE ATIENDE VISITA				DOCUMENTO DE IDENTIDAD		PARENTESCO	
						VIVE CON EL BENEFICIARIO SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
NOMBRE DEL CUIDADOR O RESPONSABLE DE LA PERSONA CON DISCAPACIDAD: NNA O PERSONA MAYOR				DOCUMENTO DEL CUIDADOR O RESPONSABLE DE LA PERSONA CON DISCAPACIDAD: NNA O PERSONA MAYOR			
NO ENTRA <input checked="" type="checkbox"/>				TIPO DE FAMILIA			
				INDIVIDUAL <input type="checkbox"/> COMPLETA <input type="checkbox"/> NUCLEAR <input type="checkbox"/> MONOPARENTAL <input checked="" type="checkbox"/> EXTENSA <input type="checkbox"/> PAREJA EN VIUDAJE <input type="checkbox"/> SOLITARIAS <input type="checkbox"/>			
No Pare. Que Convive 2				¿HABITA EN LA MISMA VIVIENDA ALGUN ADOLESCENTE? SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
				NOMBRES DE LA ADOLESCENTE			
				¿DE DONDE PROVIENEN LOS INGRESOS? DIARIA <input type="checkbox"/> SEMANAL <input type="checkbox"/> QUINCENAL <input checked="" type="checkbox"/> MENSUAL <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/>			
PROMEDIO DE INGRESOS MENSUALES DEL NÚCLEO FAMILIAR 400.000				Oficina Unon en Caracas familia.			
¿CUÁL ES LA PERIODICIDAD DE LOS INGRESOS?							

 MINISTERIO DE SALUD Y SERVICIOS SOCIALES INSTITUTO VENEZOLANO DE SERVICIOS SOCIALES	PROCESO PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS SOCIALES FORMATO DE VISITA DOMICILIARIA	<table border="1"> <tr> <td>Código</td> <td>FOR PSS-011</td> </tr> <tr> <td>Versión</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Fecha</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Página</td> <td>1 de 4</td> </tr> </table>	Código	FOR PSS-011	Versión	3	Fecha		Página	1 de 4
Código	FOR PSS-011									
Versión	3									
Fecha										
Página	1 de 4									
Capítulo J. CONCEPTO PROFESIONAL CONCEPTO TÉCNICO										
<p>Se sugiere la continuidad en el proyecto de apoyos económicos Tipo B, teniendo en cuenta que no recibe pensión, las ingresos de la familia son inferiores o medio salario mínimo legal vigente por persona.</p>										
Capítulo K. FIRMAS										
<p>  FIRMA DE QUIEN ATENDIÓ LA VISITA  NOMBRE DE QUIEN ATENDIÓ LA VISITA  CC 35501813 NÚMERO DE CÉDULA DE QUIEN ATENDIÓ LA VISITA </p>	<p>  FIRMA DE QUIEN REALIZÓ LA VISITA  NOMBRE DE QUIEN REALIZÓ LA VISITA 53135836 NÚMERO DE CÉDULA DE QUIEN REALIZÓ LA VISITA </p>									

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NOMBRE: **35.507.873**
URQUIJO SANCHEZ

APELLIDOS:
MARIA CELINA

FECHA DE NACIMIENTO: **1958**

[Signature]
Firma

[Portrait Photo]

FECHA DE NACIMIENTO 30-NOV-1963
SAN JOSE DE PAIRO
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.40 O+ F
ESTATURA 1.55 M SEXO F
30-ENE-1995 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
CALLE 100 N. BOGOTA-BOYACA

PAISES DESTINO

IN 1505150-0002290 F 005647970 2010035 0021770640 1 5000016660

