PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL

FORMATO VISITA DOMICILIARIA SERVICIO CENTROS DIA

Código: FOR-PSS-167
Versión: 0
Fecha: Marzo 09/2016 No. 1356/2023
Página: 1 de 2

MODALIDAD O ESTRATEGIA: Centro día al barrio
CÓDIGO - Nº PROYECTO: E991
NOMBRE DE LA UNIDAD OPERATIVA / LOTE: Lote 17
FECHA VISITA: DIA 24 MES 07 AÑO 23 HORA
UBICACIÓN DE LA UNIDAD: Barrio: V. daspesiliana Per Primera UPZ
PRIMER APELLIDO: Chaparro
SEGUNDO APELLIDO: De Amortegui
PRIMER NOMBRE: Olinda
SEGUNDO NOMBRE:
NOMBRE CONTACTO:
SEXO: HOMBRE [ ] MUJER [X] INTERSEXUAL [ ]
TIPO DE DOCUMENTO: RC [ ] TI [ ] CC [X] NUIP [ ] CE [ ] PP [ ]
NÚMERO DE DOCUMENTO: 22392727
FECHA DE NACIMIENTO: DIA 20 MES 08 AÑO 1948

## A. UBICACIÓN DEL BENEFICIARIO

SE ENCUENTRA EN SITUACIÓN DE VULNERABILIDAD
DESPLAZAMIENTO [ ] PROSTITUCIÓN [ ]
MENDICIDAD [ ] OTRO [ ]
DESEMPLEO [ ]
CUAL:

## B. ESTADO DE SALUD

¿EL BENEFICIARIO PRESENTA ENFERMEDAD DIAGNOSTICADA? SI [X] NO [ ]
¿ESTÁ ACTUALMENTE EN TRATAMIENTO? SI [X] NO [ ]
¿ACTUALMENTE TOMA SU MEDICAMENTOS? SI [X] NO [ ]
¿TIENE SOPORTES QUE VERIFIQUEN EL CONSUMO DE ESTOS MEDICAMENTOS? SI [X] NO [ ]
CUENTA CON RED DE APOYO: SI [X] NO [ ]
TIPO: FAMILIAR [X] INSTITUCIONAL [ ] OTRAS COMUNITARIA [ ] CUAL? [ ]
ENFERMEDAD ACTUAL DIAGNOSTICADA: Diabetes, hipertensión e hipotiroidismo

## C. DISCAPACIDAD

¿EL BENEFICIARIO PRESENTA DISCAPACIDAD? SI [X] NO [ ]
¿ESTA CERTIFICADO? SI [X] NO [ ]
TIPO DE DISCAPACIDAD: Física

FUNCIONALIDAD DEL BENEFICIARIO

| ACTIVIDADES | INDEPENDIENTE | SEMI DEPENDIENTE | DEPENDIENTE |
|---|---|---|---|
| ALIMENTARSE | X | | |
| ASEARSE | X | | |
| MOVERSE | | X | |
| MOVERSE EN CALLE | | X | |

* Marque con (X)

¿UTILIZA AYUDAS TÉCNICAS? BASTÓN SI [X] NO [ ]; MUÑETAS SI [ ] NO [X]; SILLA DE RUEDAS SI [ ] NO [X]; OTRO CUAL? [ ]

## D. DATOS

DIRECCIÓN DEL DOMICILIO: CL 57 C Sur # 68 B - 18
TELÉFONO: 7281326
CELULAR: 3212124592
BARRIO: Villa del rio
LOCALIDAD: Bosa
ESTRATO: 3
LA PERSONA ES CUIDADOR? SI [X] NO [ ]
CUIDADOR: Claudia Patricia Amortegui
TELÉFONO: 3005684269
PARENTESCO: Hija
USE CON EL BENEFICIARIO: SI [ ] NO [ ]
EL BENEFICIARIO ES CUIDADOR? SI [ ] NO [X]
PARENTESCO:
MOTIVO: MUJER JEFE DE HOGAR ___ PERSONA CON DISCAPACIDAD ___ PERSONA MAYOR ___ OTRO ___

## DATOS FAMILIARES

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

PERSONAS CON QUIEN VIVE

| Nombres y Apellidos | Parentesco | Edad | Escolaridad | Estado Civil | Actividad | Ocupación |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Henry Alexander Amado L. | Yerno | 33 | Universitario | Casado | Trabajando | Enf. Pastic |
| Olinda Chaparro De A. | Suegra | 75 | Secundaria | Viuda | Sin actividad | NO aplica |
| Claudia Patricia Amortegui | Esposa | 47 | Tecnico | Casada | Oficios hogar | NO aplica |
| Oliver Alexander Amado A. | Nieto | 16 | Universitario | Soltero | Estudiando | NO aplica |

No. Personas que Conviven: 4

¿HABITA EN LA MISMA VIVIENDA ALGUNA PERSONA QUE CONSUMA SPA? SI [ ] NO [X]
TIENE INGRESOS PROPIOS? SI [ ] NO [X]
DESTINACIÓN DE LOS INGRESOS:
¿DE DONDE PROVIENEN LOS INGRESOS?
PROMEDIO DE INGRESOS MENSUALES: 0
¿CUAL ES LA PERIODICIDAD DE LOS INGRESOS? DIARIA [ ] SEMANAL [ ] QUINCENAL [ ] MENSUAL [ ] OTRO [ ]

## E. TIPO DE VIVIENDA

CASA O APARTAMENTO [X] CUARTO O CUARTOS [ ] INQUILINATO [ ] CAMBUCHE [ ] PARQUE [ ] PUENTE [ ] REFUGIO NATURAL [ ] VIVIENDA MOVIL [ ] INSTITUCION [ ] RIVERA DEL RIO [ ] CARO [ ] CALLE [ ] CASA LOTE [ ] RESIDENCIA [ ] LUGAR DE TRABAJO [ ] RANCHO [ ] FINCA [ ]

TENENCIA: PROPIA [X] ARRENDADA [ ] HIPOTECADO [ ] OTRAS [ ] CUAL
FORMA DE PAGO: DIARIA [ ] SEMANAL [ ] QUINCENAL [ ] MENSUAL [ ] OTRO [ ] CUAL
ESTADO DE LA VIVIENDA: CONSTRUIDA [X] EN CONSTRUCCION [ ] OBRA NEGRA [ ]
CONDICION DE LA VIVIENDA: BUENA [ ] DEMOLICION [ ] BUEN ESTADO [ ] ACEPTABLE [X]

SERVICIOS PUBLICOS: AGUA [X] LUZ [X] TELEFONO [X] ALCANTARILLADO [X] GAS NATURAL [X] ASEO [X] ALUMBRADO PUBLICO [X]
ILUMINACION: BUENA [ ] REGULAR [X] MALA [ ]
VENTILACION: BUENA [X] REGULAR [ ] MALA [ ]
ASEO: BUENA [X] REGULAR [ ] MALA [ ]
PISOS: MADERA [ ] TIERRA [ ] CEMENTO [ ] BALDOSA [X] OTRO [ ] CUAL

PAREDES: LADRILLOS [X] LATAS [ ] MADERA [ ] ADOBE [ ] CARTON [ ] POLISOMBRA [ ] OTRO [ ] CUAL?
TECHO: TEJA [X] TELA [ ] PLANCHA [ ] OTRO [ ] CUAL?
TIPO DE ENERGIA UTILIZADA PARA COCINAR: GAS NATURAL [X] GAS PROPANO [ ] ELECTRICIDAD [ ] COCINOL [ ] CARBON [ ] OTRO [ ] CUAL

Powered by CamScanner

**ESPACIOS**

| | Nº | COMPARTIDOS | | Nº | COMPARTIDOS | | Nº | COMPARTIDOS |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| HABITACIONES | 3 | | CONEXORES | 1 | | PATIOS | 1 | |
| COCINAS | 1 | | SALAS | 1 | | | | |
| BAÑOS | 1 | | LAVADEROS | 1 | | | | |

**PRESENCIA DE ANIMALES EN LA VIVIENDA**

| | | CUAL? |
|---|---|---|
| DOMESTICOS | X | Perro |
| VECTORES | | |
| OTRO | | |

| | SI | NO |
|---|---|---|
| ¿COCINA DENTRO DE LA HABITACIÓN DONDE DUERME? | | X |
| ¿SE EVIDENCIA PRESENCIA DE ALCOHOL, CONSUMO DE CIGARRILLO O SPA? | | X |
| ¿SE EVIDENCIA ACUMULACION DE MATERIAL RECICLADO? | | X |
| ¿VIVE EN EL MISMO SITIO DE TRABAJO? | | X |

**II. ENTORNO**

**SE OBSERVA EN EL ENTORNO ALGUNO(S) DE LOS SIGUIENTES FACTORES DE RIESGO**

| | | | | CUAL |
|---|---|---|---|---|
| EXPENDIO DE DROGAS | | ZONA DE PROSTITUCION | | |
| BASURERO | | ZONA DE RIESGO FISICO (deslizamiento, inundación) | | |
| AGUAS NEGRAS | | OTRO | | |

**ESTADO DE LAS VIAS DE ACCESO**

| | |
|---|---|
| | PENDIENTES Y NO LLEGAN VEHICULOS |
| | EN RUINA |
| | DESTAPADA |
| X | PAVIMENTADO |

**III. OBSERVACIONES DE CONDICIONES HABITACIONALES ANTERIORMENTE DESCRITAS**

Inmueble de 2 Plantas, la Vivienda se encuentra en buenas condiciones de habitabilidad, en el momento se evidencia que la vivienda se encuentra con Ventilación y aseo en buen estado y la Iluminación regular, cuenta con todos los Servicios Publicos, la vivienda esta amoblada y cuenta con espacios amplios. Por ultimo, las Vias de acceso estan pavimentadas.

**IV. RIESGOS IDENTIFICADOS**

| | SI | NO | | SI | NO | | SI | NO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PSICOSOCIAL | | X | ABANDONO | | X | OTRO | | X |
| ECONOMICO | | X | DESALOJO | | X | CUAL? | | |

**OBSERVACIONES**

**V. CONCEPTO PROFESIONAL**

Persona mayor de 73 años de edad, con tipología familiar extensa, manifiesta no tener ingresos económicos y cuenta con el apoyo de sus hijos y su Yerno, indica que quien cubre los gastos del hogar es su Yerno y su hija, la Persona mayor menciona tener buenas relaciones con sus hijos y su Yerno. Por otra parte se evidencia que vive en buenas condiciones de habitabilidad. Indica que aun se encuentra en duelo por el fallecimiento de su Esposo y que las actividades de contexto diario del barrio le han ayudado a sobrellevar la situación ya que comparte con sus compañeros y pasa tiempo de calidad.

Olinda Chaparro de Anortegui
FIRMA DE QUIEN ATENDIO LA VISITA
Olinda Chaparro De Anortegui
NOMBRE Y CARGO DE QUIEN ATENDIO LA VISITA
2239 27 27
NUMERO DE CEDULA DE QUIEN ATENDIO LA VISITA

FIRMA DE QUIEN REALIZO LA VISITA
Julie Estefania Gonzalez O.
NOMBRE DE QUIEN REALIZO LA VISITA
CC. 1012464 565
NUMERO DE CEDULA DE QUIEN REALIZO LA VISITA



Powered by CamScanner

PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL

FORMATO VISITA DOMICILIARIA SERVICIO CENTROS DIA

| | | | |
|---|---|---|---|
| MODALIDAD O ESTRATEGIA: Centro día el bosque | CONTRATO No. PROYECTO: 8991 | NOMBRE DE LA UNIDAD OPERATIVA / LOTE: Lote 17 | FECHA VISITA: Día 31 Mes 03 Año 22 HORA |
| DIRECCIÓN DE RESIDENCIA: U. Descubrimiento Mz 1 Primera Vía 7 | BARRIO: | | |
| PRIMER APELLIDO: Chaparro | SEGUNDO APELLIDO: Tafero | PRIMER NOMBRE: María | SEGUNDO NOMBRE: Alicia |
| | | SEXO: ☐ HOMBRE ☒ MUJER ☐ INTERSEXUAL | |
| TIPO DE DOCUMENTO: RC ☐ TI ☐ CC ☒ PP ☐ CE ☐ NO TIEN ☐ | NÚMERO DE DOCUMENTO: 41335355 | FECHA DE NACIMIENTO: Día 30 Mes 01 Año 1942 | |

A. SITUACIÓN DEL BENEFICIARIO

B. ¿SE ENCUENTRA EN SITUACIÓN DE VULNERABILIDAD

DESPLAZAMIENTO ☐ PROSTITUCIÓN ☐ INDIGENCIA ☐ OTRO ☐ DESEMPLEO ☐ CUAL

B. ESTADO DE SALUD

| ¿EL BENEFICIARIO PRESENTA ENFERMEDAD DIAGNOSTICADA? | SI | NO |
|---|---|---|
| | ☐ | ☒ |

ENFERMEDAD ACTUAL DIAGNOSTICADA

| | SI | NO |
|---|---|---|
| ¿ESTA ACTUALMENTE EN TRATAMIENTO? | | ☒ |
| ¿ACTUALMENTE TOMA SU MEDICAMENTOS? | | ☒ |
| ¿TIENE SOPORTES QUE VERIFIQUEN EL CONSUMO DE ESTOS MEDICAMENTOS? | | ☒ |

¿CUENTA CON RED DE APOYO: SI ☒ NO ☐

TIPO: FAMILIAR ☒ INSTITUCIONAL ☐ OTRAS COMUNITARIA ☐ CUAL? ____

C. DISCAPACIDAD

| ¿EL BENEFICIARIO PRESENTA DISCAPACIDAD? | SI | NO |
|---|---|---|
| | | ☒ |
| ¿ESTA CERTIFICADA? | | ☒ |

TIPO DE DISCAPACIDAD

FUNCIONALIDAD DEL BENEFICIARIO

| ACTIVIDADES | INDEPENDIENTE | SEMI DEPENDIENTE | DEPENDIENTE |
|---|---|---|---|
| ALIMENTARSE | X | | |
| ASEARSE | X | | |
| MOVERSE | X | | |
| MOVERSE EN CALLE | | | X |

* Marcar con (X)

¿UTILIZA AYUDAS TÉCNICAS?

| | SI | NO |
|---|---|---|
| BASTON | ☒ | ☐ |
| MULETAS | ☐ | ☒ |
| SILLA DE RUEDAS | ☐ | ☒ |
| OTRO CUAL? | | |

D. DATOS

| DIRECCIÓN DEL DOMICILIO | TELEFONO | BARRIO | LOCALIDAD | UPZ/ZONA GEOGRÁFICA | ESTRATO |
|---|---|---|---|---|---|
| Kr 65 #55A - 55 | 2388383 CELULAR 3132206368 | Villa del Rio | Bosa | X URB ☐ RUR ☐ | 3 |

| LA PERSONA ES SUJETO DE DUEÑO? | SI | NO | NOMBRE | TELEFONO | PARENTESCO | VIVE CON EL BENEFICIARIO |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | X | | María Blanca Chaparro | 3132206368 | Hermana | X SI ☐ NO |

| EL BENEFICIARIO ES CUIDADOR? | SI | NO | PARENTESCO | MOTIVO |
|---|---|---|---|---|
| | | X | | MENOR DE EDAD ____ PERSONA CON DISCAPACIDAD ____ PERSONA MAYOR ____ OTRO ____ |

DATOS FAMILIARES

TIPO DE FAMILIA: UNIPERSONAL ☐ COMPUESTA ☒ NUCLEAR ☐ MONOPARENTAL ☐ MONOPARENTAL ☐ EXTENSA ☐ PAREJA SIN HIJOS AS ☐ SIMULTÁNEAS ☐

RELACIONES CON QUIEN VIVE

| Nombres y Apellidos | Parentesco | Edad | Escolaridad | Estado Civil | Actividad | Ocupación |
|---|---|---|---|---|---|---|
| María Alicia Chaparro T. | Hermana | 81 | Primaria | Soltera | Sin actividad | No aplica |
| María Blanca Chaparro | Hermana | 68 | Secundaria | Casada | Oficios hogar | No aplica |
| Oliverio Hernandez | Cuñado | 68 | Secundaria | Casado | Pensionado | No aplica |
| Lizeth Hernandez C. | Sobrina | 29 | Universitaria | Soltera | Trabajando | Cont. Publico |

No. Personas que Conviven: 4

¿HABITA EN LA MISMA VIVIENDA ALGUNA PERSONA QUE CONSUMA SPA? SI ☒ NO ☐

TIENE INGRESOS PROPIOS? SI ☐ NO ☒ ¿DE DONDE PROVIENEN LOS INGRESOS? ____

PROMEDIO DE INGRESOS MENSUALES: ____ DESTINACION DE LOS INGRESOS: ____

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

E. TIPO DE VIVIENDA

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CASA O APARTAMENTO | ☒ | CAMBUCHE | ☐ | REFUGIO NATURAL | ☐ | RIVERA DEL RIO | ☐ | CASA LOTE | ☐ |
| CUARTO O CUARTOS | ☐ | RANCHO | ☐ | VIVIENDA MOVIL | ☐ | CAÑO | ☐ | RESIDENCIA | ☐ |
| INQUILINATO | ☐ | PUENTE | ☐ | INSTITUCION | ☐ | CALLE | ☐ | LUGAR DE TRABAJO | ☐ |
| RANCHO | ☐ | FINCA | ☐ | | | | | | |

| TENENCIA | | | | FORMA DE PAGO | | | | ESTADO DE LA VIVIENDA | | CONDICION DE LA VIVIENDA | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PROPIA | ☐ | OTRA | ☐ | DIARIA | ☐ | MENSUAL | ☐ | CONSTRUIDA | ☒ | RUINA | ☐ |
| ARRENDADA | ☐ | CUAL | | SEMANAL | ☐ | OTRO | ☐ | EN CONSTRUCCION | ☐ | DEMOLICION | ☐ |
| AMORTIZANDO | ☐ | | | QUINCENAL | ☐ | CUAL | | OBRA NEGRA | ☐ | BUEN ESTADO | ☐ |
| | | | | | | | | | | ACEPTABLE | ☒ |

| SERVICIOS PUBLICOS | | | | | | ILUMINACION | | VENTILACION | | ASEO | | PISOS | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AGUA | ☒ | ACUEDUCTO | ☒ | ALUMBRADO PUBLICO | ☒ | BUENA | ☒ | BUENA | ☒ | BUENA | ☒ | MADERA | ☐ | BALDOSA | ☒ |
| LUZ | ☒ | GAS NATURAL | ☒ | ALCANTARILLADO | ☒ | REGULAR | ☐ | REGULAR | ☐ | REGULAR | ☐ | TIERRA | ☐ | OTRO | |
| TELEFONO | ☒ | ASEO | ☒ | | | MALA | ☐ | MALA | ☐ | MALA | ☐ | CEMENTO | ☐ | CUAL | |

| PAREDES | | | | | | TECHO | | | | TIPO DE ENERGIA UTILIZADA PARA COCINAR | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| LADRILLOS | ☒ | ADOBE | ☐ | OTRO | ☐ | TEJA | ☒ | OTRO | ☐ | GAS NATURAL | ☒ | COCINOL | ☐ | CUAL | |
| LATAS | ☐ | CARTON | ☐ | CUAL? | | TELA | ☐ | CUAL? | | GAS PROPANO | ☐ | CARBON | ☐ | | |
| MADERA | ☐ | POLISOMBRA | ☐ | | | PLANCHA | ☐ | | | ELECTRICIDAD | ☐ | OTRO | ☐ | | |

Powered by CamScanner

**ESPACIOS**

| | Nº | COMPARTIDOS |
|---|---|---|
| HABITACIONES | 2 | |
| COCINAS | 1 | |
| BAÑOS | 1 | |

| | Nº | COMPARTIDOS |
|---|---|---|
| COMEDORES | 1 | |
| SALAS | 1 | |
| LAVADEROS | 1 | |

| | Nº | COMPARTIDOS |
|---|---|---|
| PATIOS | 1 | |

**PRESENCIA DE ANIMALES EN LA VIVIENDA**

| | | CUAL? |
|---|---|---|
| DOMÉSTICOS | X | Perro |
| VECTORES | | |
| OTRO | | |

| | SI | NO |
|---|---|---|
| ¿COCINA DENTRO DE LA HABITACIÓN DONDE DUERME? | | X |
| ¿SE EVIDENCIA PRESENCIA DE ALCOHOL, COLILLAS DE CIGARRILLO O BAZ? | | X |
| ¿SE EVIDENCIA ACUMULACIÓN DE MATERIAL RECICLADO? | | X |
| ¿VIVE EN EL MISMO SITIO DE TRABAJO? | | X |

**F. ENTORNO**

**SE OBSERVA EN EL ENTORNO ALGUNO(S) DE LOS SIGUIENTES FACTORES DE RIESGO**

| | | | | CUAL |
|---|---|---|---|---|
| EXPENDIO DE DROGAS | | ZONA DE PROSTITUCIÓN | | |
| BASURERO | | ZONA DE RIESGO FÍSICO (deslizamiento, inundación) | | |
| AGUAS NEGRAS | | OTRO | | |

**ESTADO DE LAS VÍAS DE ACCESO**

| | |
|---|---|
| | PEATONALES Y NO LLEGAN VEHÍCULOS |
| | EN TIERRA |
| | DESTAPADA |
| X | PAVIMENTADO |

**G. OBSERVACIONES DE CONDICIONES HABITACIONALES ANTERIORMENTE DESCRITAS**

Inmueble de 3 plantas, la persona mayor vive en el 3 Piso, la vivienda se encuentra en buenas condiciones de habitabilidad cuenta con todos los servicios Publicos, tambien cuenta con buena iluminación, ventilación y aseo. Los espacios del hogar son amplios, la vivienda esta construida y se encuentra pavimentada.

**H. RIESGOS IDENTIFICADOS**

| | SI | NO | | SI | NO | | SI | NO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PSICOSOCIAL | | X | ABANDONO | | X | OTRO | | X |
| ECONÓMICO | | X | DESALOJO | | X | CUAL? | | |

**OBSERVACIONES**

**I. CONCEPTO PROFESIONAL**

Persona mayor de 81 años de edad, con tipología familiar compuesta, indica no tener ingresos propios, y quien la ayuda económicamente es su cuñado y cuenta también con el apoyo de su hermana quien es la que cuida de ella, la persona mayor vive con su hermana, debido a que se informo durante el confinamiento en la pandemia y no tenia quien cuidara de ella, y desde entonces viven todos. Por ultimo, la estrategia centro dia al barrio fomenta la participación, socialización con sus pares y ocupación del tiempo libre, brindando espacios para el bienestar de la persona mayor.

María Eberto
FIRMA DE QUIEN ATENDIÓ LA VISITA

Julie Gutiérrez Orozco
FIRMA DE QUIEN REALIZÓ LA VISITA

Julie Gutiérrez Orozco
NOMBRE Y CARGO DE QUIEN ATENDIÓ LA VISITA

CC. 1012464565
NOMBRE DE QUIEN REALIZÓ LA VISITA

CC 41 385 363
NÚMERO DE CÉDULA DE QUIEN ATENDIÓ LA VISITA

NÚMERO DE CÉDULA DE QUIEN REALIZÓ LA VISITA

Powered by CamScanner

PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL

FORMATO VISITA DOMICILIARIA SERVICIO CENTROS DIA

Código: FOR-PSS-561
Versión: 0
Fecha Inicio: 01/10/2020 - 13/06/2022
Página: 1 de 3

MODALIDAD O ESTRATEGIA: Centro día adulto mayor
CÓDIGO - Nº PROYECTO: 8991
NOMBRE DE LA UNIDAD OPERATIVA / LOTE: Lote 97
FECHA VISITA: DIA 15 MES 03 AÑO 23 HORA

UBICACIÓN DE DONACIONES:
MOTIVO: Visita domiciliaria por primera vez

| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE |
|---|---|---|---|
| Clavijo | Rodriguez | Nubia | Mary |

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

TIPO DE DOCUMENTO: RC [ ] PP [ ] TI [ ] CE [ ] CC [X] NO TIENE [ ]
NÚMERO DE DOCUMENTO: 29090249
FECHA DE NACIMIENTO: DIA 24 MES 03 AÑO 1938

A. SITUACIÓN DEL BENEFICIARIO

SE ENCUENTRA EN SITUACIÓN DE VULNERABILIDAD
DESPLAZAMIENTO [ ] PROSTITUCIÓN [ ]
HOMICIDIO [ ] OTRO [ ]
DESEMPLEO [ ]
CUAL:

B. ESTADO DE SALUD

¿EL BENEFICIARIO PRESENTA ENFERMEDAD DIAGNOSTICADA? SI [X] NO [ ]
ENFERMEDAD ACTUAL DIAGNOSTICADA: Diabetes

| | SI | NO |
|---|---|---|
| ¿ESTÁ ACTUALMENTE EN TRATAMIENTO? | X | |
| ¿ACTUALMENTE TOMA MEDICAMENTOS? | X | |
| ¿TIENE SOPORTES QUE VERIFIQUEN EL CONSUMO DE ESTOS MEDICAMENTOS? | X | |

CUENTA CON RED DE APOYO: SI [X] NO [ ]
TIPO: FAMILIAR [X] INSTITUCIONAL [ ] OTRAS COMUNITARIA [ ]
CUAL?

C. DISCAPACIDAD

¿EL BENEFICIARIO PRESENTA DISCAPACIDAD? SI [ ] NO [X]
¿ESTA CERTIFICADA? SI [ ] NO [X]
TIPO DE DISCAPACIDAD:

FUNCIONALIDAD DEL BENEFICIARIO (Marque con 01)

| ACTIVIDADES | INDEPENDIENTE | SEMI DEPENDIENTE | DEPENDIENTE |
|---|---|---|---|
| ALIMENTARSE | X | | |
| ASEARSE | X | | |
| MOVERSE | X | | |
| MOVERSE EN CALLE | | | X |

¿UTILIZA AYUDAS TECNICAS? SI [ ] NO [X]
BASTÓN [ ] MULETAS [X] SILLA DE RUEDAS [X] OTRO CUAL?

D. DATOS

| DIRECCIÓN DEL DOMICILIO | TELÉFONO | BARRIO | LOCALIDAD | ESTRATO |
|---|---|---|---|---|
| cl 55 A # 70 - 58 Sur | 9256866 CELULAR 3125975788 | Villa Del Rio | Bosa | 3 |

LA PERSONA ES SUJETO DE CUIDADO? SI [X] NO [ ]
CUIDADOR: Gloria Janneth Hernandez 3125975788
PARENTESCO: Hija
VIVE CON EL BENEFICIARIO: SI [X] NO [ ]
EL BENEFICIARIO ES CUIDADOR? SI [ ] NO [X]
PARENTESCO:
MOTIVO: MENOR DE EDAD ___ PERSONA CON DISCAPACIDAD ___ PERSONA MAYOR ___ OTRO ___

DATOS FAMILIARES

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

PERSONAS QUE CONVIVEN

| Nombres y Apellidos | Parentesco | Edad | Escolaridad | Estado Civil | Actividad | Ocupación |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Franky Acosta Salcedo | Jefe Hogar | 64 | Secund. Com | Casado | Trabajando | Emp. Estatal |
| Gloria Janneth Hernandez | Esposa | 63 | Secund. Com | Casada | Oficios Hogar | No aplica |
| Nubia Mary Clavijo R. | Suegra | 84 | Secund. Com | Viuda | Sin Actividad | No aplica |
| Diego Andres Acosta H. | Hijo | 35 | Tecnico | Soltero | Trabajando | Emp. Privada |
| Kelly Tatiana Acosta H. | Hija | 27 | Tecnico | Soltera | Trabajando | Emp. Privada |

No. Personas que Conviven: 5

¿HABITA EN LA MISMA VIVIENDA ALGUNA PERSONA QUE CONSUMA SPA? SI [ ] NO [X]
TIENE INGRESOS PROPIOS? SI [ ] NO [X]
PROMEDIO DE INGRESOS MENSUALES: 0
DESTINACIÓN DE LOS INGRESOS:
¿DE DONDE PROVIENEN LOS INGRESOS?
¿CUÁL ES LA PERIODICIDAD DE LOS INGRESOS? DIARIA [ ] SEMANAL [ ] QUINCENAL [ ] MENSUAL [ ] OTRO [ ]

E. TIPO DE VIVIENDA

CASA O APARTAMENTO [X] CUARTO O CUARTOS [ ] INQUILINATO [ ]
CAMBUCHE [ ] PARCHE [ ] PUENTE [ ]
REFUGIO NATURAL [ ] VIVIENDA MOVIL [ ] INSTITUCION [ ]
RIVERA DEL RIO [ ] CAÑO [ ] CALLE [ ]
CASA LOTE [ ] RESIDENCIA [ ] LUGAR DE TRABAJO [ ]
RANCHO [ ] FINCA [ ]

TENENCIA: PROPIA [X] ARRENDADA [ ] AMORTIZANDO [ ] OTRA [ ] CUAL
FORMA DE PAGO: DIARIA [ ] SEMANAL [ ] QUINCENAL [ ] MENSUAL [ ] OTRO [ ] CUAL
ESTADO DE LA VIVIENDA: CONSTRUIDA [X] EN CONSTRUCCION [ ] OBRA NEGRA [ ]
CONDICION DE LA VIVIENDA: BUENA [ ] DEMOLICION [ ] BUEN ESTADO [ ] ACEPTABLE [X]

SERVICIOS PUBLICOS: AGUA [X] LUZ [X] TELEFONO [X] ACUEDUCTO [X] GAS NATURAL [X] ASEO [X] ALUMBRADO PUBLICO [X] ALCANTARILLADO [X]
ILUMINACION: BUENA [X] REGULAR [ ] MALA [ ]
VENTILACION: BUENA [X] REGULAR [ ] MALA [ ]
ASEO: BUENA [X] REGULAR [ ] MALA [ ]
PISOS: MADERA [ ] TIERRA [ ] CEMENTO [ ] BALDOSA [X] OTRO [ ] CUAL

PAREDES: LADRILLOS [X] LATAS [ ] MADERA [ ] ADOBE [ ] CARTON [ ] POLISOMBRA [ ] OTRO [ ] CUAL?
TECHO: TEJA [X] TELA [ ] PLANCHA [ ] OTRO [ ] CUAL?
TIPO DE ENERGIA UTILIZADA PARA COCINAR: GAS NATURAL [X] GAS PROPANO [ ] ELECTRICIDAD [ ] CARBON [ ] OTRO [ ] CUAL

Powered by CamScanner

**ESPACIOS**

| | Nº | COMPARTIDOS | | Nº | COMPARTIDOS | | Nº | COMPARTIDOS |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| HABITACIONES | 3 | | COMEDORES | 1 | | PATIOS | 1 | |
| COCINAS | 1 | | SALAS | 1 | | | | |
| BAÑOS | 1 | | LAVADEROS | 1 | | | | |

**PRESENCIA DE ANIMALES EN LA VIVIENDA**

| | | CUAL? |
|---|---|---|
| DOMESTICOS | X | Perros |
| VECTORES | | |
| OTRO | | |

| | SI | NO |
|---|---|---|
| ¿COCINA DENTRO DE LA HABITACIÓN DONDE DUERME? | | X |
| ¿SE EVIDENCIA PRESENCIA DE ALCOHOL, COLILLAS DE CIGARRILLO O SPA? | | X |
| ¿SE EVIDENCIA ACUMULACIÓN DE MATERIAL RECICLADO? | | X |
| ¿VIVE EN EL MISMO SITIO DE TRABAJO? | | X |

**F. ENTORNO**

**SE OBSERVA EN EL ENTORNO ALGUNO(S) DE LOS SIGUIENTES FACTORES DE RIESGO**

| | | | | CUAL |
|---|---|---|---|---|
| EXPENDIO DE DROGAS | | ZONA DE PROSTITUCION | | |
| BASURERO | | ZONA DE RIESGO FISICO(deslizamiento, inundación) | | |
| AGUAS NEGRAS | | OTRO | | |

**ESTADO DE LAS VIAS DE ACCESO**

| | |
|---|---|
| | PENDIENTES Y NO LLEGAN VEHICULOS |
| | EN RUINA |
| | DESTAPADA |
| X | PAVIMENTADO |

**G. OBSERVACIONES DE CONDICIONES HABITACIONALES ANTERIORMENTE DESCRITAS**

Inmueble de 4 Plantas, la Persona mayor, vive en el 4 Piso, se observa que las condiciones de habitabilidad, son buenas, ya que cuenta con buen aseo, iluminación, ventilación y con servicios Publicos, la vivienda esta amoblada. las vias de acceso estan Pavimentadas y en buen Estado.

**H. RIESGOS IDENTIFICADOS**

| | SI | NO | | SI | NO | | SI | NO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PSICOSOCIAL | | X | ABANDONO | | X | OTRO | | X |
| ECONOMICO | | X | DESALOJO | | X | CUAL? | | |

**OBSERVACIONES**

**I. CONCEPTO PROFESIONAL**

Persona mayor de 84 años de edad, con tipología familiar extensa monoparental no tiene ingresos economicos, pero los gastos de donde vive son Solventados por Su Yerno y sus nietos, quienes son los que ayudan y apoyan a la Persona mayor, tambien le ayudan con algunas de sus necesidades basicas. las condiciones de habitabilidad son buenas. Por ultimo, la Persona mayor Padece de diabetes y se encuentra en tratamiento medico.

Firma de quien atendió la visita
Yuliana Ellery Blanco R.
Nombre y cargo de quien atendió la visita
29092479 de Tibú
Número de cédula de quien atendió la visita

Firma de quien realizó la visita
Julie Gonzalez Orozco
Nombre de quien realizó la visita
CC. 1012464565
Número de cédula de quien realizó la visita

Powered by CamScanner

PROCESO PRESTACION DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL

FORMATO VISITA DOMICILIARIA SERVICIO CENTROS DIA

Código: FOR-PSS-567
Versión: 0
Fecha: Marzo (2023) hasta (13/06/2023)
Página: 1 de 5

| LOCALIDAD O ESTRATEGIA | CODIGO - Nº PROYECTO | NOMBRE DE LA UNIDAD OPERATIVA / LOTE | FECHA VISITA |
|---|---|---|---|
| Centro día al barrio | 8991 | Lote 17 | DIA 23 MES 03 AÑO 23 HORA |

TIPO DE INTERVENCIÓN: Visita domiciliaria Re Primera vez

| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE |
|---|---|---|---|
| Cortes | De Collazos | Julia | Ines |

NOMBRE COMPLETO

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

| TIPO DE DOCUMENTO | NUMERO DE DOCUMENTO | FECHA DE NACIMIENTO DIA | MES | AÑO |
|---|---|---|---|---|
| RC [ ] TI [ ] CC [X] PP [ ] CE [ ] NO TEN [ ] | 20307191 | 24 | 09 | 1942 |

A. SITUACIÓN DEL BENEFICIARIO

SE ENCUENTRA EN SITUACIÓN DE VULNERABILIDAD

DESPLAZAMIENTO [ ] PROSTITUCION [ ]
MENDICIDAD [ ]
DESEMPLEO [ ] OTRO [ ]

CUAL:

B. ESTADO DE SALUD

¿EL BENEFICIARIO PRESENTA ENFERMEDAD DIAGNOSTICADA? SI [ ] NO [X]

ENFERMEDAD ACTUAL DIAGNOSTICADA

| | SI | NO |
|---|---|---|
| ¿ESTÁ ACTUALMENTE EN TRATAMIENTO? | | X |
| ¿ACTUALMENTE TOMA MEDICAMENTOS? | | X |
| ¿TIENE SOPORTES QUE VERIFIQUEN EL CONSUMO DE ESTOS MEDICAMENTOS? | | X |

CUENTA CON RED DE APOYO SI [X] NO [ ]

TIPO: FAMILIAR [X] INSTITUCIONAL [ ] OTRAS COMUNITARIA [ ] CUAL? _____

C. DISCAPACIDAD

¿EL BENEFICIARIO PRESENTA DISCAPACIDAD? SI [ ] NO [X]
¿ESTA CERTIFICADA? SI [ ] NO [X]

TIPO DE DISCAPACIDAD

FUNCIONALIDAD DEL BENEFICIARIO

| ACTIVIDADES | INDEPENDIENTE | SEMI DEPENDIENTE | DEPENDIENTE |
|---|---|---|---|
| ALIMENTARSE | X | | |
| ASEARSE | X | | |
| MOVERSE | X | | |
| MOVERSE EN CALLE | X | | |

*Marque con (X)

¿UTILIZA AYUDAS TECNICAS?

| | SI | NO |
|---|---|---|
| BASTON | | X |
| MULETAS | | X |
| SILLA DE RUEDAS | | X |
| OTRO CUAL? | | |

D. DATOS

| DIRECCION DEL DOMICILIO | TELEFONO / CELULAR | BARRIO | LOCALIDAD | ESTRATO |
|---|---|---|---|---|
| CL 57 B Sur # 62 - 12 | 7112495 / 3134647710 | Villa Del Rio | Bosa | 3 |

LA PERSONA ES BUEN CUIDADOR? SI [ ] NO [X]
EL BENEFICIARIO ES CUIDADOR? SI [ ] NO [X]

PARENTESCO

MOTIVO: MAYOR DE EDAD ___ PERSONA CON DISCAPACIDAD ___ PERSONA MAYOR ___ OTRO ___

TIPO DE FAMILIA: UNIPERSONAL [ ] COMPUESTA [ ] NUCLEAR [ ] MONOPARENTAL [ ] EXTENSA [X] PAREJA SIN HIJOS [ ] SIN FAMILIA [ ]

| Nombres y Apellidos | Parentesco | Edad | Estado Civil | Actividad | Ocupación |
|---|---|---|---|---|---|
| Julia Ines Cortes De C. | Jefe hogar | 80 Empl. Inapo. | Viuda | Pensionada | No aplica |
| Gloria Collazos Cortes | Hija | 52 Prof. Cont. | Divorciada | Oficios hogar | No aplica |

No. Personas que Conviven: 2

¿HASTA EN LA MISMA VIVIENDA AL GUNA PERSONA QUE CONVIVA NO?: SI [ ] NO [X]

DESTINACIÓN DE LOS INGRESOS: Gastos Personales y hogar

¿SE DONDE PROVIENEN LOS INGRESOS?: Pension

TIENE INGRESOS PROPIOS? SI [X] NO [ ]

PROMEDIO DE INGRESOS MENSUALES: 2'000.000

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

E. TIPO DE VIVIENDA

CASA O APARTAMENTO [X] CUARTO O CUARTOS [ ] INQUILINATO [ ]
CAMBUCHE [ ] RANCHO [ ] REFUGIO NATURAL [ ] VIVIENDA MOVIL [ ] INSTITUCION [ ] BODEGA DEL RIO [ ] CARO [ ] CALLE [ ] CASA LOTE [ ] RESIDENCIA [ ] LUGAR DE TRABAJO [ ] RANCHO [ ] FINCA [ ]

| TENENCIA | FORMA DE PAGO | ESTADO DE LA VIVIENDA | CONDICION DE LA VIVIENDA |
|---|---|---|---|
| PROPIA [X] ARRENDADA [ ] HIPOTECADA [ ] OTRA [ ] CUAL | DIARIA [ ] SEMANAL [ ] QUINCENAL [ ] MENSUAL [ ] OTRO [ ] CUAL | CONSTRUIDA [X] EN CONSTRUCCION [ ] OBRA NEGRA [ ] | BUENA [ ] DEMOLICION [ ] BUEN ESTADO [ ] ACEPTABLE [X] |

| SERVICIOS PUBLICOS | ILUMINACION | VENTILACION | ASEO | PISOS |
|---|---|---|---|---|
| AGUA [X] LUZ [X] TELEFONO [X] ACUEDUCTO [X] GAS NATURAL [X] ASEO [X] ALCANTARILLADO [X] ALUMBRADO PUBLICO [X] | BUENA [X] REGULAR [ ] MALA [ ] | BUENA [X] REGULAR [ ] MALA [ ] | BUENA [X] REGULAR [ ] MALA [ ] | MADERA [ ] TIERRA [ ] CEMENTO [ ] BALDOSA [X] OTRO [ ] CUAL |

| PAREDES | TECHO | TIPO DE ENERGIA UTILIZADA PARA COCINAR |
|---|---|---|
| LADRILLO [X] BAHAREQUE [ ] MADERA [ ] ADOBE [ ] CARTON [ ] POLISOMBRA [ ] OTRO [ ] CUAL | TEJA [ ] TELA [ ] PLANCHA [X] OTRO [ ] CUAL | GAS NATURAL [X] GAS PROPANO [ ] ELECTRICIDAD [ ] LEÑA [ ] CARBON [ ] OTRO [ ] CUAL |

Powered by CamScanner

**E. ESPACIOS**

| | Nº | CONFINADOS | | Nº | CONFINADOS | | Nº | CONFINADOS |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| HABITACIONES | 3 | | COMEDORES | 1 | | PATIOS | 1 | |
| COCINAS | 1 | | SALAS | 1 | | | | |
| BAÑOS | 1 | | LAVADEROS | 1 | | | | |

**PRESENCIA DE ANIMALES EN LA VIVIENDA**

| | | |
|---|---|---|
| DOMESTICOS | X | CUAL? Gato |
| VECTORES | | |
| OTRO | | |

¿COCINA DENTRO DE LA HABITACIÓN DONDE DUERME? SI [ ] NO [X]

¿SE EVIDENCIA PRESENCIA DE ALCOHOL, COLILLAS DE CIGARRILLO O BAZ? SI [ ] NO [X]

¿SE EVIDENCIA ACUMULACION DE MATERIAL RECICLABLE? SI [ ] NO [X]

¿VIVE EN EL MISMO SITIO DE TRABAJO? SI [ ] NO [X]

**F. ENTORNO**

**SE OBSERVA EN EL ENTORNO ALGUNO(S) DE LOS SIGUIENTES FACTORES DE RIESGO**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| EXPENDIO DE DROGAS | | ZONA DE PROSTITUCIÓN | | CUAL | |
| BASURERO | | ZONA DE RIESGO FÍSICO (deslizamiento, inundación) | | | |
| AGUAS NEGRAS | | OTRO | | | |

**ESTADO DE LAS VIAS DE ACCESO**

| | |
|---|---|
| | PENDIENTES Y NO LLEGAN VEHICULOS |
| | EN RUINA |
| | DESTAPADA |
| | PAVIMENTADO |

**G. OBSERVACIONES DE CONDICIONES HABITACIONALES ANTERIORMENTE DESCRITAS**

Inmueble de 3 Plantas, el cual se encuentra en buenas condiciones de habitabilidad, la vivienda cuenta con buena iluminación, ventilación y aseo, también con todos los servicios públicos. Por otra parte, la casa se encuentra amoblada y tiene buenos espacios amplios. Las vias de acceso estan pavimentadas y buenas condiciones.

**H. RIESGOS IDENTIFICADOS**

| | SI | NO | | SI | NO | | SI | NO | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PSICOSOCIAL | | X | ABANDONO | | X | OTRO | X | | Duelo Por muerte |
| ECONOMICO | | X | DESALOJO | | X | | CUAL? | | |

**I. CONCEPTO PROFESIONAL**

Persona mayor de 80 años de edad con tipología familiar monoparental. Sus ingresos provienen de su pensión y con estos solventa los gastos del hogar y satisface sus necesidades basicas, se evidencia que la persona mayor vive en buenas condiciones de habitabilidad y no presenta enfermedades diagnosticadas. Indica que esta pasando por una dificultad debido al fallecimiento de un familiar ya que se siente afectada. Por ultimo, se considera que las actividades del Centro dia al barrio han beneficiado en la persona mayor fomentar espacios de esparcimiento y recreación del tiempo libre para su bienestar.

Julio Gorlés
FIRMA DE QUIEN ATENDIÓ LA VISITA

Julio Ines Gorlés de G.
NOMBRE Y APELLIDO DE QUIEN ATENDIÓ LA VISITA

20307191
NUMERO DE CÉDULA DE QUIEN ATENDIÓ LA VISITA

FIRMA DE QUIEN REALIZÓ LA VISITA

Julie Gonzalez Orozco
NOMBRE DE QUIEN REALIZÓ LA VISITA

CC. 1012464363
NUMERO DE CÉDULA DE QUIEN REALIZÓ LA VISITA

Powered by CamScanner

PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL

FORMATO VISITA DOMICILIARIA SERVICIO CENTROS DIA

Código: FOR.PRS.047
Versión: 6
Fecha: Marzo (2020)-(2030) – 13/05/2022
Página: 1 de 3

| MODALIDAD O ESTRATEGIA | CÓDIGO - Nº PROYECTO | NOMBRE DE LA UNIDAD OPERATIVA /LOTE | FECHA VISITA |
|---|---|---|---|
| Centro dia al barrio | 5991 | Lote 17 | DIA 24 MES 07 AÑO 23 HORA |

VALORACIÓN DE CONDICIONES — MOTIVO: Vinculación por primera vez

| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE |
|---|---|---|---|
| Cuesta | De Avendaño | Luz | Marina |

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

| TIPO DE DOCUMENTO | NÚMERO DE DOCUMENTO | FECHA DE NACIMIENTO DÍA | MES | AÑO |
|---|---|---|---|---|
| RC [ ] TI [ ] CC [X] PP [ ] CE [ ] NO TEN [ ] | 39630649 | 10 | 04 | 1960 |

A. SITUACIÓN DEL BENEFICIARIO

SE ENCUENTRA EN SITUACIÓN DE VULNERABILIDAD

DESPLAZAMIENTO [ ] PROSTITUCIÓN [ ]
MENDICIDAD [ ]
DESEMPLEO [ ] OTRO [ ]

CUAL:

B. ESTADO DE SALUD

¿EL BENEFICIARIO PRESENTA ENFERMEDAD DIAGNOSTICADA? SI [ ] NO [X]

ENFERMEDAD ACTUAL DIAGNOSTICADA:

| | SI | NO |
|---|---|---|
| ¿ESTÁ ACTUALMENTE EN TRATAMIENTO? | | X |
| ¿ACTUALMENTE TOMA SU MEDICAMENTOS? | | X |
| ¿TIENE SOPORTES QUE VERIFIQUEN EL CONSUMO DE ESTOS MEDICAMENTOS? | | X |

CUENTA CON RED DE APOYO: SI [X] NO [ ]

TIPO: FAMILIAR [X] INSTITUCIONAL [ ] OTRAS COMUNITARIA [ ] CUAL? _____

C. DISCAPACIDAD

¿EL BENEFICIARIO PRESENTA DISCAPACIDAD? SI [ ] NO [X]
¿ESTÁ CERTIFICADA? SI [ ] NO [X]
TIPO DE DISCAPACIDAD:

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? | | |

D. DATOS

| DIRECCIÓN DEL DOMICILIO | TELÉFONO / CELULAR | BARRIO | LOCALIDAD | ESTRATO |
|---|---|---|---|---|
| cl 57 # # 70 -70 | 315 290 3978 | Villa del rio | Bosa | 3 |

| LA PERSONA ES SUJETO DE CUIDADO? | CUIDADOR | TELÉFONO | PARENTESCO | VIVE CON EL BENEFICIARIO |
|---|---|---|---|---|
| SI [ ] NO [X] | | | | SI [ ] NO [ ] |

| EL BENEFICIARIO ES CUIDADOR? | PARENTESCO | MOTIVO |
|---|---|---|
| SI [ ] NO [X] | | MENOR DE EDAD ___ PERSONA CON DISCAPACIDAD ___ PERSONA MAYOR ___ OTRO ___ |

ESTRUCTURA FAMILIAR

TIPO DE FAMILIA: UNIPERSONAL [ ] COMPUESTA [ ] NUCLEAR [ ] MONOPARENTAL [ ] EXTENSA [ ] PAREJA SIN HIJOS/AS [X] SIMULTANEAS [ ]

PERSONAS QUE VIVEN

| Nombres y Apellidos | Parentesco | Edad | Escolaridad | Estado Civil | Actividad | Ocupación |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Luz Marina Cuesta De A. | ESPOSA | 63 | Primaria | Casada | Oficios hogar | No aplica |
| Humberto Avendaño Mora | ESPOSO | 75 | Primaria | Casado | Oficios hogar | No aplica |

No. Personas que Conviven: 2

¿HABITA EN LA MISMA VIVIENDA ALGUNA PERSONA QUE CONSUMA SPA? SI [ ] NO [X]

TIENE INGRESOS PROPIOS? SI [X] NO [ ]

PROMEDIO DE INGRESOS MENSUALES: 1'000.000

DE DONDE PROVIENEN LOS INGRESOS: Servicios Publicos y alimentación AYN da economica de los hijos

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

E. TIPO DE VIVIENDA

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CASA O APARTAMENTO [X] | CAMBUCHE [ ] | REFUGIO NATURAL [ ] | RIVERA DEL RIO [ ] | CASA LOTE [ ] | RANCHO [ ] |
| CUARTO O CUARTOS [ ] | PARQUE [ ] | VIVIENDA MOVIL [ ] | CAÑO [ ] | RESIDENCIA [ ] | FINCA [ ] |
| INDUSTRIAL [ ] | PUENTE [ ] | INSTITUCION [ ] | CALLE [ ] | LUGAR DE TRABAJO [ ] | |

TENENCIA: PROPIA [X] ARRENDADA [ ] ANCENTURADO [ ] OTRA [ ] CUAL _____

FORMA DE PAGO: DIARIA [ ] SEMANAL [ ] QUINCENAL [ ] MENSUAL [ ] OTRO [ ] CUAL _____

ESTADO DE LA VIVIENDA: CONSTRUIDA [X] EN CONSTRUCCION [ ] OBRA NEGRA [ ]

CONDICIONES DE LA VIVIENDA: RUINA [ ] DEMOLICION [ ] BUEN ESTADO [ ] ACEPTABLE [X]

SERVICIOS PUBLICOS: AGUA [X] LUZ [X] TELEFONO [ ] ACUEDUCTO [X] GAS NATURAL [X] ASEO [X] ALUMBRADO PUBLICO [X] ALCANTARILLADO [X]

ILUMINACION: BUENA [ ] REGULAR [X] MALA [ ]

VENTILACION: BUENA [X] REGULAR [ ] MALA [ ]

ASEO: BUENA [X] REGULAR [ ] MALA [ ]

PISOS: MADERA [ ] TIERRA [ ] CEMENTO [ ] BALDOSA [X] OTRO [ ] CUAL _____

PAREDES: LADRILLOS [X] LATAS [ ] MADERA [ ] ADOBE [ ] CARTON [ ] POLIGOMA [ ] OTRO [ ] CUAL? _____

TECHO: TEJA [X] TELA [ ] PLANCHA [X] OTRO [ ] CUAL? _____

TIPO DE ENERGIA UTILIZADA PARA COCINAR: GAS NATURAL [X] GAS PROPANO [ ] ELECTRICIDAD [ ] COCINA [ ] CARBON [ ] OTRO [ ] CUAL _____

Powered by CamScanner

**ESPACIOS**

| | Nº | COMPARTIDOS |
|---|---|---|
| HABITACIONES | 4 | |
| COCINAS | 1 | |
| BAÑOS | 3 | |
| COMEDORES | 1 | |
| SALAS | 1 | |
| LAVADEROS | 1 | |
| PATIOS | 1 | |

**PRESENCIA DE ANIMALES EN LA VIVIENDA**

| | | CUAL? |
|---|---|---|
| DOMESTICOS | X | Perro |
| VECTORES | | |
| OTRO | | |

| | SI | NO |
|---|---|---|
| ¿COCINA DENTRO DE LA HABITACIÓN DONDE DUERME? | | X |
| ¿SE EVIDENCIA PRESENCIA DE ALCOHOL, COLILLAS DE CIGARRILLO O SPA? | | X |
| ¿SE EVIDENCIA ACUMULACION DE MATERIAL RECICLADO? | | X |
| ¿VIVE EN EL MISMO SITIO DE TRABAJO? | | X |

**F. ENTORNO**

**SE OBSERVA EN EL ENTORNO ALGUNO(S) DE LOS SIGUIENTES FACTORES DE RIESGO**

| | | | | CUAL |
|---|---|---|---|---|
| EXPENDIO DE DROGAS | | ZONA DE PROSTITUCION | | |
| BASURICIO | | ZONA DE RIESGO FISICO(DESLIZAMIENTO, INUNDACION) | | |
| AGUAS NEGRAS | | OTRO | | |

**ESTADO DE LAS VIAS DE ACCESO**

| | |
|---|---|
| | PEATONITES Y NO LLEGAN VEHICULOS |
| | EN RUNA |
| | DESTAPADA |
| X | PAVIMENTADO |

**G. OBSERVACIONES DE CONDICIONES HABITACIONALES ANTERIORMENTE DESCRITAS**

Inmueble de 2 plantas, el cual se encuentra en buenas condiciones de habitabilidad, se evidencia que la vivienda tiene todos los servicios públicos excepto teléfono, la iluminación esta regular y la ventilación y aseo son buenos. Por otra parte, tiene espacios amplios y el hogar esta amoblado. Por ultimo, las vías de acceso estan pavimentadas y en buenas condiciones. El techo del hogar es en plancha y teja.

**H. RIESGOS IDENTIFICADOS**

| | SI | NO | | SI | NO | | SI | NO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PSICOSOCIAL | | X | ABANDONO | | X | OTRO | | X |
| ECONOMICO | | X | DESALOJO | | X | CUAL? | | |

**OBSERVACIONES**

**I. CONCEPTO PROFESIONAL**

Persona mayor de 62 años de edad, con tipología familiar Pareja sin hijos, la persona mayor manifiesta que sus ingresos provienen de las ayudas económicas de sus hijos y con estos solventa tanto los gastos del hogar, y satisface sus necesidades basicas y las de su esposo. Manifiesta que el centro dia al barrio ha fortalecido sus vinculos y redes de apoyo con sus pares, de tal forma que ha fomentado la participación y ocupación de su tiempo libre, teniendo en cuenta el bienestar y desarrollo de la persona mayor. Por ultimo no se evidencian problematicas ni factores de riesgo.

Ana María Acosta
FIRMA DE QUIEN ATENDIÓ LA VISITA

Luz Marina Acosta
NOMBRE Y CARGO DE QUIEN ATENDIÓ LA VISITA

39630634 Bosa
NÚMERO DE CÉDULA DE QUIEN ATENDIÓ LA VISITA

Julie González Orozco
FIRMA DE QUIEN REALIZÓ LA VISITA

Julie González Orozco
NOMBRE DE QUIEN REALIZÓ LA VISITA

CC. 1012469565
NÚMERO DE CÉDULA DE QUIEN REALIZÓ LA VISITA

Powered by CamScanner

PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL

FORMATO VISITA DOMICILIARIA SERVICIO CENTROS DIA

Código FOR-PSI-167
Versión 0
Fecha: Marzo 05/20 (MM/DD – YAAA/CC)
Página 1 de 3

MODALIDAD ESTRATEGIA: Centro día y barrio
CÓDIGO - Nº PROYECTO: 8991
NOMBRE DE LA UNIDAD OPERATIVA / LOTE: Lote 77
FECHA VISITA: DIA 16 MES 03 AÑO 23 HORA
MOTIVO: Visita domiciliaria de Ficha VBZ
PRIMER APELLIDO: Diaz
SEGUNDO APELLIDO: De Lopez
PRIMER NOMBRE: Elisa
SEGUNDO NOMBRE: Aurora
NOMBRE IDENTITARIO
SEXO: HOMBRE [ ] MUJER [X] INTERSEXUAL [ ]
TIPO DE DOCUMENTO: RC [ ] TI [ ] CE [ ] P.A. [ ] CC [X] PEP [ ] TMH [ ]
NÚMERO DE DOCUMENTO: 41411840
FECHA DE NACIMIENTO: DIA 28 MES 11 AÑO 1942

A. SITUACIÓN DEL BENEFICIARIO

SE ENCUENTRA EN SITUACIÓN DE VULNERABILIDAD
DESPLAZAMIENTO [ ] PROSTITUCIÓN [ ]
HOMICIDIO [ ] OTRO [ ]
DESEMPLEO [ ]
CUAL:

B. ESTADO DE SALUD

¿EL BENEFICIARIO PRESENTA ENFERMEDAD DIAGNOSTICADA? SI [X] NO [ ]
ENFERMEDAD ACTUAL DIAGNOSTICADA: Artritis, hipertiroidismo y osteoporosis
¿ESTA ACTUALMENTE EN TRATAMIENTO? SI [X] NO [ ]
¿ACTUALMENTE TOMA MEDICAMENTOS? SI [X] NO [ ]
¿TIENE SOPORTES QUE VERIFIQUEN EL CONSUMO DE ESTOS MEDICAMENTOS? SI [X] NO [ ]
CUENTA CON RED DE APOYO SI [X] NO [ ]
TIPO: FAMILIAR [X] INSTITUCIONAL [ ] OTRAS COMUNITARIA [ ]
CUAL?

C. DISCAPACIDAD

¿EL BENEFICIARIO PRESENTA DISCAPACIDAD? SI [ ] NO [X]
¿ESTA CERTIFICADA? SI [ ] NO [X]
TIPO DE DISCAPACIDAD:

FUNCIONALIDAD DEL BENEFICIARIO

| ACTIVIDADES | INDEPENDIENTE | SEMI DEPENDIENTE | DEPENDIENTE |
|---|---|---|---|
| ALIMENTARSE | X | | |
| ASEARSE | X | | |
| MOVERSE | X | | |
| MOVERSE EN CALLE | | X | |

*Marcar con (X)

¿UTILIZA AYUDAS TÉCNICAS? SI [ ] NO [ ]
BASTON [ ]
MULETAS [ ]
SILLA DE RUEDAS [ ]
OTRO CUAL?

D. DATOS

DIRECCIÓN DEL DOMICILIO: Cll 55 A Sur # 64-02. In 70 CA 70
TELEFONO: 8024058
CELULAR: 3223733278
BARRIO: Villa Del Rio
LOCALIDAD: Bosa
GEOGRAFICA: X
ESTRATO:
¿LA PERSONA ES SU CUIDADOR? SI [X] NO [ ]
CUIDADOR: Fanny Lopez Diaz
TELEFONO: 3132320275
PARENTESCO: Hija
VIVE CON EL BENEFICIARIO? SI [ ] NO [X]
EL BENEFICIARIO ES CUIDADOR? SI [ ] NO [X]
PARENTESCO:
MOTIVO: NIÑEZ TEJEN ___ PERSONA CON DISCAPACIDAD ___ PERSONA MAYOR ___ OTRO ___

SALUD FAMILIAR

TIPO DE FAMILIA: UNIPERSONAL [ ] COMPUESTA [X] NUCLEAR [ ] HOMOPARENTAL [ ] MONOPARENTAL [ ] EXTENSA [ ] PAREJA SIN HIJOS/AS [ ] MIXTA/OTRAS [ ]

PERSONAS CON QUIEN VIVE

| Nombres y Apellidos | Parentesco | Edad | Escolaridad | Estado Civil | Actividad | Ocupación |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Elisa Augusta Diaz De L. | Madre | 80 | Primaria Incom. | Viuda | Oficios del hogar | No aplica |
| Ligia Lopez Diaz | Hija | 60 | Secund. Incom. | Casada | Trabajando | Emp. Publ. |
| Alexis Diaz | Yerno | 63 | Secundaria | Casado | Trabajando | T. cuenta propia |

No. Personas que Conviven: 3
¿HABITA EN LA MISMA VIVIENDA ALGUNA PERSONA QUE CONSUMA SPA? SI [ ] NO [X]
TIENE INGRESOS PROPIOS ?
DESTINACION DE LOS INGRESOS: Gastos Personales y hogar
¿DE DONDE PROVIENEN LOS INGRESOS? APAYO Programa del distrito
PROMEDIO DE INGRESOS MENSUALES: 120.000
¿CÚAL ES LA PERIODICIDAD DE LOS INGRESOS? DIARIA [ ] SEMANAL [ ] QUINCENAL [ ] MENSUAL [X] OTRO [ ]

E. TIPO DE VIVIENDA

CASA O APARTAMENTO [X] CUARTO O CUARTOS [ ] INQUILINATO [ ]
CAMBUCHE [ ] PARCHE [ ] PUENTE [ ]
REFUGIO NATURAL [ ] VIVIENDA MOVIL [ ] INSTITUCION [ ]
RIVERA DEL RIO [ ] CAÑO [ ] CALLE [ ]
CASA LOTE [ ] RESIDENCIA [ ] LUGAR DE TRABAJO [ ]
RANCHO [ ] FINCA [ ]

TENENCIA: PROPIA [ ] ARRENDADA [ ] AMORTIZANDO [ ] OTRA [X] CUAL: Familiar
FORMA DE PAGO: DIARIA [ ] SEMANAL [ ] QUINCENAL [ ] MENSUAL [ ] OTRO [ ] CUAL
ESTADO DE LA VIVIENDA: CONSTRUIDA [X] EN CONSTRUCCION [ ] OBRA NEGRA [ ]
CONDICION DE LA VIVIENDA: BUENA [ ] DEMOLICION [ ] MUNI ESTADO [ ] ACEPTABLE [X]

SERVICIOS PUBLICOS: AGUA [X] LUZ [X] TELEFONO [X] ACUEDUCTO [X] GAS NATURAL [X] ASEO [X] ALUMBRADO PUBLICO [X] ALCANTARILLADO [X]
ILUMINACION: BUENA [X] REGULAR [ ] MALA [ ]
VENTILACION: BUENA [X] REGULAR [ ] MALA [ ]
ASEO: BUENA [X] REGULAR [ ] MALA [ ]
PISOS: MADERA [ ] TIERRA [ ] CEMENTO [ ] BALDOSA [X] OTRO [ ] CUAL

PAREDES: LADRILLOS [X] VARAS [ ] MADERA [ ] ADOBE [ ] CARTON [ ] POLISOMBRA [ ] OTRO [ ] CUAL?
TECHO: TEJA [ ] TELA [ ] PLANCHA [X] OTRO [ ] CUAL?
TIPO DE ENERGIA UTILIZADA PARA COCINAR: GAS NATURAL [X] GAS PROPANO [ ] ELECTRICIDAD [ ] LEÑO [ ] CARBON [ ] OTRO [ ] CUAL

Powered by CamScanner

**ESPACIOS**

| | Nº | COMPARTIDOS | | Nº | COMPARTIDOS | | Nº | COMPARTIDOS |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| HABITACIONES | 3 | | COMEDORES | 1 | | PATIOS | 1 | |
| COCINAS | 1 | | SALAS | 1 | | | | |
| BAÑOS | 1 | | LAVADEROS | 1 | | | | |

**PRESENCIA DE ANIMALES EN LA VIVIENDA**

| | | CUAL? |
|---|---|---|
| DOMESTICOS | X | Gatos |
| VECTORES | | |
| OTRO | | |

| | SI | NO |
|---|---|---|
| ¿COCINA DENTRO DE LA HABITACIÓN DONDE DUERME? | | X |
| ¿SE EVIDENCIA PRESENCIA DE ALCOHOL, COLILLAS DE CIGARRILLO O SPA? | | X |
| ¿SE EVIDENCIA ACUMULACION DE MATERIAL RECICLADO? | | X |
| ¿VIVE EN EL MISMO SITIO DE TRABAJO? | | X |

**F. ENTORNO**

**SE OBSERVA EN EL ENTORNO ALGUNO(S) DE LOS SIGUIENTES FACTORES DE RIESGO**

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| EXPENDIO DE DROGAS | | ZONA DE PROSTITUCION | | CUAL |
| BASURERO | | ZONA DE RIESGO FÍSICO(deslizamiento, inundación) | | |
| AGUAS NEGRAS | | OTRO | | |

**ESTADO DE LAS VIAS DE ACCESO**

| | |
|---|---|
| | PENDIENTES Y NO LLEGAN VEHICULOS |
| | EN RUINA |
| | DESTAPADA |
| X | PAVIMENTADO |

**G. OBSERVACIONES DE CONDICIONES HABITACIONALES ANTERIORMENTE DESCRITAS**

Inmueble de 3 plantas, se encuentra en buenas condiciones de habitabilidad, el inmueble cuenta con buena iluminación, aseo, ventilacion y con todos los servicios publicos. La vivienda cuenta con amplios espacios y esta amoblada. Por ultimo, las vias de acceso estan pavimentadas. Manifiesta que la tenencia del hogar es de su hija y su yerno.

**H. RIESGOS IDENTIFICADOS**

| | SI | NO | | SI | NO | | SI | NO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PSICOSOCIAL | X | | ABANDONO | | X | OTRO | | X |
| ECONOMICO | X | | DESALOJO | | X | CUAL? | | |

**OBSERVACIONES**

**I. CONCEPTO PROFESIONAL**

Persona mayor de 80 años, con tipologia familiar compuesta, manifiesta que vive con su hija desde hace 6 años, debido a que su pareja sentimental fallecio y no le gusta estar sola, sus ingresos provienen del apoyo economico del distrito a traves de un bono, con los ingresos economicos satisface sus necesidades basicas y en ocasiones aporta en el hogar, por otra parte, se evidencia riesgo psicosocial, debido al duelo de la muerte de su esposo y de la madre, afectandola emocionalmente y provocando temor para salir sola.

FIRMA DE QUIEN ATENDIÓ LA VISITA

NOMBRE Y CARGO DE QUIEN ATENDIÓ LA VISITA

NUMERO DE CÉDULA DE QUIEN ATENDIÓ LA VISITA

FIRMA DE QUIEN REALIZÓ LA VISITA

Julie Estefania Gonzalez O.

NOMBRE DE QUIEN REALIZÓ LA VISITA

CC. 1012464565

NÚMERO DE CÉDULA DE QUIEN REALIZÓ LA VISITA

Powered by CamScanner

PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL

FORMATO VISITA DOMICILIARIA SERVICIO CENTROS DIA

Código FOR.PES.027
Versión 6
Fecha: Marzo 07/2021 (4:30 – 13/05/2022
Página 1 de 3

| MODALIDAD O ESTRATEGIA | CÓDIGO - Nº PROYECTO | NOMBRE DE LA UNIDAD OPERATIVA / LOTE | FECHA VISITA |
|---|---|---|---|
| Centro dia al barrio | E991 | Lote 17 | DIA 23 MES 03 AÑO 23 HORA |

VALIDACIÓN DE CONDICIONES — MOTIVO: Visita domiciliaria Por Primera VEZ

| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE |
|---|---|---|---|
| Martinez | De Rodriguez | Soledad | del Carmen |

NOMBRE IDENTIFICADO — SEXO: HOMBRE [ ] MUJER [X] INTERSEXUAL [ ]

| TIPO DE DOCUMENTO | NÚMERO DE DOCUMENTO | FECHA DE NACIMIENTO |
|---|---|---|
| RC [ ] TI [ ] CC [ ] PP [ ] CE [ ] NO TEN [X] | 20261000 | DIA 30 MES 12 AÑO 1940 |

II. SITUACIÓN DEL BENEFICIARIO

SE ENCUENTRA EN SITUACIÓN DE VULNERABILIDAD

| | | | | CUAL |
|---|---|---|---|---|
| DESPLAZAMIENTO | [ ] | PROSTITUCIÓN | [ ] | |
| MENDICIDAD | [ ] | | | |
| DESEMPLEO | [ ] | OTRO | [ ] | |

III. ESTADO DE SALUD

¿EL BENEFICIARIO PRESENTA ENFERMEDAD DIAGNOSTICADA? SI [X] NO [ ]

ENFERMEDAD ACTUAL DIAGNOSTICADA: Hipertension alta, diabetes e Hipotiroidismo

| | SI | NO |
|---|---|---|
| ¿ESTÁ ACTUALMENTE EN TRATAMIENTO? | X | |
| ¿ACTUALMENTE TOMA MEDICAMENTOS? | X | |
| ¿TIENE SOPORTES QUE VERIFIQUEN EL CONSUMO DE ESTOS MEDICAMENTOS? | X | |

CUENTA CON RED DE APOYO SI [X] NO [ ]

TIPO: FAMILIAR [X] INSTITUCIONAL [ ] OTRAS COMUNIDAD [ ] CUAL? ____

C. DISCAPACIDAD

| ¿EL BENEFICIARIO PRESENTA DISCAPACIDAD? | SI | NO |
|---|---|---|
| ¿ESTA CERTIFICADA? | [X] | [X] |

TIPO DE DISCAPACIDAD: Visual

FUNCIONALIDAD DEL BENEFICIARIO

| ACTIVIDADES | INDEPENDIENTE | SEMI DEPENDIENTE | DEPENDIENTE |
|---|---|---|---|
| ALIMENTARSE | X | | |
| ASEARSE | X | | |
| MOVERSE | X | | |
| MOVERSE EN CALLE | | X | |

* Marque con (X)

¿APLICA AYUDAS TECNICAS?

| | SI | NO |
|---|---|---|
| BASTÓN | | X |
| MULETAS | | X |
| SILLA DE RUEDAS | | X |
| OTRO CUAL? | | |

D. DATOS

| DIRECCIÓN DEL DOMICILIO | TELÉFONO | BARRIO | LOCALIDAD | UBICACIÓN GEOGRÁFICA | ESTRATO |
|---|---|---|---|---|---|
| Cra 68 D # 54 A-44 Sur | CELULAR 3043735543 | Villa del Rio | Bosa | X Urbano [ ] Rural | 3 |

| LA PERSONA ES SUJETO DE CUIDADO? | CUIDADOR | TELÉFONO | PARENTESCO | VIVE CON EL BENEFICIARIO |
|---|---|---|---|---|
| SI [ ] NO [X] | | | | SI [ ] NO [ ] |

| EL BENEFICIARIO ES CUIDADOR? | PARENTESCO | MOTIVO |
|---|---|---|
| SI [ ] NO [X] | | MENOR DE EDAD ___ PERSONA CON DISCAPACIDAD ___ PERSONA MAYOR ___ OTRO ___ |

DATOS FAMILIARES

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

PERSONAS CON QUIEN VIVE

| Nombres y Apellidos | Parentesco | Edad | Escolaridad | Estado Civil | Actividad | Ocupación |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Soledad del Carmen Martinez | Madre | 82 | Primaria | Viuda | Pensionada | No aplica |
| Nelly Rodriguez Martinez | Hija | 50 | Pasfecto | Soltera | Buscando trabajo | No aplica |

No. Personas que Conviven: 2

¿HABITA EN LA MISMA VIVIENDA ALGUNA PERSONA QUE CONSUMA DROGAS? SI [ ] NO [X]

TIENE INGRESOS PROPIOS? SI [X] NO [ ]

PROMEDIO DE INGRESOS MENSUALES: 1'150.000

DESTINACIÓN DE LOS INGRESOS: Gastos Personales y hogar

¿DE DONDE PROVIENEN LOS INGRESOS? Pensión

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

E. TIPO DE VIVIENDA

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CASA O APARTAMENTO | [X] | CAMBUCHE | [ ] | VIVIENDA NATURAL | [ ] | RIVERA DEL RIO | [ ] | CASA LOTE | [ ] |
| CUARTO O CUARTOS | [ ] | PATCHE | [ ] | VIVIENDA MOVIL | [ ] | CAÑO | [ ] | RESIDENCIA | [ ] |
| INDUSTRIAL | [ ] | PUENTE | [ ] | INSTITUCION | [ ] | CALLE | [ ] | LUGAR DE TRABAJO | [ ] |
| | | | | | | | | RANCHO | [ ] |
| | | | | | | | | FINCA | [ ] |

| TENENCIA | | | | FORMA DE PAGO | | | | ESTADO DE LA VIVIENDA | | CONDICIÓN DE LA VIVIENDA | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PROPIA | [ ] | OTRA | [X] | DIARIA | [ ] | MENSUAL | [ ] | CONSTRUIDA | [X] | RUINA | [ ] |
| ARRENDADA | [ ] | CUAL | | SEMANAL | [ ] | OTRO | [ ] | EN CONSTRUCCION | [ ] | DEMOLICION | [ ] |
| AMORTIZANDO | [ ] | Hija | | QUINCENAL | [ ] | CUAL | | OBRA NEGRA | [ ] | MUEBLE ESTADO | [ ] |
| | | | | | | | | | | ACEPTABLE | [X] |

| SERVICIOS PUBLICOS | | | | ILUMINACION | | VENTILACION | | ASEO | | PISOS | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AGUA | [X] | ACUEDUCTO | [X] | BUENA | [X] | BUENA | [X] | BUENA | [X] | MADERA | [ ] | BALDOSA | [X] |
| LUZ | [X] | GAS NATURAL | [X] | REGULAR | [ ] | REGULAR | [ ] | REGULAR | [ ] | TIERRA | [ ] | OTRO | |
| TELEFONO | [X] | ASEO | [X] | MALA | [ ] | MALA | [ ] | MALA | [ ] | CEMENTO | [ ] | CUAL | |
| | | ALUMBRADO PUBLICO | [ ] | | | | | | | | | | |
| | | ALCANTARILLADO | [ ] | | | | | | | | | | |

| PAREDES | | | | | TECHO | | | TIPO DE ENERGIA UTILIZADA PARA COCINAR | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| LADRILLOS | [X] | ADOBE | [ ] | OTRO [ ] | TEJA | [X] | OTRO [ ] | GAS NATURAL | [X] | COCINOL | [ ] | CUAL |
| LATAS | [ ] | CARTON | [ ] | CUAL? | TELA | [ ] | CUAL? | GAS PROPANO | [ ] | CARBON | [ ] | |
| MADERA | [ ] | POLISOMBRA | [ ] | | RUINOSA | [ ] | | ELECTRICIDAD | [ ] | OTRO | [ ] | |

Powered by CamScanner

**ESPACIOS**

| | Nº | COMPARTIDOS |
|---|---|---|
| HABITACIONES | 3 | |
| COCINAS | 1 | |
| BAÑOS | 2 | |
| COMEDORES | 1 | |
| SALAS | 1 | |
| LAVADEROS | 1 | |
| PATIOS | 1 | |

**PRESENCIA DE ANIMALES EN LA VIVIENDA**

DOMESTICOS
VECTORES
OTRO
CUAL?

¿COCINA DENTRO DE LA HABITACIÓN DONDE DUERME? SI NO
¿SE EVIDENCIA PRESENCIA DE ALCOHOL, COLILLAS DE CIGARRILLO O BPA? SI NO

¿SE EVIDENCIA ACUMULACION DE MATERIAL RECICLADO? SI NO
¿VIVE EN EL MISMO SITIO DE TRABAJO? SI NO

**F. ENTORNO**

**SE OBSERVA EN EL ENTORNO ALGUNO(S) DE LOS SIGUIENTES FACTORES DE RIESGO**

EXPENDIO DE DROGAS
BASURERO
AGUAS NEGRAS
ZONA DE PROSTITUCION
ZONA DE RIESGO PSICOSOCIAL (Intolerancia, Prevención)
OTRO
CUAL

**ESTADO DE LAS VIAS DE ACCESO**

PENDIENTES Y NO LLEGAN VEHICULOS
EN PIEDRA
DESTAPADA
PAVIMENTADO (X)

**G. OBSERVACIONES DE CONDICIONES HABITACIONALES ANTERIORMENTE DESCRITAS**

Inmueble de 2 Plantas la cual se encontra en buenas Condiciones de habitabilidad, cuenta con todos los servicios Publicos, tambien con buena iluminacion, ventilacion, y aseo. La vivienda se encuentra amoblada y hay buenos espacios amplios. las Vias de acceso estan Pavimentadas. Indica que la casa es Propiedad de su hija y vive con ella.

**H. RIESGOS IDENTIFICADOS**

| | SI | NO | | SI | NO | | SI | NO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PSICOSOCIAL | | X | ABANDONO | | X | OTRO | | X |
| ECONOMICO | | X | DESALOJO | | X | CUAL? | | |

OBSERVACIONES

**I. CONCEPTO PROFESIONAL**

Persona mayor de 82 años de edad, con tipologia familiar monoparental, indica que sus ingresos economicos provienen de su Pension y con este Solventa sus gastos del hogar y satisface sus necesidades basicas, se evidencia que viven en buenas Condiciones de habitabilidad y lleva una buena relacion con su hija. Por otra parte manifiesta que asiste a las actividades de centro dia al barrio Yaguo le ayudan a fortalecer y fomentar la Ocupacion del tiempo libre Creando Vinculos con sus Pares en Pro de su bienestar. Por ultimo no se evidencia factores de riesgo o Problematicas.

FIRMA DE QUIEN ATENDIÓ LA VISITA

Soledad del Carmen Martinez

NOMBRE Y CARGO DE QUIEN ATENDIÓ LA VISITA

20261000

NÚMERO DE CÉDULA DE QUIEN ATENDIÓ LA VISITA

FIRMA DE QUIEN REALIZÓ LA VISITA

Julie Gonzalez Orozco

NOMBRE DE QUIEN REALIZÓ LA VISITA

CC. 1012464565

NÚMERO DE CÉDULA DE QUIEN REALIZÓ LA VISITA

Powered by CamScanner

PROCESO PRESTACION DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL

FORMATO VISITA DOMICILIARIA SERVICIO CENTROS DIA

Código: FOR-PS-047
Versión: 9
Fecha: Marzo 31 (1ª VEZ) – 13/05/2022
Página: 1 de 3

| MODALIDAD O ESTRATEGIA | CODIGO - Nº PROYECTO | NOMBRE DE LA UNIDAD OPERATIVA / LOTE | FECHA VISITA |
|---|---|---|---|
| Centro día al barrio | 8991 | Lote 17 | DIA 9 MES 03 AÑO 23 HORA |

VALIDACION DE CONDICIONES — MOTIVO: Visita domiciliaria Por Pompa Nº3

| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE |
|---|---|---|---|
| Melo | De Berray | Gloria | Stella |

NOMBRE ECUATORIO — SEXO: HOMBRE [ ] MUJER [X] INTERSEXUAL [ ]

| TIPO DE DOCUMENTO | NUMERO DE DOCUMENTO | FECHA DE NACIMIENTO DIA | MES | AÑO |
|---|---|---|---|---|
| RC [ ] TI [ ] CC [ ] PP [ ] CE [ ] NO TIEN [X] | 41528682 | 10 | 03 | 1951 |

A. SITUACION DEL BENEFICIARIO

SE ENCUENTRA EN SITUACION DE VULNERABILIDAD: DESPLAZAMIENTO [ ] HOMICIDAS [ ] DESEMPLEO [ ] PROSTITUCION [ ] OTRO [ ] CUAL:

B. ESTADO DE SALUD

¿EL BENEFICIARIO PRESENTA ENFERMEDAD DIAGNOSTICADA? SI [X] NO [ ]

ENFERMEDAD ACTUAL DIAGNOSTICADA: Artritis

| | SI | NO |
|---|---|---|
| ¿ESTA ACTUALMENTE EN TRATAMIENTO? | X | |
| ¿ACTUALMENTE TOMA SU MEDICAMENTO? | X | |
| ¿TIENE SOPORTES QUE VERIFIQUEN EL CONSUMO DE ESTOS MEDICAMENTOS? | X | |

¿CUENTA CON RED DE APOYO? SI [X] NO [ ]

TIPO: FAMILIAR [X] INSTITUCIONAL [ ] OTRAS COMENTARIA [ ] CUAL? ____

C. FUNCIONALIDAD

| ¿EL BENEFICIARIO PRESENTA DISCAPACIDAD? | SI | NO |
|---|---|---|
| ¿ESTA CERTIFICADA? | | X |
| | | X |

TIPO DE DISCAPACIDAD:

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 |
|---|---|---|
| BASTON | | X |
| MULETAS | | X |
| SILLA DE RUEDAS | | X |
| OTRO CUAL? | | |

D. DATOS

| DIRECCION DEL DOMICILIO | TELEFONO | BARRIO | LOCALIDAD | ZONA | ESTRATO |
|---|---|---|---|---|---|
| Kr 68 B # 57 F - 24 Sur | 3934626 CELULAR 3153605000 | Villa Del Rio | Bosa | URBANA [X] RURAL [ ] | 3 |

| LA PERSONA ES SUJETO DE CUIDADO? | CUIDADOR | TELEFONO | PARENTESCO | VIVE CON EL BENEFICIARIO |
|---|---|---|---|---|
| SI [X] NO [ ] | Monica Berray | 3153605034 | Hija | SI [X] NO [ ] |

| EL BENEFICIARIO ES CUIDADOR? | PARENTESCO | MOTIVO |
|---|---|---|
| SI [ ] NO [X] | | MENOR DE EDAD ____ PERSONA CON DISCAPACIDAD ____ PERSONA MAYOR ____ OTRO ____ |

DATOS FAMILIARES

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

PERSONAS CON QUIEN VIVE

| Nombres y Apellidos | Parentesco | Edad | Escolaridad | Estado Civil | Actividad | Ocupación |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Gloria Stella Melo | Madre | 72 | Secundaria incom. | Viuda | Pensionada | No aplica |
| Ligt Elena Berray Melo | Hija | 42 | Uni. Completo | Separada | Trabajando | Emp. Estado |
| Monica Berray Melo | Hija | 44 | Tecnico | Soltera | Trabajando | Emp. Privado |
| Santiago Pinzon Berray | Nieto | 19 | Uni. Incompleto | Soltero | Estudiando | No aplica |
| Samuel Pinzon Berray | Nieto | 14 | Secundaria inc. | Soltero | Estudiando | No aplica |

No. Personas que Conviven: 5

¿HASTA EDYLA MORA VIVIENDA ALGUNA PERSONA QUE CONSUMA SPA? SI [ ] NO [X]

TIENE INGRESOS PROPIOS? SI [X] NO [ ] ¿DE DONDE PROVIENEN SUS INGRESOS? Gastos Personales y hasta Pension

PROMEDIO DE INGRESOS MENSUALES: 1'000.000

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

E. TIPO DE VIVIENDA

CASA O APARTAMENTO [X] CUARTO O CUARTOS [ ] INQUILINATO [ ]

ENRIELADO [ ] RANCHO [ ] PUENTE [ ] REFUGIO NATURAL [ ] VIVIENDA MOVIL [ ] INSTITUCION [ ] RIVERA DEL RIO [ ] CAÑO [ ] CALLE [ ] CASA LOTE [ ] RESIDENCIA [ ] LUGAR DE TRABAJO [ ] BARRACAS [ ] FINCA [ ]

TENENCIA: PROPIA [X] ARRENDADA [ ] AMORTIZADO [ ] OTRA [ ] CUAL ____

FORMA DE PAGO: DIARIA [ ] SEMANAL [ ] QUINCENAL [ ] MENSUAL [ ] OTRO [ ] CUAL ____

ESTADO DE LA VIVIENDA: CONSTRUIDA [ ] EN CONSTRUCCION [ ] OBRA NEGRA [ ]

CONDICION DE LA VIVIENDA: PLENA [ ] DETERIORADA [ ] MUY MAL ESTADO [ ] ACEPTABLE [X]

SERVICIOS PUBLICOS: AGUA [X] LUZ [X] TELEFONO [X] ALCANTARILLADO [X] GAS NATURAL [X] ASEO [X] ALUMBRADO PUBLICO [X]

ILUMINACION: BUENA [X] REGULAR [ ] MALA [ ]

VENTILACION: BUENA [X] REGULAR [ ] MALA [ ]

ASEO: BUENA [X] REGULAR [ ] MALA [ ]

PISOS: MADERA [ ] TIERRA [ ] CEMENTO [ ] BALDOSA [X] OTRO [ ] CUAL ____

PAREDES: LADRILLOS [X] LATAS [ ] MADERA [ ] ADOBE [ ] CARTON [ ] POLISOMBRA [ ] OTRO [ ] CUAL? ____

TECHO: TEJA [ ] TELA [ ] PLANCHA [X] OTRO [ ] CUAL? ____

TIPO DE ENERGIA UTILIZADA PARA COCINAR: GAS NATURAL [X] GAS PROPANO [ ] ELECTRICIDAD [ ] COCINOL [ ] CARBON [ ] OTROS [ ] CUAL ____

Powered by CamScanner

## ESPACIOS

| | Nº | COMPARTIDOS | | Nº | COMPARTIDOS | | Nº | COMPARTIDOS |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| HABITACIONES | 3 | | COMEDORES | 1 | | PATIOS | | |
| COCINAS | 1 | | SALAS | 1 | | | | |
| BAÑOS | 1 | | LAVADEROS | 1 | | | | |

## PRESENCIA DE ANIMALES EN LA VIVIENDA

| | | CUAL? |
|---|---|---|
| DOMESTICOS | X | Perro |
| VECTORES | | |
| OTRO | | |

| | SI | NO |
|---|---|---|
| ¿COCINA DENTRO DE LA HABITACIÓN DONDE DUERME? | | X |
| ¿SE EVIDENCIA PRESENCIA DE ALCOHOL, COLILLAS DE CIGARRILLO O SPA? | | X |
| ¿SE EVIDENCIA ACUMULACION DE MATERIAL RECICLADO? | | X |
| ¿VIVE EN EL MISMO SITIO DE TRABAJO? | | X |

## F. ENTORNO

### SE OBSERVA EN EL ENTORNO ALGUNO(S) DE LOS SIGUIENTES FACTORES DE RIESGO

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| EXPENDIO DE DROGAS | | ZONA DE PROSTITUCION | | CUAL |
| BASURERO | | ZONA DE RIESGO FISICO(deslizamiento, inundación) | | |
| AGUAS NEGRAS | | OTRO | | |

### ESTADO DE LAS VIAS DE ACCESO

| | |
|---|---|
| | PENDIENTES Y NO LLEGAN VEHICULOS |
| | EN RUINA |
| | DESTAPADA |
| X | PAVIMENTADO |

## G. OBSERVACIONES DE CONDICIONES HABITACIONALES ANTERIORMENTE DESCRITAS

Inmueble de 2 plantas, la cual se encuentra en buenas condiciones habitacionales contando con iluminación, ventilación, aseo y todos los servicios publicos, por otra parte, las vias de acceso que estan pavimentadas y en buen estado, adicional, la vivienda se encuentra amoblada y tiene espacios amplios.

## H. RIESGOS IDENTIFICADOS

| | SI | NO | | SI | NO | | SI | NO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PSICOSOCIAL | | X | ABANDONO | | X | OTRO | | X |
| ECONOMICO | | X | DESALOJO | | X | CUAL? | | |

### OBSERVACIONES

## I. CONCEPTO PROFESIONAL

Persona mayor de 72 años de edad, con tipologia familiar extensa, indica que sus ingresos provienen de su pensión con los cuales solventa los gastos del hogar y sus necesidades basicas, adicional sus hijas tambien aportan en el hogar con los gastos, por otra parte, se evidencia que la persona mayor vive en buenas condiciones de habitabilidad. Por ultimo, se evidencia que la estrategia centro dia al barrio aporta al desarrollo de las habilidades y amplia sus redes de apoyo de la persona mayor con el fin de que tenga espacios de esparcimiento.

Gloria Stella Melo
FIRMA DE QUIEN ATENDIÓ LA VISITA

Gloria Stella Melo
NOMBRE Y CARGO DE QUIEN ATENDIÓ LA VISITA

41526682
NÚMERO DE CÉDULA DE QUIEN ATENDIÓ LA VISITA

Julie Estefania Gonzalez O.
FIRMA DE QUIEN REALIZÓ LA VISITA

CC. 1012464565
NOMBRE DE QUIEN REALIZÓ LA VISITA

NÚMERO DE CÉDULA DE QUIEN REALIZÓ LA VISITA

Powered by CamScanner

PROCESO PRESTACION DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSION SOCIAL

FORMATO UNICO DOMICILIARIO SERVICIOS CENTROS DIA

Código: FOAP03.INT

Versión: 9

Fecha vigencia: 2020-10-01 - 1-DIC-2020

Página: 1 de 3

| | | | |
|---|---|---|---|
| MUNICIPIO O LOCALIDAD: Centro día al barrio | ESTADO DEL PROYECTO: 8991 | NOMBRE DE LA UNIDAD OPERATIVA / CLUB: Jefe 17 | FECHA VISITA: DIA 16 MES 03 AÑO 23 HORA |
| TIPO DE VISITA: Visita domiciliaria | | | |
| PRIMER APELLIDO: Guerrero | SEGUNDO APELLIDO: Sanchez | PRIMER NOMBRE: Nancy | SEGUNDO NOMBRE: María |
| | | | SEXO: ☐ HOMBRE ☒ MUJER ☐ INTERSEXUAL |
| TIPO DE DOCUMENTO: NC ☐ TI ☐ CC ☒ RC ☐ CE ☐ MS ☐ PEP ☐ | NUMERO DE DOCUMENTO: 37310852 | | FECHA DE NACIMIENTO: DIA 24 MES 08 AÑO 1957 |

II. SITUACIÓN DEL BENEFICIARIO

SE ENCUENTRA EN SITUACIÓN DE VULNERABILIDAD

DESPLAZAMIENTO ☐ MENDICIDAD ☐ DESEMPLEO ☐ PROSTITUCIÓN ☐ OTRO ☐ CUAL:

III. ESTADO DE SALUD

¿EL BENEFICIARIO PRESENTA ENFERMEDAD DIAGNOSTICADA? SI ☒ NO ☐

ENFERMEDAD ACTUAL DIAGNOSTICADA: Dx DE diabetes, hipertensión arterial y Vitiligo

| | SI | NO |
|---|---|---|
| ¿ESTÁ ACTUALMENTE EN TRATAMIENTO? | ☒ | ☐ |
| ¿ACTUALMENTE TOMA MEDICAMENTOS? | ☒ | ☐ |
| ¿TIENE SOPORTES QUE VERIFIQUEN EL CONSUMO DE ESTOS MEDICAMENTOS? | ☒ | ☐ |

¿CUENTA CON RED DE APOYO? SI ☒ NO ☐

TIPO: FAMILIAR ☒ INSTITUCIONAL ☐ OTRAS COMUNITARIAS ☐ CUAL? ____

IV. DISCAPACIDAD

¿EL BENEFICIARIO PRESENTA DISCAPACIDAD? SI ☐ NO ☒

¿ESTA CERTIFICADA? SI ☐ NO ☒

TIPO DE DISCAPACIDAD:

FUNCIONALIDAD DEL BENEFICIARIO

| ACTIVIDADES | INDEPENDIENTE | SEMI DEPENDIENTE | DEPENDIENTE |
|---|---|---|---|
| ALIMENTARSE | X | | |
| ASEARSE | X | | |
| MOVERSE | X | | |
| MOVERSE EN CALLE | | X | |

* Marque con (X)

¿UTILIZA AYUDAS TÉCNICAS? BASTÓN SI ☐ NO ☒; MULETAS SI ☐ NO ☒; SILLA DE RUEDAS SI ☐ NO ☒; OTRO CUAL? ____

V. DATOS

| DIRECCIÓN DEL DOMICILIO | TELÉFONO / CELULAR | BARRIO | LOCALIDAD | VIVIENDA: PROPIA ☒ ARRIENDO ☐ | ESTRATO |
|---|---|---|---|---|---|
| CL 57 A Sur #68 D-03 | 3134694589 | Villa del Rio | Bosa | | 3 |

| LA PERSONA ES SUJETO DE CUIDADO? | CUIDADOR | TELÉFONO | PARENTESCO | VIVE CON EL BENEFICIARIO |
|---|---|---|---|---|
| SI ☐ NO ☒ | | | | ☐ ☐ |

| EL BENEFICIARIO ES CUIDADOR? | PARENTESCO | MOTIVO |
|---|---|---|
| SI ☒ NO ☐ | Nietos | MENOR DE EDAD ☒ PERSONA CON DISCAPACIDAD ___ PERSONA MAYOR ___ OTRO ___ |

DATOS FAMILIARES

TIPO DE FAMILIA: UNIPERSONAL ☐ COMPUESTA ☐ NUCLEAR ☐ HOMOPARENTAL ☐ MONOPARENTAL ☐ EXTENSA ☐ PAREJA SIN HIJOS/AS ☒ SIMULTANEAS ☐

PERSONAS CON QUIEN VIVE

| Nombres y Apellidos | Parentesco | Edad | Escolaridad | Estado Civil | Actividad | Ocupación |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Fernando Castro Gomez | Jefe hogar | 67 | Secundaria | Casado | Pensionado | No aplica |
| Nancy Maria Guerrero | Conyuge | 65 | Secundaria | Casada | Oficios hogar | No aplica |

No. Personas que Conviven: ☒

¿HABITA EN LA MISMA VIVIENDA ALGUNA PERSONA QUE CONSUMA SPA? SI ☐ NO ☒

TIENE INGRESOS PROPIOS? DESTINACIÓN DE LOS INGRESOS: ____

PROMEDIO DE INGRESOS MENSUALES: 0 ¿DE DONDE PROVIENEN LOS INGRESOS? ____

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

VI. TIPO DE VIVIENDA

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CASA O APARTAMENTO | ☒ | CAMBUCHE | ☐ | REFUGIO NATURAL | ☐ | RIBERA DEL RIO | ☐ | CASA LOTE | ☐ |
| CUARTO O CUARTOS | ☐ | PARCHE | ☐ | VIVIENDA MOVIL | ☐ | CAÑO | ☐ | RESIDENCIA | ☐ |
| INQUILINATO | ☐ | PUENTE | ☐ | INSTITUCION | ☐ | CALLE | ☐ | LUGAR DE TRABAJO | ☐ |
| RANCHO | ☐ | | | | | | | | |
| FINCA | ☐ | | | | | | | | |

| TENENCIA | FORMA DE PAGO | ESTADO DE LA VIVIENDA | CONDICION DE LA VIVIENDA |
|---|---|---|---|
| PROPIA ☒ ARRENDADA ☐ AMORTIZANDO ☐ OTRA ☐ CUAL ____ | DIARIA ☐ SEMANAL ☐ QUINCENAL ☐ MENSUAL ☐ OTRO ☐ CUAL ____ | CONSTRUIDA ☒ EN CONSTRUCCION ☐ OBRA NEGRA ☐ | RUINA ☐ DEMOLICION ☐ BUEN ESTADO ☐ ACEPTABLE ☒ |

| SERVICIOS PUBLICOS | | | | | | ILUMINACIÓN | VENTILACIÓN | ASEO | PISOS | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AGUA ☒ | ACUEDUCTO ☒ | ALUMBRADO PUBLICO ☒ | | | | BUENA ☒ | BUENA ☒ | BUENA ☒ | MADERA ☐ | BALDOSA ☒ |
| LUZ ☒ | GAS NATURAL ☒ | ALCANTARILLADO ☒ | | | | REGULAR ☐ | REGULAR ☐ | REGULAR ☐ | TIERRA ☐ | OTRO ☐ |
| TELEFONO ☒ | ASEO ☒ | | | | | MALA ☐ | MALA ☐ | MALA ☐ | CEMENTO ☐ | CUAL ____ |

| PAREDES | | | | | TECHO | | | TIPO DE ENERGIA UTILIZADA PARA COCINAR | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| LADRILLOS ☒ | ADOBE ☐ | OTRO ☐ | | | TEJA ☒ | OTRO ☐ | | GAS NATURAL ☒ | COCINOL ☐ | | | |
| LATAS ☐ | CARTON ☐ | CUAL? | | | TELA ☐ | CUAL? | | GAS PROPANO ☐ | CARBON ☐ | CUAL ____ | | |
| MADERA ☐ | POLISOMBRA ☐ | | | | PLANCHA ☐ | | | ELECTRICIDAD ☐ | OTRO ☐ | | | |

Powered by CamScanner

**ESPACIOS**

| | Nº | COMPARTIDOS | | Nº | COMPARTIDOS | | Nº | COMPARTIDOS |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| HABITACIONES | 3 | | COMEDORES | 1 | | PATIOS | 1 | |
| COCINAS | 1 | | SALAS | 1 | | | | |
| BAÑOS | 1 | | LAVADEROS | 1 | | | | |

**PRESENCIA DE ANIMALES EN LA VIVIENDA**

| | | CUAL? |
|---|---|---|
| DOMESTICOS | | |
| VECTORES | | |
| OTRO | | |

| | SI | NO |
|---|---|---|
| ¿COCINA DENTRO DE LA HABITACIÓN DONDE DUERME? | | X |
| ¿SE EVIDENCIA PRESENCIA DE ALCOHOL, COLILLAS DE CIGARRILLO O SPA? | | X |
| ¿SE EVIDENCIA ACUMULACION DE MATERIAL RECICLADO? | | X |
| ¿VIVE EN EL MISMO SITIO DE TRABAJO? | | X |

**F. ENTORNO**

**SE OBSERVA EN EL ENTORNO ALGUNO(S) DE LOS SIGUIENTES FACTORES DE RIESGO**

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| EXPENDIO DE DROGAS | X | ZONA DE PROSTITUCION | | CUAL |
| BASURERO | | ZONA DE RIESGO FISICO(deslizamiento, inundación) | | Inseguridad |
| AGUAS NEGRAS | | OTRO | X | |

**ESTADO DE LAS VIAS DE ACCESO**

| | |
|---|---|
| | PENDIENTES Y NO LLEGAN VEHICULOS |
| | EN RUINA |
| | DESTAPADA |
| X | PAVIMENTADO |

**G. OBSERVACIONES DE CONDICIONES HABITACIONALES ANTERIORMENTE DESCRITAS**

Inmueble de 2 plantas, la cual se encuentra en buenas condiciones de habitabilidad, cuenta con todos los servicios Públicos, aseo, Ventilación e Iluminación. La vivienda es amplia y esta amoblada. Dos Vias de acceso estan Pavimentadas.

**H. RIESGOS IDENTIFICADOS**

| | SI | NO | | SI | NO | | SI | NO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PSICOSOCIAL | | X | ABANDONO | | X | OTRO | | X |
| ECONOMICO | X | | DESALOJO | | X | CUAL? | | |

**OBSERVACIONES**

**I. CONCEPTO PROFESIONAL**

Persona mayor de 65 años, con tipología Familiar Pareja Sin hijos, indica no tener ingresos Económicos y manifiesta que quien asume los gastos del hogar es su Pareja y también le ayuda con sus gastos Personales. Por otra parte, manifiesta que los ingresos mensuales no alcanzan para los demas gastos y que esto ha dificultado la Situacion de ambos. Durante la visita domiciliaria se evidencia que las Condiciones de habitabilidad de la Vivienda son Buenas. Por ultimo, padece de Pre-diabetes e hipertension alta y se encuentra en tratamiento medico.

Yamey Mava Guevara.

FIRMA DE QUIEN ATENDIÓ LA VISITA

Yamey Mava Guevara.

NOMBRE Y CARGO DE QUIEN ATENDIÓ LA VISITA

37310852

NUMERO DE CÉDULA DE QUIEN ATENDIÓ LA VISITA

FIRMA DE QUIEN REALIZÓ LA VISITA

Julie González Orozco

NOMBRE DE QUIEN REALIZÓ LA VISITA

CC. 1012464585

NÚMERO DE CÉDULA DE QUIEN REALIZÓ LA VISITA

Powered by CamScanner

PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL

FORMATO VISITA DOMICILIARIA SERVICIOS CENTROS DÍA

| MODALIDAD O ESTRATEGIA | CÓDIGO - Nº PROYECTO | NOMBRE DE LA UNIDAD OPERATIVA FLORE | FECHA VISITA |
|---|---|---|---|
| Centro día Albergue | 8991 | Lote 77 | DÍA 18 MES 03 AÑO 23 |

VALORACIÓN DE CONDICIONES — MOTIVO: Visita domiciliaria Ac Primera VEZ

| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE |
|---|---|---|---|
| Galeano | Roa | Luz | Mariela |

NOMBRE CONTENIDO — SEXO: HOMBRE [ ] MUJER [X] INTERSEXUAL [ ]

| TIPO DE DOCUMENTO | NÚMERO DE DOCUMENTO | FECHA DE NACIMIENTO DÍA | MES | AÑO |
|---|---|---|---|---|
| RC [ ] TI [ ] CE [ ] CC [X] NIT [ ] OTRA [ ] | 51644179 | 23 | 09 | 1961 |

A. SITUACIÓN DEL BENEFICIARIO

SE ENCUENTRA EN SITUACIÓN DE VULNERABILIDAD — CUAL:

DESPLAZAMIENTO [ ] PROSTITUCIÓN [ ]
HABITABILIDAD [ ]
DESEMPLEO [ ] OTRO [ ]

B. ESTADO DE SALUD

¿EL BENEFICIARIO PRESENTA ENFERMEDAD DIAGNOSTICADA? SI [X] NO [ ]

ENFERMEDAD ACTUAL DIAGNOSTICADA: Cancer de mama, Hospitalizacion ast. Alta

| | SI | NO |
|---|---|---|
| ¿ESTÁ ACTUALMENTE EN TRATAMIENTO? | X | |
| ¿ACTUALMENTE TOMA MEDICAMENTOS? | X | |
| ¿TIENE SOPORTES QUE VERIFIQUEN EL CONSUMO DE ESTOS MEDICAMENTOS? | X | |

CUENTA CON RED DE APOYO SI [ ] NO [X]

TIPO: FAMILIAR [ ] INSTITUCIONAL [ ] OTRAS COMUNITARIA [ ] CUAL? [ ]

C. DISCAPACIDAD

| ¿EL BENEFICIARIO PRESENTA DISCAPACIDAD? | SI | NO |
|---|---|---|
| ¿ESTÁ CERTIFICADA? | | X |
| TIPO DE DISCAPACIDAD | | X |

FUNCIONALIDAD DEL BENEFICIARIO

| ACTIVIDADES | INDEPENDIENTE | SEMI DEPENDIENTE | DEPENDIENTE |
|---|---|---|---|
| ALIMENTARSE | | | |
| ASEARSE | | | |
| MOVERSE | | | |
| MOVERSE EN CALLE | | | |

* Marque con (X)

¿UTILIZA AYUDAS TÉCNICAS?

| | SI | NO |
|---|---|---|
| BASTÓN | X | |
| MULETAS | | X |
| SILLA DE RUEDAS | | X |
| OTRO CUAL? | | |

D. DATOS

| DIRECCIÓN DEL DOMICILIO | TELÉFONO | BARRIO | LOCALIDAD | ESTRATO |
|---|---|---|---|---|
| Cl 57 B # 62 - 31 Sur | 5836589 CELULAR 3153933281 | Villa del Rio | Bosa | 3 |

| ¿LA PERSONA ES SUJETO DE CUIDADO? | CUIDADOR | TELÉFONO | PARENTESCO | VIVE CON EL BENEFICIARIO |
|---|---|---|---|---|
| SI [ ] NO [X] | | | | SI [ ] NO [ ] |

| ¿EL BENEFICIARIO ES CUIDADOR? | PARENTESCO | MOTIVO |
|---|---|---|
| SI [X] NO [ ] | Nietas | MENOR DE EDAD X PERSONA CON DISCAPACIDAD ___ PERSONA MAYOR ___ OTRO ___ |

E. DATOS FAMILIARES

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

PERSONAS CON QUIEN VIVE

| Nombres y Apellidos | Parentesco | Edad | Escolaridad | Estado Civil | Actividad | Ocupación |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Gilberto Matias Salinas | Jefe hogar | 61 | Secund. Incom. | Casado | Trabajando | Celador Privado |
| Zoy Mariela Galeano R. | Conyuje | 61 | Secund. Incom. | Casada | Oficios hogar | No aplica |

No. Personas que Conviven: [ ]

¿HABITA EN LA MISMA VIVIENDA ALGUNA PERSONA QUE CONSUMA SPA? SI [ ] NO [X]

TIENE INGRESOS PROPIOS ? DESTINACIÓN DE LOS INGRESOS: ___

PROMEDIO DE INGRESOS MENSUALES: 0 ¿DE DONDE PROVIENEN LOS INGRESOS? ___

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

F. TIPO DE VIVIENDA

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CASA O APARTAMENTO | X | CAMBUCHE | | REFUGIO NATURAL | | RIVERA DEL RIO | | CASA LOTE | |
| CUARTO O CUARTOS | | PATIOME | | VIVIENDA MOVIL | | CAÑO | | N. SEGENCIA | |
| INQUILINATO | | PUENTE | | INSTITUCION | | CALLE | | CAR DE TRABAJO | |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| RANCHO | | TENENCIA | | FORMA DE PAGO | | ESTADO DE LA VIVIENDA | |
| FINCA | | PROPIA | | DIARIA | | CONSTRUIDA | X |
| | | ARRENDADA | X | SEMANAL | | EN CONSTRUCCION | |
| | | AMORTIZANDO | | QUINCENAL | | OBRA NEGRA | |
| | | OTRA | | MENSUAL | X | RUINA | |
| | | CUAL | | OTRO | | DEMOLICION | |
| | | | | CUAL | | BUEN ESTADO | |

| CONDICIÓN DE LA VIVIENDA | | SERVICIOS PUBLICOS | | | | ILUMINACION | | VENTILACION | | ASEO | | PISOS | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ACEPTABLE | X | AGUA | X | ACUEDUCTO | X | BUENA | X | BUENA | X | BUENA | X | MADERA | | BALDOSA X |
| | | LUZ | X | GAS NATURAL | | REGULAR | | REGULAR | | REGULAR | | TIERRA | | OTRO |
| | | TELEFONO | X | ASEO | X | MALA | | MALA | | MALA | | CEMENTO | | CUAL |

| PAREDES | | | | | TECHO | | | | TIPO DE ENERGIA UTILIZADA PARA COCINAR | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| LADRILLOS | X | ADOBE | | OTRO | TEJA | X | OTRO | | GAS NATURAL | X | COCINOL | | CUAL |
| LATAS | | CARTON | | CUAL? | TELA | | CUAL? | | GAS PROPANO | | CARBON | | |
| MADERA | | POLISOMBRA | | | PLANCHA | | | | ELECTRICIDAD | | OTRO | | |

Powered by CamScanner

**ESPACIOS**

| | Nº | COMPARTIDOS |
|---|---|---|
| HABITACIONES | 3 | |
| COCINAS | 1 | |
| BAÑOS | 2 | |

| | Nº | COMPARTIDOS |
|---|---|---|
| CORREDORES | 1 | |
| SALAS | 1 | |
| LAVADEROS | 1 | |

| | Nº | COMPARTIDOS |
|---|---|---|
| PATIOS | 1 | |

**PRESENCIA DE ANIMALES EN LA VIVIENDA**

| | | CUAL? |
|---|---|---|
| DOMÉSTICOS | X | Perros |
| VECTORES | | |
| OTRO | | |

¿COCINA DENTRO DE LA HABITACIÓN DONDE DUERME? SI: | NO: X

¿SE EVIDENCIA PRESENCIA DE ALCOHOL, COLILLAS DE CIGARRILLO O SPA? SI: | NO: X

¿SE EVIDENCIA ACUMULACIÓN DE MATERIAL RECICLADO? SI: | NO: X

¿VIVE EN EL MISMO SITIO DE TRABAJO? SI: | NO: X

**F. ENTORNO**

**SE OBSERVA EN EL ENTORNO ALGUNO(S) DE LOS SIGUIENTES FACTORES DE RIESGO**

| | | | | CUAL |
|---|---|---|---|---|
| ESTANCAMIENTO DE AGUAS | | ZONA DE PROSTITUCIÓN | | Inseguridad |
| BASURERO | | ZONA DE RIESGO FÍSICO(deslizamiento, inundación) | | |
| AGUAS NEGRAS | | OTRO | X | |

**ESTADO DE LAS VÍAS DE ACCESO**

| | |
|---|---|
| | PENDIENTES Y NO LLEGAN VEHÍCULOS |
| | EN RUINA |
| | OBSTAPADA |
| X | PAVIMENTADO |

**G. OBSERVACIONES DE CONDICIONES HABITACIONALES ANTERIORMENTE DESCRITAS**

Inmueble de 3 Plantas, la cual esta en buenas condiciones de habitabilidad, La vivienda cuenta con los servicios publicos, tambien con buena ventilación, iluminación y aseo, de tal forma, se evidencia que el hogar esta amoblado y tiene espacios amplios. Por ultimos, las vias de acceso estan pavimentadas. Manifiesta que en el barrio se ha presenciado mucha inseguridad.

**H. RIESGOS IDENTIFICADOS**

| | SI | NO | | SI | NO | | SI | NO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PSICOSOCIAL | | X | ABANDONO | | X | OTRO | | X |
| ECONÓMICO | X | | DESALOJO | | X | CUAL? | | |

**OBSERVACIONES**

**I. CONCEPTO PROFESIONAL**

Persona mayor de 61 años de edad con tipología Familiar Pareja sin hijos, indica no tener ingresos economicos, y en ocasiones quienes le ayudan con los gastos del hogar son su esposo y sus hijos, mencionan tener dificultades economicas ya que, los ingresos no logran ser suficientes para solventar algunos gastos ya sean del hogar o personales. La Persona mayor padece de hipertension arterial alta, Fibromialgia y Cancer de mama, de lo cual, se encuentra en tratamiento medico.

Luz Marieca Galeano Roa

FIRMA DE QUIEN ATENDIÓ LA VISITA

LUZ MARIECA GALEANO ROA

NOMBRE Y CARGO DE QUIEN ATENDIÓ LA VISITA

51 644 159

NÚMERO DE CÉDULA DE QUIEN ATENDIÓ LA VISITA

FIRMA DE QUIEN REALIZÓ LA VISITA

Julie Gonzalez Orozco

NOMBRE DE QUIEN REALIZÓ LA VISITA

CC. 1012464565

NÚMERO DE CÉDULA DE QUIEN REALIZÓ LA VISITA

Powered by CamScanner

PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL

FORMATO VISITA DOMICILIARIA SERVICIO CENTRO DIA

Código: FOR-PSS-167
Versión: 8
Fecha: (mes) 2020 (año) – 13 MARZO 2022
Página: 1 de 3

MODALIDAD O ESTRATEGIA: Centro dia al barrio
VALIDACIÓN DE CONDICIONES
CÓDIGO N° PROYECTO: 8991
NOMBRE DE LA UNIDAD OPERATIVA / LOTE: Lote 17
FECHA VISITA: DIA 21 MES 03 AÑO 23 (MARZO)

Visita Auxiliar de Ruta VF2

| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE |
|---|---|---|---|
| Gamba | Duarte | Luz | Marina |

NOMBRE IDENTIFICADO

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

TIPO DE DOCUMENTO: RC [ ] TI [ ] CE [ ] PA [ ] NIT [ ] TDN [X]
NÚMERO DE DOCUMENTO: 39631184
FECHA DE NACIMIENTO: DIA 26 MES 12 AÑO 1960

A. SITUACIÓN DEL BENEFICIARIO

SE ENCUENTRA EN SITUACIÓN DE VULNERABILIDAD
DESPLAZAMIENTO [ ] PROSTITUCIÓN [ ]
MENDICIDAD [ ]
DESEMPLEO [X] OTRO [ ]
CUAL:

B. ESTADO DE SALUD

¿EL BENEFICIARIO PRESENTA ENFERMEDAD DIAGNOSTICADA? SI [X] NO [ ]
ENFERMEDAD ACTUAL DIAGNOSTICADA: Arritmia Cardiaca

| | SI | NO |
|---|---|---|
| ¿ESTÁ ACTUALMENTE EN TRATAMIENTO? | [X] | [ ] |
| ¿ACTUALMENTE TOMA SU MEDICAMENTOS? | [X] | [ ] |
| ¿TIENE SOPORTES QUE VERIFIQUEN EL CONSUMO DE ESTOS MEDICAMENTOS? | [ ] | [X] |

CUENTA CON RED DE APOYO: SI [X] NO [ ]
TIPO: FAMILIAR [X] INSTITUCIONAL [ ] OTRAS COMUNITARIA [ ] CUAL? ____

C. DISCAPACIDAD

¿EL BENEFICIARIO PRESENTA DISCAPACIDAD? SI [ ] NO [X]
¿ESTA CERTIFICADA? SI [ ] NO [X]
TIPO DE DISCAPACIDAD:

FUNCIONALIDAD DEL BENEFICIARIO

| ACTIVIDADES (Marque con X) | INDEPENDIENTE | SEMI DEPENDIENTE | DEPENDIENTE |
|---|---|---|---|
| ALIMENTARSE | X | | |
| ASEARSE | X | | |
| MOVERSE | X | | |
| MOVERSE EN CALLE | X | | |

¿AYUDAS TÉCNICAS?

| | SI | NO |
|---|---|---|
| BASTÓN | [ ] | [X] |
| MULETAS | [ ] | [X] |
| SILLA DE RUEDAS | [ ] | [X] |
| OTRO CUAL? | | |

D. DATOS

DIRECCIÓN DEL DOMICILIO: Cl 55 Sur #69A-66
TELEFONO: 7619739
CELULAR: 3208927929
BARRIO: Villa del Rio
LOCALIDAD: Bosa
ESTRATO: 3
CORREO ELECTRÓNICO:
TELEFONO:
PARENTESCO:
VIVE CON EL BENEFICIARIO: SI [ ] NO [ ]

¿LA PERSONA ES SUJETO DE CUIDADO? SI [ ] NO [X]
EL BENEFICIARIO ES CUIDADOR? SI [X] NO [ ]
PARENTESCO: Nieta
MOTIVO: ADULTO MAYOR DE 60 AÑOS [X] PERSONA CON DISCAPACIDAD [ ] PERSONA MAYOR [ ] OTRO [ ]

DATOS FAMILIARES

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

PERSONAS CON QUIEN VIVE

| Nombres y Apellidos | Parentesco | Edad | Escolaridad | Estado Civil | Actividad | Ocupación |
|---|---|---|---|---|---|---|
| José Bautista Sanchez | Jefe hogar | 65 | Secund Incom | Casado | Buscando Trabajo | No aplica |
| Luz Marina Gamba D. | Cuñada | 63 | Secund Comp | Casada | Oficios Hogar | No aplica |
| Camila Andrea Sanchez G. | Hija | 26 | Univ Incom | Soltero | Estudiando | No aplica |

No. Personas que Conviven: 3

¿HABITA EN LA MISMA VIVIENDA ALGUNA PERSONA QUE CONVIVAN SIN? SI [ ] NO [X]
TIENE INGRESOS PROPIOS? SI [X] NO [ ]
MONTO DE INGRESOS MENSUALES: 400.000
DESTINACIÓN DE LOS INGRESOS: Gastos hogar y Personales
¿DE DONDE PROVIENEN LOS INGRESOS? Trabajos Varios
¿CUÁL ES LA PERIODICIDAD DE LOS INGRESOS? DIARIA [ ] SEMANAL [ ] QUINCENAL [X] MENSUAL [ ] OTRO [ ]

E. TIPO DE VIVIENDA

CASA O APARTAMENTO [X] CUARTO O CUARTOS [ ] INQUILINATO [ ]
CAMBUCHE [ ] PARCHE [ ] PUENTE [ ]
REFUGIO NATURAL [ ] VIVIENDA MOVIL [ ] INSTITUCION [ ]
RIVERA DEL RIO [ ] CAÑO [ ] CALLE [ ]
CASA LOTE [ ] RESIDENCIA [ ] LUGAR DE TRABAJO [ ]
RANCHO [ ] FINCA [ ]

TENENCIA: PROPIA [ ] ARRENDADA [X] AMORTIZANDO [ ] OTRA [ ] CUAL
FORMA DE PAGO: DIARIA [ ] SEMANAL [ ] QUINCENAL [ ] MENSUAL [X] OTRO [ ] CUAL
ESTADO DE LA VIVIENDA: CONSTRUIDA [X] EN CONSTRUCCION [ ] CASA MIXTA [ ]
DISPOSICION DE LA VIVIENDA: PROPIA [ ] DEMOLICION [ ] BUEN ESTADO [ ] ACEPTABLE [X]

SERVICIOS PUBLICOS: AGUA [X] LUZ [X] TELEFONO [X] ACUEDUCTO [X] GAS NATURAL [ ] ASEO [X] ALUMBRADO PUBLICO [X] ALCANTARILLADO [X]

ILUMINACION: BUENA [X] REGULAR [ ] MALA [ ]
VENTILACION: BUENA [X] REGULAR [ ] MALA [ ]
ASEO: BUENA [X] REGULAR [ ] MALA [ ]

PISOS: MADERA [ ] TIERRA [ ] CEMENTO [ ] BALDOSA [X] OTRO [ ] CUAL

PAREDES: LADRILLOS [X] LATAS [ ] MADERA [ ] ADOBE [ ] LATA [ ] PDL/BOMBA [ ] OTRO [ ] CUAL?

TECHO: TEJA [X] TELA [ ] PLANCHA [ ] OTRO [ ] CUAL?

TIPO DE ENERGIA UTILIZADA PARA COCINAR: GAS NATURAL [X] GAS PROPANO [ ] ELECTRICIDAD [ ] CARBON [ ] OTRO [ ] CUAL

Powered by CamScanner

**ESPACIOS**

| | Nº | COMPARTIDOS | | Nº | COMPARTIDOS | | Nº | COMPARTIDOS |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| HABITACIONES | 3 | | COMEDORES | 1 | | PATIOS | 1 | |
| COCINAS | 1 | | SALAS | 1 | | | | |
| BAÑOS | 1 | | LAVADEROS | 1 | | | | |

**PRESENCIA DE ANIMALES EN LA VIVIENDA**

DOMESTICOS ☐ VECTORES ☐ OTRO ☐ CUAL? _____

| | SI | NO |
|---|---|---|
| ¿COCINA DENTRO DE LA HABITACIÓN DONDE DUERME? | | X |
| ¿SE EVIDENCIA PRESENCIA DE ALCOHOL, COLILLAS DE CIGARRILLO O SPA? | | X |
| ¿SE EVIDENCIA ACUMULACION DE MATERIAL RECICLADO? | | X |
| ¿VIVE EN EL MISMO SITIO DE TRABAJO? | | X |

**F. ENTORNO**

**SE OBSERVA EN EL ENTORNO ALGUNO(S) DE LOS SIGUIENTES FACTORES DE RIESGO**

EXPENDIO DE DROGAS ☐ BASURERO ☐ AGUAS NEGRAS ☐ ZONA DE PROSTITUCION ☐ ZONA DE RIESGO FÍSICO(deslizamiento, inundación) ☐ OTRO ☒ CUAL: Sumideros tapados

**ESTADO DE LAS VIAS DE ACCESO**

☐ PENDIENTES Y NO LLEGAN VEHICULOS ☐ EN RUNA ☐ DESTAPADA ☒ PAVIMENTADO

**G. OBSERVACIONES DE CONDICIONES HABITACIONALES ANTERIORMENTE DESCRITAS**

Inmueble de 2 plantas, el cual se encuentra en buenas condiciones de habitabilidad, cuenta con todos los servicios publicos, también con buena iluminación, ventilación y aseo, por otra parte, la vivienda tiene espacios amplios, y se encuentra amoblada, finalmente, se evidencia que las vias de acceso estan pavimentadas pero se han presentado dificultades con los sumideros en el barrio, ya que se encuentran tapados.

**H. RIESGOS IDENTIFICADOS**

| | SI | NO | | SI | NO | | SI | NO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PSICOSOCIAL | | X | ABANDONO | | X | OTRO | ☐ | ☒ |
| ECONOMICO | X | | DESALOJO | | X | CUAL? | | |

**OBSERVACIONES**

**I. CONCEPTO PROFESIONAL**

Persona mayor de 62 años de edad, con tipología familiar nuclear, indica que sus ingresos provienen de diferentes trabajos informales, con eso solventa gastos del hogar y satisface sus necesidades basicas. La persona mayor vive en buenas condiciones de habitabilidad pero presenta dificultades economicas debido a que los ingresos economicos no son suficientes para resolver algunos gastos adicionales. Menciona que padece de arritmia cardiaca y se encuentra en tratamiento medico. Se considera que la estrategia Centro día al barrio fomenta la participación y ocupación del tiempo libre beneficiando a la persona mayor.

FIRMA DE QUIEN ATENDIÓ LA VISITA

Luz Yama Bautista Duarte

NOMBRE Y CARGO DE QUIEN ATENDIÓ LA VISITA

39-631180

NÚMERO DE CÉDULA DE QUIEN ATENDIÓ LA VISITA

FIRMA DE QUIEN REALIZÓ LA VISITA

Jube Gonzalez Orozco

NOMBRE DE QUIEN REALIZÓ LA VISITA

NÚMERO DE CÉDULA DE QUIEN REALIZÓ LA VISITA

Powered by CamScanner

| | | |
|---|---|---|
| ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL | PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL<br>FORMATO VISITA DOMICILIARIA SERVICIO CENTROS DIA | Código: FOR-PSS-067<br>Versión: 0<br>Fecha: Memo 20222160490 - 13/05/2022<br>Página: 1 de 3 |

| MODALIDAD O ESTRATEGIA | CODIGO - Nº PROYECTO | NOMBRE DE LA UNIDAD OPERATIVA / LOTE | FECHA VISITA |
|---|---|---|---|
| Centro día al barrio | 6991 | Lote 17 | DIA 22 MES 05 AÑO 23 HORA |

VALIDACIÓN DE CONDICIONES: MOTIVO:
Visita domiciliaria Por Primera vez

| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE |
|---|---|---|---|
| Zarrota | Martinez | Rosalba | |

NOMBRE IDENTITARIO:

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

| TIPO DE DOCUMENTO | NUMERO DE DOCUMENTO | FECHA DE NACIMIENTO |
|---|---|---|
| RC [ ] TI [ ] CC [X] PP [ ] CE [ ] NO TEN [ ] | 41580471 | DIA 20 MES 05 AÑO 1952 |

A. SITUACION DEL BENEFICIARIO

SE ENCUENTRA EN SITUACIÓN DE VULNERABILIDAD

| | | | | CUAL |
|---|---|---|---|---|
| DESPLAZAMIENTO | [ ] | PROSTITUCION | [ ] | |
| MENDICIDAD | [ ] | OTRO | [ ] | |
| DESEMPLEO | [X] | | | |

B. ESTADO DE SALUD

¿EL BENEFICIARIO PRESENTA ENFERMEDAD DIAGNOSTICADA? SI [X] NO [ ]

ENFERMEDAD ACTUAL DIAGNOSTICADA: Hipertension arterial e hipotiroidismo

| | SI | NO |
|---|---|---|
| ¿ESTÁ ACTUALMENTE EN TRATAMIENTO? | [X] | [ ] |
| ¿ACTUALMENTE TOMA M MEDICAMENTOS? | [X] | [ ] |
| ¿TIENE SOPORTES QUE VERIFIQUEN EL CONSUMO DE ESTOS MEDICAMENTOS? | [X] | [ ] |

CUENTA CON RED DE APOYO: SI [X] NO [ ]

TIPO: FAMILIAR [X] INSTITUCIONAL [ ] OTRAS COMUNITARIA [ ] CUAL? ____

C. DISCAPACIDAD

¿EL BENEFICIARIO PRESENTA DISCAPACIDAD? SI [ ] NO [X]
¿ESTA CERTIFICADA? SI [ ] NO [X]

TIPO DE DISCAPACIDAD:

FUNCIONALIDAD DEL BENEFICIARIO

| ACTIVIDADES | INDEPENDIENTE | SEMI DEPENDIENTE | DEPENDIENTE |
|---|---|---|---|
| ALIMENTARSE | X | | |
| ASEARSE | X | | |
| MOVERSE | X | | |
| MOVERSE EN CALLE | X | | |

*Marque con (X)

¿UTILIZA AYUDAS TECNICAS?

| | SI | NO |
|---|---|---|
| BASTON | [ ] | [X] |
| MULETAS | [ ] | [X] |
| SILLA DE RUEDAS | [ ] | [X] |
| OTRO CUAL? | | |

D. DATOS

| DIRECCION DEL DOMICILIO | TELEFONO | BARRIO | LOCALIDAD | UBICACION GEOGRAFICA | ESTRATO |
|---|---|---|---|---|---|
| CL 57 H # 68 A - 10 Sur | 601 2368318<br>CELULAR<br>301 5591756 | Villa del Rio | Bosa | URBANO [X] RURAL [ ] | 3 |

| LA PERSONA ES SUJETO DE CUIDADO? | CUIDADOR | TELEFONO | PARENTESCO | VIVE CON EL BENEFICIARIO |
|---|---|---|---|---|
| SI [ ] NO [X] | | | | SI [ ] NO [ ] |

| EL BENEFICIARIO ES CUIDADOR? | PARENTESCO | MOTIVO |
|---|---|---|
| SI [ ] NO [X] | | MENOR DE EDAD ____ PERSONA CON DISCAPACIDAD ____ PERSONA MAYOR ____ OTRO ____ |

DATOS FAMILIARES

TIPO DE FAMILIA: UNIPERSONAL [X] COMPUESTA [ ] NUCLEAR [ ] MONOPARENTAL [ ] MONOPARENTAL [ ] EXTENSA [ ] PAREJA SIN HIJOS [ ] DESARRAIGADOS [ ]

PERSONAS CON QUIEN VIVE

| Nombres y Apellidos | Parentesco | Edad | Escolaridad | Estado Civil | Actividad | Ocupacion |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Rosalba Zarrota Martinez | Jefe hogar | 70 | Primaria Comp. | Viuda | Oficios del Hogar | No aplica |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

Powered by CamScanner

| No. Personas que Conviven | 1 |
|---|---|

¿HABITA EN LA MISMA VIVIENDA ALGUNA PERSONA QUE CONSUMA SPA? SI [ ] NO [X]

TIENE INGRESOS PROPIOS ? SI [X] NO [ ]

DISTRIBUCIÓN DE LOS INGRESOS: Gastos Personales y hogar

¿EN DONDE PROVIENEN LOS INGRESOS?: Ayuda economica de los hijos.

PROMEDIO DE INGRESOS MENSUALES: 750.000

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

## E. TIPO DE VIVIENDA

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CASA O APARTAMENTO | X | CAMBUCHE | | REFUGIO NATURAL | | RIVERA DEL RIO | | CASA LOTE | | RANCHO | |
| CUARTO O CUARTOS | | PARQUE | | VIVIENDA MOVIL | | CAÑO | | RESIDENCIA | | FINCA | |
| INQUILINATO | | PUENTE | | INSTITUCION | | CALLE | | LUGAR DE TRABAJO | | | |

| TENENCIA | | | | FORMA DE PAGO | | | | ESTADO DE LA VIVIENDA* | | CONDICION DE LA VIVIENDA | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PROPIA | X | OTRA | | DIARIA | | MENSUAL | | CONSTRUIDA | X | RUINA | |
| ARRENDADA | | CUAL | | SEMANAL | | OTRO | | EN CONSTRUCCION | | DEMOLICION | |
| AMORTIZANDO | | | | QUINCENAL | | CUAL | | OBRA NEGRA | | BUEN ESTADO | |

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| SERVICIOS PUBLICOS | | | | | | ILUMINACION | | VENTILACION | | ASEO | | PISOS | | | |
| AGUA | X | ACUEDUCTO | X | ALUMBRADO PUBLICO | X | BUENA | X | BUENA | X | BUENA | | MADERA | | BALDOSA | |
| LUZ | X | GAS NATURAL | X | ALCANTARILLADO | X | REGULAR | | REGULAR | | REGULAR | X | TIERRA | | OTRO | |
| TELEFONO | X | ASEO | X | | | MALA | | MALA | | MALA | | CEMENTO | | CUAL | |

| PAREDES | | | | | | TECHO | | | | TIPO DE ENERGIA UTILIZADA PARA COCINAR | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| LADRILLOS | X | ADOBE | | OTRO | | TEJA | | OTRO | | GAS NATURAL | X | COCINOL | | CUAL | |
| LATAS | | CARTON | | CUAL? | | TELA | | CUAL? | | GAS PROPANO | | CARBON | | | |
| MADERA | | POLISOMBRA | | | | PLANCHA | X | | | ELECTRICIDAD | | OTRO | | | |

## ESPACIOS

| | Nº | COMPARTIDOS | | Nº | COMPARTIDOS | | Nº | COMPARTIDOS |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| HABITACIONES | 3 | | COMEDORES | 1 | | PATIOS | 1 | |
| COCINAS | 1 | | SALAS | 1 | | | | |
| BAÑOS | 2 | | LAVADEROS | 1 | | | | |

## PRESENCIA DE ANIMALES EN LA VIVIENDA

| | | |
|---|---|---|
| DOMESTICOS | X | CUAL? Perro |
| VECTORES | | |
| OTRO | | |

¿COCINA DENTRO DE LA HABITACIÓN DONDE DUERME? SI [ ] NO [X]

¿SE EVIDENCIA PRESENCIA DE ALCOHOL, COLILLAS DE CIGARRILLO O SPA? SI [ ] NO [X]

¿SE EVIDENCIA ACUMULACION DE MATERIAL RECICLADO? SI [ ] NO [X]

¿VIVE EN EL MISMO SITIO DE TRABAJO? SI [ ] NO [X]

## F. ENTORNO

| SE OBSERVA EN EL ENTORNO ALGUNO(S) DE LOS SIGUIENTES FACTORES DE RIESGO | | | | | ESTADO DE LAS VIAS DE ACCESO | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| EXPENDIO DE DROGAS | | ZONA DE PROSTITUCION | | CUAL | PENDIENTES Y NO LLEGAN VEHICULOS | |
| BASURERO | | ZONA DE RIESGO FISICO(deslizamiento, inundación) | | | EN RUINA | |
| AGUAS NEGRAS | | OTRO | | | DESTAPADA | |
| | | | | | PAVIMENTADO | X |

## G. OBSERVACIONES DE CONDICIONES HABITACIONALES ANTERIORMENTE DESCRITAS

Inmueble de 2 Plantas, el cual se encuentra en buenas condiciones de habitabilidad, la tenencia de la Vivienda es Propia y cuenta con todos los Servicios Publicos, la Iluminacion, Ventilacion se evidencian en Buen estado y el aseo se evidencia regular. Tiene buena distribucion de los espacios de la casa y esta amoblada. Por ultimo, las vias de acceso estan Pavimentadas y en buen estado.

## H. RIESGOS IDENTIFICADOS

| | | | | | | | | | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | SI | NO | | SI | NO | | SI | NO | |
| PSICOSOCIAL | | X | ABANDONO | | X | OTRO | | X | |
| ECONOMICO | | X | DESALOJO | | X | CUAL? | | | |

## I. CONCEPTO PROFESIONAL

Persona mayor de 70 años de edad, con tipologia familiar Unipersonal, manifiesta tener apoyo economico por parte de sus hijos quienes le dan una mensualidad, con esto sufraga los gastos del hogar y satisface sus necesidades basicas, manifiesta que puede realizar diferentes actividades por si misma y sin



Powered by CamScanner

dificultad. La Persona mayor vive en buenas condiciones de habitabilidad. Manifiesta que se encontraba en en duelo por la muerte de un familiar y Presentaba cambios de humor a lo cual, menciona que las actividades y la socialización en el centro dia al barrio la han ayudado a mejorar su animo, ya que ha podido interactuar, compartir y pasar tiempo de calidad con sus pares, ayudandola a fortalecer sus vinculos y participación con sus compañeros para una vejez Sana, feliz y activa. Por ultimo, no Presenta Factores de riesgos o vulneraciones.

Rosalba Pancetta Lb.

FIRMA DE QUIEN ATENDIÓ LA VISITA

Rosalba Lairot S M.

NOMBRE Y CARGO DE QUIEN ATENDIÓ LA VISITA

41580471

NÚMERO DE CÉDULA DE QUIEN ATENDIÓ LA VISITA

FIRMA DE QUIEN REALIZÓ LA VISITA

Julie Estefania Gonzalez O.

NOMBRE DE QUIEN REALIZÓ LA VISITA

CC. 1012464565

NÚMERO DE CEDULA DE QUIEN REALIZÓ LA VISITA

Powered by CamScanner

PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL

FORMATO VISITA DOMICILIARIA SERVICIO CENTROS DIA

Código: FOR-PSS-167
Versión: 0
Fecha: Marzo (26/07/2016) - (18/05/2022)
Página: 1 de 3

MODALIDAD O ESTRATEGIA: Centro día al barrio
CÓDIGO - Nº PROYECTO: 8991
NOMBRE DE LA UNIDAD OPERATIVA / LOTE: Lote 77
FECHA VISITA: DIA 17 MES 03 AÑO 23
MOTIVO DE LA VISITA: Visita domiciliaria por primera vez
PRIMER APELLIDO: Gomez
SEGUNDO APELLIDO: Umbarila
PRIMER NOMBRE: Maria
SEGUNDO NOMBRE: Elena
SEXO: HOMBRE [ ] MUJER [X] INTERSEXUAL [ ]
TIPO DE DOCUMENTO: RC [ ] TI [ ] CE [ ] PA [ ] CC [X]
NUMERO DE DOCUMENTO: 20491782
FECHA DE NACIMIENTO: DIA 10 MES 07 AÑO 1942

## A. SITUACIÓN DEL BENEFICIARIO

SE ENCUENTRA EN SITUACIÓN DE VULNERABILIDAD
DESPLAZAMIENTO [ ] PROSTITUCION [ ]
MENDICIDAD [ ] OTRO [ ]
DESEMPLEO [ ]
CUAL:

## B. ESTADO DE SALUD

¿EL BENEFICIARIO PRESENTA ENFERMEDAD DIAGNOSTICADA? SI [X] NO [ ]
ENFERMEDAD ACTUAL DIAGNOSTICADA: Hipotiroidismo y gastritis crónica
¿ESTÁ ACTUALMENTE EN TRATAMIENTO? SI [X] NO [ ]
¿ACTUALMENTE TOMA MEDICAMENTOS? SI [X] NO [ ]
¿TIENE SOPORTES QUE VERIFIQUEN EL CONSUMO DE ESTOS MEDICAMENTOS? SI [X] NO [ ]
CUENTA CON RED DE APOYO SI [X] NO [ ]
TIPO: FAMILIAR [X] INSTITUCIONAL [ ] OTRAS COMUNITARIA [ ] CUAL? [ ]

## C. DISCAPACIDAD

¿EL BENEFICIARIO PRESENTA DISCAPACIDAD? SI [X] NO [ ]
¿ESTA CERTIFICADA? SI [X] NO [ ]
TIPO DE DISCAPACIDAD: Mental

FUNCIONALIDAD DEL BENEFICIARIO

| ACTIVIDADES | INDEPENDIENTE | SEMI DEPENDIENTE | DEPENDIENTE |
|---|---|---|---|
| ALIMENTARSE | X | | |
| ASEARSE | X | | |
| MOVERSE | X | | |
| MOVERSE EN CALLE | | | X |

* Marque con (X)

¿UTILIZA AYUDAS TECNICAS? SI [ ] NO [X]
BASTON [ ] MULETAS [ ] SILLA DE RUEDAS [ ] OTRO-CUAL? [ ]

## D. DATOS

DIRECCION DEL DOMICILIO: Kr 64 B # 55A - 26 Sur
TELEFONO FIJO: [ ]
CELULAR: 3123159416
BARRIO: Villa del Rio
LOCALIDAD: Bosa
ESTRATO: 3
LA PERSONA ES SUJETO DE CUIDADO? SI [X] NO [ ]
CUIDADOR: Nelly Gomez
TELEFONO: 3123159416
PARENTESCO: Hija
VIVE CON EL BENEFICIARIO? SI [X] NO [ ]
EL BENEFICIARIO ES CUIDADOR? SI [ ] NO [X]
PARENTESCO:
MOTIVO: MENOR DE EDAD [ ] PERSONA CON DISCAPACIDAD [ ] PERSONA MAYOR [ ] OTRO [ ]

DATOS FAMILIARES

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

PERSONAS CON QUIEN VIVE

| Nombres y Apellidos | Parentesco | Edad | Escolaridad | Estado Civil | Actividad | Observación |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Maria Elena Gomez O. | Madre | 81 | Primaria | Soltera | Sin actividad | No aplica |
| Nelly Gomez | Hija | 39 | Secundaria | Casada | Trabajando | Emp. Aseo |
| Bosa Quiroga | Yerno | 60 | Secundaria | Casado | Trabajando | Lucha Romero |
| Camila Andrea Quiroga | Nieto | 27 | Universitario | Soltera | Buscando trabajo | No aplica |
| Dinna Marcela Quiroga G | Nieta | 19 | Universitario | Soltera | Estudiando | NO aplica |

No. Personas que Conviven: 5

¿HABITA EN LA MISMA VIVIENDA ALGUNA PERSONA QUE CONSUMA SPA? SI [ ] NO [X]
TIENE INGRESOS PROPIOS? SI [ ] NO [X]
PROMEDIO DE INGRESOS MENSUALES: 0
DESTINACIÓN DE LOS INGRESOS:
¿DE DONDE PROVIENEN LOS INGRESOS?
¿CUÁL ES LA PERIODICIDAD DE LOS INGRESOS? QUINCENA [ ] SEMANAL [ ] QUINCENAL [ ] MENSUAL [ ] OTRO [ ]

## E. TIPO DE VIVIENDA

CASA O APARTAMENTO [X] CUARTO O CUARTOS [ ] INQUILINATO [ ]
CAMBUCHE [ ] PALAFITO [ ] PUENTE [ ]
REFUGIO NATURAL [ ] VIVIENDA MOVIL [ ] ALBERGUE [ ]
RIVERA DEL RIO [ ] CAÑO [ ] CALLE [ ]
CASA LOTE [ ] RESIDENCIA [ ] LUGAR DE TRABAJO [ ]
PARADOR [ ] FINCA [ ]

TENENCIA: PROPIA [X] ARRENDADA [ ] AMORTIZANDO [ ] OTRA [ ] CUAL [ ]
FORMA DE PAGO: DIARIO [ ] SEMANAL [ ] QUINCENAL [ ] MENSUAL [ ] OTRO [ ] CUAL [ ]
ESTADO DE LA VIVIENDA: CONSTRUIDA [X] EN CONSTRUCCION [ ] OBRA NEGRA [ ]
CONDICION DE LA VIVIENDA: NUEVA [ ] DEMOLICION [ ] MUY ESTUDIO [ ] ACEPTABLE [X]

SERVICIOS PUBLICOS: AGUA [X] LUZ [X] TELEFONO [X] ACUEDUCTO [X] GAS NATURAL [X] ESTUFA [X] ALCANTARILLADO [X]
ILUMINACION: BUENA [ ] REGULAR [ ] MALA [ ]
VENTILACION: BUENA [X] REGULAR [ ] MALA [ ]
ASEO: BUENA [X] REGULAR [ ] MALA [ ]
PISOS: MADERA [ ] TIERRA [ ] CEMENTO [ ] BALDOSA [X] OTRO [ ] CUAL [ ]

PAREDES: LADRILLOS [X] LATAS [ ] MADERA [ ] MADERA [ ] CARTON [ ] POLISOMBRA [ ] OTRO [ ] CUAL? [ ]
TECHO: TEJA [ ] TELA [ ] PLANCHA [X] OTRO [ ] CUAL? [ ]
TIPO DE ENERGIA UTILIZADA PARA COCINAR: GAS NATURAL [X] GAS PROPANO [ ] ELECTRICIDAD [ ] COCINOL [ ] CARBON [ ] OTRO [ ] CUAL [ ]

Powered by CamScanner

| ESPACIOS | | | | | | | | | PRESENCIA DE ANIMALES EN LA VIVIENDA | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Nº | COMPARTIDOS | | Nº | COMPARTIDOS | | Nº | COMPARTIDOS | | | |
| HABITACIONES | 4 | | COMEDORES | 1 | | PATIOS | 1 | | DOMESTICOS | X | CUAL? Gato y perro |
| COCINAS | 1 | | SALAS | 1 | | | | | HECTORES | | |
| BAÑOS | 2 | | LAVADEROS | 1 | | | | | OTRO | | |

| | SI | NO | | SI | NO |
|---|---|---|---|---|---|
| ¿COCINA DENTRO DE LA HABITACIÓN DONDE DUERME? | | X | ¿SE EVIDENCIA ACUMULACION DE MATERIAL RECICLADO? | | X |
| ¿SE EVIDENCIA PRESENCIA DE ALCOHOL, COLILLAS DE CIGARRILLO O SPA? | | X | ¿VIVE EN EL MISMO SITIO DE TRABAJO? | | X |

F. ENTORNO

| SE OBSERVA EN EL ENTORNO ALGUNO(S) DE LOS SIGUIENTES FACTORES DE RIESGO | | | | | ESTADO DE LAS VIAS DE ACCESO | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| EXPENDIO DE DROGAS | | ZONA DE PROSTITUCION | | CUAL | | PENDIENTES Y NO LLEGAN VEHICULOS |
| BASURERO | | ZONA DE RIESGO ITSICO(pozos,quebradas, inundación) | | | | EN RUINA |
| AGUAS NEGRAS | | OTRO | | | | DESTAPADA |
| | | | | | X | PAVIMENTADO |

G. OBSERVACIONES DE CONDICIONES HABITACIONALES ANTERIORMENTE DESCRITAS

Inmueble de 2 plantas, la cual se encuentra en buenas condiciones de habitabilidad cuenta con todos los servicios publicos, buena iluminacion, ventilacion y aseo, las vias de acceso se encuentra en buenos condiciones y estan pavimentadas la vivienda se evidencia con espacios amplios y esta amoblada.

H. RIESGOS IDENTIFICADOS

| | SI | NO | | SI | NO | | SI | NO | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PSICOSOCIAL | | X | ABANDONO | | X | OTRO | | X | |
| ECONOMICO | X | | DESALOJO | | X | CUAL? | | | |

I. CONCEPTO PROFESIONAL

Persona mayor de 81 años de edad, con tipologia familiar extensa, no tiene ingresos economicos, y su hija es quien solventa los gastos del hogar y satisface economicamente las necesidades basicas de la persona mayor, se evidencia durante la visita domiciliaria que la persona mayor vive en buenas condiciones de habitabilidad, por otra parte, indica tener dificultades economicas, ya que, al no contar con ingresos no puede ahorrar y no alcanza para solventar otros gastos. Por ultimo, la persona mayor padece de atencion, hipertension alta y se encuentra en tratamiento medico.

Elena Gómez

FIRMA DE QUIEN ATENDIÓ LA VISITA

Elena Maria Gomez Umbarila

NOMBRE Y CARGO DE QUIEN ATENDIÓ LA VISITA

20491782

NÚMERO DE CÉDULA DE QUIEN ATENDIÓ LA VISITA

FIRMA DE QUIEN REALIZÓ LA VISITA

Julie Gonzalez O.

NOMBRE DE QUIEN REALIZÓ LA VISITA

CC 1012645565

NÚMERO DE CÉDULA DE QUIEN REALIZÓ LA VISITA

Powered by CamScanner