

ALCALDIA LOCAL DE BOSA
PROYECTO 1745 “BOSA SOLIDARIA: HOGARES PROTEGIDOS, CIUDADANIA
TRANQUILA”
OBLIGACIÓN ESPECÍFICA 4

Diligenciar de manera oportuna, sistemática y permanente la ficha SIRBE y demás instrumentos o formatos institucionales inherentes a los procedimientos del servicio Apoyos Económicos para personas mayores - Apoyo Económico Tipo C

ACTIVIDAD:


Se realizó el diligenciamiento de manera correcta las fichas y demás formatos indicados por la entidad para la verificación y validación de los datos suministrados por la persona mayor visitada.

Elaborado por: **Jessika Alexandra Cobos Palacio**


PRODUCTO:

- Documento PDF fichas institucionales.

310-18
Active

		INSTITUTO CUBANO DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA VEJEZ (ICSS)		CUBA		Calle 101 No. 101 Ciudad de La Habana, C.P. 10100		Teléfono: 783 11 11 Fax: 783 11 11	
SERVICIO Apoyo Económico Tipo C		MODALIDAD		FECHA DE CONSULTA		FECHA DE REGISTRO		FECHA DE EMISIÓN	
NOMBRE DE LA UNIDAD OPERATIVA		FECHA DE EMISIÓN DE CÉDULA		FECHA DE NACIMIENTO		FECHA DE REGISTRO		FECHA DE EMISIÓN	
NOMBRE Hana Celina		FECHA DE REGISTRO		FECHA DE NACIMIENTO		FECHA DE REGISTRO		FECHA DE EMISIÓN	
NÚMERO DE CÉDULA 35.507.893		FECHA DE REGISTRO		FECHA DE NACIMIENTO		FECHA DE REGISTRO		FECHA DE EMISIÓN	
EDAD 60		FECHA DE REGISTRO		FECHA DE NACIMIENTO		FECHA DE REGISTRO		FECHA DE EMISIÓN	
CONSULTA		SOLICITUD DE SERVICIO O FORMALIZACIÓN		REGISTRO		EMISIÓN		FECHA DE EMISIÓN	
FECHA DE CONSULTA		FECHA DE REGISTRO		FECHA DE NACIMIENTO		FECHA DE REGISTRO		FECHA DE EMISIÓN	
SERVO FORMALIZACIÓN		FECHA DE REGISTRO		FECHA DE NACIMIENTO		FECHA DE REGISTRO		FECHA DE EMISIÓN	
SERVO FORMALIZACIÓN		FECHA DE REGISTRO		FECHA DE NACIMIENTO		FECHA DE REGISTRO		FECHA DE EMISIÓN	
SERVO FORMALIZACIÓN		FECHA DE REGISTRO		FECHA DE NACIMIENTO		FECHA DE REGISTRO		FECHA DE EMISIÓN	
SERVO FORMALIZACIÓN		FECHA DE REGISTRO		FECHA DE NACIMIENTO		FECHA DE REGISTRO		FECHA DE EMISIÓN	
SERVO FORMALIZACIÓN		FECHA DE REGISTRO		FECHA DE NACIMIENTO		FECHA DE REGISTRO		FECHA DE EMISIÓN	
SERVO FORMALIZACIÓN		FECHA DE REGISTRO		FECHA DE NACIMIENTO		FECHA DE REGISTRO		FECHA DE EMISIÓN	
SERVO FORMALIZACIÓN		FECHA DE REGISTRO		FECHA DE NACIMIENTO		FECHA DE REGISTRO		FECHA DE EMISIÓN	
SERVO FORMALIZACIÓN		FECHA DE REGISTRO		FECHA DE NACIMIENTO		FECHA DE REGISTRO		FECHA DE EMISIÓN	
SERVO FORMALIZACIÓN		FECHA DE REGISTRO		FECHA DE NACIMIENTO		FECHA DE REGISTRO		FECHA DE EMISIÓN	
SERVO FORMALIZACIÓN		FECHA DE REGISTRO		FECHA DE NACIMIENTO		FECHA DE REGISTRO		FECHA DE EMISIÓN	
SERVO FORMALIZACIÓN		FECHA DE REGISTRO		FECHA DE NACIMIENTO		FECHA DE REGISTRO		FECHA DE EMISIÓN	
SERVO FORMALIZACIÓN		FECHA DE REGISTRO		FECHA DE NACIMIENTO		FECHA DE REGISTRO		FECHA DE EMISIÓN	
SERVO FORMALIZACIÓN		FECHA DE REGISTRO		FECHA DE NACIMIENTO		FECHA DE REGISTRO		FECHA DE EMISIÓN	
SERVO FORMALIZACIÓN		FECHA DE REGISTRO		FECHA DE NACIMIENTO		FECHA DE REGISTRO		FECHA DE EMISIÓN	
SERVO FORMALIZACIÓN		FECHA DE REGISTRO		FECHA DE NACIMIENTO		FECHA DE REGISTRO		FECHA DE EMISIÓN	
SERVO FORMALIZACIÓN		FECHA DE REGISTRO		FECHA DE NACIMIENTO		FECHA DE REGISTRO		FECHA DE EMISIÓN	
SERVO FORMALIZACIÓN		FECHA DE REGISTRO		FECHA DE NACIMIENTO		FECHA DE REGISTRO		FECHA DE EMISIÓN	
SERVO FORMALIZACIÓN		FECHA DE REGISTRO		FECHA DE NACIMIENTO		FECHA DE REGISTRO		FECHA DE EMISIÓN	
SERVO FORMALIZACIÓN		FECHA DE REGISTRO		FECHA DE NACIMIENTO		FECHA DE REGISTRO		FECHA DE EMISIÓN	
SERVO FORMALIZACIÓN		FECHA DE REGISTRO		FECHA DE NACIMIENTO		FECHA DE REGISTRO		FECHA DE EMISIÓN	
SERVO FORMALIZACIÓN		FECHA DE REGISTRO		FECHA DE NACIMIENTO		FECHA DE REGISTRO		FECHA DE EMISIÓN	
SERVO FORMALIZACIÓN		FECHA DE REGISTRO		FECHA DE NACIMIENTO		FECHA DE REGISTRO		FECHA DE EMISIÓN	
SERVO FORMALIZACIÓN		FECHA DE REGISTRO		FECHA DE NACIMIENTO		FECHA DE REGISTRO		FECHA DE EMISIÓN	
SERVO FORMALIZACIÓN		FECHA DE REGISTRO		FECHA DE NACIMIENTO		FECHA DE REGISTRO		FECHA DE EMISIÓN	
SERVO FORMALIZACIÓN		FECHA DE REGISTRO		FECHA DE NACIMIENTO		FECHA DE REGISTRO		FECHA DE EMISIÓN	
SERVO FORMALIZACIÓN		FECHA DE REGISTRO		FECHA DE NACIMIENTO		FECHA DE REGISTRO		FECHA DE EMISIÓN	
SERVO FORMALIZACIÓN		FECHA DE REGISTRO		FECHA DE N					

U.ETL 2
310-18

 <p>MINISTERIO DE SERVICIOS SOCIALES SECRETARÍA DE ASISTENCIA SOCIAL</p>		<p>PROCESO PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS SOCIALES</p> <p>FORMATO DE VISITA DOMICILIARIA</p>		<p>Código FOR-PSB-018</p> <p>Versión 2</p> <p>Fecha Mayo 2018</p> <p>Página 1 de 4</p>	
<p>NOMBRE DEL SERVICIO SOCIAL</p> <p>Amojo Económico</p>		<p>DISEÑO-AP PROYECTO</p> <p>2220</p>		<p>NOMBRE DE LA UNIDAD OPERATIVA O SUBDIRECCIÓN</p> <p>13</p>	
<p>FECHA VISITA</p> <p>13/02/2018 12:30</p>					
<p>Capítulo A. MOTIVO DE LA VISITA</p>					
<p>VALIDACIÓN DE CONDICIONES PARA</p> <p>INGRESO <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/></p> <p>TRASLADO <input type="checkbox"/> CUAL? <input type="checkbox"/></p> <p>PERMANENCIA <input checked="" type="checkbox"/></p>		<p>MOTIVO</p> <p>INCONSISTENCIA DE LA INFORMACIÓN <input type="checkbox"/> POR EXCEPCIÓN <input type="checkbox"/></p> <p>AMPLIACIÓN DE INFORMACIÓN <input checked="" type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/></p>			
<p>Capítulo B. DATOS BÁSICOS DEL BENEFICIARIO A</p>					
<p>PRIMER APELLIDO</p> <p>Orquijo</p>		<p>SEGUNDO APELLIDO</p> <p>Sánchez</p>		<p>PRIMER NOMBRE</p> <p>Maria</p>	
<p>SEGUNDO NOMBRE</p> <p>Celinia</p>		<p>SEXO</p> <p><input type="checkbox"/> HOMBRE <input checked="" type="checkbox"/> MUJER <input type="checkbox"/> INTERSEXUAL</p>			
<p>TIPO DE DOCUMENTO</p> <p>NI <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> CE <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>NUP <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> NI <input type="checkbox"/></p>		<p>NÚMERO DE DOCUMENTO</p> <p>35.507.873</p>		<p>FECHA DE NACIMIENTO</p> <p>30 NOV 1963</p>	
<p>Capítulo C. SITUACIÓN DEL BENEFICIARIO</p>					
<p>SEGURIDAD SOCIAL</p> <p>¿ESTÁ AFILIADO A SEGURIDAD SOCIAL? <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p>		<p>SITUACIÓN DEL PARTICIPANTE</p> <p>¿SE ENCUENTRA EN SITUACIÓN DE VULNERABILIDAD? <input type="checkbox"/></p> <p>DESPLAZAMIENTO <input type="checkbox"/> PROSTITUCIÓN <input type="checkbox"/></p> <p>MANEJO <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/></p>			
<p>ESTADO DE SALUD</p> <p>¿EL BENEFICIARIO PRESENTA ENFERMEDAD DIAGNOSTICADA? <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>ENFERMEDAD ACTUAL DIAGNOSTICADA: <u>Tirades</u></p>		<p>¿ACTUALMENTE EN TRATAMIENTO? <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>¿ACTUALMENTE TOMA MEDICAMENTOS? <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>¿Tiene SOPORTES QUE VERIFIQUE EL CONSUMO DE ESTOS MEDICAMENTOS? <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p>			
<p>RED DE APOYO</p> <p>¿Cuenta con RED DE APOYO? <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>TIPO</p> <p>FAMILIAR <input type="checkbox"/></p> <p>INSTITUCIONAL <input type="checkbox"/></p> <p>OTRAS <input type="checkbox"/></p> <p>CUAL? <input type="checkbox"/></p>					
<p>Capítulo D. DISCAPACIDAD</p>					
<p>¿EL BENEFICIARIO PRESENTA DISCAPACIDAD? <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>¿ESTÁ CERTIFICADA? <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>TIPO DE DISCAPACIDAD</p>		<p>FUNCIONALIDAD DEL BENEFICIARIO</p> <p>ACTIVIDADES INDEPENDIENTE SEMI-DEPENDIENTE DEPENDIENTE</p> <p>ALIMENTARSE <input checked="" type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/></p> <p>VESTIRSE <input checked="" type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/></p> <p>MOVERSE <input checked="" type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/></p> <p>MOVERSE EN CALLE <input checked="" type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/></p>		<p>¿UTILIZA AYUDAS TÉCNICAS? <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO</p> <p>BASTÓN <input type="checkbox"/> MALETAS <input type="checkbox"/></p> <p>SILLA DE RUEDAS <input type="checkbox"/> OTRO CUAL? <input type="checkbox"/></p>	
<p>Capítulo E. DATOS DE LA FAMILIA</p>					
<p>DIRECCIÓN DEL DOMICILIO</p> <p>Cl 71 Sur # 104-41 Cda 6 CA 189</p>		<p>TELÉFONO</p> <p>3118440729</p>		<p>LOCALIDAD</p> <p>Bosa</p>	
<p>NOMBRE DE LA PERSONA QUE ATIENDE VISITA</p> <p>Oficial Varios en Casa de familia</p>		<p>DOCUMENTO DE IDENTIDAD</p> <p>3118440729</p>		<p>PARIENTESCO</p> <p>2</p>	
<p>NOMBRE DEL CIUDADANO O RESPONSABLE DE LA PERSONA CON DISCAPACIDAD, IVA O PERSONA MAYOR</p> <p>3118440729</p>		<p>DOCUMENTO DEL CIUDADANO O RESPONSABLE DE LA PERSONA CON DISCAPACIDAD, IVA O PERSONA MAYOR</p> <p>3118440729</p>			
<p>TIPO DE FAMILIA</p> <p><input type="checkbox"/> UNIPERSONAL <input type="checkbox"/> COMPLETA <input type="checkbox"/> NUCLEAR <input type="checkbox"/> HOMOPARENTAL <input checked="" type="checkbox"/> MONOPARENTAL <input type="checkbox"/> EXTENSA <input type="checkbox"/> PAREJA EN VIJAS <input type="checkbox"/> SIMULTÁNEAS</p>					
<p>¿HABITA EN LA MISMA VIVIENDA ALGUNA PERSONA QUE CONSUMA SPA? <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>¿EN EL NÚCLEO FAMILIAR ACTUALMENTE EXISTE ALGUNA ADOLESCENTE? <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>¿DE DÓNDE PROVIENEN LOS INGRESOS? <input type="checkbox"/> DIARIA <input type="checkbox"/> SEMANAL <input type="checkbox"/> QUINCENAL <input checked="" type="checkbox"/> MENSUAL <input type="checkbox"/> OTRO</p>					



MINISTERIO DE SALUD
SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA

PROCESO PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS SOCIALES

FORMATO DE VISITA DOMICILIARIA

Código: FORMSS-010
Versión: 2
Fecha:
Página: 1 de 1

Capítulo J. CONCEPTO PROFESIONAL

CONCEPTO TÉCNICO

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 a medio salario mínimo legal vigente por persona.

Capítulo K. FIRMAS

· Maria celina Urquijo S.
FIRMA DE QUIEN ATENDIÓ LA VISITA
· Maria celina Urquijo S.
NOMBRE DE QUIEN ATENDIÓ LA VISITA
· CC 35507813
NÚMERO DE CÉDULA DE QUIEN ATENDIÓ LA VISITA

· Jervis Masadran Polanco
FIRMA DE QUIEN REALIZÓ LA VISITA
· Jervis Masadran Polanco
NOMBRE DE QUIEN REALIZÓ LA VISITA
· 53135836
NÚMERO DE CÉDULA DE QUIEN REALIZÓ LA VISITA

[illegible][illegible]

THE UNIVERSITY OF CHICAGO PRESS

C. ESTACIONES DE LA ACTIVIDAD		* NOMBRE DE OTRA PERSONA		C. NOMBRES DE ALIEN ENTRA	
1	1/2 hora	100	Greel	1	16.66
2	1/2 hora	100	Greel	2	16.66
3	1/2 hora	100	Greel	3	16.66
4	1/2 hora	100	Greel	4	16.66
5	1/2 hora	100	Greel	5	16.66
6	1/2 hora	100	Greel	6	16.66
7	1/2 hora	100	Greel	7	16.66
8	1/2 hora	100	Greel	8	16.66
9	1/2 hora	100	Greel	9	16.66
10	1/2 hora	100	Greel	10	16.66
11	1/2 hora	100	Greel	11	16.66
12	1/2 hora	100	Greel	12	16.66
13	1/2 hora	100	Greel	13	16.66
14	1/2 hora	100	Greel	14	16.66
15	1/2 hora	100	Greel	15	16.66
16	1/2 hora	100	Greel	16	16.66
17	1/2 hora	100	Greel	17	16.66
18	1/2 hora	100	Greel	18	16.66
19	1/2 hora	100	Greel	19	16.66
20	1/2 hora	100	Greel	20	16.66
21	1/2 hora	100	Greel	21	16.66
22	1/2 hora	100	Greel	22	16.66
23	1/2 hora	100	Greel	23	16.66
24	1/2 hora	100	Greel	24	16.66
25	1/2 hora	100	Greel	25	16.66
26	1/2 hora	100	Greel	26	16.66
27	1/2 hora	100	Greel	27	16.66
28	1/2 hora	100	Greel	28	16.66
29	1/2 hora	100	Greel	29	16.66
30	1/2 hora	100	Greel	30	16.66
31	1/2 hora	100	Greel	31	16.66
32	1/2 hora	100	Greel	32	16.66
33	1/2 hora	100	Greel	33	16.66
34	1/2 hora	100	Greel	34	16.66
35	1/2 hora	100	Greel	35	16.66
36	1/2 hora	100	Greel	36	16.66
37	1/2 hora	100	Greel	37	16.66
38	1/2 hora	100	Greel	38	16.66
39	1/2 hora	100	Greel	39	16.66
40	1/2 hora	100	Greel	40	16.66
41	1/2 hora	100	Greel	41	16.66
42	1/2 hora	100	Greel	42	16.66
43	1/2 hora	100	Greel	43	16.66
44	1/2 hora	100	Greel	44	16.66
45	1/2 hora	100	Greel	45	16.66
46	1/2 hora	100	Greel	46	16.66
47	1/2 hora	100	Greel	47	16.66
48	1/2 hora	100	Greel	48	16.66
49	1/2 hora	100	Greel	49	16.66
50	1/2 hora	100	Greel	50	16.66
51	1/2 hora	100	Greel	51	16.66
52	1/2 hora	100	Greel	52	16.66
53	1/2 hora	100	Greel	53	16.66
54	1/2 hora	100	Greel	54	16.66
55	1/2 hora	100	Greel	55	16.66
56	1/2 hora	100	Greel	56	16.66
57	1/2 hora	100	Greel	57	16.66
58	1/2 hora	100	Greel	58	16.66
59	1/2 hora	100	Greel	59	16.66
60	1/2 hora	100	Greel	60	16.66
61	1/2 hora	100	Greel	61	16.66
62	1/2 hora	100	Greel	62	16.66
63	1/2 hora	100	Greel	63	16.66
64	1/2 hora	100	Greel	64	16.66
65	1/2 hora	100	Greel	65	16.66
66	1/2 hora	100	Greel	66	16.66
67	1/2 hora	100	Greel	67	16.66
68	1/2 hora	100	Greel	68	16.66
69	1/2 hora	100	Greel	69	16.66
70	1/2 hora	100	Greel	70	16.66
71	1/2 hora	100	Greel	71	16.66
72	1/2 hora	100	Greel	72	16.66
73	1/2 hora	100	Greel	73	16.66
74	1/2 hora	100	Greel	74	16.66
75	1/2 hora	100	Greel	75	16.66
76	1/2 hora	100	Greel	76	16.66
77	1/2 hora	100	Greel	77	16.66
78	1/2 hora	100	Greel	78	16.66
79	1/2 hora	100	Greel	79	16.66
80	1/2 hora	100	Greel	80	16.66
81	1/2 hora	100	Greel	81	16.66
82	1/2 hora	100	Greel	82	16.66
83	1/2 hora	100	Greel	83	16.66
84	1/2 hora	100	Greel	84	16.66
85	1/2 hora	100	Greel	85	16.66
86	1/2 hora	100	Greel	86	16.66
87	1/2 hora	100	Greel	87	16.66
88	1/2 hora	100	Greel	88	16.66
89	1/2 hora	100	Greel	89	16.66
90	1/2 hora	100	Greel	90	16.66
91	1/2 hora	100	Greel	91	16.66
92	1/2 hora	100	Greel	92	16.66
93	1/2 hora	100	Greel	93	16.66
94	1/2 hora	100	Greel	94	16.66
95	1/2 hora	100	Greel	95	16.66
96	1/2 hora	100	Greel	96	16.66
97	1/2 hora	100	Greel	97	16.66
98	1/2 hora	100	Greel	98	16.66
99	1/2 hora	100	Greel	99	16.66
100	1/2 hora	100	Greel	100	16.66

ALCALDIA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.		PROCESO PRESTACION DE LOS SERVICIOS SOCIALES		Formato de visita domiciliaria	
Versión: 3		Fecha:		Página: 1 de 4	
Capítulo F. DESCRIPCIÓN DE LA VIVIENDA					
TIPO DE VIVIENDA					
CASA O APARTAMENTO	<input checked="" type="checkbox"/>	CAMBUCHE	<input type="checkbox"/>	REFUGIO NATURAL	<input type="checkbox"/>
CUARTO O CUARTOS	<input type="checkbox"/>	PANQUE	<input type="checkbox"/>	VIVIENDA MOVIL	<input type="checkbox"/>
RESERVA	<input type="checkbox"/>	PUESTO	<input type="checkbox"/>	INSTITUCION	<input type="checkbox"/>
TENENCIA		FORMA DE PAGO		ESTADO DE LA VIVIENDA	
PROPIA	<input type="checkbox"/>	OTRA	<input type="checkbox"/>	DIARIA	<input type="checkbox"/>
ARRENDADA	<input checked="" type="checkbox"/>	CUAL	<input type="checkbox"/>	SEMANAL	<input type="checkbox"/>
AMORTIZANDO	<input type="checkbox"/>			QUINCENAL	<input type="checkbox"/>
SERVICIOS PUBLICOS		SUMINISTRO		VENTILACION	
AGUA	<input checked="" type="checkbox"/>	ADUCTIVO	<input type="checkbox"/>	ALUMBRADO PUBLICO	<input type="checkbox"/>
LUZ	<input checked="" type="checkbox"/>	GAS NATURAL	<input type="checkbox"/>	ALCANTARILLADO	<input type="checkbox"/>
TELEFONO	<input type="checkbox"/>	ARRE	<input type="checkbox"/>		
PAREDES		TECHO		TIPO DE ENERGIA UTILIZADA PARA COCINAR	
LADRILLOS	<input checked="" type="checkbox"/>	ADOBES	<input type="checkbox"/>	OTRO	<input type="checkbox"/>
LATAS	<input type="checkbox"/>	CARTON	<input type="checkbox"/>	CUAL	<input type="checkbox"/>
MADERA	<input type="checkbox"/>	POLICARBONA	<input type="checkbox"/>		
ESPACIOS		PRESENCIA DE ANIMALES EN LA VIVIENDA			
HABITACIONES	Nº	COMPARTIDOS	Nº	COMPARTIDOS	Nº
COMEDORES	3		1		
COCINAS	1		1		
BAÑOS	1		1		
¿COCINA DENTRO DE LA HABITACION DONDE DUERME?		¿SE EVIDENCIA ACUMULACION DE MATERIAL RECICLADO?		¿SE EVIDENCIA ACUMULACION DE MATERIAL RECICLADO?	
<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	
¿SE EVIDENCIA PRESENCIA DE ALCOHOL, COLLAS DE CIGARRILLO O SPA?		¿VIVE EN EL MISMO SITIO DE TRABAJO?			
<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>			
Capítulo G. ENTORNO					
RE OBSERVA EN EL ENTORNO ALGUNOS DE LOS SIGUIENTES FACTORES DE RIESGO					
EXPENDIO DE DROGAS	<input type="checkbox"/>	ZONA DE PROSTITUCION	<input type="checkbox"/>	CUAL	
BALNEARIO	<input type="checkbox"/>	ZONA DE RIESGO FISICO (DESASTRES, INUNDACION)	<input type="checkbox"/>		
AGUAS RESIDAS	<input type="checkbox"/>	OTRO	<input type="checkbox"/>		
Capítulo H. OBSERVACIONES DE CONDICIONES HABITACIONALES ANTERIORMENTE DESCRITAS					
<p>Apartamento en tenencia en condominio ubicado en la torre 12 en el Quatropio Centro con buena iluminación y ventilación, tiene los alcantarillados perfectos, manejo de residuos y basura de manera adecuada, no se observa humedad en el espacio en el que habita</p>					
Capítulo I. RIESGOS IDENTIFICADOS					
OBSERVACIONES					
PSICOLOGICO	<input type="checkbox"/>	ABANDONO	<input type="checkbox"/>	OTRO	<input type="checkbox"/>
ECONOMICO	<input type="checkbox"/>	DESALUD	<input type="checkbox"/>	CUAL	<input type="checkbox"/>