

|                                                                                   |                                                                             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  | IMPLEMENTACION DE DISPOSITIVOS DE BASE COMUNITARIA                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                   | INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN DE LAS NECESIDADES EN PROTECCIÓN SOCIAL |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| CONTRATISTA                                                                       |                                                                             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

  

|                                                                                                                                                                                                                 |                                     |                                                                                         |                                           |                                     |                        |                                                           |                    |  |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|-------------------------------------|------------------------|-----------------------------------------------------------|--------------------|--|--|
| MUNICIPIO                                                                                                                                                                                                       |                                     |                                                                                         |                                           |                                     |                        | DISPOSITIVO:                                              |                    |  |  |
| Información general                                                                                                                                                                                             |                                     |                                                                                         |                                           |                                     |                        |                                                           |                    |  |  |
| 1. Nombres y apellidos                                                                                                                                                                                          |                                     |                                                                                         |                                           |                                     |                        |                                                           |                    |  |  |
| 2. Documento de identidad                                                                                                                                                                                       | CC:                                 | TI:                                                                                     | CE:                                       | Otro:                               | No                     | De:                                                       |                    |  |  |
| 3. Fecha de nacimiento                                                                                                                                                                                          | Día:                                | Mes:                                                                                    | Año:                                      |                                     | Años cumplidos:        |                                                           |                    |  |  |
| 4. Sexo asignado al nacer (Marque con X)                                                                                                                                                                        | H:                                  | M:                                                                                      |                                           |                                     |                        |                                                           |                    |  |  |
| 5. Estado Civil (Marque con X)                                                                                                                                                                                  | Soltero (a):                        | Casado (a):                                                                             | Unión libre:                              | Separado (a) / Divorciado (a):      |                        | Viudo (a):                                                |                    |  |  |
| 6. Dirección de residencia                                                                                                                                                                                      |                                     |                                                                                         |                                           |                                     |                        |                                                           |                    |  |  |
| 7. Municipio                                                                                                                                                                                                    |                                     |                                                                                         |                                           |                                     |                        |                                                           |                    |  |  |
| 8. Departamento:                                                                                                                                                                                                |                                     |                                                                                         |                                           |                                     |                        |                                                           |                    |  |  |
| 9. Zona (Marque con una X la que corresponda)                                                                                                                                                                   | Cabecera:                           |                                                                                         | Centro poblado:                           |                                     |                        | Rural disperso:                                           |                    |  |  |
| 10. Estrato de su lugar de vivienda (Marque con X)                                                                                                                                                              | 0                                   | 1                                                                                       | 2                                         | 3                                   | 4                      | 5                                                         | 6                  |  |  |
| 11. Otros datos de contacto                                                                                                                                                                                     | TELEFONO 1                          |                                                                                         | TELEFONO 2                                |                                     | E-MAIL                 |                                                           |                    |  |  |
| Para llenar la sección siguiente, por favor consulte la fuente de información más confiable que tenga disponible en la que pueda verificar el régimen de aseguramiento y la EPS a la que pertenece el paciente. |                                     |                                                                                         |                                           |                                     |                        |                                                           |                    |  |  |
| 12. ¿Le han aplicado la encuesta del SISBEN?                                                                                                                                                                    | Si/No:                              | Nivel:                                                                                  | Puntaje:                                  |                                     |                        |                                                           |                    |  |  |
| 13. Régimen de aseguramiento (Marque con X)                                                                                                                                                                     | Regimen contributivo:               |                                                                                         | Regimen subsidiado:                       |                                     | Regimen especial:      | No asegurado:                                             | EPS:               |  |  |
| 14. ¿Con quién vive?                                                                                                                                                                                            |                                     |                                                                                         |                                           |                                     |                        |                                                           |                    |  |  |
| 15. Hijos (Marque con X)                                                                                                                                                                                        | No tiene:                           | Si: x                                                                                   | ¿Cuántos?:                                | 3                                   | ¿Viven con usted?:     | SI                                                        |                    |  |  |
| 16. ¿Usted se ha declarado o lo han declarado oficialmente como víctima del conflicto armado en Colombia?                                                                                                       | Si/No: NO                           | Hay evidencia?                                                                          |                                           |                                     |                        |                                                           |                    |  |  |
| 17. ¿Ha estado en prisión?                                                                                                                                                                                      | Si/No: NO                           |                                                                                         |                                           |                                     |                        |                                                           |                    |  |  |
| 18. ¿Hace usted parte de la población LGBTI? LGBTI corresponde a Lesbiana, Gay, Bisexual, Transexual o Intersexual                                                                                              | Si/No: NO                           | Cuál:                                                                                   |                                           |                                     |                        |                                                           |                    |  |  |
| 19. ¿Es o ha sido usted ciudadano habitante de calle?                                                                                                                                                           | Si/No: NO                           |                                                                                         |                                           |                                     |                        |                                                           |                    |  |  |
| 20. De acuerdo con su cultura, pueblo, lengua o rasgos físicos, usted se considera:                                                                                                                             | Indígena:                           | Raizal de San Andrés y Providencia:                                                     | Negro (a), mulato (a) (Afrodescendiente): | Palenquero (a) (De San Basilio):    | Gitano (a) (ROM):      | De ninguno de los anteriores:                             |                    |  |  |
| 21. Educación: ¿Cuál es su último grado cursado?                                                                                                                                                                | Escriba lo que dice el usuario (a): | Clasificar al paciente en alguno de los siguientes grados educativos, según respuestas: |                                           |                                     | Ninguno:               | Primaria incompleta:                                      | Primaria completa: |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                 |                                     |                                                                                         |                                           |                                     | Secundaria incompleta: | Educación superior: Técnica, tecnológica y universitaria: |                    |  |  |
| Factores relacionados con el estado de salud                                                                                                                                                                    |                                     |                                                                                         |                                           |                                     |                        |                                                           |                    |  |  |
| 22. ¿Es usted una persona con discapacidad?                                                                                                                                                                     | Si/No:                              | Tipo de discapacidad:                                                                   |                                           |                                     |                        |                                                           |                    |  |  |
| 23. ¿Padece usted alguna enfermedad?                                                                                                                                                                            | Si/No:                              | Tipo de enfermedad:                                                                     |                                           |                                     |                        |                                                           |                    |  |  |
| 24. En el último año ha estado en consulta con:                                                                                                                                                                 | Psicología:                         | Si/No:                                                                                  | Psiquiatría                               | Si/No:                              | Trabajo social         | Si/No:                                                    | NO                 |  |  |
| 25. ¿Cuál de las siguientes enfermedades tiene o ha tenido?                                                                                                                                                     | Cáncer:                             | Tuberculosis:                                                                           | Lepra:                                    | VIH:                                | Diabétes:              | Hipertensión:                                             | Artritis:          |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                 | Otra:                               | Cuál:                                                                                   |                                           |                                     |                        |                                                           |                    |  |  |
| 26. ¿Ha tenido dificultades para seguir el tratamiento médico?                                                                                                                                                  | No:                                 | Si:                                                                                     | Cuáles:                                   |                                     |                        |                                                           |                    |  |  |
| Soporte social                                                                                                                                                                                                  |                                     |                                                                                         |                                           |                                     |                        |                                                           |                    |  |  |
| 27. En caso de tener alguna dificultad, ¿Podría contar con el apoyo de su familia?                                                                                                                              | Si/No:                              |                                                                                         |                                           |                                     |                        |                                                           |                    |  |  |
| 28. Si usted se quedara sin dónde vivir, ¿Tendría una persona de su familia o un conocido que le brindara hospedaje?                                                                                            | Si/No:                              |                                                                                         |                                           |                                     |                        |                                                           |                    |  |  |
| 29. Si usted tuviera una enfermedad, alguien de su familia o un conocido lo cuidaría?                                                                                                                           | Si/No:                              |                                                                                         |                                           |                                     |                        |                                                           |                    |  |  |
| Factores económicos                                                                                                                                                                                             |                                     |                                                                                         |                                           |                                     |                        |                                                           |                    |  |  |
| 30. Qué describe mejor su estado laboral? Usted es (Marque con X):                                                                                                                                              | Empleado:                           | Pensionado:                                                                             | Ama de casa:                              | Imposibilitado para trabajar: qué?: |                        | Por                                                       | Desempleado:       |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                 | Trabaja por su cuenta con contrato: | Trabaja por su cuenta sin contrato:                                                     | Estudiante:                               | Otro:                               | Cuál:                  |                                                           |                    |  |  |
| 31. ¿Ha tenido ingresos propios en el último año?                                                                                                                                                               | Si/No:                              |                                                                                         |                                           |                                     |                        |                                                           |                    |  |  |
| 32. En promedio, ¿cuántos son sus ingresos mensuales?                                                                                                                                                           | Menos de \$500,000                  | Entre \$500,000 y \$1,300,000                                                           | Entre \$1,301,000 y \$2,500,000           | Más de \$2,000,000                  |                        |                                                           |                    |  |  |
| 33. ¿Cuántas personas de su familia dependen de sus ingresos?                                                                                                                                                   |                                     |                                                                                         |                                           |                                     |                        |                                                           |                    |  |  |
| 34. Otros miembros de su familia reciben ingresos?                                                                                                                                                              | Si/No:                              |                                                                                         |                                           |                                     |                        |                                                           |                    |  |  |

|                                                                                                                                                                                    |                                            |                                 |                                                             |                                              |                                      |                                           |                    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|---------------------------------|-------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------------|--------------------|
| 35. ¿Cuál ha sido la fuente de esos ingresos?<br>(Marque con una X los que corresponda)                                                                                            | Sueldo o salario por un trabajo            | Pensión por jubilación          | Pensión por viudez                                          | Pensión por invalidez                        | Cuota alimentaria de sus hijos       | Recursos provenientes de trabajo informal |                    |
|                                                                                                                                                                                    | Ayudas sociales de instituciones públicas  | Ayudas económicas de familiares | Ayudas económicas de otras personas diferentes a su familia | Ingresos derivados de un negocio             | Otros:                               | Cuáles:                                   |                    |
| 36. Durante el último año, ¿Se le han agotado los alimentos y no dispuso de dinero para comprar más?                                                                               | Con frecuencia                             |                                 |                                                             |                                              |                                      |                                           |                    |
|                                                                                                                                                                                    | Algunas veces                              |                                 |                                                             |                                              |                                      |                                           |                    |
|                                                                                                                                                                                    | Nunca                                      |                                 |                                                             |                                              |                                      |                                           |                    |
| 37. En el último año, ¿Ha disminuido la cantidad de comida que consume normalmente o incluso se ha saltado alguna comida porque no disponía de dinero suficiente para alimentarse? | Con frecuencia                             |                                 |                                                             |                                              |                                      |                                           |                    |
|                                                                                                                                                                                    | Algunas veces                              |                                 |                                                             |                                              |                                      |                                           |                    |
|                                                                                                                                                                                    | Nunca                                      |                                 |                                                             |                                              |                                      |                                           |                    |
| Características de la vivienda                                                                                                                                                     |                                            |                                 |                                                             |                                              |                                      |                                           |                    |
| 38. Tipo de unidad de vivienda:                                                                                                                                                    | No tiene:                                  | Casa o apartamento:             | Cuarto:                                                     | Otro tipo de unidad de vivienda:             | Cuál?:                               |                                           |                    |
| 39. Su lugar de vivienda es:                                                                                                                                                       | Herencia - Cedida por familiares o amigos: | Ocupada sin contrato:           | Arrendada y compartida:                                     | Arrendada y sin compartir por otros:         | Es propia, pero la está pagando:     | Es propia y ya la pagó:                   |                    |
|                                                                                                                                                                                    | No tiene lugar de vivienda fijo:           | Paga por días un alquiler:      | Vive en un hogar de paso o institución:                     | Vive en la calle:                            | Otro: Cual:                          |                                           |                    |
| 40. Material predominante de las paredes exteriores de la vivienda:                                                                                                                | Bloque, ladrillo, piedra, madera pulida    |                                 | Tapia pisada, adobe                                         | Bahareque                                    | Material prefabricado                | Madera burda, tabla, tablón               |                    |
|                                                                                                                                                                                    | Guadua, caña, esterilla, otro material     |                                 | Zinc, tela, cartón, latas, desechos plásticos               |                                              | Sin paredes                          |                                           |                    |
| 41. Su vivienda presenta algunas de las siguientes características:                                                                                                                | Hay humedad:                               | Usted teme que se derrumbe:     | Hay poca luz natural:                                       | Duermen más de tres personas por habitación: |                                      | Hay mala ventilación:                     |                    |
| 42. ¿Con cuáles de los siguientes servicios públicos cuenta su vivienda?:                                                                                                          | Energía eléctrica:                         | Agua potable por tubería:       | Gas natural por tubería:                                    | Teléfono fijo o celular:                     | Recolección de basuras:              | Alcantarillado:                           | Internet:          |
| 43. Cuántos grupos de personas que cocinan por separado hay en su unidad de vivienda?                                                                                              |                                            |                                 |                                                             |                                              |                                      |                                           |                    |
| 44. El hogar cuenta con los siguientes bienes o servicios?                                                                                                                         | Nevera                                     | Lavadora                        | Televisor                                                   | Servicio de televisión por cable o parbólica | Calentador de agua o ducha eléctrica | Horno microondas                          | Aire acondicionado |
|                                                                                                                                                                                    | Computador                                 | Equipo de sonido                | Motocicleta para uso del hogar                              | Tractor para uso del hogar                   | Automovil para uso del hogar         | Bienes raíces                             |                    |

45. Del siguiente listado priorice las necesidades que identifica en su comunidad

- |                                                   |                                                      |
|---------------------------------------------------|------------------------------------------------------|
| * Apoyo Psicosocial ( )                           | * Apoyo escolar para algún miembro de la familia ( ) |
| * Orientación par el acceso a otros servicios ( ) | * Desplazamiento ( )                                 |
| * Conciliación o mediación ( )                    | * Migración ( )                                      |
| * Formación o Capacitación ( )                    | * Consumo de sustancias psico activas ( )            |
| * Atención Médica ( )                             | * Deserción escolar ( )                              |

REALIZÓ \_\_\_\_\_  
ROL: \_\_\_\_\_  
CONTACTO \_\_\_\_\_