PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL

FORMATO VISITA DOMICILIARIA SERVICIO CENTROS DIA

Código: FOR-PSS-307
Versión: 6
Fecha: Inicio: 05/07/16490 – 13/05/2022
Página: 1 de 5

| MODALIDAD O ESTRATEGIA | CODIGO - Nº PROYECTO | NOMBRE DE LA UNIDAD OPERATIVA / LOTE | FECHA VISITA |
|---|---|---|---|
| Centro día el barrio | 8991 | Lote 77 | DIA 16 MES 03 AÑO 23 |

MOTIVACIÓN DE CONSULTA / MOTIVO: Visita domiciliaria por primera vez

| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE |
|---|---|---|---|
| Hernandez | Clavijo | Gloria | Janneth |

NOMBRE IDENTITARIO

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

| TIPO DE DOCUMENTO | NUMERO DE DOCUMENTO | FECHA DE NACIMIENTO DIA | MES | AÑO |
|---|---|---|---|---|
| RC [ ] TI [ ] CC [X] PP [ ] CE [ ] NO TIEN [ ] | 51571620 | 15 | 07 | 1959 |

A. SITUACIÓN DEL BENEFICIARIO

SE ENCUENTRA EN SITUACIÓN DE VULNERABILIDAD

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

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 SUS 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 (X))

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

¿UTILIZA AYUDAS TECNICAS? SI [ ] NO [X]

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

D. DATOS

| DIRECCIÓN DEL DOMICILIO | TELEFONO | BARRIO | LOCALIDAD | ZONA GEOGRAFICA | ESTRATO |
|---|---|---|---|---|---|
| cl 55 A # 70 - 58 Sur | 9756866 | Villa del Rio | Bosa | X URBANA [ ] RURAL | 3 |
| | CELULAR: 3125975788 | | | | |

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

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

E. DATOS FAMILIARES

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

PERSONAS CON QUIEN VIVE

| Nombres y Apellidos | Parentesco | Edad | Escolaridad | Estado Civil | Actividad | Ocupación |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Franky Acosta Solórzano | Esposo | 64 | Secund. Com. | Casado | Trabajando | Emp. Estable |
| Gloria Janneth Hernandez | Conyuje | 63 | Secund. Com. | Casada | oficios hogar | No aplica |
| Nubia Alexy Clavijo R. | Sobrina | 24 | Secund. Incom. | Viuda | Sin actividad | No aplica |
| Diego Andres Acosta H. | Hijo | 35 | Tecnico. | Soltero | Trabajando | Emp. Inest. |
| Kelly Tatiana Acosta H. | Hija | 27 | Tecnico | Soltera | Trabajando | Emp. Inest. |

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 [ ]

F. TIPO DE VIVIENDA

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CASA O APARTAMENTO | [X] | CAMBUCHE | [ ] | REFUGIO NATURAL | [ ] | RIVERA DEL RIO | [ ] | CASA LOTE | [ ] |
| CUARTO O CUARTOS | [ ] | PARQUE | [ ] | 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 | [X] | DIARIA | [ ] | CONSTRUIDA | [X] | RUINA | [ ] |
| ARRENDADA | [ ] | SEMANAL | [ ] | EN CONSTRUCCION | [ ] | DEMOLICION | [ ] |
| AMORTIZADO | [ ] | QUINCENAL | [ ] | OBRA NEGRA | [ ] | BUEN ESTADO | [ ] |
| OTRA | [ ] | MENSUAL | [ ] | | | ACEPTABLE | [X] |
| CUAL | | OTRO | [ ] | | | | |
| | | CUAL | | | | | |

| SERVICIOS PUBLICOS | | | | | | ILUMINACION | | VENTILACION | | ASEO | | PISOS | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AGUA | [X] | ACUEDUCTO | [X] | ALUMBRADO PUBLICO | [X] | BUENA | [X] | BUENA | [X] | BUENA | [X] | MADERA | [ ] | BALDOSA | [X] |
| LUZ | [X] | GAS NATURAL | [X] | ALCANTARILLADO | [X] | 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 | | 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 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 4 Plantas, la Persona mayor vive en el 4 Piso, las Condiciones de habitabilidad son buenas, cuenta con todos los Servicios Publicos. y Con buen aseo, iluminación y ventilación. Asi misma, se evidencia que la vivienda esta un Poco reducido el espacio para 5 Personas. las VIAS de acceso son 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 63 años de edad, con Tipología familiar extensa ampliada, no tiene Ingresos Económicos, Pero los Gastos del hogar son Solventados Por su esposo y sus hijes, y Satisfacen algunas de las necesidades basicas de la Persona mayor. Las condiciones de habitabilidad donde viven son buenas. Por ultimo, la Persona mayor Padece de diabetes y se encuentra en tratamiento medico.

Gloria Janeth Vélez

FIRMA DE QUIEN ATENDIÓ LA VISITA

Gloria Janeth Hernández C

NOMBRE Y CARGO DE QUIEN ATENDIÓ LA VISITA

1117620

NUMERO DE CÉDULA DE QUIEN ATENDIÓ LA VISITA

FIRMA DE QUIEN REALIZO LA VISITA

Julie Estefanía Gonzalez O.

NOMBRE DE QUIEN REALIZÓ LA VISITA

CC. 1012464565

NUMERO DE CÉDULA DE QUIEN REALIZÓ LA VISITA

Powered by CamScanner

14

PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL

FORMATO VISITA DOMICILIARIA SERVICIO CENTROS DIA

Código FOR-PES-167
Versión 0
Fecha: Marzo (2012-04-30 -- 13/03/12)
Página: 1 de 3

MODALIDAD O ESTRATEGIA: Centro día al barrio
CÓDIGO - Nº PROYECTO: 8991
NOMBRE DE LA UNIDAD OPERATIVA / LOTE: Lote 17
FECHA VISITA: DIA 21 MES 03 AÑO 23 HORA
MOTIVO DE LA VISITA: Visita domiciliaria Ac Primera Vez

| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE |
|---|---|---|---|
| Hesseda | Jimenez | Maria | Alcira |

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

TIPO DE DOCUMENTO: RC [ ] TI [ ] CE [ ] PP [ ] CC [ ] NO TIEN [X]
NÚMERO DE DOCUMENTO: 41426124
FECHA DE NACIMIENTO: Día 08 MES 09 AÑO 1948

A. SITUACIÓN 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 [ ]
ENFERMEDAD ACTUAL DIAGNOSTICADA: Hipertiroidismo

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

D. DATOS

| DIRECCIÓN DEL DOMICILIO | TELÉFONO | BARRIO | LOCALIDAD | ESTRATO |
|---|---|---|---|---|
| Kr 68 # 57 F - 55 Sur | 6017241723 CELULAR 3103127031 | Villa del Rio | Bosa | 3 |

¿LA PERSONA ES SUJETO DE CUIDADO? SI [ ] NO [X]
CUIDADOR: TELÉFONO: PARENTESCO: VIVE CON EL BENEFICIARIO: SI [ ] 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 [X] COMPUESTA [ ] NUCLEAR [ ] HOMOPARENTAL [ ] MONOPARENTAL [ ] EXTENSA [ ] PAREJA SIN HIJOS-AS [ ] SINGLETÁNEAS [ ]

PERSONAS CON QUIEN VIVE

| Nombres y Apellidos | Parentesco | Edad | Ocupacional | Estado Civil | Actividad | Ocupación |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Maria Alcira Hesseda J. | Jefe hogar | 74 | Tecnico | Soltera | Pensionada | De oficio |

No. Personas que Conviven: 1

¿HABITA EN LA MISMA VIVIENDA ALGUNA PERSONA QUE CONSUMA SPA? SI [ ] NO [X]
TIENE INGRESOS PROPIOS? SI [X] NO [ ]
PROMEDIO DE INGRESOS MENSUALES: 1'800.000
DESTINACIÓN DE LOS INGRESOS: Gastos hogar y Personales
¿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] 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 [ ]
CONDICIÓN DE LA VIVIENDA: RUINA [ ] DEMOLICION [ ] MAL 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 [ ] TELA [ ] PLANCHA [ ] OTRO [ ] CUAL?
TIPO DE ENERGIA UTILIZADA PARA COCINAR: GAS NATURAL [X] GAS PROPANO [ ] ELECTRICIDAD [ ] COCINA [ ] CARBON [ ] OTRO [ ] CUAL

Powered by CamScanner

**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 ☐ 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 PROSTITUCIÓN ☐ ZONA DE RIESGO FISICO(deslizamiento, inundación) ☐ OTRO ☐ CUAL: ____

**ESTADO DE LAS VIAS DE ACCESO**

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

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

Inmueble de Plantas, El cual se encuentra en buenas condiciones de habitabilidad, se evidencia que la vivienda esta con todos los servicios publicos, tambien cuenta con iluminacion, ventilacion y aseo. La casa se encuentra amoblada y con buenos espacios y amplios. Por ultimo, las 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 74 años de edad, con Tipologia Familiar Unipersonal, indica que sus ingresos economicos provienen de su pensión, con esto solventa sus gastos del hogar y satisface sus necesidades basicas, se evidencia durante la visita domiciliaria que la persona mayor vive en buenas condiciones de habitabilidad, padece de hipotiroidismo y se encuentra en tratamiento medico. se considera que la estrategia centro dia al barrio fomenta y fortalece la participacion, socializacion y asistencia del tiempo libre brindando espacios de desarrollo y bienestar para la persona mayor.

Gloria Herrada G.
FIRMA DE QUIEN ATENDIO LA VISITA

María Gloria Herrada Jiménez
NOMBRE Y CARGO DE QUIEN ATENDIÓ LA VISITA

41'426.124
NÚMERO DE CÉDULA DE QUIEN ATENDIÓ LA VISITA

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-PSS-567 | Versión: 9 | Fecha: Marzo 03/2016 hasta 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 27 MES 03 AÑO 23 HORA |

VALIDACIÓN DE CONDICIONES | MOTIVO: V. domiciliaria Pos Pandemia VRF

| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE |
|---|---|---|---|
| Gutierrez | Robayo | Blanca | Cecilia |

NOMBRE DESCRITO | SEXO: ☐ HOMBRE ☒ MUJER ☐ INTERSEXUAL

| TIPO DE DOCUMENTO | NUMERO DE DOCUMENTO | FECHA DE NACIMIENTO DIA | MES | AÑO |
|---|---|---|---|---|
| RC ☐ TI ☐ CC ☒ PP ☐ CE ☐ NO TIEN ☐ | 51588252 | 20 | 02 | 1955 |

## 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 ☐

ENFERMEDAD ACTUAL DIAGNOSTICADA: Hipotiroidismo

| | 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 ☒ NO ☐

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

## C. DISCAPACIDAD

¿EL BENEFICIARIO PRESENTA DISCAPACIDAD? SI ☐ NO ☒

¿ESTA CERTIFICADA? SI ☐ NO ☒

TIPO DE DISCAPACIDAD

FUNCIONALIDAD DEL BENEFICIARIO (Marque con X)

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

¿UTILIZA AYUDAS TÉCNICAS?

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

## D. DATOS

| DIRECCION DEL DOMICILIO | TELEFONO | BARRIO | LOCALIDAD | CONDICIONES GEOGRAFICA | ESTRATO |
|---|---|---|---|---|---|
| Kr 68 D # 54 A - 11 Sur | CELULAR 3057061411 | Villa del Rio | Bosa | X Urbana ☐ Rural | 3 |

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

EL BENEFICIARIO ES CUIDADOR? SI ☐ NO ☒ | PARENTEZCO | MOTIVO: ADULTO MAYOR ____ PERSONA CON DISCAPACIDAD ____ PERSONA MAYOR ____ OTRO ____

## E. DATOS FAMILIARES

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

PERSONAS CON QUIEN VIVE

| Nombres y Apellidos | Parentesco | Edad | Escolaridad | Estado Civil | Actividad | Discapacidad |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Blanca Cecilia Gutierrez | Jefe de Hogar | 68 | Tecnica Comp. | Separada | Oficios hogar | No aplica |
| Oscar Alejandro Charria | Hijo | 28 | Postgrado Incom | Soltero | Trabajando | Esq. Autis. |

| No. Personas que Conviven | 2 |
|---|---|

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

TIENE INGRESOS PROPIOS? SI ☒ NO ☐

DESTINACIÓN DE LOS INGRESOS: Gastos Personales

¿DE DONDE PROVIENEN LOS INGRESOS? Mensualidad de los hijos

PROMEDIO DE INGRESOS MENSUALES: 600.000

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

## F. TIPO DE VIVIENDA

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

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

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

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

Powered by CamScanner

## ESPACIOS

| | Nº | COMPARTIDOS |
|---|---|---|
| HABITACIONES | 5 | |
| COCINAS | 1 | |
| BAÑOS | 3 | |

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

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

## PRESENCIA DE ANIMALES EN LA VIVIENDA

| | | CUAL? |
|---|---|---|
| DOMESTICOS | X | Pajaro |
| 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 O DE RIESGO

| | | | | CUAL |
|---|---|---|---|---|
| EXPENDIO DE DROGAS | | ZONA DE PROSTITUCION | | Consumo SPA |
| BASURERO | | ZONA DE RIESGO FISICO (deslizamiento, inundacion) | | |
| AGUAS NEGRAS | | OTRO | X | |

### ESTADO DE LAS VIAS DE ACCESO

- [ ] PENDIENTES Y NO LLEGAN VEHICULOS
- [ ] EN RUTA
- [ ] DESTAPADA
- [X] PAVIMENTADO

## G. OBSERVACIONES DE CONDICIONES HABITACIONALES ANTERIORMENTE DESCRITAS

Inmueble de 3 Plantas, el cual se encuentra en buenas condiciones de habitabilidad, cuenta con todos los servicios publicos, la iluminación, ventilación y aseo son buenos, por otra parte, se considera que la vivienda cuenta con espacios amplios y esta acordada. Por ultimo, las vias de acceso estan Pavimentadas. Menciona como factor de riesgo en el barrio el consumo de SPA.

## H. RIESGOS IDENTIFICADOS

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

### OBSERVACIONES

## I. CONCEPTO PROFESIONAL

Persona mayor de 68 años de edad, con tipología Familiar monoparental manifiesta que sus ingresos Economicos provienen de la mesualidad que le dan sus hijos y con estos solventa los gastos de su hogar y satisface sus necesidades basicas, menciona que algunos de los gastos del hogar tambien los cubre su hijo. Se evidencia que cuenta con redes de apoyo familiares y estan al tanto de ella. Por ultimo, Indica que las actividades del centro dia al cual le han permitido fortalecer su socialización y ocupación de su tiempo libre mejorando su bienestar.

Blanca C. Gutierrez R.
FIRMA DE QUIEN ATENDIÓ LA VISITA
Blanca Cecilia Gutierrez Robayo
NOMBRE Y CARGO DE QUIEN ATENDIÓ LA VISITA
CC. 51588732
NÚMERO DE CÉDULA DE QUIEN ATENDIÓ LA VISITA

FIRMA DE QUIEN REALIZÓ LA VISITA
Julie Gonzalez Orozco
NOMBRE DE QUIEN REALIZÓ LA VISITA
CC. 1017464565
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-047
Versión: 0
Fecha: Marzo 07/2017 - 1 [illegible]
Página: 1 de 3

MODALIDAD O ESTRATEGIA: Centro día al barrio
CÓDIGO - Nº PROYECTO: 5991
NOMBRE DE LA UNIDAD OPERATIVA / LOTE: Lote 17
FECHA VISITA: DIA 31 MES 03 AÑO 23 HORA

VISITA DOMICILIARIA: Por Primera Vez

| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE |
|---|---|---|---|
| Montenegro | Montenegro | Ana | Teresa |

NOMBRE BENEFICIARIO

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

TIPO DE DOCUMENTO: RC [ ] TI [ ] CC [X] PP [ ] CE [ ] NO TIEN [ ]

NÚMERO DE DOCUMENTO: 24119595

FECHA DE NACIMIENTO: DIA 17 MES 10 AÑO 1949

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 [X] NO [ ]

ENFERMEDAD ACTUAL DIAGNOSTICADA: Artrosis y artritis

| | 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]
¿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 | UBICACIÓN GEOGRÁFICA | ESTRATO |
|---|---|---|---|---|---|
| Kr 68 A # 57 # Sur - 23 | 3153628151 | Villa del Rio | Bosa | X Urbano [ ] Rural | 3 |

| LA PERSONA ES SUJETO DE CUIDADO? | CUIDADOR | TELÉFONO | PARENTESCO | VIVE CON EL BENEFICIARIO |
|---|---|---|---|---|
| SI [X] NO [ ] | Walter Juez | 3005993139 | Hijo | 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 [ ] ACCESORIA [ ] MONOPARENTAL [X] EXTENSA [ ] PAREJA SIN HIJOS [ ] SIMULTÁNEAS [ ]

PERSONAS CON QUIEN VIVE

| Nombres y Apellidos | Parentesco | Edad | Escolaridad | Estado Civil | Actividad | Ocupación |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Ana Teresa Montenegro | Madre | 73 | Primaria | Separada | Sin actividad | No aplica |
| Walter Juez | Hijo | 46 | Universitario | Soltero | Trabajando | Emp. Particular |

No. Personas que Conviven: 2

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

TIENE INGRESOS PROPIOS?

PROMEDIO DE INGRESOS MENSUALES: 400.000

DESTINACIÓN DE LOS INGRESOS: Gastos Personales

¿DE DONDE PROVIENEN LOS INGRESOS?: Renta de apartamentos

¿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 [ ]
CAMBUCHE [ ] PARCHE [ ] PUENTE [ ]
REFUGIO NATURAL [ ] VIVIENDA MOVIL [ ] HOSTIGUION [ ]
RIVERA DEL RIO [ ] CARU [ ] CALLE [ ]
CASA LOTE [ ] RESIDENCIA [ ] LUGAR DE TRABAJO [ ]
RANCHO [ ] FINCA [ ]

TENENCIA: PROPIA [ ] ARRENDADA [ ] AMORTIZANDO [X] OTRA [ ] CUAL [ ]

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

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

CONDICIÓN DE LA VIVIENDA: RUINA [ ] 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 [ ] COCINOL [ ] CARBON [ ] OTRO [ ] CUAL [ ]

Powered by CamScanner

## ESPACIOS

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

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

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

## PRESENCIA DE ANIMALES EN LA VIVIENDA

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

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

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

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

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

## 7. 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 RUNA
- [ ] DESTAPADA
- [X] PAVIMENTADO

## 8. 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 y tambien con buen aseo, ventilación y la iluminación, tiene espacios amplios y esta amoblada, los vias de acceso estan pavimentadas.

## 9. RIESGOS IDENTIFICADOS

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

OBSERVACIONES

## 10. CONCEPTO PROFESIONAL

Persona mayor de 73 años de edad, con tipología familiar monoparental, indica que sus ingresos economicos provienen de la venta de un aparatamento y con este solventa sus gastos personales y quien se encarga de los gastos del hogar es su hijo, la persona mayor vive en buenas condiciones de habitabilidad. Padece de osteosis y artritis, menciona que requiere de bastón para poder movilizarse asi mismo, la persona mayor se encuentra en tratamiento medico.

FIRMA DE QUIEN ATENDIO LA VISITA

Ana Perez Montenegro

NOMBRE Y CARGO DE QUIEN ATENDIO LA VISITA

24 119 595

NUMERO DE CÉDULA DE QUIEN ATENDIÓ LA VISITA

FIRMA DE QUIEN REALIZO LA VISITA

Julie Gonzalez Orozco

NOMBRE DE QUIEN REALIZÓ LA VISITA

CC 1012464565

NUMERO 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-P02-087
Versión: 3
Fecha: Marzo (2022) (5478) – 13/05/2022
Página: 1 de 3

MODALIDAD O ESTRATEGIA: Centro día al barrio | CÓDIGO – Nº PROYECTO: 8991 | NOMBRE DE LA UNIDAD OPERATIVA / LOTE: Lote 17 | FECHA VISITA: DIA 24 MES 03 AÑO 23 HORA

VALIDACIÓN DE CONDICIONES | MOTIVO: V. domiciliaria Por Pendiente VDF

PRIMER APELLIDO: Avendaño | SEGUNDO APELLIDO: Pena | PRIMER NOMBRE: Humberto | SEGUNDO NOMBRE:

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

TIPO DE DOCUMENTO: [ ] RC [ ] TI [ ] P.P. [ ] CE [X] CC [ ] NO TIEN | No. DE DOCUMENTO: 1420 1774 | FECHA DE NACIMIENTO: DIA 09 MES 04 AÑO 1947

A. SITUACIÓN DEL BENEFICIARIO

SE ENCUENTRA EN SITUACIÓN DE VULNERABILIDAD

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

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 N 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 | ESTAR 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 | BARRIO | LOCALIDAD | ESTRATO |
|---|---|---|---|---|
| CL 57 H # 70 -70 | CELULAR: 3152903928 | Villa del río | Bosa | 3 |

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

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 [ ] | MONOPARENTAL [ ] | MONOPARENTAL [ ] | EXTENSA [ ] | PAREJA SIN HIJOS AS [X] | EMULTIVIEJAS [ ]

PERSONAS QUE HACEN PARTE DEL HOGAR

| Nombres y Apellidos | Parentesco | Edad | Escolaridad | Estado Civil | Actividad | Ocupación |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Liz Marina Costa M.A. | Esposa | 62 | Primaria | Casada | Oficios hogar | No aplica |
| Humberto Avendaño Pena | 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]

DESTINACIÓN DE LOS INGRESOS:

TIENE INGRESOS PROPIOS? ¿DE DONDE PROVIENEN LOS INGRESOS?

PROMEDIO DE INGRESOS MENSUALES: 0

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

E. TIPO DE VIVIENDA

CASA O APARTAMENTO [X] | CUARTO O CUARTOS [ ] | INSULINATO [ ] | CAMBUCHE [ ] | RANCHE [ ] | 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] | SIN CONSTRUCCION [ ] | OBRA NEGRA [ ]

CONDICION DE LA VIVIENDA: RUINA [ ] | DEMOLICION [ ] | MUY MAL 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 [ ] | 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: TELA [X] | 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

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

## PRESENCIA DE ANIMALES EN LA VIVIENDA

| | | CUAL? |
|---|---|---|
| DOMESTICOS | X | PERRO |
| USUTORIOS | | |
| 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 |

## II. ENTORNO

### SE OBSERVA EN EL ENTORNO ALGUNOS 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 RUANA |
| | DESTAPADA |
| X | PAVIMENTADO |

## III. OBSERVACIONES DE CONDICIONES HABITACIONALES ANTERIORMENTE DESCRITAS

Inmueble de dos plantas, el cual se encuentra en buenas condiciones de habitabilidad, se evidencia que la vivienda tiene todos los servicios Publicos excepto teléfo, la iluminacion esta regular y la ventilacion y aseo son buenos. Por otra parte, el techo es en teja y Plancha, tambien el hogar tiene espacios amplios y esta amoblado. Por ultimo las vias de acceso estan pavimentadas.

## IV. RIESGOS IDENTIFICADOS

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

### OBSERVACIONES

## V. CONCEPTO PROFESIONAL

Persona mayor de 76 años de edad, con tipologia familiar Pareja sin hijos, indica no tener ingresos economicos y quienes lo ayudan a el y a su esposa son sus hijos quienes solventan sus gastos personales y del hogar. Por otra parte, se evidencia que la persona mayor vive en buenas condiciones de habitabilidad y manifiesta no padecer de enfermedades. Asiste al servicio Centro día al barrio en el que este le ha permitido interactuar con otras personas y tener satisfacción de su tiempo libre a través de las actividades realizadas y sabe, por ultimo, no se evidencian Problematicas o riesgos que afecten a la persona mayor.

NOMBRE DE QUIEN REALIZÓ LA VISITA
Yeimilet Hernandez

NUMERO DE CÉDULA DE QUIEN REALIZÓ LA VISITA
1049613774

NOMBRE DE QUIEN REALIZÓ LA VISITA
Julie Dentake Oropeza

NUMERO DE CÉDULA DE QUIEN REALIZÓ LA VISITA
CC. 1012464565

Powered by CamScanner

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL

**PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL**

**FORMATO VISITA DOMICILIARIA SERVICIO CENTROS DIA**

| Código: FOR.PSS-067 |
|---|
| Versión: 0 |
| Fecha: Memo 20220004680 – 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 27 MES 05 AÑO 23 HORA |

VALIDACIÓN DE CONDICIONES — MOTIVO:
V. Domiciliaria por cuarta VEZ

| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE |
|---|---|---|---|
| Aranda | Aranda | Constanza | Eugenia |

NOMBRE IDENTITARIO

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 [ ] | 28757357 | 04 / 02 / 1957 |

## A. SITUACION DEL BENEFICIARIO

SE ENCUENTRA EN SITUACIÓN DE VULNERABILIDAD

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

## B. ESTADO DE SALUD

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

ENFERMEDAD ACTUAL DIAGNOSTICADA: Cancer

| | 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 TÉCNICAS?

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

## D. DATOS

| DIRECCION DEL DOMICILIO | TELEFONO | BARRIO | LOCALIDAD | UBICACIÓN GEOGRAFICA | ESTRATO |
|---|---|---|---|---|---|
| Cll 55 A Sur # 69 - 17 | 7248402 / CELULAR 3214980169 | Villa Del Rio | Bosa | URBANO [X] RURAL [ ] | 3 |

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

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

DATOS FAMILIARES

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

PERSONAS CON QUIEN VIVE

| Nombres y Apellidos | Parentesco | Edad | Escolaridad | Estado Civil | Actividad | Ocupación |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Rafael Isidro Valencia P. | Jefe hogar | 61 | Univer. Completo | Casado | Pensionado Trabajando | No aplica |
| Constanza Eugenia Aranda A. | Conyuge | 66 | Univer. Incompleto | Casada | Oficios del hogar | No aplica |
| Rafael Ricardo Valencia Aranda | hijo | 38 | Univer. Completo | Soltero | Trabajando | Empl. Estado |
| Angela Constanza Valencia A. | hija | 35 | Univer. Incompleto | Soltera | Trabajando | Empl. Estado |
| Martin Esteban Beltran V. | Nieto | 12 | Secund. Incompleto | Soltero | Estudiando | No aplica |
| Matias Valencia Sanchez | Nieto | 09 | Primaria. Incom. | Soltero | Estudiando | No aplica |

Powered by CamScanner

| No. Personas que Conviven | 6 |
|---|---|

¿HABITA EN LA MISMA VIVIENDA ALGUNA PERSONA QUE CONSUMA SPA? SI X NO
TIENE INGRESOS PROPIOS ? SI X NO
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
RUINA | 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 | TELA | PLANCHA X | OTRO | CUAL?

### TIPO DE ENERGIA UTILIZADA PARA COCINAR
GAS NATURAL X | GAS PROPANO | ELECTRICIDAD | COCINOL | CARBON | OTRO | CUAL

### ESPACIOS

| | Nº | COMPARTIDOS | | Nº | COMPARTIDOS | | Nº | COMPARTIDOS |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| HABITACIONES | 4 | | COMEDORES | 1 | | PATIOS | 1 | |
| COCINAS | 1 | | SALAS | 1 | | | | |
| BAÑOS | 2 | | LAVADEROS | 1 | | | | |

### PRESENCIA DE ANIMALES EN LA VIVIENDA
DOMESTICOS X | VECTORES | OTRO | CUAL? Perro y gato

¿COCINA DENTRO DE LA HABITACIÓN DONDE DUERME? SI | NO X
¿SE EVIDENCIA PRESENCIA DE ALCOHOL, COLILLAS DE CIGARRILLO O SPA? SI X | NO
¿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
EXPENDIO DE DROGAS | BASURERO | AGUAS NEGRAS | ZONA DE PROSTITUCION | ZONA DE RIESGO FISICO(deslizamiento, inundacion) | OTRO | CUAL

### ESTADO DE LAS VIAS DE ACCESO
PENDIENTES Y NO LLEGAN VEHICULOS | EN RUINA | DESTAPADA | PAVIMENTADO X

## G. OBSERVACIONES DE CONDICIONES HABITACIONALES ANTERIORMENTE DESCRITAS

Inmueble de 3 Plantas, Se evidencia en buenas condiciones de habitabilidad, Cuenta con iluminacion, ventilacion y aseo, tiene todos los servicios Publicos. Se evidencia tambien durante la visita domiciliaria que el hogar esta amoblado y hay espacios amplios. Por ultimo, las vias de acceso se encuentran 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 66 años de edad con tipologia familiar extensa, manifiesta que en el momento no cuenta con ingresos economicos. Por lo cual ha presentado dificultades economicas. Por otra parte, quienes aportan economicamente en el

hogar Son Sus hijos, de tal Forma son los que Solventa los gastos de la vivienda. La Persona mayor Padece de cancer Linfoma de Hodgkin, se encuentra en remisión y en controles cada 6 meses. Se considera que el centro día al barrio Fortalece la Participación, la Socialización con Sus Pares y Espacios de esparcimiento y del tiempo libre que Fomentan el desarrollo y bienestar de la Persona mayor.

Constanza E Aranda.

FIRMA DE QUIEN ATENDIÓ LA VISITA

Constanza E Aranda. Tolima

NOMBRE Y CARGO DE QUIEN ATENDIÓ LA VISITA

28757357

NÚMERO DE CÉDULA DE QUIEN ATENDIÓ LA VISITA

FIRMA DE QUIEN REALIZÓ LA VISITA

Julie Estefania 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 CENTROS DIA

Código: P08-PPS-067
Versión: 0
Fecha: Idema 2023/01/MAR – 13/03/2023
Página: 1 de 5

MODALIDAD ESTRATEGIA: Centro día al barrio | CÓDIGO - Nº PROYECTO: 8991 | NOMBRE DE LA UNIDAD OPERATIVA / LOTE: Lote 77 | FECHA VISITA: DIA 31 MES 03 AÑO 23

VALORACIÓN DE CONDICIONES | MOTIVO: V. domiciliaria Ax Primera Vez

| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE |
|---|---|---|---|
| Avendaño | | María | Onofre |

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

TIPO DE DOCUMENTO: RC [ ] TI [ ] CC [X] PP [ ] CE [ ] NO EXIS [ ] | NÚMERO DE DOCUMENTO: 41348695 | FECHA DE NACIMIENTO: DIA 29 MES 10 AÑO 1942

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 [X] NO [ ]

ENFERMEDAD ACTUAL DIAGNOSTICADA: Hipertensión 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 [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 | BARRIO | LOCALIDAD | UBICACIÓN GEOGRÁFICA | ESTRATO |
|---|---|---|---|---|---|
| Kr 68 B # 57 G-16 | CELULAR: 3124731350 | Villa del Rio | Bosa | X Urbana [ ] Rural | 3 |

| LA PERSONA ES SUJETO DE CUIDADO? | CUIDADOR | TELÉFONO | PARENTESCO | VIVE CON EL BENEFICIARIO |
|---|---|---|---|---|
| SI [X] NO [ ] | Luz Marina Blanco | 3124731350 | Hija | SI [X] NO [ ] |

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

DATOS FAMILIARES

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

PERSONAS CON QUIEN VIVE

| Nombres y Apellidos | Parentesco | Edad | Escolaridad | Estado Civil | Actividad | Discapacidad |
|---|---|---|---|---|---|---|
| María Onofre Avendaño | Madre | 80 | Primaria | Viuda | Oficios hogar | No aplica |
| Luz Marina Blanco | Hija | 58 | Tecnólogo | Soltera | Trabajando | Emf. Artic. |
| Sebastian Blanco | Nieto | 30 | Universitario | Soltero | Trabajando | Emf. Artic. |

No. Personas que Conviven: 3

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

TIENE INGRESOS PROPIOS? 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 [ ]

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

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

ILUMINACIÓN: BUENA [X] REGULAR [ ] MALA [ ]

VENTILACIÓN: 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: TELA [ ] 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 | | Nº | COMPARTIDOS | | Nº | COMPARTIDOS |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| HABITACIONES | 3 | | COMEDORES | 1 | | PATIOS | 1 | |
| COCINAS | 1 | | SALAS | 1 | | | | |
| BAÑOS | 2 | | 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**

| | | | | CUAL |
|---|---|---|---|---|
| EXPENDIO DE DROGAS | | ZONA DE PROSTITUCION | | Inseguridad |
| BASURERO | | ZONA DE RIESGO FÍSICO(deslizamiento, inundación) | | |
| 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, el cual se encuentra en buenas condiciones de habitabilidad, se evidencia durante la visita domiciliaria que la vivienda cuenta con todos los servicios publicos, también con buena iluminación, ventilación y aseo, tiene espacios amplios y 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 80 años con tipología familiar extensa, manifiesta no tener ingresos economicos pero cuenta con el apoyo de sus hijos y nieta, quienes le ayudan a solventar los gastos del hogar y satisfacer algunas de sus necesidades basicas, padece de hipertensión alta y se encuentra en tratamiento medico, se considera que la estrategia de centro dia al barrio fortalece y fortalece la participación, socialización con sus pares y fortalecer las redes de apoyo como beneficio y bienestar para la Persona mayor.

María Onofre Avendaño
FIRMA DE QUIEN ATENDIÓ LA VISITA

María Onofre Avendaño
NOMBRE Y CARGO DE QUIEN ATENDIÓ LA VISITA

41348695
NÚMERO DE CÉDULA DE QUIEN ATENDIÓ LA VISITA

Julio González Orozco
FIRMA DE QUIEN REALIZÓ LA VISITA

Julio González 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 CENTROS DIA

Código: FOR-PSS-067
Versión: 0
Fecha: (Mayo (2)2018)(90 – 1368302)
Página: 1 de 3

MODALIDAD O ESTRATEGIA: Centro día al barrio
CÓDIGO - Nº PROYECTO: 8991
NOMBRE DE LA UNIDAD OPERATIVA / LOTE: Lote 17
FECHA VISITA: DIA 18 MES 05 AÑO 23 HORA

VALIDACIÓN DE CONDICIONES: Visita domiciliaria Por Primera Vez

PRIMER APELLIDO: Soto
SEGUNDO APELLIDO: Pinzon
PRIMER NOMBRE: Gladys
SEGUNDO NOMBRE:

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

TIPO DE DOCUMENTO: RC [ ] TI [ ] CC [X] PP [ ] CE [ ] NO TIEN [ ]
NÚMERO DE DOCUMENTO: 41538729
FECHA DE NACIMIENTO: DIA 16 MES 12 AÑO 1949

A. SITUACIÓN 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 [ ]
ENFERMEDAD ACTUAL DIAGNOSTICADA: Artrosis

| | 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 [ ]
¿ESTA CERTIFICADA? SI [ ] NO [ ]
TIPO DE DISCAPACIDAD:

FUNCIONALIDAD DEL BENEFICIARIO

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

¿UTILIZA AYUDAS TÉCNICAS?

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

D. DATOS

DIRECCIÓN DEL DOMICILIO: Kr 69 # 54 A - 15 Sur Pi 3
TELEFONO:
CELULAR: 3195703493
BARRIO: Villa del Rio
LOCALIDAD: Bosa
UBICACIÓN (MARCAR): URBANO [X] RURAL [ ]
ESTRATO: 3

LA PERSONA ES SUJETO DE CUIDADO? SI [X] NO [ ]
RESPONSABLE: Maria Cristina Forero
TELEFONO: 3142619418
PARENTESCO: Hija
VIVE CON EL BENEFICIARIO: SI [X] NO [ ]

EL BENEFICIARIO ES CUIDADOR? SI [ ] NO [X]
MOTIVO: MILITAR DE EDAD ____ PERSONA CON DISCAPACIDAD ____ PERSONA MAYOR ____ OTRO ____

COMPOSICIÓN FAMILIAR

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

PERSONAS CON QUIEN VIVE

| Nombres y Apellidos | Parentesco | Edad | Escolaridad | Estado Civil | Actividad | Ocupación |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Gladys Soto Pinzon | Madre | 73 | Secundaria | Soltera | Pensionada | No aplica |
| Paola Carolina Soto Pinzon | Hija | 33 | Universitaria | Casada | Estudiando | No aplica |
| Omar Ramirez Gaston | Yerno | 34 | Tecnico | Casado | Trabajando | Emp. Estado |
| Ana Maria Ramirez Soto | Nieta | 06 | Primaria | No aplica | 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 [X] NO [ ]
PROMEDIO DE INGRESOS MENSUALES: 1'160.000
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] CUARTO O CUARTOS [ ] INQUILINATO [ ]
CAMBUCHE [ ] RANCHE [ ] PUENTE [ ]
REFUGIO NATURAL [ ] VIVIENDA NAVAL [ ] 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 [ ] EN CONSTRUCCION [ ] OBRA NEGRA [ ]
CONDICION DE LA VIVIENDA: BUENA [ ] DEMOLICION [ ] BUEN ESTADO [ ] ACEPTABLE [ ]

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 [ ] COCINOL [ ] CARBON [ ] OTRO [ ] CUAL ____

Powered by CamScanner

**ESPACIOS**

| | Nº | COMPARTIDOS | | Nº | COMPARTIDOS | | Nº | COMPARTIDOS |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| HABITACIONES | 3 | | COMEDORES | | | PATIOS | | |
| 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 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 FÍSICO(deslizamiento, inundación) | | |
| AGUAS NEGRAS | | OTRO | | |

**ESTADO DE LAS VIAS DE ACCESO**

- [ ] PEATONALES Y NO LLEGAN VEHICULOS
- [ ] EN RUINA
- [ ] DESTAPADA
- [X] PAVIMENTADO

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

Inmueble de 3 Plantas, la cual se encuentra en buenas condiciones de habitabilidad, la Persona mayor vive en el 3 Piso, cuenta con buena iluminacion, ventilación y aseo, también tienen todos los servicios Publicos. La vivienda se encuentra amoblada y tiene espacios amplios. Por ultimo las vias de acceso se evidencian Pavimentadas y en buen estado. La tenencia es familiar por parte de su hija

**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 73 años de edad, con tipologia familiar extensa, manifiesta que sus ingresos provienen de su pensión y con este sol! venta algunos gastos del hogar y sufistace sus necesidades basicas. Menciona que puede realizar algunas actividades por si misma pero requiere de acompañamiento al momento de salir a la calle, vive en buenas condiciones de habitabilidad y por ultimo, padece de artrosis y se encuentra en tratamiento medico.

Gladys Soto P.

FIRMA DE QUIEN ATENDIÓ LA VISITA

Gladys Soto Pinton

NOMBRE Y CARGO DE QUIEN ATENDIÓ LA VISITA

41538729

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 CÉDULA DE QUIEN REALIZÓ LA VISITA

Powered by CamScanner

12

| ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL | PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL<br><br>FORMATO VISITA DOMICILIARIA DE SEGUIMIENTO A LAS PERSONAS MAYORES, CENTRO DÍA | Código: FOR-PSS-388<br>Versión: 1<br>Fecha: Memo I2022016490 – 13/05/2022<br>Página: 1 de 1 |
|---|---|---|

| | | | |
|---|---|---|---|
| Fecha: 17-03-2023 | Hora: 9:00 | Centro Día: | Centro día al barrio |
| Nombre de la persona mayor | Pablo Alberto Morales Rodriguez | | |
| N° documento de identificación | 19213682 | | |
| Nombre (s) de quien (es) realiza(n) la visita domiciliaria | Julie Estefania Gonzalez Orozco | | |

| PLANEACIÓN DE LA VISITA DOMICILIARIA DE SEGUIMIENTO |
|---|
| El propósito de la visita domiciliaria se realiza con el objetivo de comprender y verificar las condiciones de habitabilidad, familiares, económicas, sociales y físicas en las que se encuentra la persona mayor, reuniendo datos que faciliten la identificación de posibles factores de riesgo o vulneración que pueda enfrentar la persona mayor, con el fin de mejorar su calidad de vida. |
| RESULTADO DE VISITA DOMICILIARIA DE SEGUIMIENTO |
| Persona mayor de 69 años de edad, con tipología familiar Pareja sin hijos, se observa que la vivienda esta en buenas condiciones de habitabilidad y es un lugar confortable para la Persona mayor, menciona tener buenas y cercanas relaciones familiares, Por otra parte, no se evidencia factores de riesgo o de vulnerabilidad. La Persona mayor Puede realizar cualquier actividad que le permita mejorar su calidad de vida. |

| | | |
|---|---|---|
| Firma de la persona mayor | | |
| Nombre de persona mayor | Pablo Alberto Morales Rodriguez | |
| Número de identificación persona mayor | 19213682 | |
| Nombre(s) de quien(es) realiza(n) la visita domiciliaria | Julie Estefania Gonzalez O. | Julie Estefania Gonzalez O. |
| Firma de quien(es) realiza(n) la visita domiciliaria | | CC. 1012464565 |

Tratamiento de datos personales: los datos personales aquí consignados tienen carácter confidencial, razón por la cual es un deber y un compromiso de los asistentes y de la Secretaria Distrital de Integración Social no divulgar información alguna en propósito diferente a la de este registro so pena de las sanciones legales a que haya lugar de acuerdo con la Ley 1581 de 2012 y Decreto 1377 de 2013.

Powered by CamScanner

| ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL | PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL<br><br>FORMATO VISITA DOMICILIARIA DE SEGUIMIENTO A LAS PERSONAS MAYORES, CENTRO DÍA | Código: FOR-PSS-388<br>Versión: 1<br>Fecha: Memo I2022016490 – 13/05/2022<br>Página: 1 de 1 |
|---|---|---|

| | | | |
|---|---|---|---|
| Fecha: 18-03-2023 | Hora: 08:00 am | Centro Día: | Centro dia al barrio |
| Nombre de la persona mayor | Nibia Esperanza Tello Cala | | |
| N° documento de identificación | 41758836 | | |
| Nombre (s) de quien (es) realiza(n) la visita domiciliaria | Julie Estefania Gonzalez Orozco | | |

| PLANEACIÓN DE LA VISITA DOMICILIARIA DE SEGUIMIENTO |
|---|
| El propósito de la visita domiciliaria se realiza con el objetivo de comprender y verificar las condiciones de habitabilidad, familiares, económicas, sociales y físicas en las que se encuentra la persona mayor, reuniendo datos que faciliten la identificación de posibles factores de riesgo o vulneración que pueda enfrentar la persona mayor, con el fin de mejorar su calidad de vida. |
| RESULTADO DE VISITA DOMICILIARIA DE SEGUIMIENTO |
| Persona mayor de 65 años de edad, con tipología familiar extensa, se observa que las condiciones de habitabilidad son buenas y es un lugar confortable que le permite a la persona mayor satisfacer sus necesidades básicas, así mismo se evidencia que tiene buenas y cercanas relaciones personales, no presenta factores de riesgo o de vulnerabilidad. Por último, puede realizar cualquier actividad que beneficie su bienestar y salud. |

| | | |
|---|---|---|
| Firma de la persona mayor | E. Tello C. | |
| Nombre de persona mayor | Nibia Esperanza Tello Cala | |
| Número de identificación persona mayor | 41758836 | |
| Nombre(s) de quien(es) realiza(n) la visita domiciliaria | Julie Estefania Gonzalez O. | Julie Estefania Gonzalez O. |
| Firma de quien(es) realiza(n) la visita domiciliaria | | CC. 1012464565 |
| Tratamiento de datos personales: los datos personales aquí consignados tienen carácter confidencial, razón por la cual es un deber y un compromiso de los asistentes y de la Secretaria Distrital de Integración Social no divulgar información alguna en propósito diferente a la de este registro se pena de las sanciones legales a que haya lugar de acuerdo con la Ley 1581 de 2012 y Decreto 1377 de 2013. | | |

Powered by CamScanner

PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL

FORMATO VISITA DOMICILIARIA SERVICIO CENTROS DIA

Código: FOR-PSS-087
Versión: 0
Fecha: Idem: 05/20 Hoja 1 de 3
Página: 1 de 3

MODALIDAD O ESTRATEGIA: Centro día al barrio
CÓDIGO - Nº PROYECTO: 8991
NOMBRE DE LA UNIDAD OPERATIVA / LOTE: Lote 17
FECHA VISITA: DIA 15 MES 03 AÑO 25 HORA
MOTIVO DE LA VISITA: Visita domiciliaria por primera vez

PRIMER APELLIDO: Rodriguez
SEGUNDO APELLIDO: Chacon
PRIMER NOMBRE: Luz
SEGUNDO NOMBRE: Mary
NOMBRE IDENTIFICADO
SEXO: HOMBRE [ ] MUJER [X] INTERSEXUAL [ ]

TIPO DE DOCUMENTO: RC [ ] TI [ ] C.C. [X] PP [ ] C.E [ ] NO TIEN [ ]
NÚMERO DE DOCUMENTO: 41737765
FECHA DE NACIMIENTO: DIA | MES | AÑO 1962

A. SITUACIÓN DE 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 [ ]
ENFERMEDAD ACTUAL DIAGNOSTICADA: Osteoporosis y Fibromialgia

¿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 [ ] NO [X]
TIPO: FAMILIAR [ ] 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 (X))

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

¿UTILIZA AYUDAS TECNICAS?

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

D. DATOS

DIRECCIÓN DEL DOMICILIO: kr 68 B # 54 A - 87 Sur
TELEFONO: 7500195
CELULAR: 3008938239
BARRIO: Villa Del Rio
LOCALIDAD: Bosa
ESTRATO: 3
TELEFONO: 3208830098
PARENTESCO: Esposa
VIVE CON EL BENEFICIARIO: SI [X] NO [ ]
LA PERSONA ES SUJETO DE CUIDADO? SI [X] NO [ ]
EL BENEFICIARIO ES CUIDADOR? SI [ ] NO [X]
CUIDADOR: Enrique Hernando Lotte
PARENTESCO:
MOTIVO: MENOR DE EDAD ___ PERSONA CON DISCAPACIDAD ___ PERSONA MAYOR ___ OTRO ___

DATOS FAMILIARES

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

PERSONAS CON QUIEN VIVE

| Nombres y Apellidos | Parentesco | Edad | Escolaridad | Estado Civil | Aportes | Ocupación |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Enrique Hernando Lotte | Jefe hogar | 75 | Primaria Incom. | Casado | Pensionado | No aplica |
| Luz Mary Rodriguez C. | Conyuge | 70 | Primaria Com. | Casada | Sin aportes | No aplica |

No. Personas que Conviven: 2
¿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: RUINA [ ] 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 [ ] COCINETA [ ] 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 | 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 | | |
| BASURERO | | ZONA DE RIESGO FÍSICO(deslizamiento, inundación) | | |
| AGUAS NEGRAS | | OTRO | | |

**ESTADO DE LAS VIAS DE ACCESO**

| | |
|---|---|
| | PENDIENTES Y NO LLEGAN VEHICULOS |
| | EN RURA |
| | 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 buena iluminacion, Ventilacion, aseo y todos los servicios Publicos, la Vivienda esta amoblada y cuenta con buen espacio. las 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 70 años de edad, Con tipologia Familiar Persona Sin hijos, manifiesta no tener ingresos economicos y quien esta aportando para los gastos del hogar es su esposa, a traves de la pension que el Señor recibe, Indica tener dificultades economicas ya que no alcanza de cubrir los gastos que tengan. Siendo insuficientes. Finalmente, la persona mayor vive en buenas Condiciones de habitabilidad. padece de fibromialgia y osteoporosis y se encuentra en tratamiento medico.

FIRMA DE QUIEN ATENDIÓ LA VISITA

Luz Mary Rodriguez Chacon

NOMBRE Y CARGO DE QUIEN ATENDIÓ LA VISITA

41733765 de Bta

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

13
12

| ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL | PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL<br>FORMATO VALORACION INICIAL DE ENFERMERIA | Código: FOR-PSS-515<br>Versión: 4<br>Fecha: Memo I2022016490 – 13/04/2022<br>Página: 1 de 1 |
|---|---|---|

UNIDAD OPERATIVA / LOTE O ZONA: Bosa Villa del Río / 17

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: DIA: 16 MES: 03 AÑO: 2023

DATOS DE IDENTIFICACION DE LA PERSONA MAYOR

NOMBRES Y APELLIDOS: Luz Mary Rodriguez Chacón

No. DOCUMENTO: 41733765 DE: Bogotá EDAD: 70 años

SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD: Sanitas

ANTECEDENTES

Patológicos: Ng

Quirúrgicos: Ng

Traumáticos: Ng

Tóxicos: Ng

Alérgicos: Ng

Farmacológicos: Ng

Estado de conciencia: Orientado

Orientación: Consigo propio en sus tres esferas

Lenguaje: Acorde

ÓRGANOS DE LOS SENTIDOS

OÍDOS: Sin Alteraciones Auditivas

NARIZ: Mucosa humedas, Cornetes normales

BOCA: Azimetrico

OJOS: Tono Pigmental normal, pupila Isocorica.

OXIGENACIÓN Y CIRCULACIÓN:

T.A: 120/70 mmHg F.C.: 69 x min F.R.: 18 x min Temperatura: 35.6°C

OBSERVACIONES:

EXTREMIDADES

FUERZA: 5/5

MOVILIDAD: 5/5

DOLOR: 0

DESPLAZAMIENTO: 5/5

OBSERVACIONES:

DIAGNÓSTICOS MÉDICOS

Control con medico general

TRATAMIENTO MEDICO

Ingesta de Agua

OBSERVACIONES

Signos de Alzuma.

Claudia Gomez — NOMBRE DEL(A) AUXILIAR EN ENFERMERÍA

52198046 — DOCUMENTO DE IDENTIDAD

FIRMA DEL(A) AUXILIAR EN ENFERMERÍA

Nota: Los datos personales aquí consignados tienen carácter confidencial, razón por la cual es un deber y un compromiso de los asistentes y de la Secretaría Distrital de Integración Social no divulgar información alguna a propósito diferente a la de este registro so pena de las sanciones legales a que haya lugar de acuerdo con la Ley 1581 de 2012 y Decreto 1377 de 2013.

Powered by CamScanner

PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL

FORMATO VISITA DOMICILIARIA SERVICIO CENTROS DÍA

Código: FOR.PES.080
Versión: 6
Fecha: Marzo 03/2016 H:58 – 13/09/2012
Página: 1 de 3

MODALIDAD O ESTRATEGIA: Centro día a barrio
CÓDIGO - Nº PROYECTO: 8991
NOMBRE DE LA UNIDAD OPERATIVA (LOTE): Lote 77
FECHA VISITA: DÍA 21 MES 03 AÑO 23 HORA
VALIDACIÓN DE CONDICIONES: Visita domiciliaria Adc Primera VEZ
MOTIVO:

| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE |
|---|---|---|---|
| Sanchez | Celis | Jose | Bautilio |

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

| TIPO DE DOCUMENTO | NÚMERO DE DOCUMENTO | FECHA DE NACIMIENTO DÍA | MES | AÑO |
|---|---|---|---|---|
| RC [ ] TI [ ] CC [X] PP [ ] CE [ ] NO TIEN [ ] | 4988091 | 25 | 08 | 1956 |

A. SITUACIÓN DEL BENEFICIARIO

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

B. ESTADO DE SALUD

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

| | 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 TÉCNICAS?

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

D. DATOS

| DIRECCIÓN DEL DOMICILIO | TELÉFONO | BARRIO | LOCALIDAD | ESTRATO |
|---|---|---|---|---|
| Cl 55 Sur # 69A-66 | 7619739 CELULAR 3124516468 | Villa del Rio | Bosa | 3 |

LA PERSONA ES SUJETO DE CUIDADO? SI [ ] NO [X]
CUIDADOR: TELÉFONO: PARENTESCO:
VIVE CON EL BENEFICIARIO? SI [ ] NO [ ]
EL BENEFICIARIO ES CUIDADOR? SI [X] NO [ ]
PARENTESCO: Nieta
MOTIVO: MENOR DE EDAD [X] PERSONA CON DISCAPACIDAD [ ] PERSONA MAYOR [ ] OTRO [ ]

DATOS FAMILIARES

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

PERSONAS CON QUIEN VIVE

| Nombres y Apellidos | Parentesco | Edad | Escolaridad | Estado Civil | Actividad | Ocupación |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Jose Bautilio Sanchez C | Jefe hogar | 63 | Básica incom | Casado | Buscando trabajo | No aplica |
| Luz marina Garcia U. | Conyuge | 63 | Básica incom. | Casada | Oficios hogar | No aplica |
| Camilo andres Sanchez G. | hijo | 26 | Univer. incom | Soltero | Estudiando | No aplica |

No. Personas que Conviven: 3

¿HABITA EN LA MISMA VIVIENDA ALGUNA PERSONA QUE CONSUMA SPA? SI [ ] NO [X]
TIENE INGRESOS PROPIOS?
PROMEDIO DE INGRESOS MENSUALES: 600.000
DESTINACIÓN DE LOS INGRESOS: Gastos del hogar y personales
¿DE DONDE PROVIENEN LOS INGRESOS?: Trabajos Varios.
¿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 | [ ] |
| CUARTO O CUARTOS | [ ] | PARCHE | [ ] | VIVIENDA MOVIL | [ ] | CAÑO | [ ] | RESIDENCIAS | [ ] |
| INQUILINATO | [ ] | PUENTE | [ ] | INSTITUCION | [ ] | CALLE | [ ] | 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 CONSTRUCCIÓN [ ] OBRA NEGRA [ ]
CONDICIÓN DE LA VIVIENDA: RUINA [ ] DEMOLICIÓN [ ] BUEN ESTADO [ ] ACEPTABLE [X]

SERVICIOS PUBLICOS: AGUA [X] LUZ [X] TELEFONO [X] ACUEDUCTO [X] GAS NATURAL [X] ASEO [X] ALUMBRADO PUBLICO [X] ALCANTARILLADO [X]
ILUMINACIÓN: BUENA [X] REGULAR [ ] MALA [ ]
VENTILACIÓN: 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 ENERGÍA 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 | | 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 BPA? | | X |
| ¿SE EVIDENCIA ACUMULACION DE MATERIAL RECICLADO? ¿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 | | Sumideros tapados. |
| BASURERO | | ZONA DE RIESGO FISICO(deslizamiento, inundación) | | |
| AGUAS NEGRAS | | OTRO | X | |

**ESTADO DE LAS VIAS DE ACCESO**

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

**G. OBSERVACIONES DE CONDICIONES HABITACIONALES Y AUTOCUIDADO PERCIBIDAS**

Inmueble de 2 plantas, la 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 encuentran amoblados, 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 | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PSICOSOCIAL | X | | ABANDONO | | X | OTRO | | X | |
| ECONOMICO | X | | MALTRATO | | X | CUAL? | | | |

**I. CONCEPTO PROFESIONAL**

Persona mayor de 65 años de edad con tipologia familias nucleares, la persona mayor manifiesta que sus ingresos provienen de diferentes trabajos informales, con ese solventa gastos del hogar y satisface algunas de sus necesidades basicas. La persona mayor vive en buenas condiciones de habitabilidad. Menciona que padece de Colon irritable y se encuentra en tratamiento medico. Se considera que el centro dia el barrio (excepto la Participación y ocupación de tiempo libre de la persona mayor), la persona mayor indica tener dificultades economicas debido a que los ingresos no se suficientes para solventar todos los gastos.

FIRMA DE QUIEN ATENDIO LA VISITA

Julie Gonzalez Orozco

NOMBRE Y CARGO DE QUIEN ATENDIO LA VISITA

UGD8091 GE

NUMERO DE CEDULA DE QUIEN ATENDIO LA VISITA

NOMBRE DE QUIEN REALIZO LA VISITA

cc. 1012464565

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

Código: FOR-PNS-067
Versión: 8
Fecha: Memo 20222104490 – 13/05/2022
Página: 1 de 3

MODALIDAD O ESTRATEGIA: Centro día al barrio
CÓDIGO - N° PROYECTO: 8991
NOMBRE DE LA UNIDAD OPERATIVA / LOTE: Lote 77
FECHA VISITA: DIA 18 MES 03 AÑO 23 HORA
VALIDACIÓN DE CONDICIONES: Visita domiciliaria
MOTIVO: Por Primera VEZ

| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE |
|---|---|---|---|
| Villaneva | Tavares | Esther | Cecilia |

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

TIPO DE DOCUMENTO: RC [ ] TI [ ] CC [X] PP [ ] CE [ ] NO TIEN [ ]
NÚMERO DE DOCUMENTO: 22354659
FECHA DE NACIMIENTO: DIA 06 MES 07 AÑO 1939

## A. SITUACIÓN DEL BENEFICIARIO

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

## B. ESTADO DE SALUD

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

| | SI | NO |
|---|---|---|
| ¿ESTÁ ACTUALMENTE EN TRATAMIENTO? | X | |
| ¿ACTUALMENTE TOMA Ni 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 |
|---|---|---|
| BASTÓN | | X |
| MULETAS | | X |
| SILLA DE RUEDAS | | X |
| OTRO CUAL? | | |

## D. DATOS

| DIRECCIÓN DEL DOMICILIO | TELÉFONO / CELULAR | BARRIO | LOCALIDAD | UBICACIÓN GEOGRÁFICA | ESTRATO |
|---|---|---|---|---|---|
| Kr 66 # 57-23 Sur | 7476896 / 3137236503 | Villa del Rio | Bosa | X Urbana [ ] 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 [ ] COMPUESTA [X] NUCLEAR [ ] HOMOPARENTAL [ ] MONOPARENTAL [ ] EXTENSA [ ] PAREJA SIN HIJOS [ ] SIMULTÁNEAS [ ]

PERSONAS CON QUIEN VIVE

| Nombres y Apellidos | Parentesco | Edad | Escolaridad | Estado Civil | Actividad | Discapacidad |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Luz Hermenia Gomez | Ninguno | 80 | Universitaria | Soltera | Pensionada | No aplica |
| Mateo Duarte Vargas | Ninguno | 21 | Universitario | Soltero | Estudiante | No aplica |
| Esther Cecilia Villaneva | Ninguno | 83 | Secundaria | Soltera | Oficios Hogar | No aplica |

No. Personas que Conviven: 3

¿HABITA EN LA MISMA VIVIENDA ALGUNA PERSONA QUE CONSUMA SPA? SI [ ] NO [X]
TIENE INGRESOS PROPIOS ?
PROMEDIO DE INGRESOS MENSUALES: 315.000
DESTINACIÓN DE LOS INGRESOS: Gastos Personales
¿DE DONDE PROVIENEN LOS INGRESOS?: Venta de libros
¿CUÁL ES LA PERIODICIDAD DE LOS INGRESOS? DIARIA [ ] SEMANAL [ ] QUINCENAL [ ] MENSUAL [X] OTRO [ ]

## E. TIPO DE VIVIENDA

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

TENENCIA: PROPIA [ ] ARRENDADA [X] AMORTIZADO [ ] OTRA [ ] CUAL ____
FORMA DE PAGO: DIARIA [ ] SEMANAL [ ] QUINCENAL [ ] MENSUAL [X] OTRO [ ] CUAL ____
ESTADO DE LA VIVIENDA: CONSTRUIDA [X] EN CONSTRUCCION [ ] OBRA NEGRA [ ]
CONDICION DE LA VIVIENDA: RUINA [ ] 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 [ ] 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**

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

**PRESENCIA DE ANIMALES EN LA VIVIENDA**

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

| | SI | NO |
|---|---|---|
| ¿DUERME DENTRO DE LA HABITACIÓN DONDE DUERME? | | X |
| ¿SE EVIDENCIA PRESENCIA DE ALCOHOL, COLILLAS DE CIGARRILLO O SPA? | | X |
| ¿SE EVIDENCIA ACUMULACION DE MATERIAL RECICLABLE? | | 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 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 2 plantas, la cual la vivienda se encuentra en buenas condiciones de habitabilidad. Cuenta con todos los servicios publicos, hay buena iluminacion, ventilacion y aseo. La vivienda esta amoblada y tiene espacios amplios. Las vias de acceso se encuentran pavimentadas. La persona mayor vive en una habitacion arrendada, y vive con la dueña del hogar y otro inquilino.

**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 83 años de edad, con tipologia familiar compuesta, manifiesta que sus ingresos economicos provienen de la venta de libros, indica que cuenta con el apoyo de sus sobrinas quienes le ayudan a pagar el arriendo de la habitacion. Por otra parte, la persona mayor vive en buenas condiciones de habitabilidad, se considera que la estrategia centro dia al barrio puede aportar a un envejecimiento sano, activo y feliz a la persona mayor, ampliando sus redes de apoyo y socializacion con los demas participantes.

Esther Lucia Villanueva P.
FIRMA DE QUIEN ATENDIÓ LA VISITA

Esther Lucia Villanueva P.
NOMBRE Y CARGO DE QUIEN ATENDIÓ LA VISITA

22.354659.
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 CENTROS DIA

Código: FOR.PES.187
Versión: 0
Fecha: Marzo (2020 inicial) - 13/03/2023
Página: 1 de 3

| MODALIDAD O ESTRATEGIA | CODIGO - Nº PROYECTO | NOMBRE DE LA UNIDAD OPERATIVA / LOTE | FECHA VISITA |
|---|---|---|---|
| Centro día el barrio | 8991 | Lote 17 | DIA 17 MES 05 AÑO 23 |

VALIDACIÓN DE CONDICIONES — MOTIVO: Visita domiciliaria por primera vez

| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE |
|---|---|---|---|
| Vega | De Olaya | Carmen | Rosa |

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

| TIPO DE DOCUMENTO | NUMERO DE DOCUMENTO | FECHA DE NACIMIENTO DIA | MES | AÑO |
|---|---|---|---|---|
| RC [ ] TI [ ] CC [X] PP [ ] CE [ ] NO TIEN [ ] | 41500811 | 30 | 12 | 1950 |

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 [X] NO [ ]

ENFERMEDAD ACTUAL DIAGNOSTICADA: Hipertensión 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 [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 [X]

BASTÓN [ ] MULETAS [ ] SILLA DE RUEDAS [ ] OTRO CUAL? [X]

D. DATOS

| DIRECCIÓN DEL DOMICILIO | TELEFONO / CELULAR | BARRIO | LOCALIDAD | DESCRIPCIÓN GEOGRÁFICA | ESTRATO |
|---|---|---|---|---|---|
| Kr 68 B # 57F - 44 Sur | 7241937 / 3214306073 | Villa del Río | Bosa | URBANO [X] RURAL [ ] | 3 |

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

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

| TIPO DE FAMILIA | UNIPERSONAL [X] | COMPLEJISTA [ ] | NUCLEAR [ ] | HOMOPARENTAL [ ] | EXTENSA [ ] | PAREJA SIN HIJOS AS [ ] | SIMULTANEAS [ ] |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

| Nombres y Apellidos | Parentesco | Edad | Escolaridad | Estado Civil | Actividad | Ocupación |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Carmen Rosa Vega De Olaya | Jefe de hogar | 72 | Secundaria | Viuda | Oficios hogar | No aplica |

No. Personas que Conviven: 1

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

TIENE INGRESOS PROPIOS? SI [X] NO [ ]

PROMEDIO DE INGRESOS MENSUALES: 300.000

DESTINACIÓN DE LOS INGRESOS: Gastos hogar y personales

¿DE DONDE PROVIENEN LOS INGRESOS? Venta de catalogo

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

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

| SERVICIOS PUBLICOS | ILUMINACION | VENTILACION | ASEO | PISOS |
|---|---|---|---|---|
| AGUA [X] LUZ [X] TELEFONO [X] ACUEDUCTO [X] GAS NATURAL [X] ASEO [X] ALUMBRADO PUBLICO [X] ALCANTARILLADO [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 |
|---|---|---|
| LADRILLOS [X] LATAS [ ] MADERA [ ] ADOBE [ ] CARTON [ ] POLISOMBRA [ ] OTRO [ ] CUAL? ____ | TEJA [X] TELA [ ] PLANCHA [ ] OTRO [ ] CUAL? ____ | GAS NATURAL [X] GAS PROPANO [ ] ELECTRICIDAD [ ] COCINA CARBON [ ] OTRO [ ] CUAL ____ |

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**

DOMÉSTICOS
VECTORES
OTRO
CUAL?

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

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

**ESTADO DE LAS VIAS DE ACCESO**

PENDIENTES Y NO LLEGAN VEHICULOS
EN BUENA
DESTAPADA
X 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, tambien se evidencia buena iluminacion, ventilacion y aseo. La vivienda esta ayobada y cuenta con buenos espacios amplios, las vias de acceso se encuentran pavimentadas.

**H. RIESGOS IDENTIFICADOS**

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

**OBSERVACIONES**

**I. CONCEPTO PROFESIONAL**

Persona de 72 años de edad, con tipologia familiar unipersonal indica que sus ingresos provienen de la venta de productos por catalogo, y con estos, satisface sus necesidades basicas. Indica que los gastos del hogar los cubre sus hijas. La persona mayor se encuentra viviendo en buenas condiciones de habitabilidad. Padece de hipertension arterial y se encuentra en tratamiento medico, la estrategia contra dia al barrio apoya y fortalece las redes de apoyo y la socializacion con sus pares.

Romero Vega
FIRMA DE QUIEN ATENDIÓ LA VISTA
Romer ROSa Vega
NOMBRE Y CARGO DE QUIEN ATENDIÓ LA VISITA
41500 871
NUMERO DE CÉDULA DE QUIEN ATENDIÓ LA VISITA

FIRMA DE QUIEN REALIZÓ LA VISITA
Julie Gonzalez Osorio
NOMBRE DE QUIEN REALIZÓ LA VISITA
CC. 1012464365
NUMERO 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

FORMATO VISITA DOMICILIARIA SERVICIO CENTROS DIA

Código: FOR-PSS-567
Versión: 0
Fecha: Marzo 6/2020 (V.0.0) - 13/05/2020
Página: 1 de 3

| MODALIDAD O ESTRATEGIA | CODIGO - Nº PROYECTO | NOMBRE DE LA UNIDAD OPERATIVA / LOTE | FECHA VISITA |
|---|---|---|---|
| Centro día al Barrio | 8991 | Lote 77 | DIA 18 MES 03 AÑO 23 HORA |

VALIDACIÓN DE CONDICIONES: Visita domiciliaria por Primera vez — MOTIVO:

| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE |
|---|---|---|---|
| Muñoz | Pulido | Nohemy | |

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

| TIPO DE DOCUMENTO | NUMERO DE DOCUMENTO | FECHA DE NACIMIENTO (DIA / MES / AÑO) |
|---|---|---|
| RC [ ] TI [ ] CC [ ] PPT [ ] CE [ ] NO TIENE [X] | 41741337 | 28 / 08 / 1957 |

A. SITUACION DEL BENEFICIARIO

SE ENCUENTRA EN SITUACION DE VULNERABILIDAD

| | | | | CUAL |
|---|---|---|---|---|
| DESPLAZAMIENTO | [ ] | PROSTITUCION | [ ] | |
| HOMOSEXUAL | [ ] | OTRO | [ ] | |
| DESEMPLEO | [ ] | | | |

B. ESTADO DE SALUD

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

ENFERMEDAD ACTUAL DIAGNOSTICADA: Diabetes e Hipertensión Arterial

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

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

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

C. DISCAPACIDAD

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

TIPO DE DISCAPACIDAD: ____

FUNCIONALIDAD DEL BENEFICIARIO

| ACTIVIDADES | INDEPENDIENTE | MEDIA 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 | UBICACIÓN GEOGRAFICA | ESTRATO |
|---|---|---|---|---|---|
| Cl 54 Bis # 70 - 04 | CELULAR 3112811324 | 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 ___ |

E. CARACTERIZACIÓN

| TIPO DE FAMILIA | UNIPERSONAL | COMPUESTA | NUCLEAR | MONOPARENTAL | RECONSTRUIDA | EXTENSA | PARENTAL SIN HOGAR | CONSANGUINEA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | X | |

PERSONAS CON QUIEN VIVE

| Nombre y Apellidos | Parentesco | Edad | Escolaridad | Estado Civil | Actividad | Observaciones |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Tito Manuel Pulido M. | Jefe hogar | 69 | Primaria Com | Casado | Pensionado | No aplica |
| Nohemy Muñoz Pulido | Conyuge | 66 | Primaria Incom | Casada | Oficios Hogar | No aplica |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |



Powered by CamScanner

| No. Personas que Conviven | 2 |
|---|---|

¿HABITA EN LA MISMA VIVIENDA ALGUNA PERSONA QUE CONSUMA SPA? SI X NO
TIENE INGRESOS PROPIOS? SI X NO
PROMEDIO DE INGRESOS MENSUALES: _____
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 | CAMBUCHE | | REFUGIO NATURAL | | RIVERA DEL RIO | | CASA LOTE | | RANCHO | |
| CUARTO O CUARTOS | | PARCHE | | 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 | | ACEPTABLE | X |
| 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 | X | MADERA | | BALDOSA | X |
| LUZ | X | GAS NATURAL | X | ALCANTARILLADO | X | REGULAR | | REGULAR | | REGULAR | | TIERRA | | OTRO | |
| TELEFONO | | 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 | | | |

| ESPACIOS | Nº | COMPARTIDOS | | Nº | COMPARTIDOS | Nº | COMPARTIDOS |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| HABITACIONES | 3 | | COMEDORES | 1 | | PATIOS | 0 | | |
| COCINAS | 1 | | SALAS | 1 | | | | | |
| BAÑOS | 1 | | LAVADEROS | 0 | | | | | |

| PRESENCIA DE ANIMALES EN LA VIVIENDA | | | |
|---|---|---|---|
| DOMESTICOS | X | CUAL? | Gato |
| VECTORES | | | |
| 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/SI 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 |

## G. OBSERVACIONES DE CONDICIONES HABITACIONALES ANTERIORMENTE DESCRITAS

Inmueble de 3 plantas, el cual se encuentra en buenas condiciones de habitabilidad, se evidencia que la vivienda cuenta con todos los servicios públicos, tambien hay buena iluminación, ventilación y aseo. Por otra parte, el hogar se encuentra amoblado y con 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 66 años de edad, con tipología Familiar Pareja Sin hijos, indica que no tiene ingresos economicos y quien Solventa los Gastos del hogar es su esposo, por lo cual mencionan que han Presentado dificultades Economicas ya que los ingresos no Son Suficientes y le es



Powered by CamScanner

dificil satisfacer sus gastos personales, durante la visita se evidencia que las condiciones de habitabilidad son buenas, la persona mayor puede realizar diferentes actividades sin ninguna dificultad, indica que padece de diabetes, e hipertensión arterial y se encuentra en tratamiento medico. Por ultimo, se considera que la estrategia centro día al barrio puede aportar y fortalecer los vinculos y redes de apoyo de la persona mayor.

FIRMA DE QUIEN ATENDIO LA VISITA

Nohemi Muñoz Ruelido

NOMBRE Y CARGO DE QUIEN ATENDIÓ LA VISITA

41-764-337

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 CENTROS DIA

Código: FOR-P02-017
Versión: 0
Fecha: Marzo (2021-19452 - 13/03/2023
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 24 MES 03 AÑO 23 HORA
VALORACIÓN DE CONDICIONES
MOTIVO: V. domiciliaria Por Primera vez

| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE |
|---|---|---|---|
| Aguirre | Martinez | Elizabeth | |

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

TIPO DE DOCUMENTO: RC [ ] T.I [ ] C.C [X] / P.P [ ] C.E [ ] NO TRAE [ ]
NÚMERO DE DOCUMENTO: 41453663
FECHA DE NACIMIENTO: DIA 12 MES 09 AÑO 1949

A. SITUACIÓN 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 [ ]
ENFERMEDAD ACTUAL DIAGNOSTICADA: Hipertension arterial 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 [X] NO [ ]
TIPO: FAMILIAR [X] / INSTITUCIONAL [ ] / OTRAS COMUNITARIA [ ]
CUAL? ____

C. DISCAPACIDAD

| | SI | NO |
|---|---|---|
| ¿EL BENEFICIARIO PRESENTA DISCAPACIDAD? | | X |
| ¿ESTA CERTIFICADA? | | 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 / CORREO | BARRIO / TELÉFONO | LOCALIDAD / PARENTESCO | ESTRATO / VIVE CON EL BENEFICIARIO |
|---|---|---|---|---|
| Kr 68 B # 57 F - 50 Sur | 6017110778 / 3093776661 | Villa del rio | Bosa | 3 / SI [ ] NO [ ] |

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

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

| Nombres y Apellidos | PARENTESCO | EDAD | NIVEL EDUCATIVO | Estado Civil | Actividad | Ocupación |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Elizabeth Aguirre Martinez | Jefe hogar | 73 | Secundaria | Soltera | Pensionada | Que oficios |
| Halbert Leo Aguirre | Hijo | 47 | Universitario | Soltero | trabajando | Cuida la Perra |

No. Personas que Conviven: 2
¿HABITA EN LA MISMA VIVIENDA ALGUNA PERSONA QUE CONSUMA SPA? SI [ ] NO [X]
TIENE INGRESOS PROPIOS? SI [X] NO [ ]
DESTINACIÓN DE LOS INGRESOS: Gastos Personales y hogar
¿DE DONDE PROVIENEN LOS INGRESOS? Pensión
PROMEDIO DE INGRESOS MENSUALES: 1'960.000
¿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 [ ]
CAMBUCHE [ ] / RANCHE [ ] / 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: RUINA [ ] / 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 [ ] / POLIGOMBRA [ ] / 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 | | COMEDORES | 1 | | PATIOS | 1 | |
| COCINAS | 1 | | SALAS | 1 | | | | |
| BAÑOS | 2 | | LAVADEROS | 1 | | | | |

## PRESENCIA DE ANIMALES EN LA VIVIENDA

| | | CUAL? |
|---|---|---|
| DOMÉSTICOS | | |
| VECTORES | | |
| OTRO | | |

| | SI | NO |
|---|---|---|
| ¿COCINA DENTRO DE LA HABITACIÓN DONDE DUERMEN? | | 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) | | |
| ACUMULACIÓN HÍDRICA | | 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 2 plantas, el cual se encuentra en buenas condiciones de habitabilidad, cuenta con todos los servicios públicos, también con buena iluminación, ventilación y aseo. se evidencia que la vivienda tiene espacios amplios y se encuentra amoblada. por ultimo las vias de acceso estan en buenas condiciones y pavimentadas.

## H. RIESGOS IDENTIFICADOS

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

## OBSERVACIONES

## I. CONCEPTO PROFESIONAL

Persona mayor de 73 años de edad con tipología familiar monoparental, manifiesta que sus ingresos provienen de su pensión y con este solventa los gastos del hogar y satisface sus necesidades basicas. la persona mayor indica que permanece sola en el hogar, debido a que su hijo trabaja en diferentes fuera de la ciudad. durante la visita domiciliaria se evidencia que la persona mayor vive en buenas condiciones de habitabilidad y no se evidencian riesgos identificados. se considera que el centro dia al barrio ha fortalecido la participacion, socialización con sus pares y el desarrollo de habilidades de la persona mayor.

Elizabeth Aguirre M.
FIRMA DE QUIEN ATENDIÓ LA VISITA
Elizabeth Aguirre M.
NOMBRE Y CARGO DE QUIEN ATENDIÓ LA VISITA
CC: 41.215.663
NÚMERO DE CÉDULA DE QUIEN ATENDIÓ LA VISITA

Julie González O.
FIRMA DE QUIEN REALIZÓ LA VISITA
Julie González 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 SERVICIOS CENTROS DIA

Código: FOR-PSS-067
Versión: 8
Fecha: Marzo 04/2020 hasta — 1 JUN/2020
Página: 1 de 3

MODALIDAD O ESTRATEGIA: Centro día al barrio
CÓDIGO - Nº PROYECTO: 8991
NOMBRE DE LA UNIDAD OPERATIVA / LOTE: Lote 17
FECHA VISITA: DIA 16 MES 03 AÑO 23 HORA
LA SITUACIÓN SE CONSIDERA: MOTIVO: Visita domiciliaria por Primera Vez

| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE |
|---|---|---|---|
| Alarcon | Valbuena | Blanca | Mercedes |

NOMBRE CONTINUO

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

TIPO DE DOCUMENTO: RC [ ] TI [ ] CC [X] PP [ ] CE [ ] NO TIEN [ ]
NÚMERO DE DOCUMENTO: 41706284
FECHA DE NACIMIENTO: DIA 24 MES 06 AÑO 1958

A. SITUACIÓN DEL BENEFICIARIO

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

B. ESTADO DE SALUD

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

| | 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]
¿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 DC

¿UTILIZA AYUDAS TECNICAS?

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

D. DATOS

| DIRECCIÓN DEL DOMICILIO | TELÉFONO | BARRIO | LOCALIDAD | ESTRATO |
|---|---|---|---|---|
| Kr 69 #54 A - 86 | CELULAR 3045526934 | Villa del Rio | Bosa | 3 |

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

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

E. COMPOSICIÓN FAMILIAR

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

PERSONAS QUE VIVEN EN LA VIVIENDA

| Nombres y Apellidos | Parentesco | Edad | Escolaridad | Estado Civil | Actividad | Ocupación |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Pedro Gelves | Jefe Hogar | 63 | Univ. Comp | Casado | Trabajando | Comp. Eléctrico |
| Blanca Mercedes Alarcon V | Conyuge | 62 | Secund. Comp | Casada | Oficios hogar | No aplica |
| Andrea Alitzon Gelves A. | Hija | 33 | Univ. Comp | Soltera | Trabajando | Comp. Arq. |

No. Personas que Conviven: 3
¿HABITA EN LA MISMA VIVIENDA ALGUNA PERSONA QUE CONSUMA SPA? SI [ ] NO [X]
TIENE INGRESOS PROPIOS?
PROMEDIO DE INGRESOS MENSUALES: 300.000
DESTINACIÓN DE LOS INGRESOS: Gastos Personales
¿DE DONDE PROVIENEN LOS INGRESOS? Venta de almuerzos
¿CUÁL ES LA PERIODICIDAD DE LOS INGRESOS? DIARIA [ ] SEMANAL [ ] QUINCENAL [ ] MENSUAL [X] OTRO [ ]

F. TIPO DE VIVIENDA

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

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

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

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

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**

| | | 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 BPA? | | 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 | | |
| BASURERO | | ZONA DE RIESGO FISICO(Derrumbes, Inundación) | | |
| AGUAS NEGRAS | | OTRO | | |

**ESTADO DE LAS VIAS DE ACCESO**

| | |
|---|---|
| | PENDIENTES Y NO LLEGAN VEHICULOS |
| | EN RUTA |
| | 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 los Servicios Publicos, Iluminación, Ventilación y aseo son buenos, la vivienda se encuentra amoblada y hay buenos espacios, 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 64 años de edad, con tipología familiar nuclear, Cuenta con ingresos mensuales de los cuales provienen de la venta de almuerzos que la persona mayor realiza, con estos satisface sus necesidades basicas y quien se encarga de los gastos del hogar es su esposo y su hija Vive en condiciones de habitabilidad buena, manifiesta la persona mayor que padece de Artrosis y no el momento no recibe tratamiento medico, pero indica que toma tenpos para disminuir el dolor.

Blanca N Alarcon
FIRMA DE QUIEN ATENDIÓ LA VISITA

Blanca N Alarcon
NOMBRE Y CARGO DE QUIEN ATENDIÓ LA VISITA

47706284
NUMERO DE CEDULA DE QUIEN ATENDIÓ LA VISITA

FIRMA DE QUIEN REALIZÓ LA VISITA

Julie Gonzalez Orozco
NOMBRE DE QUIEN REALIZÓ LA VISITA

CC 1012464565
NUMERO 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-007
Versión: 0
Fecha: Marzo [illegible] = 12/05/2022
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 11 MES 03 AÑO 23 HORA |

VALORACIÓN DE CONDICIONES: Visita domiciliaria por Primera vez

MOTIVO

| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE |
|---|---|---|---|
| Anjarita | Jurado | Blanca | Elvia |

NOMBRE CUIDADOR(A)

SEXO: HOMBRE ☐ MUJER ☒ INTERSEXUAL ☐

| TIPO DE DOCUMENTO | NUMERO DE DOCUMENTO | FECHA DE NACIMIENTO DIA | MES | AÑO |
|---|---|---|---|---|
| RC ☐ TI ☐ CC ☒ NUIP CE | 51582817 | 27 | 02 | 1960 |

A. IDENTIFICACIÓN DEL BENEFICIARIO

SE ENCUENTRA EN SITUACIÓN DE VULNERABILIDAD

| | | | | CUAL |
|---|---|---|---|---|
| DESPLAZAMIENTO | ☐ | PROSTITUCIÓN | ☐ | |
| MENDICIDAD | ☐ | OTRO | ☐ | |
| DESEMPLEO | ☐ | | | |

B. ESTADO DE SALUD

| ¿EL BENEFICIARIO PRESENTA ENFERMEDAD DIAGNOSTICADA? | ¿ESTÁ ACTUALMENTE EN TRATAMIENTO? | SI | NO | CUENTA CON RED DE APOYO? SI ☒ NO ☐ |
|---|---|---|---|---|
| SI ☒ NO ☐ | ¿ACTUALMENTE TOMA MEDICAMENTOS? | ☒ | ☐ | TIPO: FAMILIAR ☒ |
| ENFERMEDAD ACTUAL DIAGNOSTICADA: Miopia | ¿TIENE SOPORTES QUE VERIFIQUEN EL CONSUMO DE DICHOS MEDICAMENTOS? | ☐ | ☒ | 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 | | |

* 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 | ESTRATO |
|---|---|---|---|---|
| Kr 66A # 56-88 | 4498744 | Villa Del Rio | Bosa | 3 |
| | CELULAR 3102612773 | TRIBUNO | | |

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

| EL BENEFICIARIO ES CUIDADOR? | PARENTESCO | MOTIVO |
|---|---|---|
| SI ☐ NO ☒ | | 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | ☐ | ☐ | X | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

PERSONAS CON QUIEN VIVE

| Nombres y Apellidos | Parentesco | Edad | Escolaridad | Estado Civil | Actividad | Ocupación |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Héctor Fabio Gutierrez | Jefe de la Familia | 60 | Bachiller | Unión Libre | Trabajando | T. Cuido Planta |
| Blanca Elvia Anjarita Zenteno | Conyuge | 65 | Bachiller | Unión Libre | Oficios del Hogar | No aplica |
| Jhonathan Gutierrez | Hijo | 25 | Tecnico | Soltero | Trabajando | T. Lecho Planta |

No. Personas que Conviven: 3

¿HABITA EN LA MISMA VIVIENDA ALGUNA PERSONA CON DISCAPACIDAD? SI ☐ NO ☒

DESTINACIÓN DE LOS INGRESOS: ___

TIENE INGRESOS PROPIOS ? ¿DE DONDE PROVIENEN LOS INGRESOS? ___

PROMEDIO DE INGRESOS MENSUALES: 0

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

E. TIPO DE VIVIENDA

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

| TENENCIA | FORMA DE PAGO | ESTADO DE LA VIVIENDA | CONDICIÓN 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 | | | ILUMINACION | VENTILACION | ASEO | PISOS | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AGUA ☒ LUZ ☒ TELEFONO ☒ | ACUEDUCTO ☒ GAS NATURAL ☒ ASEO ☒ | ALUMBRADO PUBLICO ☒ ALCANTARILLADO ☒ | BUENA ☒ REGULAR ☐ MALA ☐ | BUENA ☒ REGULAR ☐ MALA ☐ | BUENA ☒ REGULAR ☐ MALA ☐ | MADERA ☐ TIERRA ☐ CEMENTO ☐ | BALDOSA ☒ OTRO ☐ CUAL ___ |

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

Powered by CamScanner

**ESPACIOS**

| | Nº | COMPARTIDOS |
|---|---|---|
| HABITACIONES | 4 | |
| COCINAS | 1 | |
| BAÑOS | 2 | |
| COMEDORES | 1 | |
| SALAS | 1 | |
| LAVADEROS | 0 | |
| PATIOS | 1 | |

**PRESENCIA DE ANIMALES EN LA VIVIENDA**

| | | CUAL? |
|---|---|---|
| DOMESTICOS | X | 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**

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| EXPENDIO DE DROGAS | [ ] | ZONA DE PROSTITUCION | [ ] | CUAL |
| BASUREROS | [ ] | 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 dos plantas, la cual se encuentra en buenas condiciones habitacionales, cuenta con iluminación, ventilación, aseo y con todos los servicios publicos. por otra parte, las vias de acceso estan pavimentadas. la vivienda se encuentra amoblada.

**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 63 años de edad, con tipologia familiar nuclear, manifiesta no tener ingresos con los cuales pueda solventar sus gastos personales, menciona que los gastos del hogar estan siendo solventados por parte de su pareja y su hija. Se percibe durante la visita domiciliaria buenas condiciones habitacionales para el bienestar de la persona mayor, por ultimo, la persona mayor indica tener dificultades economicas ya que solo trabaja su pareja e hija.

Blanca Angarita
FIRMA DE QUIEN ATENDIÓ LA VISITA

Blanca Elvira Angarita
NOMBRE Y CARGO DE QUIEN ATENDIÓ LA VISITA

5158817
NUMERO DE CEDULA DE QUIEN ATENDIÓ LA VISITA

FIRMA DE QUIEN REALIZÓ LA VISITA

Julie Esteffania Gonzalez O.
NOMBRE DE QUIEN REALIZÓ LA VISITA

CC. 1012964565
NUMERO DE CEDULA DE QUIEN REALIZÓ LA VISITA

Powered by CamScanner

PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL

FORMATO VISITA DOMICILIARIA SERVICIO CENTROS DÍA

Código: FOR-PSS-167 | Versión: 3 | Fecha: Marzo (2021) HASTA – (2023) | Página: 1 de 3

MODALIDAD O ESTRATEGIA: Centro día al barrio | CÓDIGO - 1° PROYECTO: 8491 | NOMBRE DE LA UNIDAD OPERATIVA / LOTE: Lote 77 | FECHA: 16 08 23 | HORA

V. domiciliaria Por Primera Vez

| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE |
|---|---|---|---|
| Vargas | Trujillo | Ruby | Yaneth |

SEXO: ☐ HOMBRE ☐ MUJER ☐ INTERSEXUAL

TIPO DE DOCUMENTO: RC ☐ T.I ☐ C.C ☒ P.P. ☐ C.E ☐ NO TIEN ☐

NÚMERO DE DOCUMENTO: 51771180

FECHA DE NACIMIENTO: DÍA 23 | MES 10 | AÑO 1962

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 ☒

ENFERMEDAD ACTUAL DIAGNOSTICADA:

| | 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 COMUNITARIA ☐ | CUAL? ____

C. DISCAPACIDAD

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

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 | ☐ | ☒ |
| MULETAS | ☐ | ☒ |
| SILLA DE RUEDAS | ☐ | ☒ |
| OTRO CUAL? | | |

D. DATOS

| DIRECCIÓN DEL DOMICILIO | TELÉFONO | BARRIO | LOCALIDAD | ESTRATO |
|---|---|---|---|---|
| Kr 69 A # 55A - 75 Sur | 7130669 | Villa del Rio | Bosa | 3 |

CELULAR: 3147155354 | TELÉFONO: | PARROQUIA: | VIVE CON EL BENEFICIARIO: ☐ SI ☐ NO

LA PERSONA ES SUJETO DE CUIDADO? SI ☐ NO ☒

EL BENEFICIARIO ES CUIDADOR? SI ☐ NO ☒

PARENTESCO: | MOTIVO: 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 ☐

INTEGRANTE CON QUIEN VIVE

| Nombres y Apellidos | Parentesco | Edad | Escolaridad | Estado Civil | Actividad | Ocupación |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Nasca Fiche Chingate F. | Jefe hogar | 61 | Secundaria | Casado | Trabajando | Cuida Perros |
| Ruby Yaneth Vargas T. | Cónyuge | 60 | Secundaria | Casada | Oficios hogar | No aplica |

No. Personas que Conviven: 2

¿HABITA EN LA MISMA VIVIENDA ALGUNA PERSONA QUE CONVIVA CON USTED? SI ☐ NO ☒

TIENE INGRESOS PROPIOS? PROMEDIO DE INGRESOS MENSUALES: 0

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

TENENCIA: PROPIA ☒ | ARRENDADA ☐ | AMORTIZANDO ☐ | OTRA ☐ CUAL ____

FORMA DE PAGO: DIARIA ☐ | SEMANAL ☐ | QUINCENAL ☐ | MENSUAL ☐ | OTRO ☐ CUAL ____

ESTADO DE LA VIVIENDA: CONSTRUIDA ☒ | EN CONSTRUCCION ☐ | OBRA NEGRA ☐

CONDICION DE LA VIVIENDA: RUINA ☐ | DEMOLICION ☐ | BUEN ESTADO ☐ | ACEPTABLE ☒

SERVICIOS PUBLICOS: AGUA ☒ | LUZ ☒ | TELEFONO ☒ | ASEO ☐ | ACUEDUCTO ☒ | GAS NATURAL ☒ | ALUMBRADO PUBLICO ☒ | ALCANTARILLADO ☒

ILUMINACION: BUENA ☒ | REGULAR ☐ | MALA ☐

VENTILACION: BUENA ☒ | REGULAR ☐ | MALA ☐

ASEO: BUENA ☒ | REGULAR ☐ | MALA ☐

PISOS: MADERA ☐ | TIERRA ☐ | CEMENTO ☐ | BALDOSA ☒ | OTRO ☐ CUAL ____

PAREDES: LADRILLOS ☒ | LATAS ☐ | MADERA ☐ | ADOBE ☐ | CARTON ☐ | POLIBOMBRA ☐ | OTRO ☐ CUAL? ____

TECHO: TEJA ☐ | TELA ☐ | PLANCHA ☒ | OTRO ☐ CUAL? ____

TIPO DE ENERGIA UTILIZADA PARA COCINAR: GAS NATURAL ☒ | GAS PROPANO ☐ | ELECTRICIDAD ☐ | COCINOL ☐ | CARBON ☐ | OTRO ☐ CUAL ____

Powered by CamScanner

**ESPACIOS**

| | Nº | COMPARTIDOS | | Nº | COMPARTIDOS | | Nº | COMPARTIDOS |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| HABITACIONES | 4 | ☐ | COMEDORES | 2 | ☐ | PATIOS | 1 | ☐ |
| COCINAS | 1 | ☐ | SALAS | 1 | ☐ | | | |
| BAÑOS | 3 | ☐ | LAVADEROS | 1 | ☐ | | | |

**PRESENCIA DE ANIMALES EN LA VIVIENDA**

DOMESTICOS ☒ CUAL? Gato y Perro
VECTORES ☐
OTRO ☐

¿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 ☒

**7. 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(inundación, derrumbe) ☐
OTRO ☐
CUAL

**ESTADO DE LAS VIAS DE ACCESO**

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

**8. 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, tambien con buena iluminacion, ventilacion y aseo, se evidencia durante la visita domiciliaria que la vivienda cuenta con estancias amplias y esta amoblada. Por ultimo, las vias de acceso estan pavimentadas.

**9. RIESGOS IDENTIFICADOS**

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

**OBSERVACIONES**

**10. CONCEPTO PROFESIONAL**

Persona mayor de 60 años de edad, con tipología Familiar Pareda sin hijos, indica no tener ingresos economicos, y quien cubre los gastos del hogar es su esposa y para satisfacer sus necesidades basicas y gastos personales cuenta con la ayuda de sus hijos siendo esta estratégica, la persona mayor vive en buenas condiciones de habitabilidad. Se evidencia que el centro dia al barrio fomenta la participacion, socializacion con sus pares y ocupacion del tiempo libre brindando espacios de desarrollo de habilidades y bienestar para la persona mayor.

Ruby Yaneth Vargas L.
FIRMA DE QUIEN ATENDIÓ LA VISITA
Ruby Yaneth Vargas L.
NOMBRE Y CARGO DE QUIEN ATENDIÓ LA VISITA
51'771'160 Bta
NUMERO DE CÉDULA DE QUIEN ATENDIÓ LA VISITA

Julie Gonzalez Orozco
FIRMA DE QUIEN REALIZÓ LA VISITA
Julie Gonzalez Orozco
NOMBRE DE QUIEN REALIZÓ LA VISITA
CC. 1012464365
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: PGP-PSS-047 | Versión: 0 | Fecha: Marzo 05/2018 – 17/05/2022 | Página: 1 de 3

MODALIDAD O ESTRATEGIA: Centro día al barrio | CÓDIGO - Nº PROYECTO: 8991 | NOMBRE DE LA UNIDAD OPERATIVA / LOTE: Lote 17 | FECHA VISITA: DIA 31 MES 03 AÑO 23 HORA

VALIDACIÓN DE CONDICIONES: V. domicilio sin Pes Primera VEZ | MOTIVO

| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE |
|---|---|---|---|
| Segura | Melo | Gladys | |

NOMBRE IDENTITARIO | SEXO: HOMBRE ☐ MUJER ☒ INTERSEXUAL ☐

| TIPO DE DOCUMENTO | NÚMERO DE DOCUMENTO | FECHA DE NACIMIENTO DIA | MES | AÑO |
|---|---|---|---|---|
| RC ☐ TI ☐ CC ☒ PPT ☐ CE ☐ NO TIEN ☐ | 35488083 | 27 | 12 | 1959 |

A. SITUACIÓN DEL BENEFICIARIO

SE ENCUENTRA EN SITUACIÓN DE VULNERABILIDAD: DESPLAZAMIENTO ☐ HOSPICIO ☐ DESEMPLEO ☐ PROSTITUCIÓN ☐ OTRO ☐ CUAL:

B. ESTADO DE SALUD

¿EL BENEFICIARIO PRESENTA ENFERMEDAD DIAGNOSTICADA? SI ☒ NO ☐

ENFERMEDAD ACTUAL DIAGNOSTICADA: Hipertensión alta, artrosis y depresión

| | 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? ____

C. DISCAPACIDAD

¿EL BENEFICIARIO PRESENTA DISCAPACIDAD? SI ☐ NO ☐

¿ESTA CERTIFICADA? SI ☐ NO ☐

TIPO DE DISCAPACIDAD: ____

FUNCIONALIDAD DEL BENEFICIARIO

| ACTIVIDADES | INDEPENDIENTE | CON DEPENDENCIA | DEPENDIENTE |
|---|---|---|---|
| ALIMENTARSE | X | | |
| ASEARSE | X | | |
| MOVERSE | X | | |
| MOVERSE EN CALLE | X | | |

* Marque con (X)

¿UTILIZA AYUDAS TECNICAS?

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

D. DATOS

| DIRECCIÓN DEL DOMICILIO | TELEFONO / CELULAR | BARRIO / TELEFONO | LOCALIDAD | ASENTAMIENTO / ADOLESCENTES | ESTRATO |
|---|---|---|---|---|---|
| Kr 64 # 55 A - 39 Sur | 7048397 / 3152300265 | Villa del Rio | Bosa | X MIXTO ☐ RURAL | 3 |

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

| EL BENEFICIARIO ES CUIDADOR? | PARENTESCO | MOTIVO |
|---|---|---|
| SI ☒ NO ☐ | Nieto | EDAD ☒ PERSONA CON DISCAPACIDAD ☐ PERSONA MAYOR ☐ OTRO ☐ |

DATOS FAMILIARES

TIPO DE FAMILIA: UNIPERSONAL ☐ COMPLEJA ☐ NUCLEAR ☐ OTRA PARENTAL ☐ MONOPARENTAL ☐ EXTENSA ☐ PAREJA SIN HIJOS AS ☒ SANCIONADAS ☐

| Nombres y Apellidos | Parentesco | Edad | Escolaridad | Estado Civil | Actividad | Ocupación |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Jorge Alberto Gallon | Jefe Familia | 65 | Secund. Comp. | Casado | Pensionado | No aplica |
| Gladys Segura Melo | Conyuge | 65 | Secund. Incom. | Casada | Oficios Hogar | No aplica |

No. Personas que Conviven: 2

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

TIENE INGRESOS PROPIOS? DESTINACIÓN DE LOS INGRESOS: ____

¿DE DONDE PROVIENEN LOS INGRESOS? ____

PROMEDIO DE INGRESOS MENSUALES: ____

¿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 | ☐ | PARQUE | ☐ | 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 | ☐ | MUY MAL 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 | | Nº | COMPARTIDOS | | Nº | COMPARTIDOS |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| HABITACIONES | 2 | | COMEDORES | 1 | | PATIOS | 1 | |
| COCINAS | 1 | | SALAS | 1 | | | | |
| BAÑOS | 2 | | 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**

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

**ESTADO DE LAS VIAS DE ACCESO**

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

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

Inmueble de dos Plantas, la cual cuenta con buenas condiciones de habitabilidad, la vivienda esta con buena iluminación, ventilacion y aseo, hay todos los servicios Publicos en el hogar, hay espacio amplio en la vivienda. Las 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 63 años de edad con tipologia Familiar pareja sin hijos, la persona mayor no cuenta con ingresos economicos y quien solventa los gastos del hogar es su pareja. Asi mismo, la persona mayor vive en condiciones de habitabilidad buenas. Padece de hipertension arterial y depresion y se encuentra en tratamiento medico manifiesta que su depresion ha sido un tema de mucho cuidado para ella y considera que el centro dia al barrio ha sido fundamental para ella y su bienestar.

Gladys Segura Mejo
FIRMA DE QUIEN ATENDIÓ LA VISITA
NOMBRE Y CARGO DE QUIEN ATENDIÓ LA VISITA
35488083.
NÚMERO DE CÉDULA DE QUIEN ATENDIÓ LA VISITA

Julie Gonzalez Orozco
FIRMA DE QUIEN REALIZÓ LA VISITA
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-PSS-047
Versión: 0
Fecha: Memo 20220 8490 – 13/04/2022
Página: 1 de 3

| MODALIDAD O ESTRATEGIA | CONVENIO - Nº PROYECTO | NOMBRE DE LA UNIDAD OPERATIVA / LOTE | FECHA VISITA |
|---|---|---|---|
| Centro día al barrio | 4991 | Lote 17 | DIA 21 MES 03 AÑO 23 HORA |

UBICACIÓN DE CONDICIONES: Visita domiciliaria PIC Primera vez

| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE |
|---|---|---|---|
| Sanchez | Rubio | Ana | Praxedy |

NOMBRE IDENTITARIO

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] | 38200802 | 23 | 09 | 1960 |

A. SITUACIONES 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: Hipertensión Arterial

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

CUENTA CONTRICO 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 [X]

BASTÓN [ ]
MULETAS [X]
SILLA DE RUEDAS [X]
OTRO CUAL? ____

D. DATOS

| DIRECCIÓN DEL DOMICILIO | TELEFONO | BARRIO | LOCALIDAD | ESTRATO |
|---|---|---|---|---|
| Cl 55A #69 A-11 Sur | CELULAR 3208779822 | Villa Del Rio | Bosa | X 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 [ ] COMPUESTA [ ] NUCLEAR [X] HOMOPARENTAL [ ] MONOPARENTAL [ ] EXTENSA [ ] PAREJA SIN HIJOS [ ] AS [ ] SIMULTANEAS [ ]

PERSONAS CON QUIEN VIVE

| Nombres y Apellidos | Parentesco | Edad | Escolaridad | Estado Civil | Actividad | Ocupación |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Arnoldo Rafael Velez C. | Jefe de familia | 68 | Secun. Comple. | Casado | Pensionado | No aplica |
| Ana Praxedy Sanchez R. | Conyuge | 63 | Secun. Comple. | Casada | Oficios Hogar | No aplica |
| Zaddja Jizzeet Velez | Hija | 31 | Secun. Comple. | Soltera | Trabajando | Emp. Publico |

No. Personas que Conviven: 3

¿HABITA EN LA MISMA VIVIENDA ALGUNA PERSONA Y/O FAMILIA ADICIONAL? SI [ ] NO [X]
DESTINACIÓN DE LOS INGRESOS ____
TIENE INGRESOS PROPIOS? ____
¿DE DONDE PROVIENEN LOS INGRESOS? ____
PROMEDIO DE INGRESOS MENSUALES ____

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

E. TIPO DE VIVIENDA

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CASA O APARTAMENTO | [X] | 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 [ ] | DIARIA [ ] | CONSTRUIDA [X] | RUINA [ ] |
| ARRENDADA [X] | SEMANAL [ ] | EN CONSTRUCCION [ ] | DEMOLICION [ ] |
| AMORTIZANDO [ ] | QUINCENAL [ ] | OBRA NEGRA [ ] | BUEN ESTADO [ ] |
| OTRA [ ] CUAL ____ | MENSUAL [X] | | ACEPTABLE [X] |
| | OTRO [ ] CUAL ____ | | |

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

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

Powered by CamScanner

**ESPACIOS**

| | Nº | COMPARTIDOS | | Nº | COMPARTIDOS | | Nº | COMPARTIDOS |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| HABITACIONES | 2 | | 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**

| | | | | CUAL |
|---|---|---|---|---|
| EXPENDIO DE DROGAS | | ZONA DE PROSTITUCION | | |
| 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 2 Plantas, la cual se encuentra con buenas condiciones de habitabilidad, se evidencia que la Vivienda cuenta con todos los servicios Publicos, tambien con Iluminación, Ventilación y aseo. Los espacios del hogar son amplios y las 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 62 de edad con tipologia familiar nuclear, no cuenta con ingresos economicos pero los gastos del hogar los Sol-Vlota su esposo, tambien cuenta con la ayuda de sus hijos quienes la ayudan con sus gastos personales ocasionales. La Persona mayor puede realizar diferentes actividades por si misma y se encuentra viviendo en buenas condiciones de habitabilidad. Manifiesta tener Problemas y dificultades economicas, debido a que los ingresos no son Suficientes para resolver algunos gastos adicionales.

FIRMA DE QUIEN ATENDIÓ LA VISITA

Ana [illegible] Sanchez

NOMBRE Y CARGO DE QUIEN ATENDIÓ LA VISITA

38200 807

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. 1012464 565

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-P-SS-047
Versión: 0
Fecha: Marzo (DÍA) de 2020 – 13/03/2020
Página: 1 de 3

| MODALIDAD O ESTRATEGIA | CODIGO - Nº PROYECTO | NOMBRE DE LA UNIDAD OPERATIVA / LOTE | FECHA VISITA DIA | MES | AÑO | HORA |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Centro día al barrio | 8991 | Lote 17 | 22 | 03 | 23 | |

VALIDACIÓN DE CONDICIONES — MOTIVO: Visita domiciliaria Por primera vez

| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE |
|---|---|---|---|
| Sanabria | | Eduardo | |

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

| TIPO DE DOCUMENTO | NÚMERO DE DOCUMENTO | FECHA DE NACIMIENTO DIA | MES | AÑO |
|---|---|---|---|---|
| RC [ ] TI [ ] CC [X] NO TIEN [ ] / P.P. [ ] CE [ ] | 17131515 | 21 | 08 | 1945 |

A. SITUACIÓN DEL BENEFICIARIO

SE ENCUENTRA EN SITUACIÓN DE VULNERABILIDAD

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

B. ESTADO DE SALUD

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

ENFERMEDAD ACTUAL DIAGNOSTICADA: Hipertensión arterial 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 [X] NO [ ]

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

C. DISCAPACIDAD

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

TIPO DE DISCAPACIDAD:

FUNCIONALIDAD DEL BENEFICIARIO

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

¿UTILIZA AYUDAS TECNICAS?

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

D. DATOS

| DIRECCIÓN DEL DOMICILIO | TELEFONO / CELULAR | BARRIO | LOCALIDAD | UBICACIÓN GEOGRAFICA | ESTRATO |
|---|---|---|---|---|---|
| Cr 64 B # 55 - 64 Sur | 345 5830 | Villa del Rio | Bosa | [X] Urbano [ ] Rural | 3 |

| LA PERSONA ES SUJETO DE CUIDADO? | CUIDADOR | PARENTESCO | TELEFONO | PARENTESCO | VIVE CON EL BENEFICIARIO |
|---|---|---|---|---|---|
| SI [X] NO [ ] | Esther Julia Beltrán | | 3115680353 | Ninguna | [ ] SI [X] NO |

EL BENEFICIARIO ES CUIDADOR? SI [ ] NO [X]

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 [ ] SIMULTANEAS [ ]

PERSONAS CON QUIEN VIVE

| Nombres y Apellidos | Parentesco | Edad | Escolaridad | Estado Civil | Actividad | Ocupación |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Eduardo Sanabria | JEFE Hogar | 77 | Tercero | Casado | Pensionado | No aplica |
| Rosa Amanda Neto Ayes | Cónyuge | 63 | Secundaria | Casada | Sin actividad | No aplica |
| Eduardo Sanabria Nieto | Hijo | 41 | Secundaria | Soltero | Trabajando | Emp. Fijo |
| Julian Andres Sanabria N. | Nieto | 23 | Secundaria | Soltero | Sin actividad | No aplica |

No. Personas que Conviven: 4

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

TIENE INGRESOS PROPIOS? — DESTINACIÓN DE LOS INGRESOS: Gastos Personales y hogar

PROMEDIO DE INGRESOS MENSUALES: 1'300.000 — ¿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 | [ ] | REFUGIO NATURAL | [ ] | RIVERA DEL RIO | [ ] | CASA LOTE | [ ] |
| CUARTO O CUARTOS | [ ] | RANCHE | [ ] | VIVIENDA MOVIL | [ ] | CAÑO | [ ] | RESIDENCIA | [ ] |
| INQUILINATO | [ ] | PUENTE | [ ] | INSTITUCION | [ ] | CALLE | [ ] | LUGAR DE TRABAJO | [ ] |
| | | | | | | | | RANCHO | [ ] |
| | | | | | | | | FINCA | [ ] |

TENENCIA: PROPIA [X] / ARRENDADA [ ] / ANTICRETICO [ ] / 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: RUINA [ ] / 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]

| ILUMINACIÓN | | VENTILACION | | ASEO | | PISOS | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| BUENA | [ ] | BUENA | [X] | BUENA | [X] | MADERA | [ ] | BALDOSA | [X] |
| REGULAR | [ ] | REGULAR | [ ] | REGULAR | [ ] | TIERRA | [ ] | OTRO | [ ] |
| MALA | [ ] | MALA | [ ] | MALA | [ ] | CEMENTO | [ ] | 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 | 5 | | COMEDORES | 2 | | PATIOS | 1 | |
| COCINAS | 2 | | SALAS | 2 | | | | |
| BAÑOS | 3 | | LAVADEROS | 2 | | | | |

## PRESENCIA DE ANIMALES EN LA VIVIENDA

| | | CUAL? |
|---|---|---|
| DOMESTICOS | X | Gato |
| 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 | | |
| BASURERO | | ZONA DE RIESGO FISICO(deslizamiento, inundación) | | |
| AGUAS NEGRAS | | OTRO | | |

### ESTADO DE LAS VIAS DE ACCESO

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

## G. OBSERVACIONES DE CONDICIONES HABITACIONALES ANTERIORMENTE DESCRITAS

Inmueble de 3 plantas, cuenta con todos los servicios Publicos buena Ventilacion, aseo y la iluminacion es regular, el hogar se encuentra en buenas condiciones de habitabilidad, la vivienda esta amoblada y se encuentra con buenos espacios. las 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 77 años de edad, con tipologia familiar extensa cuenta con ingresos economicos los cuales provienen de su pensión, con los cuales solventa los gastos del hogar y satisface sus necesidades basicas. La persona vive en condiciones de habitabilidad buenas. Padece de hipertension arterial alta y se encuentra en tratamiento medico, las actividades del centro dia al que asiste son fundamentales para el bienestar de la persona mayor promoviendo la integracion y socializacion con sus pares, para una vejez sana y feliz.

FIRMA DE QUIEN ATENDIÓ LA VISITA

Eduardo Sanabria

NOMBRE Y CARGO DE QUIEN ATENDIÓ LA VISITA

17131515

NÚMERO DE CÉDULA DE QUIEN ATENDIÓ LA VISITA

FIRMA DE QUIEN REALIZÓ LA VISITA

Julie Gonzales 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<br>FORMATO VISITA DOMICILIARIA SERVICIO CENTROS DIA | Código: FOR-PSS-167<br>Versión: 9<br>Fecha: [illegible]<br>Página: 1 de 3 |
|---|---|---|

| MODALIDAD O ESTRATEGIA | CODIGO - Nº PROYECTO | NOMBRE DE LA UNIDAD OPERATIVA / LOTE | FECHA VISITA |
|---|---|---|---|
| Centro día al barrio | 8991 | Lote 77 | DIA 19 MES 05 AÑO 23 HORA |

VALIDACIÓN DE CONDICIONES — MOTIVO: Visita domiciliaria por primera vez

| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE |
|---|---|---|---|
| Rojas | Solano | Marta | Patricia |

NOMBRE IDENTITARIO — SEXO: ☐ HOMBRE ☒ MUJER ☐ INTERSEXUAL

| TIPO DE DOCUMENTO | NUMERO DE DOCUMENTO | FECHA DE NACIMIENTO DIA | MES | AÑO |
|---|---|---|---|---|
| RC ☐ PP ☐ TI ☐ CE ☐ CC ☒ NO TIENE | 51634707 | 13 | 12 | 1958 |

A. SITUACIÓN DEL BENEFICIARIO

SE ENCUENTRA EN SITUACIÓN DE VULNERABILIDAD — CUAL:

| | | | |
|---|---|---|---|
| DESPLAZAMIENTO | ☐ | PROSTITUCION | ☐ |
| MENDICIDAD | ☐ | OTRO | ☐ |
| DESEMPLEO | ☐ | | |

B. ESTADO DE SALUD

¿EL BENEFICIARIO PRESENTA ENFERMEDAD DIAGNOSTICADA? SI ☐ NO ☒

ENFERMEDAD ACTUAL DIAGNOSTICADA:

| | SI | NO |
|---|---|---|
| ¿ESTÁ 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? 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 TECNICAS? SI ☐ NO ☒

BASTÓN ☐ MULETAS ☐ SILLA DE RUEDAS ☐ OTRO CUAL? ___

D. DATOS

| DIRECCION DEL DOMICILIO | TELEFONO / CELULAR | BARRIO | LOCALIDAD | ESTRATO |
|---|---|---|---|---|
| Kr 67 # 54 A - 79 Sur | 3123638602 | Villa del Rio | Bosa | 3 |

LA PERSONA ES SUJETO DE CUIDADO? SI ☐ NO ☒ — CUIDADOR: ___ TELEFONO: ___ PARENTESCO: ___ VIVE CON EL BENEFICIARIO: SI ☐ NO ☐

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

COMPOSICIÓN FAMILIAR

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

PERSONAS CON QUIEN VIVE

| Nombres y Apellidos | Parentesco | Edad | Escolaridad | Estado Civil | Actividad | Ocupación |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Marta Patricia Rojas | Jefe de la Familia | 64 | Técnico | Soltera | Trabajando | Cuenta Propia |
| Jhason Alonso Rojas | Hijo | 42 | Postgrado Com. | Soltero | Trabajando | Cuenta Propia |
| Jennifer Rivera Rojas | Hija | 30 | Postgrado Infan. | Soltera | Trabajando | Emp. Particular |

No. Personas que Conviven: 3

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

TIENE INGRESOS PROPIOS? SI ☐ NO ☒

DESTINACIÓN DE LOS INGRESOS: Gastos Personales y hogar

¿DE DONDE PROVIENEN LOS INGRESOS? Confección

PROMEDIO DE INGRESOS MENSUALES: 1'200.000

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

E. TIPO DE VIVIENDA

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

TENENCIA: PROPIA ☒ ARRENDADA ☐ AMORTIZANDO ☐ OTRA ☐ CUAL ___

FORMA DE PAGO: DIARIA ☐ SEMANAL ☐ QUINCENAL ☐ MENSUAL ☐ OTRO ☐ CUAL ___

ESTADO DE LA VIVIENDA: CONSTRUIDA ☒ EN CONSTRUCCION ☐ OBRA NEGRA ☐

CONDICION DE LA VIVIENDA: RUINA ☐ DEMOLICION ☐ BUEN ESTADO ☐ ACEPTABLE ☒

SERVICIOS PUBLICOS: AGUA ☒ LUZ ☒ TELEFONO ☒ ACUEDUCTO ☒ GAS NATURAL ☒ ASEO ☒ ALUMBRADO PUBLICO ☒ ALCANTARILLADO ☒

ILUMINACION: BUENA ☒ REGULAR ☐ MALA ☐

VENTILACION: BUENA ☒ REGULAR ☐ MALA ☐

ASEO: BUENA ☒ REGULAR ☐ MALA ☐

PISOS: MADERA ☐ TIERRA ☐ CEMENTO ☐ BALDOSA ☒ OTRO ☐ CUAL ___

PAREDES: LADRILLOS ☒ LATAS ☐ MADERA ☐ ADOBE ☐ CARTON ☐ POLISOMBRA ☐ OTRO ☐ CUAL? ___

TECHO: TELA ☐ TEJA ☐ PLANCHA ☒ OTRO ☐ CUAL? ___

TIPO DE ENERGIA UTILIZADA PARA COCINAR: GAS NATURAL ☒ GAS PROPANO ☐ ELECTRICIDAD ☐ COCINOL ☐ CARBON ☐ OTRO ☐ CUAL ___

Powered by CamScanner

## 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

EXPENDIO DE DROGAS:
BASUREROS:
AGUAS NEGRAS:
ZONA DE PROSTITUCION:
ZONA DE RIESGO FISICO (Deslizamiento, Inundación):
OTRO:
CUAL:

### 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 dos Plantas, la cual se encuentra en buenas condiciones habitacionales, cuenta con iluminación, Ventilación, aseo y con todos los servicios públicos. por otra parte, las Vias de acceso se evidencian que 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 64 años de edad, quien convive con sus dos hijos, manifiesta que sus ingresos provienen de su trabajo confeccionando prendas y con estos ingresos satisface sus necesidades basicas y cubre los gastos del hogar con ayuda de sus hijos. La Persona mayor no presenta factores de riesgos o Problematicas. Por ultimo, indica que el contexto del barrio ha fortalecido sus habilidades y sociabilidad con sus pares y disfruta tiempo de calidad y ocupación del tiempo libre pero una vez por semana. Feliz. por otra parte, indica tener una buena relación con sus hijos.

Patricia Rojas Solano.
FIRMA DE QUIEN ATENDIÓ LA VISITA
Maria Patricia Rojas Solano
NOMBRE Y CARGO DE QUIEN ATENDIÓ LA VISITA
CC 51.634.909 Bta
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 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 VALORACIÓN INTEGRAL DE LA CAPACIDAD FUNCIONAL DE LA PERSONA MAYOR EN EL SERVICIO CENTRO DÍA | Código: FOR.PSS.083<br>Versión: 8<br>Fecha: Memo 20223156490 – 13/05/2022<br>Página: 1 de 3 |
|---|---|---|

## VALORACIÓN FÍSICA

| | |
|---|---|
| 1. NOMBRE UNIDAD OPERATIVA / LOTE O ZONA: | Centro día |
| 2. FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: | 04-04-2023 (día/mes/año) |

3. DATOS GENERALES

| | |
|---|---|
| 3.1. NOMBRE(S) Y APELLIDO(S) PERSONA MAYOR: | Patricio Rojas |
| 3.2 DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: | 51634707 |

4. FRECUENCIA Y TIPO DE ACTIVIDAD FÍSICA QUE REALIZA A LA SEMANA

| | | |
|---|---|---|
| 1 a 2 días | | |
| 2 a 3 días | | |
| Más de 3 días | X | |
| De 4 a 5 días | | |
| No realiza Actividad Física | ¿Por qué?: | |

5. ANTECEDENTES

| | | | |
|---|---|---|---|
| Hospitalizaciones: | NO | Lesiones Físicas: | NO |
| Cirugías: | NO | Fracturas o caídas: | NO |
| Sistema Osteomuscular: | SI | | |
| Sistema Respiratorio: | NO | | |

6 CUALIDADES FÍSICAS

| CLASIFICACIÓN | REGULAR | Puntuación | ACEPTABLE | Puntuación | BUENA | Puntuación | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 6.1. 30s Sentarse y levantarse de una silla (#repeticiones) | < 10 | | Intervalo 10 a 15 | | > Al intervalo | >15 | 20 |
| 6.2. Sentado y alcanzar el pie extendido (centímetros) | <0 | 0 | Intervalo 0 | | V.Positivo | >0 | |
| 6.3. Alcanzar mano tras la espalda (centímetros) | <0 | 7 | Intervalo 0 | | V.Positivo | >0 | |
| 6.4. Marcha 2 Minutos (# pasos completos) | <88 | | Intervalo 88 a 100 | | > Al intervalo | >100 | 150 |
| 6.5. Levantarse, caminar y volverse a sentar (segundos) | >7 | 13 | Intervalo 5 a 7 seg | | > Al intervalo | < 5 | |

7. CONCEPTO PROFESIONAL

Persona mayor con un buen estado de salud, sin embargo cuenta con un grado considerable de pérdida flexibilidad

| | |
|---|---|
| 8. NOMBRE PROFESIONAL / TECNÓLOGO / TECNICO EDU FISICO (A): | Daniel Valbuena |
| 8.1. CÉDULA - FIRMA: | 1022459306 |
| 9. NOMBRE RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA: | Yuly Quiche |
| 9.1 CÉDULA: | 55254640 |

Nota: los datos personales aquí consignados tienen carácter confidencial, razón por la cual es un deber y un compromiso de los asistentes y de la SDIS no divulgar información alguna sin propósito diferente a la de este registro so pena de las sanciones legales a que haya lugar de acuerdo con la Ley 1581 de 2012 y Decreto 1377 de 2013.

Powered by CamScanner

PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL

FORMATO VISITA DOMICILIARIA SERVICIO CENTROS DIA

Código: FOR-PES-067
Versión: 8
Fecha de Vigencia: 09/03/2023 – 13/03/2023
Página: 1 de 5

MODALIDAD O ESTRATEGIA: Centro día al barrio
CÓDIGO - Nº PROYECTO: 8991
NOMBRE DE LA UNIDAD OPERATIVA / LOTE: Lote 11
FECHA VISITA: 10 / 05 / 23 (DÍA / MES / AÑO)
MODALIDAD DE ATENCIÓN: Visita domiciliaria
MOTIVO: Por primera vez
PRIMER APELLIDO: Patan
SEGUNDO APELLIDO: De Millan
PRIMER NOMBRE: Casimira
SEGUNDO NOMBRE: Emilia
NOMBRE IDENTITARIO:
SEXO: ☐ HOMBRE ☒ MUJER ☐ INTERSEXUAL
TIPO DE DOCUMENTO: RC ☐ TI ☐ CC ☒ / PP ☐ CE ☐ NO TIENE ☐
NÚMERO DE DOCUMENTO: 29082420
FECHA DE NACIMIENTO: DÍA 02 / MES 08 / AÑO 1939

A. SITUACIÓN DEL BENEFICIARIO

SE ENCUENTRA EN SITUACIÓN DE VULNERABILIDAD
DESPLAZAMIENTO ☐ PROSTITUCIÓN ☐
MENDICIDAD ☐ OTRAS ☐
DESEMPLEO ☐
CUAL:

B. ESTADO DE SALUD

¿EL BENEFICIARIO PRESENTA ENFERMEDAD DIAGNOSTICADA? SI ☒ NO ☐
ENFERMEDAD ACTUAL DIAGNOSTICADA: Hipertension Arterial

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

C. DISCAPACIDAD

¿EL BENEFICIARIO PRESENTA DISCAPACIDAD? SI ☐ NO ☒
¿ESTA CERTIFICADA? SI ☐ NO ☒
TIPO DE DISCAPACIDAD:

FUNCIONALIDAD DEL BENEFICIARIO

| ACTIVIDADES | INDEPENDIENTE | CON DEPENDENCIA | DEPENDIENTE |
|---|---|---|---|
| ALIMENTARSE | X | | |
| ASEARSE | X | | |
| MOVERSE | X | | |
| MOVERSE EN CALLE | X | | |

Marque con (X)

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

D. DATOS

DIRECCIÓN DEL DOMICILIO: Cl 55 A # 68 - 16 Sur
TELEFONO: 4652070
CELULAR: 3196256826
BARRIO: Villa del Rio
LOCALIDAD: Bosa
UBICACIÓN GEOGRAFICA: URBANO ☒ RURAL ☐
ESTRATO: 3
LA PERSONA ES SUJETO DE CUIDADO? SI ☐ NO ☒
CUIDADOR:
TELEFONO:
PARENTESCO:
VIVE CON EL BENEFICIARIO: SI ☐ NO ☐
EL BENEFICIARIO ES CUIDADOR? SI ☐ NO ☒
MOTIVO: MENOR DE EDAD ___ PERSONA CON DISCAPACIDAD ___ PERSONA MAYOR ___ OTRO ___

DATOS FAMILIARES

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

PERSONAS CON QUIEN VIVE

| Nombres y Apellidos | Parentesco | Edad | Escolaridad | Estado Civil | Actividad | Ocupación |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Casimira Elisa Patan De M. | Jefe hogar | 83 | Primaria | Viuda | Oficios hogar | No aplica |

No. Personas que Conviven: 1
¿HABITA EN LA MISMA VIVIENDA ALGUNA PERSONA QUE CONTRIBUYA? SI ☐ NO ☒
TIENE INGRESOS PROPIOS? SI ☐ NO ☒
PROMEDIO DE INGRESOS MENSUALES: 0
SITUACION DE LOS INGRESOS:
¿DE DONDE PROVIENEN LOS INGRESOS?
¿CUÁL ES LA PERIODICIDAD DE LOS INGRESOS? DIARIA ☐ / SEMANAL ☐ / QUINCENAL ☐ / MENSUAL ☐ / OTRO ☐

C. TIPO DE VIVIENDA

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

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

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

PAREDES: LADRILLOS ☒ / LATAS ☐ / MADERA ☐ / ADOBE ☐ / CARTON ☐ / POLISOMBRA ☐ / OTRO ☐ CUAL? ____
TECHO: TEJA ☐ / TELA ☐ / PLANCHA ☒ / OTRO ☐ CUAL? ____
TIPO DE ENERGIA UTILIZADA PARA COCINAR: GAS NATURAL ☒ / GAS PROPANO ☐ / ELECTRICIDAD ☐ / COCINOL ☐ / 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 | | |
| 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 LA(S) VIAS DE ACCESO**

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

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

Inmueble de 2 Plantas, el cual se encuentra en buenas condiciones de habitabilidad y en buen estado. Se evidencia durante la visita domiciliaria que cuenta con todos los servicios públicos, también con buen aseo, iluminación y ventilación. Por otra parte, la casa tiene espacios amplios y esta amoblada. Finalmente, la vivienda tiene techo en plancha y las 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**

Soledad

**I. CONCEPTO PROFESIONAL**

Persona mayor de 83 años de edad, con tipología familiar unipersonal, no cuenta con ingresos económicos, pero su familia solventan los gastos del hogar y satisfacen sus necesidades basicas. Indica sentir soledad debido a que permanece mucho tiempo sola, por tal motivo, asiste a las actividades de la estrategia cerca del barrio, ya que le han remitido. Pasar tiempo de calidad con sus pares y aprovechar su tiempo libre, aumentando su bienestar para una vejez sana y feliz. Por ultimo, indica tener buenas relaciones familiares.

Carmen Payares
FIRMA DE QUIEN ATENDIÓ LA VISITA

Carmen Emilia Payan De Millan
NOMBRE Y CARGO DE QUIEN ATENDIÓ LA VISITA

CC. 29082420
NUMERO DE CEDULA DE QUIEN ATENDIÓ LA VISITA

FIRMA DE QUIEN REALIZO LA VISITA

Julie Gonzalez Orozco
NOMBRE DE QUIEN REALIZÓ LA VISITA

CC. 1012464665
NUMERO 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-047
Versión: 6
Fecha: Memo 20231184130 – 12/05/2023
Página: 1 de 3

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

VALORACIÓN DE CONDICIONES — MOTIVO: Visita domiciliaria Por Primera vez

| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE |
|---|---|---|---|
| Paez | | Rosa | Hilda |

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

| TIPO DE DOCUMENTO | NÚMERO DE DOCUMENTO | FECHA DE NACIMIENTO DIA | MES | AÑO |
|---|---|---|---|---|
| RC [ ] TI [ ] CC [ ] PP [ ] CE [ ] NO TIEN [X] | 41387407 | 15 | 11 | 1944 |

## A. SITUACIÓN DEL BENEFICIARIO

SE ENCUENTRA EN SITUACIÓN DE VULNERABILIDAD

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

## B. ESTADO DE SALUD

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

ENFERMEDAD ACTUAL DIAGNOSTICADA: Discopatia Lumbar

| | 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 |
|---|---|---|
| BASTÓN | [ ] | [X] |
| MULETAS | [ ] | [X] |
| SILLA DE RUEDAS | [ ] | [X] |
| OTRO CUAL? | | |

## D. DATOS

| DIRECCION DEL DOMICILIO | TELEFONO | BARRIO | LOCALIDAD | UBICACIÓN GEOGRAFICA | ESTRATO |
|---|---|---|---|---|---|
| Cl 55 Sur # 69A - 52 | 7103576 CELULAR 3105627733 | Villa del Rio | Bosa | [X] URBANA [ ] 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 [X] NO [ ] | Hija | MENOR DE EDAD ____ PERSONA CON DISCAPACIDAD [X] PERSONA MAYOR ____ OTRO ____ |

DATOS FAMILIARES

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

PERSONAS CON QUIEN VIVE

| Nombres y Apellidos | Parentesco | Edad | Escolaridad | Estado Civil | Actividad | Ocupación |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Rosa Hilda Paez | Madre | 77 | Secundaria | Viuda | Oficios Hogar | No aplica |
| Andrea Catya Paez | Hija | 43 | Universitaria | Soltera | Trabajando | Emp. Publico |
| Claudia Patricia Catya Paez | Hija | 49 | Primaria | Soltera | Sin actividad | No aplica |
| Jhon Sebastian Catya P. | Nieto | 26 | Secundaria | Soltero | Buscando trabajo | No aplica |

No. Personas que Conviven: 4

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

TIENE INGRESOS PROPIOS ? 0

PROMEDIO DE INGRESOS MENSUALES: ____

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] | CAMBUCHE | [ ] | REFUGIO NATURAL | [ ] | RIVERA DEL RIO | [ ] | CASA LOTE | [ ] | RANCHO | [ ] |
| CUARTO O CUARTOS | [ ] | PARCHE | [ ] | 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 [ ] ARRENDADA [X] ADQUIRIENDO [ ] OTRA [ ] CUAL ____ | DIARIA [ ] SEMANAL [ ] QUINCENAL [ ] MENSUAL [X] OTRO [ ] CUAL ____ | CONSTRUIDA [X] EN CONSTRUCCION [ ] OBRA NEGRA [ ] | REPARACION [ ] DEMOLICION [ ] BUEN ESTADO [X] ACEPTABLE [ ] |

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

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

Powered by CamScanner

**ESPACIOS**

| | Nº | COMPARTIDOS |
|---|---|---|
| HABITACIONES | 3 | |
| COCINAS | 1 | |
| BAÑOS | 1½ | |
| COMEDORES | 1 | |
| SALAS | 1 | |
| LAVADEROS | 1 | |
| PATIOS | 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 BPA? | | 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 | | |
| BASURERO | | ZONA DE RIESGO FISICO(deslizamiento, inundación) | | |
| AGUAS NEGRAS | | OTRO | | |

**ESTADO DE LAS VIAS DE ACCESO**

- PENDIENTES Y NO LLEGAN VEHICULOS
- EN ARENA
- DESTAPADA
- PAVIMENTADO

**G. OBSERVACIONES CONDICIONES HABITACIONALES ANTERIORMENTE DESCRITAS**

Inmueble de 2 Plantas, el cual las condiciones de habitabilidad son buenas Pero el estado esta regular, ya que se evidencio que el aseo no se encontraba bien debido a que habia demaseo, la ventilación estaba regular y la iluminacion es buena. Por otra parte, el hogar tiene todos los servicios publicos, tambien esta amoblada y las vias de accese 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 78 años de edad con tipologia familiar extensa, manifiesta no tener ingresos propios y presenta dificultades economicas, debido a que su hija quien es la que esta trabajando logra solventar algunos gastos del hogar, por otra parte, durante la visita domiciliaria se observa que la vivienda y las condiciones en cuanto al aseo estan malas y del resto se encuentran buenas. Manifiesta tener buenas y cercanas relaciones con sus hijos y nieto. Por ultimo, el centro dia al barrio ha fortalecido las habilidades de participacion y socializacion de la persona mayor ocupando su tiempo libre, Aminorando su tristeza.

Rosa Nelda Paez
FIRMA DE QUIEN ATENDIÓ LA VISITA
Rosa Nelda Paez
NOMBRE Y CARGO DE QUIEN ATENDIÓ LA VISITA
41.387.407.
NÚMERO DE CÉDULA DE QUIEN ATENDIÓ LA VISITA

Julie
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 CENTROS DIA

Código: FOR-PES-067
Versión: 0
Fecha: Marzo 2022 (08/03/2022)
Página: 1 de 3

MODALIDAD O ESTRATEGIA: Centro día al barrio
CÓDIGO / Nº PROYECTO:
NOMBRE DE LA UNIDAD OPERATIVA / LOTE: Lote 77
FICHA VISITA: DIA 22 MES 03 AÑO 23 HORA

1. UBICACIÓN DE COORDENADAS
LUGAR: Visita domiciliaria Bio Primera VEZ

| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE |
|---|---|---|---|
| Nieto | De Sanabria | Rosa | Aminta |

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

| TIPO DE DOCUMENTO | NÚMERO DE DOCUMENTO | FECHA DE NACIMIENTO DIA | MES | AÑO |
|---|---|---|---|---|
| RC [ ] TI [ ] CC [X] PP [ ] CE [ ] NU [ ] TSH [ ] | 20185030 | 26 | 09 | 1938 |

2. SITUACIÓN DEL BENEFICIARIO

SE ENCUENTRA EN SITUACIÓN DE VULNERABILIDAD

| | | | | CUAL: |
|---|---|---|---|---|
| DESPLAZAMIENTO | [ ] | PROSTITUCIÓN | [ ] | |
| HOMICIDIO | [ ] | OTRO | [ ] | |
| DESEMPLEO | [ ] | | | |

3. ESTADO DE SALUD

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

ENFERMEDAD ACTUAL DIAGNOSTICADA: Artritis Artrosis y osteoporosis

| | 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? ____

4. 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 | | |
| MULETAS | | |
| SILLA DE RUEDAS | | |
| OTRO CUAL? | Caminador | |

5. DATOS

| DIRECCIÓN DEL DOMICILIO | TELÉFONO / CELULAR | BARRIO | LOCALIDAD | UPZ | ESTRATO |
|---|---|---|---|---|---|
| | 3115680353 | | | | |

| LA PERSONA ES SUJETO DE CUIDADO? SI / NO | CUIDADOR | TELÉFONO | PARENTESCO | VIVE CON EL BENEFICIARIO SI / NO |
|---|---|---|---|---|
| SI X NO | Esther Julia Bejarano | 3115680353 | Ninguno | SI NO |

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

6. DATOS FAMILIARES

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

PERSONAS CON QUIEN VIVE

| Nombres y Apellidos | Parentesco | Edad | Escolaridad | Estado Civil | Actividad | Ocupación |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Eduardo Sanabria | Jefe Hogar | 77 | Técnico | Casado | Pensionado | No aplica |
| Rosa Aminta Nieto | Esposa | 83 | Secundaria | Casada | Sin actividad | No aplica |
| Eduardo Sanabria Nieto | Hijo | 41 | Secundaria | Soltero | Trabajando | Esp. Portu |
| Julian andres Sanabria | Nieto | 23 | Secundaria | Soltero | Sin actividad | 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]
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 [ ]

7. TIPO DE VIVIENDA

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

| TENENCIA | | | | FORMA DE PAGO | | | | ESTADO DE LA VIVIENDA | | CONDICIÓN 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 | |
| | | | | | | | | | | ACEPTABLE | X |

| SERVICIOS PUBLICOS | | | | | ILUMINACIÓN | | VENTILACIÓN | | ASEO | | PISOS | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AGUA | X | ACUEDUCTO | X | ALUMBRADO PUBLICO | BUENA | X | BUENA | X | BUENA | X | MADERA | | BALDOSA | X |
| LUZ | X | GAS NATURAL | X | ALCANTARILLADO | 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

**E. ESPACIOS**

| | Nº | COMPARTIDOS |
|---|---|---|
| HABITACIONES | 5 | |
| COCINAS | 2 | |
| BAÑOS | 3 | |
| COMEDORES | 2 | |
| SALAS | 2 | |
| LAVADEROS | 2 | |
| PATIOS | 1 | |

**PRESENCIA DE ANIMALES EN LA VIVIENDA**

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

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

**F. ENTORNO**

**SE OBSERVA EN EL ENTORNO ALGUNOS DE LOS SIGUIENTES FACTORES DE RIESGO**

| | | | | CUAL |
|---|---|---|---|---|
| EXPENDIO DE DROGAS | | ZONA DE PROSTITUCION | | |
| BASURERO | | ZONA DE RIESGO (TRACO, ENFRENTAMIENTO, PANDILLISMO) | | |
| AGUAS NEGRAS | | OTRO | | |

**ESTADO DE LAS VIAS DE ACCESO**

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

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

Inmueble de 3 Plantas, la casa se encuentra en buenas condiciones de habitabilidad, también con todos los servicios publicos, Ventilación, Iluminación y aseo. Durante la visita domiciliaria se evidencia que la vivienda esta amoblada y esta en buenas condiciones. Por ultimo, las 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 84 años de edad, con tipologia Familiar Extensa, manifiesta no tener ingresos economicos y quienes solventan los gastos del hogar es su esposo e hijo. De tal forma, se evidencia que la Persona mayor vive en buenas condiciones de habitabilidad y no se observan factores de riesgo o vulneración hacia la Persona mayor. Por ultimo, se considera que el centro dia al cassie ha fortalecido la interacción y socialización de la Persona mayor con sus contemporeos para asi fomentar el bienestar y una vejez sana y feliz para la Persona mayor.

FIRMA DE QUIEN ATENDIÓ LA VISITA

Rosa Aminta Nieto De Sumbria

NOMBRE Y CARGO DE QUIEN ATENDIÓ LA VISITA

CC. 20185030

NÚMERO DE CÉDULA DE QUIEN ATENDIÓ LA VISITA

FIRMA DE QUIEN REALIZÓ LA VISITA

Julie 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-PSS-167 | Versión: 8 | Fecha: Marzo 02/2018 (M-D) – 13/05/2022 | Página: 1 de 5

MODALIDAD O ESTRATEGIA: Centro dia al barrio | CÓDIGO -Nº PROYECTO: 8991 | NOMBRE DE LA UNIDAD OPERATIVA / LOTE: lote 77 | FECHA VISITA: DIA 24 MES 05 AÑO 23 HORA

VALIDACIÓN DE CONDICIONES: V. domiciliaria | JUSTIFICACIÓN: Primera vez

| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE |
|---|---|---|---|
| Alfonso | D urrea | Ana | Elvia |

NOMBRE IDENTITARIO | SEXO: HOMBRE ☐ MUJER ☒ INTERSEXUAL ☐

| TIPO DE DOCUMENTO | NÚMERO DE DOCUMENTO | FECHA DE NACIMIENTO DIA | MES | AÑO |
|---|---|---|---|---|
| RC ☐ TI ☐ CC ☒ PP ☐ CE ☐ NIP ☐ TEN ☐ | 41383670 | 09 | 07 | 1944 |

A. SITUACIÓN DEL BENEFICIARIO

SE ENCUENTRA EN SITUACIÓN DE VULNERABILIDAD

DESPLAZAMIENTO ☐ | PROSTITUCIÓN ☐ | CUAL:
HEMODIALISIS ☐ | OTRO ☐
DESEMPLEO ☐

B. ESTADO DE SALUD

¿EL BENEFICIARIO PRESENTA ENFERMEDAD DIAGNOSTICADA? SI ☒ NO ☐

ENFERMEDAD ACTUAL DIAGNOSTICADA: Diabetes y osteoporosis

| | 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 COMUNITARIA ☐ | CUAL? ____

C. DISCAPACIDAD

¿EL BENEFICIARIO PRESENTA DISCAPACIDAD? SI ☐ NO ☒
¿ESTÁ 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? SI ☐ NO ☒

BASTÓN ☐ | MULETAS ☒ | SILLA DE RUEDAS ☒ | OTRO CUAL? ____

D. DATOS

| DIRECCIÓN DEL DOMICILIO | TELÉFONO | BARRIO | LOCALIDAD | UBICACIÓN GEOGRÁFICA | ESTRATO |
|---|---|---|---|---|---|
| CL 55 A # 64 - 02 CA 77 | 5731940 CELULAR 3244450104 | Villa del rio | Bosa | X ☐ | 3 |

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

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

DATOS FAMILIARES

TIPO DE FAMILIA: UNIPERSONAL ☐ | COMPUESTA ☐ | NUCLEAR ☐ | MONOPARENTAL ☐ | MONOPARENTAL ☐ | EXTENSA ☐ | PAREJA SIN HIJOS AÚN ☐ | BINACIONALES ☐

PERSONAS CON QUIEN VIVE

| Nombres y Apellidos | Parentesco | Edad | Escolaridad | Estado Civil | Actividad | Ocupación |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Nelson Johany Urrea A. | Hijo | 45 | Universitario | Soltero | Trabajando | Emp. Estado |
| Ana Elvia Alfonso D. U. | Madre | 77 | Primaria | Viuda | Oficios hogar | No aplica |

No. Personas que Consumen: 2

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

TIENE INGRESOS PROPIOS? SI ☒ NO ☐

DESTINACIÓN DE LOS INGRESOS: Gastos Personales y hogar

¿DE DONDE PROVIENEN LOS INGRESOS? Pensión

PROMEDIO DE INGRESOS MENSUALES: 1'200.000

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

E. TIPO DE VIVIENDA

CASA O APARTAMENTO ☒ | CUARTO O CUARTOS INDEPENDIENTE ☐ | CAMBUCHE ☐ | RANCHO ☐ | FUENTE ☐ | REFUGIO NATURAL ☐ | VIVIENDA MOVIL ☐ | INSTITUCIÓN ☐ | RIVERA DEL RIO ☐ | CAÑO ☐ | CALLE ☐ | CASA LOTE ☐ | RESIDENCIA ☐ | LUGAR DE TRABAJO ☐ | RANCHO ☐ | FINCA ☐

TENENCIA: PROPIA ☒ | ARRENDADA ☐ | AMORTIZANDO ☐ | OTRA ☐ CUAL ____

FORMA DE PAGO: DIARIA ☐ | SEMANAL ☐ | QUINCENAL ☐ | MENSUAL ☐ | OTRO ☐ CUAL ____

ESTADO DE LA VIVIENDA: CONSTRUIDA ☒ | EN CONSTRUCCIÓN ☐ | OBRA NEGRA ☐

CONDICIÓN DE LA VIVIENDA: RUINA ☐ | DEMOLICIÓN ☐ | BUEN ESTADO ☐ | ACEPTABLE ☒

SERVICIOS PUBLICOS: AGUA ☒ | LUZ ☒ | TELEFONO ☒ | ACUEDUCTO ☒ | GAS NATURAL ☐ | ASEO ☒ | ALUMBRADO PUBLICO ☒ | ALCANTARILLADO ☒

ILUMINACIÓN: BUENA ☒ | REGULAR ☐ | MALA ☐

VENTILACIÓN: BUENA ☒ | REGULAR ☐ | MALA ☐

ASEO: BUENA ☒ | REGULAR ☐ | MALA ☐

PISOS: MADERA ☐ | TIERRA ☐ | CEMENTO ☐ | BALDOSA ☒ | OTRO ☐ CUAL ____

PAREDES: LADRILLOS ☒ | LATAS ☐ | MADERA ☐ | ADOBE ☐ | CARTON ☐ | POLISOMBRA ☐ | OTRO ☐ CUAL? ____

TECHO: TEJA ☒ | TELA ☐ | PLANCHA ☐ | OTRO ☐ CUAL? ____

TIPO DE ENERGIA UTILIZADA PARA COCINAR: GAS NATURAL ☒ | GAS PROPANO ☐ | ELECTRICIDAD ☐ | COCINOL ☐ | CARBON ☐ | OTRO ☐ CUAL ____

Powered by CamScanner

**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**

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

| | SI | NO |
|---|---|---|
| ¿COCINA DENTRO DE LA HABITACIÓN DONDE DUERME? | | X |
| ¿SE EVIDENCIA PRESENCIA DE ALCOHOL, COLILLAS DE CIGARRILLO O EPA? | | 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 PSICOSOCIAL(Alcantarillado, Inundación) | | |
| AGUAS NEGRAS | | OTRO | | |

**ESTADO DE LAS VIAS DE ACCESO**

| | |
|---|---|
| | PEATONALES Y NO CIRCULAN VEHICULOS |
| | EN RUINA |
| | DESTAPADA |
| X | PAVIMENTADO |

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

Inmueble de 3 Plantas el cual se encuentra en buenas condiciones de habitabilidad, durante la visita domiciliaria se observa que la vivienda cuenta con todos los servicios Publicos, tiene buena iluminación, ventilación y buen aseo, asi mismo, el hogar tiene espacios amplios y esta amoblada. por ultimo, las vias de acceso se encuentran Pavimentadas y en optimas condiciones.

**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 70 años de edad, quien convive con su hijo, manifiesta que sus ingresos provienen de la pensión de su esposo, quien falleció, con los ingresos solventa sus gastos del hogar y satisface sus necesidades basicas. la persona mayor puede realizar diferentes actividades por si misma. Por otra parte, durante la visita domiciliaria se evidencio que la persona mayor vive en buenas condiciones de habitabilidad, padece de diabetes y osteoporosis y se encuentra en tratamiento medico. Por ultimo, se considera que el centro dia al barrio ha fortalecido los vinculos y la socialización de la Persona mayor con sus pares brindando bienestar y atención de su tiempo libre.

Ana Elvia Alfonso De Vespa
FIRMA DE QUIEN ATENDIÓ LA VISITA

Ana Elvia Alfonso De Vespa
NOMBRE Y CARGO DE QUIEN ATENDIÓ LA VISITA

41383670
NÚMERO DE CÉDULA DE QUIEN ATENDIÓ LA VISITA

Julie
FIRMA DE QUIEN REALIZO LA VISITA

Julie Estefania Gonzalez O.
NOMBRE DE QUIEN REALIZO LA VISITA

CC, 1012464565
NÚMERO DE CÉDULA DE QUIEN REALIZO LA VISITA

Powered by CamScanner

PROCESO INTEGRACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL

FORMATO VISITA DOMICILIARIA SERVICIO CENTROS DIA

Código: FOR.PRS.067
Versión: 8
Fecha: Marzo (2023/16/08 - 1368/2023)
Página: 1 de 3

MODALIDAD O ESTRATEGIA: Centro dia al barrio
CODIGO - Nº PROYECTO: 8991
NOMBRE DE LA UNIDAD OPERATIVA / LOTE: Lote 17
FECHA VISITA: DIA 17 MES 03 AÑO 23 HORA
VALIDACIÓN DE CONDICIONES: V. domiciliaria por Primera Vez
INGRESO:

PRIMER APELLIDO: Zuluaga
SEGUNDO APELLIDO: De Gomez
PRIMER NOMBRE: Flor
SEGUNDO NOMBRE: Elba
NOMBRE DIGITADO: 43401349
SEXO: HOMBRE [ ] MUJER [X] INTERSEXUAL [ ]
TIPO DE DOCUMENTO: RC [ ] TI [ ] CC [ ] PP [ ] CE [ ] NO TIEN [ ]
NUMERO DE DOCUMENTO:
FECHA DE NACIMIENTO: DIA 13 MES 01 AÑO 1949

## A. SITUACION DEL BENEFICIARIO

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

## B. ESTADO DE SALUD

¿EL BENEFICIARIO PRESENTA ENFERMEDAD DIAGNOSTICADA? SI [X] NO [ ]
ENFERMEDAD ACTUAL DIAGNOSTICADA: Hipertensión alta y artrosis

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

CUMPLE 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 (X))

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

¿UTILIZA AYUDAS TÉCNICAS?

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

## D. DATOS

| DIRECCION DEL DOMICILIO | TELEFONO / CELULAR | BARRIO / TELEFONO | LOCALIDAD / PARENTESCO | DESCRIPCION VIVIENDA | ESTRATO |
|---|---|---|---|---|---|
| CL 57 A Sur #66-09 | 3133259027 | Villa del Rio | Bosa | X casa ☐ otra | 3 |

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

## E. COMPOSICIÓN FAMILIAR

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

PERSONAS CON QUIEN VIVE

| Nombres y Apellidos | Parentesco | Edad | Escolaridad | Estado Civil | Actividad | Ocupación |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Flor Elba Zuluaga | Madre | 74 | Secundaria | Viuda | Oficios hogar | No aplica |
| Jose Dario Gomez | Hijo | 50 | Secundaria | Soltero | Trabajando | Emp. Publico |
| Diego Gomez | Hijo | 36 | Universitario | Soltero | Trabajando | Cuenta Propia |

No. Personas que Conviven: 3
¿HABITA EN LA MISMA VIVIENDA ALGUNA PERSONA QUE CONSUMA SPA? SI [ ] NO [X]
DESTINACIÓN DE LOS INGRESOS: ____
TIENE INGRESOS PROPIOS? ¿DE DONDE PROVIENEN LOS INGRESOS? ____
PROMEDIO DE INGRESOS MENSUALES: 0
¿CUÁL ES LA PERIODICIDAD DE LOS INGRESOS? DIARIA [ ] SEMANAL [ ] QUINCENAL [ ] MENSUAL [ ] OTRO [ ]

## F. 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: 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 [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 [ ] CARTÓN [ ] 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 |
|---|---|---|
| HABITACIONES | 3 | |
| COCINAS | 1 | |
| BAÑOS | 2 | |
| COMEDORES | 1 | |
| SALAS | 1 | |
| LAVADEROS | 1 | |
| PATIOS | 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 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 ALGUNOS DE LOS SIGUIENTES FACTORES DE RIESGO**

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

**ESTADO DE LAS VIAS DE ACCESO**

PEATONALES Y NO LLEGAN VEHICULOS:
EN RUINA:
DESTAPADA:
PAVIMENTADO:

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

Inmueble de 2 plantas, el cual se encuentra en buenas condiciones de habitabilidad, durante la visita domiciliaria se evidencia que la vivienda cuenta con todos los servicios publicos, tambien con buena iluminacion, ventilacion y aseo, tiene espacios amplios y se encuentra amoblada. por ultimo las vias de acceso se evidencian pavimentadas.

**H. RIESGOS IDENTIFICADOS**

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

CUAL?

OBSERVACIONES

**I. CONCEPTO PROFESIONAL**

Persona mayor de 74 años de edad, con tipologia familiar monoparental, indica no tener ingresos economicos fijos ya q hijos la ayudan y estan al tanto de los gastos del hogar, por otra parte, se evidencio durante la visita domiciliaria que la persona mayor vive en buenas condiciones de habitabilidad. padece de hipertension alta y asmasis y se encuentra en tratamiento medico. se considera que el centro dia al basto fortalece las redes de apoyo, participacion y socializacion con sus pares para el bienestar y desarrollo de habilidades de la persona mayor.

FIRMA DE QUIEN ATENDIÓ LA VISITA

NOMBRE Y CARGO DE QUIEN ATENDIÓ LA VISITA: 43401349

NUMERO DE CÉDULA DE QUIEN ATENDIO LA VISITA

FIRMA DE QUIEN REALIZO LA VISITA

NOMBRE DE QUIEN REALIZÓ LA VISITA: Julie Gonzalez Orozco

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-PRS-561
Versión 0
Fecha: Marzo 01/2016 - 1356:04:00
Página: 1 de 3

| MODALIDAD O ESTRATEGIA | CODIGO - Nº PROYECTO | NOMBRE DE LA UNIDAD OPERATIVA / LOTE | FECHA VISITA |
|---|---|---|---|
| Centro día al barrio | 6991 | lote 77 | DIA 22 MES 03 AÑO 23 HORA |

VALIDACIÓN DE CONDICIONES — MOTIVO: V. domiciliaria los Pinares VPE

| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE |
|---|---|---|---|
| Rincon | Medina | Antonio | Jose |

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

| TIPO DE DOCUMENTO | NUMERO DE DOCUMENTO | FECHA DE NACIMIENTO |
|---|---|---|
| RC [ ] TI [ ] CC [X] PP [ ] CE [ ] NO TIEN [ ] | 1039502 6 | DIA 28 MES 04 AÑO 1960 |

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 [X] NO [ ]

ENFERMEDAD ACTUAL DIAGNOSTICADA: Parkinson, hipertension arterial

| | 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 COMUNITARIA [ ] CUAL? [ ]

C. DISCAPACIDAD

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

TIPO DE DISCAPACIDAD: Transtorno cognitivo Parkinson

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 |
|---|---|---|
| BASTÓN | X | |
| MULETAS | | X |
| SILLA DE RUEDAS | | X |

OTRO CUAL? [ ]

D. DATOS

| DIRECCION DEL DOMICILIO | TELEFONO | BARRIO | LOCALIDAD | ESTRATO |
|---|---|---|---|---|
| CL 54 Bis Sur # 70-18 | 9078272 CELULAR 3125280299 | Villa del rio | Bosa | URBANO [X] RURAL [ ] 3 |

| LA PERSONA ES SUJETO DE CUIDADO? | CUIDADOR | TELEFONO | PARENTESCO | VIVE CON EL BENEFICIARIO |
|---|---|---|---|---|
| SI [X] NO [ ] | Lina Katerine Narvaez | 3218507799 | Esposa | SI [X] NO [ ] |

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

DATOS FAMILIARES

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

PERSONAS CON QUIEN VIVE

| Nombres y Apellidos | Parentesco | Edad | Escolaridad | Estado Civil | Actividad | Ocupación |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Antonio Jose Rincon Medina | Jefe hogar | 63 | Secundaria | Casado | Oficios hogar | NO APLICA |
| Lina Katerine Narvaez | Esposa | 59 | Bachiller | Casada | Pensionada | NO APLICA |
| Yael Rincon Narvaez | Hijo | 14 | Secundaria | Soltero | Estudiando | No aplica |
| Jean Carlo Rincon Narvaez | Hijo | 13 | Secundaria | Soltero | Estudiando | NO aplica |

No. Personas que Conviven: 4

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

DESTINACIÓN DE LOS INGRESOS: [ ]

TIENE INGRESOS PROPIOS? [ ]

¿DE DONDE PROVIENEN LOS INGRESOS? [ ]

PROMEDIO DE INGRESOS MENSUALES: 0

¿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 [ ] CARO [ ] CALLE [ ] CASA LOTE [ ] RESIDENCIA [ ] LUGAR DE TRABAJO [ ] RANCHO [ ] FINCA [ ]

TENENCIA: PROPIA [X] ARRENDADA [ ] INVENTARIADO [ ] 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: RUINA [ ] 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]

ILUMINACIÓN: BUENA [X] REGULAR [ ] MALA [ ]

VENTILACIÓN: BUENA [X] REGULAR [ ] MALA [ ]

ASEO: BUENA [ ] REGULAR [X] 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 | | COMEDORES | 1 | | PATIOS | 1 | |
| COCINAS | 1 | | SALAS | 1 | | | | |
| BAÑOS | 2 | | LAVADEROS | 1 | | | | |

## PRESENCIA DE ANIMALES EN LA VIVIENDA

| | | CUAL? |
|---|---|---|
| DOMESTICOS | X | Conejos y 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 | | Consumo SPA |
| BASURERO | | ZONA DE RIESGO FISICO(deslizamiento, inundación) | | |
| AGUAS NEGRAS | | OTRO | X | |

### ESTADO DE LAS VIAS DE ACCESO

| | |
|---|---|
| | PENDIENTES Y NO LLEGAN VEHICULOS |
| | EN RUINA |
| | OBSTAPADA |
| X | 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, tiene buena iluminación y ventilación, Pero el aseo se evidencia regular debido a que la casa huele a orines de las mascotas y procuran mantener limpio el hogar, Por otra Parte, la vivienda se encuentra amoblada y cuenta con espacios amplios. Por ultimo, las vias de acceso estan Pavimentadas. Manifiesta que en el barrio hà evidenciado consumo de SPA.

## H. RIESGOS IDENTIFICADOS

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

### OBSERVACIONES

## I. CONCEPTO PROFESIONAL

Persona mayor de 67 años de edad, con tipologia familiar nuclear, la Persona mayor no cuenta con ingresos economicos, indica que quien Solventa los gastos del hogar y le colabora con sus gastos Personales es su esposa. Por otra Parte, manifiesta tener dificultades economicas, ya que tienen otros gastos de los cuales no Pueden cubrir Por la falta de ingresos. La Persona mayor vive en buenas condiciones de habitabilidad Por ultimo, las actividades del centro dia al barrio han fortalecido la interacción, Socialización y Participación de la Persona mayor con sus Pares, Para una vejez feliz y Sana.

FIRMA DE QUIEN ATENDIÓ LA VISITA

Antonio Jose Rincon Medina

NOMBRE Y CARGO DE QUIEN ATENDIÓ LA VISITA

1939 5026

NÚMERO DE CÉDULA DE QUIEN ATENDIÓ LA VISITA

FIRMA DE QUIEN REALIZÓ LA VISITA

Julie Gonzalez Orozco

NOMBRE DE QUIEN REALIZÓ LA VISITA

cc. 1012464505

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-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 | Bachiller 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 [ ] MUY MAL 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 [ ] CODIGO [ ] 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 | [ ] | PATIOCHE | [ ] | 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 | [ ] | MUEBLES ESTADO | [ ] |
| | | | | | | | | | | ACEPTABLE | [X] |

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

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

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 REM [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 [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 TÉCNICAS?

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

D. DATOS

| DIRECCION DEL DOMICILIO | TELEFONO / CELULAR | BARRIO | LOCALIDAD | ESTRATO |
|---|---|---|---|---|
| Kr 68 B # 57 F - 24 Sur | 3934626 / 3153605000 | Villa Del Rio | Bosa | 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? 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 [ ] 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 | Soltera | 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 DPAT? 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 [ ] PARCHE [ ] PUENTE [ ]
REFUGIO NATURAL [ ] VIVIENDA MOVIL [ ] INSTITUCION [ ]
RIVERA DEL RIO [ ] CARO [ ] CALLE [ ]
CASA LOTE [ ] RESIDENCIA [ ] LUGAR DE TRABAJO [ ]
RANCHO [ ] 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

| ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL | PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL<br><br>FORMATO VISITA DOMICILIARIA DE SEGUIMIENTO A LAS PERSONAS MAYORES, CENTRO DÍA | Código: FOR-PSS-388<br>Versión: 1<br>Fecha: Memo I2022016490 – 13/05/2022<br>Página: 1 de 1 |
|---|---|---|

| Fecha: 29/03/2023 | Hora: 1:00pm. | Centro Día: Centro día al barrio |
|---|---|---|
| Nombre de la persona mayor | Gloria Ines Martinez Guzman | |
| N° documento de identificación | 31898609 | |
| Nombre (s) de quien (es) realiza(n) la visita domiciliaria | Julie Estefania Gonzalez Orozco | |

| PLANEACIÓN DE LA VISITA DOMICILIARIA DE SEGUIMIENTO |
|---|
| El propósito de la visita domiciliaria se realiza con el objetivo de comprender y verificar las condiciones de habitabilidad, familiares, económicas, sociales y físicas en las que se encuentra la persona mayor, reuniendo datos que faciliten la identificación de posibles factores de riesgo o vulneración que pueda enfrentar la persona mayor, con el fin de mejorar su calidad de vida. |
| RESULTADO DE VISITA DOMICILIARIA DE SEGUIMIENTO |
| Persona mayor de 61 años con tipologia familiar pareja sin hijos, se verifica que las condiciones de habitabilidad en el hogar son buenas, contando con todos los servicios publicos, tambien con buena iluminación, ventilación y aseo, Por otra parte, se observa que tiene buenas relaciones familiares y no se presenta factores de riesgo Por ultimo la persona mayor no tiene limitos para realizar las actividades que le gusta. |

| Firma de la persona mayor | Gloria I. Martinez G | |
|---|---|---|
| Nombre de persona mayor | Gloria Ines Martinez Guzman | |
| Número de identificación persona mayor | 31898609 | |
| Nombre(s) de quien(es) realiza(n) la visita domiciliaria | Julie Estefania Gonzalez O. | Julie Estefania Gonzalez O. |
| Firma de quien(es) realiza(n) la visita domiciliaria | | CC. 1012464565 |

Tratamiento de datos personales: los datos personales aquí consignados tienen carácter confidencial, razón por la cual es un deber y un compromiso de los asistentes y de la Secretaria Distrital de Integración Social no divulgar información alguna en propósito diferente a la de este registro so pena de las sanciones legales a que haya lugar de acuerdo con la Ley 1581 de 2012 y Decreto 1377 de 2013.

Powered by CamScanner

| ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL | PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL<br><br>FORMATO VISITA DOMICILIARIA DE SEGUIMIENTO A LAS PERSONAS MAYORES, CENTRO DÍA | Código: FOR-PSS-388<br>Versión: 1<br>Fecha: Memo I2022016490 – 13/05/2022<br>Página: 1 de 1 |
|---|---|---|

| Fecha: 21-03-2023 | Hora: 10:00 AM | Centro Día: Centro día al barrio |
|---|---|---|
| Nombre de la persona mayor | Edwin Dario Cifuentes | |
| N° documento de identificación | 19'156.521. | |
| Nombre (s) de quien (es) realiza(n) la visita domiciliaria | Claudia Vallejo Fula | |

| PLANEACIÓN DE LA VISITA DOMICILIARIA DE SEGUIMIENTO |
|---|
| El propósito de la visita domiciliaria se realiza con el objetivo de comprender y verificar las condiciones de habitabilidad, familiares, económicas, sociales y físicas en las que se encuentra la persona mayor, reuniendo datos que faciliten la identificación de posibles factores de riesgo o vulneración que pueda enfrentar la persona mayor, con el fin de mejorar su calidad de vida. |
| RESULTADO DE VISITA DOMICILIARIA DE SEGUIMIENTO |
| Persona mayor de 72 años, con tipología familiar nuclear, refiere tener buenos relaciones familiares, e ingresos propios. La tenencia de la vivienda es arrendada, la cual tiene acceso a todos los servicios públicos, su iluminación, ventilación y aseo es bueno. Asiste al programa para poder fortalecer sus habilidades funcionales y una mejor calidad de vida. Por último no se evidencian factores de riesgo, ni problemáticas. |

| Firma de la persona mayor | | |
|---|---|---|
| Nombre de persona mayor | Edwin Dario Cifuentes. | |
| Número de identificación persona mayor | 19'156.521. | |
| Nombre(s) de quien(es) realiza(n) la visita domiciliaria | Claudia Vallejo Fula | |
| Firma de quien(es) realiza(n) la visita domiciliaria | Claudia Vallejo. | 1010174558. |

Tratamiento de datos personales: los datos personales aquí consignados tienen carácter confidencial, razón por la cual es un deber y un compromiso de los asistentes y de la Secretaría Distrital de Integración Social no divulgar información alguna en propósito diferente a la de este registro so pena de las sanciones legales a que haya lugar de acuerdo con la Ley 1581 de 2012 y Decreto 1377 de 2013.

Powered by CamScanner

PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL

FORMATO VISITA DOMICILIARIA SERVICIO CENTROS DIA

Código: P1M.FR58.M01
Versión: 0
Fecha: Marzo 02/2016 hasta 13/03/2023
Página: 1 de 3

| MODALIDAD O ESTRATEGIA | CÓDIGO – Nº PROYECTO | NOMBRE DE LA UNIDAD OPERATIVA / LOTE | FECHA VISITA |
|---|---|---|---|
| Centro día el bosque | 8991 | Lote 77 | DIA 21 MES 03 AÑO 23 HORA |

MOTIVO DE LA VISITA: Visita domiciliaria por primera vez

| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE |
|---|---|---|---|
| Chaparro | De Hernandez | Maria | Blanca |

NOMBRE CENTRURO

SEXO: ☐ HOMBRE ☒ MUJER ☐ INTERSEXUAL

| TIPO DE DOCUMENTO | NUMERO DE DOCUMENTO | FECHA DE NACIMIENTO DIA | MES | AÑO |
|---|---|---|---|---|
| PC ☐ PP ☐ TI ☐ CE ☐ CC ☒ NO TIEN ☐ | 51658365 | 11 | 01 | 1958 |

A. SITUACIÓN DEL BENEFICIARIO

SE ENCUENTRA EN SITUACIÓN DE VULNERABILIDAD

DESPLAZAMIENTO ☐ PROSTITUCIÓN ☐
MENDICIDAD ☐ OTRO ☐
DESEMPLEO ☐

CUAL

B. ESTADO DE SALUD

¿EL BENEFICIARIO PRESENTA ENFERMEDAD DIAGNOSTICADA? SI ☒ NO ☐

ENFERMEDAD ACTUAL DIAGNOSTICADA: Hipotiroidismo

| | 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 COMUNIDAD ☐ CUAL? ____

C. 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? SI ☐ NO ☒

BASTÓN ☐ MULETAS ☐ SILLA DE RUEDAS ☐ OTRO CUAL? ____

D. DATOS

| DIRECCIÓN DEL DOMICILIO | TELÉFONO | BARRIO | LOCALIDAD | UBICACIÓN GEOGRÁFICA | ESTRATO |
|---|---|---|---|---|---|
| Kr 65 # 55A - 55 | 2368383 | Villa del Rio | Bosa | ☒ URBANA ☐ RURAL | 3 |
| | CELULAR 3132206368 | | | | |

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

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

DATOS FAMILIARES

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

PERSONAS QUE VIVEN CON EL BENEFICIARIO

| Nombres y Apellidos | Parentesco | Edad | Escolaridad | Estado Civil | Actividad | Ocupación |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Maria Blanca Chaparro | ESPOSA | 66 | Secundaria | Casada | Oficios hogar | No aplica |
| Oliverio Hernandez | Conyuge | 67 | Secundaria | Casado | Pensionado | No aplica |
| Lizeth Hernandez C. | Hija | 29 | Universitaria | Soltera | Independiente | Enf. profesional |
| Maria Alicia Chaparro T. | Hermana | 61 | Primaria | Soltera | Sin actividad | No aplica |

No. Personas que Conviven: 4

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

TIENE INGRESOS PROPIOS ?

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 | ☒ | CAMBUCHE | ☐ | REFUGIO NATURAL | ☐ | RIVERA 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 ☒ | DIARIA ☐ | CONSTRUIDA ☒ | RUINA ☐ |
| ARRENDADA ☐ | SEMANAL ☐ | EN CONSTRUCCION ☐ | DEMOLICION ☐ |
| AMORTIZANDO ☐ | QUINCENAL ☐ | OBRA NEGRA ☐ | BUEN ESTADO ☐ |
| OTRA ☐ CUAL ____ | MENSUAL ☐ | | ACEPTABLE ☒ |
| | OTRO ☐ CUAL ____ | | |

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

| 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**

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

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

¿SE EVIDENCIA PRESENCIA DE ALCOHOL, COLILLAS DE CIGARRILLO O BAZA? — 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**

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

**ESTADO DE LAS VIAS DE ACCESO**

| | |
|---|---|
| | PENDIENTES Y NO LLEGAN VEHICULOS |
| | EN RUANA |
| | 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 muy buena iluminación, ventilación y aseo, esta amoblada y tiene espacio amplio. las 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 64 años de edad con tipología familiar compuesta indica no tener ingresos propios y quien solventa los gastos del hogar es su esposo y esporadicamente su esposo la ayuda satisfaces sus necesidades basicas. Padece de hipotiroidismo y se encuentra en tratamiento medico, por otra parte la Persona mayor vive en buenas condiciones de habitabilidad se recomienda asistir a centro dia al cual tendra la participación, socialización y ocupación del tiempo libre brindando bienestar a la Persona mayor.

María Blanca Chaparro de Hernández
FIRMA DE QUIEN ATENDIÓ LA VISITA

María Blanca Chaparro de Hernández
NOMBRE Y CARGO DE QUIEN ATENDIÓ LA VISITA

CC. 51.658.565 D.C.
NÚMERO DE CÉDULA DE QUIEN ATENDIÓ LA VISITA

FIRMA DE QUIEN REALIZÓ LA VISITA

Julie Gonzalez 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-PSS 087
Versión: 0
Fecha: Marzo 03/2016 – 13/04/2022
Página: 1 de 3

MODALIDAD O ESTRATEGIA: Centro día al barrio
CODIGO - Nº PROYECTO: 8991
NOMBRE DE LA UNIDAD OPERATIVA / LOTE: Lote 77
FECHA VISITA: DIA 16 MES 05 AÑO 23 HORA
VALIDACIÓN DE CONDICIONES: Visita domiciliaria Por primera vez

| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE |
|---|---|---|---|
| Ballen | Ascencio | Luz | Marina |

NOMBRE DOCUMENTO | SEXO: HOMBRE [ ] MUJER [X] INTERSEXUAL [ ]

TIPO DE DOCUMENTO: RC [ ] TI [ ] CC [X] PP [ ] CE [ ] NO TIEN [ ]
NUMERO DE DOCUMENTO: 21057384
FECHA DE NACIMIENTO: DIA 27 MES 08 AÑO 1957

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 [X] NO [ ]
ENFERMEDAD ACTUAL DIAGNOSTICADA: Pre - 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

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

* Marque con (X)

¿UTILIZA AYUDAS TECNICAS?

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

D. DATOS

| DIRECCIÓN DEL DOMICILIO | TELEFONO / CELULAR | BARRIO | LOCALIDAD | UBICACIÓN GEOGRÁFICA | ESTRATO |
|---|---|---|---|---|---|
| Cl 57 D # 70 A - 42 | 8023303 / 3134294427 | Villa Del Rio | Bosa | X Urbano ☐ 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 [ ] COMPUESTA [ ] NUCLEAR [X] MONOPARENTAL [ ] EXTENSA [ ] PAREJA SIN HIJOS-AS [ ] SIMULTÁNEAS [ ]

PERSONAS CON QUIEN VIVE

| Nombres y Apellidos | Parentesco | Edad | Escolaridad | Estado Civil | Actividad | Ocupación |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Alcides Vargas Vargas | Jefe Hogar | 64 | Secund. Incom | Union Libre | Trabajando | No aplica |
| Luz Marina Ballen A. | Conyuge | 65 | Secund. Incom | Union Libre | Oficios Hogar | No aplica |
| German Alberto Murcia | Hijo | 37 | Univer. Com. | Soltero | Trabajando | Cuenta Pro. |
| Oscar Alfonso Vargas | Hijo | 31 | Secund. Com. | Soltero | Trabajando | Emp. Parti. |

Nº. Personas que Conviven: 4

¿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: RUINA [ ] 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 [ ] REGULAR [ ] MALA [ ]
PISOS: MADERA [ ] TIERRA [ ] CEMENTO [ ] BALDOSA [X] OTRO [ ] CUAL ____

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

| | Nº | COMPARTIDOS | | Nº | COMPARTIDOS | | Nº | COMPARTIDOS |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| HABITACIONES | 3 | | COMEDORES | 1 | | PATIOS | 1 | |
| COCINAS | 1 | | SALAS | | | | | |
| BAÑOS | 2 | | 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 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 2 Plantas, la cual se encuentra en condiciones de habitabilidad en buen estado, la vivienda cuenta con todos los servicios publicos, buena iluminación, aseo y ventilación, se evidencia en el hogar un taller de madera, las 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 de 65 años de edad, con tipologia familiar nuclear, indica no tener ingresos economicos y quien aporta economicamente en el hogar es su pareja y sus hijos, tambien ayudan en ocasiones con los gastos personales de la persona mayor, se encuentra viviendo en buenas condiciones de habitabilidad, No se evidencian riesgos. Por ultimo, la persona mayor padece de Pre - diabetes y se encuentra en tratamiento medico.

Luz Marina Ballen.
FIRMA DE QUIEN ATENDIÓ LA VISITA

Luz Marina Ballen
NOMBRE Y CARGO DE QUIEN ATENDIÓ LA VISITA

21057384.
NÚMERO DE CÉDULA DE QUIEN ATENDIÓ LA VISITA

Julie
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 CENTROS DIA

Código: FOR-PSS-047
Versión: 0
Fecha: Mayo 2023 (18/05 – 13/05/2023)
Página 1 de 3

MODALIDAD O ESTRATEGIA: Centro día al barrio | CODIGO - Nº PROYECTO: 8991 | NOMBRE DE LA UNIDAD OPERATIVA / LOTE: Lote 77 | FECHA VISITA: DIA 24 MES 03 AÑO 23 HORA

VALORACIÓN DE CONDICIONES: Visita domiciliaria por primera vez

| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE |
|---|---|---|---|
| Bafna | De Villa | Flor | Elena |

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

| TIPO DE DOCUMENTO | NUMERO DE DOCUMENTO | FECHA DE NACIMIENTO DIA | MES | AÑO |
|---|---|---|---|---|
| RC [ ] TI [ ] CC [ ] CE [ ] NO TIENE [X] | 39634460 | 11 | 04 | 1955 |

A. SITUACIÓN DEL BENEFICIARIO

SE ENCUENTRA EN SITUACIÓN DE VULNERABILIDAD

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

B. ESTADO DE SALUD

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

ENFERMEDAD ACTUAL DIAGNOSTICADA: Hipertensión arterial 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 [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 | UBICACION GEOGRAFICA | ESTRATO |
|---|---|---|---|---|---|
| Kr 66A #57C-48 Sur | 7241948 / 3105778834 | Bosa | Villa del Rio | Rural [ ] Urbano [X] | 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 [ ] | COMPUESTA [ ] | NUCLEAR [X] | MONOPARENTAL [ ] | MONOPARENTAL [ ] | EXTENSA [ ] | PAREJA SIN HIJOS [ ] | SIMULTÁNEAS [ ]

PERSONAS CON QUIEN VIVE

| Nombres y Apellidos | Parentesco | Edad | Escolaridad | Estado Civil | Actividad | Ocupación |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Juan Bautista Villa R. | Jefe hogar | 77 | Secund. Com. | Casado | Trabajando | Cuenta Propia |
| Elsa Elena Bafna de V. | Conyuge | 68 | Secund. incom | Casada | Pensiona | Cuenta Propia |
| Ruben Dario Villa Bafna | Hijo | 40 | Tecnico. incom | Soltero | Trabajando | cuenta Propia |

No. Personas que Conviven: 3

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

TIENE INGRESOS PROPIOS ?

PROMEDIO DE INGRESOS MENSUALES: 1'200.000

DESTINACION DE LOS INGRESOS: Gastos del hogar y Personal

¿DE DONDE PROVIENEN LOS INGRESOS?: Arriendo de casa

¿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 | [ ] |
| CUARTO O CUARTOS | [ ] | PARCHE | [ ] | VIVIENDA INDIG. | [ ] | 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 [X] CUAL: Hijos | DIARIA [ ] SEMANAL [ ] QUINCENAL [ ] MENSUAL [ ] OTRO [ ] CUAL: | CONSTRUIDA [X] EN CONSTRUCCION [ ] OBRA NEGRA [ ] | RUINA [ ] DEMOLICION [ ] BUEN ESTADO [X] ACEPTABLE [ ] |

| SERVICIOS PUBLICOS | | | | | | ILUMINACION | | VENTILACION | | ASEO | | PISOS | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AGUA | [X] | ACUEDUCTO | [X] | ALUMBRADO PUBLICO | [X] | BUENA | [ ] | BUENA | [X] | BUENA | [X] | MADERA | [ ] | BALDOSA | [X] |
| LUZ | [X] | GAS NATURAL | [X] | ALCANTARILLADO | [X] | 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 | | Nº | COMPARTIDOS | | Nº | COMPARTIDOS |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| HABITACIONES | 3 | | COMEDORES | 1 | | PATIOS | 1 | |
| COCINAS | 1 | | SALAS | 1 | | | | |
| BAÑOS | 2 | | 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 BPA? | | 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

- [ ] PEATONALES Y NO LLEGAN VEHICULOS
- [ ] EN TIERRA
- [ ] DESTAPADA
- [X] PAVIMENTADO

## G. OBSERVACIONES DE CONDICIONES HABITACIONALES ANTERIORMENTE DESCRITAS

Inmueble de 2 Plantas, la vivienda cuenta con todos los servicios Publicos, buenas condiciones de habitabilidad como iluminacion, buen aseo y Ventilación, así mismo la casa tiene espacios amplios y se encuentra amoblada. Las vias de acceso son Pavimentadas. La tenencia es Propia de sus hijos.

## 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 67 años de edad, con tipologia familiar nuclear, cuenta con un ingreso economico que previene de la renta de una casa y con eso solventa gastos del hogar y satisface sus necesidades basicas junto con los ingresos de su esposo. Menciona que cuenta con la ayuda y el apoyo de sus hijos, la persona mayor vive en buenas condiciones de habitabilidad. Por ultimo, la persona mayor padece de hipertensión arterial alta y se encuentra en tratamiento medico.

FIRMA DE QUIEN ATENDIÓ LA VISITA

Elsa Elena de Ville

NOMBRE Y CARGO DE QUIEN ATENDIÓ LA VISITA

39634460.

NÚMERO DE CÉDULA DE QUIEN ATENDIÓ LA VISITA

FIRMA DE QUIEN REALIZÓ LA VISITA

Julie Gonzalez Orozco

NOMBRE DE QUIEN REALIZÓ LA VISITA

CC. 1012464365.

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

FORMATO VISITA DOMICILIARIA SERVICIO CENTROS DIA

| | |
|---|---|
| Código: FOR-PSS-567 | |
| Versión: 6 | |
| Fecha: Memo 20222016490 – 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 77 | DIA 17 | MES 03 | AÑO 23 | HORA |

VALIDACIÓN DE CONDICIONES — MOTIVO: Visita domiciliaria por Primera Vez

| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE |
|---|---|---|---|
| Ayala | Parra | Maria | Susana |

NOMBRE IDENTITARIO

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

| TIPO DE DOCUMENTO | NUMERO DE DOCUMENTO | FECHA DE NACIMIENTO | | |
|---|---|---|---|---|
| RC [ ] TI [ ] CC [X] PP [ ] CE [ ] NO TEN [ ] | 21108770 | DIA 28 | MES 10 | AÑO 1953 |

## A. SITUACION DEL BENEFICIARIO

SE ENCUENTRA EN SITUACIÓN DE VULNERABILIDAD

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

## B. ESTADO DE SALUD

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

ENFERMEDAD ACTUAL DIAGNOSTICADA: Diabetes y Osteoporosis

| | 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 TÉCNICAS?

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

## D. DATOS

| DIRECCION DEL DOMICILIO | TELEFONO | BARRIO | LOCALIDAD | UBICACIÓN GEOGRAFICA | ESTRATO |
|---|---|---|---|---|---|
| Kr 72 A Bis # 54 A - 53 S Pl. 2 | CELULAR 3133171988 | Olaria | Bosa | [X] URBANO [ ] RURAL | 2 |

| 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 | X | NUCLEAR | | HOMOPARENTAL | | MONOPARENTAL | | EXTENSA | | PAREJA SIN HIJOS-AS | | SIMULTÁNEAS | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

PERSONAS CON QUIEN VIVE

| Nombres y Apellidos | Parentesco | Edad | Escolaridad | Estado Civil | Actividad | Ocupación |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Maria Susana Ayala Parra | Jefe de la Familia | 69 | Primaria Comp. | Soltera | Pensionada | No aplica |
| Catalina Rodriguez Florez | Nieta | 26 | Univer. Incom. | Soltera | Trabajando | Emp. Particular |



Powered by CamScanner

| No. Personas que Conviven | 2 |
|---|---|

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

TIENE INGRESOS PROPIOS ? SI [X] NO [ ]

DESTINACIÓN DE LOS INGRESOS: Gastos Personales y hogar

¿DE DONDE PROVIENEN LOS INGRESOS?: Pensión

PROMEDIO DE INGRESOS MENSUALES: 1'200.000

¿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 | | PARCHE | | 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 | | ACEPTABLE | X |
| 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 | X | MADERA | | BALDOSA | X |
| LUZ | X | GAS NATURAL | X | ALCANTARILLADO | X | REGULAR | | REGULAR | | REGULAR | | TIERRA | | OTRO | |
| TELEFONO | | 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 | 2 | | COMEDORES | 1 | | PATIOS | 1 | |
| COCINAS | 1 | | SALAS | 1 | | | | |
| BAÑOS | 1 | | LAVADEROS | 1 | | | | |

PRESENCIA DE ANIMALES EN LA VIVIENDA

| | | |
|---|---|---|
| DOMESTICOS | X | CUAL? Pajaro |
| 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

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| EXPENDIO DE DROGAS | X | 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 | |
| PAVIMENTADO | X |

## G. OBSERVACIONES DE CONDICIONES HABITACIONALES ANTERIORMENTE DESCRITAS

Inmueble de 3 Plantas, la Persona mayor vive en el 2 Piso, la cual la Vivienda se encuentra en buenas condiciones de habitabilidad, Cuenta con todos los servicios Publicos, la vivienda esta con buena Iluminación, Ventilación y aseo. Los espacios del Inmueble son amplios. y las Vias de acceso se evidencian Pavimentas.

## 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 69 años de edad quien convive con su nieta, manifiesta que con la Pensión Satisface Sus necesidades basicas y Solventa Sus gastos en el hogar, a pesar de esto, indica tener

Powered by CamScanner

dificultades economicas debido a que no es suficiente los recursos economicos para solventar los demas gastos. La persona mayor puede realizar diferentes actividades por si misma, tambien la vivienda donde reside esta en buenas condiciones de habitabilidad. Por ultimo, La Persona mayor padece de Diabetes y Osteoporosis y se encuentra en tratamiento medico.

Yaira Susana ayala Para
FIRMA DE QUIEN ATENDIÓ LA VISITA

Yaira Susana ayala Para
NOMBRE Y CARGO DE QUIEN ATENDIÓ LA VISITA

21108770
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 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-IPSS-087
Versión: 0
Fecha: Memo 20220156490 – 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 29 MES 03 AÑO 23 HORA |

VALIDACIÓN DE CONDICIONES — MOTIVO: Visita domiciliaria por primera vez

| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE |
|---|---|---|---|
| Aya | Hernan | Maria | Dioselina |

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

| TIPO DE DOCUMENTO | NUMERO DE DOCUMENTO | FECHA DE NACIMIENTO |
|---|---|---|
| RC [ ] TI [ ] C.C [X] P.P [ ] C.E [ ] NO TIEN [ ] | 41519632 | DIA 22 MES 04 AÑO 1947 |

A. SITUACIÓN DEL BENEFICIARIO

SE ENCUENTRA EN SITUACIÓN DE VULNERABILIDAD — CUAL:

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

B. ESTADO DE SALUD

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

ENFERMEDAD ACTUAL DIAGNOSTICADA: Hipertensión

| | 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 TÉCNICAS? SI [ ] NO [X]

BASTÓN [ ] MULETAS [X] SILLA DE RUEDAS [X] OTRO CUAL? [ ]

D. DATOS

| DIRECCIÓN DEL DOMICILIO | TELEFONO / CELULAR | BARRIO | LOCALIDAD | ESTRATO |
|---|---|---|---|---|
| Kr 69 # 54 A - 47 | (601) 710 01 26 | Villa Del Rio | Bosa | 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 [X] NO [ ] | Prima | MENOR DE EDAD ___ PERSONA CON DISCAPACIDAD ___ PERSONA MAYOR [X] OTRO ___ |

E. COMPONENTE FAMILIAR

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

PERSONAS CON QUIEN VIVE

| Nombres y Apellidos | Parentesco | Edad | Escolaridad | Estado Civil | Actividad | Ocupación |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Nohelis Ducuara | Jefe del hogar | 61 | Primaria Comp. | Soltera | Pensionada | No aplica |
| Maria Dioselina Aya H. | Prima | 75 | Primaria Inc. | Soltera | | |

No. Personas que Conviven: 2

¿HASTA EN LA MISMA VIVIENDA ALOJAN PERSONA QUE CONSUMA SPA? SI [ ] NO [X]

TIENE INGRESOS PROPIOS? SI [X] NO [ ]

DESTINACIÓN DE LOS INGRESOS: Gastos Personales y hogar

¿DE DONDE PROVIENEN LOS INGRESOS? Venta de tamales

PROMEDIO DE INGRESOS MENSUALES: 100.000

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

F. TIPO DE VIVIENDA

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CASA O APARTAMENTO | X | CAMBUCHE | | REFUGIO NATURAL | | RIVERA DEL RIO | | CASA LOTE | | RANCHO | |
| CUARTO O CUARTOS | | PARCHE | | 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 [ ] ARRENDADA [ ] AMORTIZANDO [ ] OTRA [ ] CUAL | DIARIA [ ] SEMANAL [ ] QUINCENAL [ ] MENSUAL [ ] OTRO [ ] CUAL | CONSTRUIDA [X] EN CONSTRUCCION [ ] OBRA NEGRA [ ] | RUINA [ ] DEMOLICION [ ] BUEN ESTADO [ ] ACEPTABLE [X] |

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

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

Powered by CamScanner

**ESPACIOS**

| | Nº | COMPARTIDOS | | Nº | COMPARTIDOS | | Nº | COMPARTIDOS |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| HABITACIONES | 3 | | COMEDORES | | | PATIOS | 1 | |
| COCINAS | 1 | | SALAS | 1 | | | | |
| BAÑOS | 2 | | 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 BPA? | | 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 de habitabilidad Contando con iluminación, Ventilación, aseo y todos los Servicios Publicos, Por otra parte, las Vias de acceso que se Encuentran Cerca de la Vivienda 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 75 años de edad, quien convive con su Prima, manifiesta que sus ingresos Provienen de las Ventas de tamales que realiza y sus ganancias no superan un SMLMV, con sus ingresos aporta y solventa sus gastos Personales y del hogar. Menciona que ha vivido con su Prima durante varios años y es ella quien cuida a la señora Maria. Se Percibe que la Persona mayor vive en buenas condiciones habitacionales. Por ultimo, la Persona mayor Padece de hipertension y se encuentra en tratamiento medico.

M. Dioselina Ayza
FIRMA DE QUIEN ATENDIÓ LA VISITA

M. Dioselina Ayza
NOMBRE Y CARGO DE QUIEN ATENDIÓ LA VISITA

41519639
NÚMERO DE CÉDULA DE QUIEN ATENDIÓ LA VISITA

FIRMA DE QUIEN REALIZÓ LA VISITA

Julie González Orozco
NOMBRE DE QUIEN REALIZÓ LA VISITA

CC. 1072464565
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

FORMATO VISITA DOMICILIARIA SERVICIO CENTROS DIA

Código FOR-IPSS-067
Versión: 8
Fecha: Memo 20220154490 – 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 77 | DIA 17 MES 03 AÑO 23 HORA |

VALIDACIÓN DE CONDICIONES — MOTIVO:
Visita domiciliaria por primera vez

| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE |
|---|---|---|---|
| Rojas | Garcia | Nelson | Edgar |

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

| TIPO DE DOCUMENTO | NUMERO DE DOCUMENTO | FECHA DE NACIMIENTO DIA | MES | AÑO |
|---|---|---|---|---|
| RC [ ] TI [ ] CC [X] PP [ ] CE [ ] NO TIENE [ ] | 79234224 | 11 | 10 | 1961 |

## A. SITUACION DEL BENEFICIARIO

SE ENCUENTRA EN SITUACIÓN DE VULNERABILIDAD

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

## B. ESTADO DE SALUD

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

ENFERMEDAD ACTUAL DIAGNOSTICADA: Hipertiroidismo

| | SI | NO |
|---|---|---|
| ¿ESTÁ ACTUALMENTE EN TRATAMIENTO? | [X] | [ ] |
| ¿ACTUALMENTE TOMA MI 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 [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 TÉCNICAS?

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

## D. DATOS

| DIRECCION DEL DOMICILIO | TELEFONO | BARRIO | LOCALIDAD | UBICACIÓN GEOGRAFICA | ESTRATO |
|---|---|---|---|---|---|
| Kr 68 # 57 F - 05 Sur | CELULAR 3112157393 | 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 [X] COMPUESTA [ ] NUCLEAR [ ] HOMOPARENTAL [ ] MONOPARENTAL [ ] EXTENSA [ ] PAREJA SIN HIJOS-AS [ ] SIMULTÁNEAS [ ]

PERSONAS CON QUIEN VIVE

| Nombres y Apellidos | Parentesco | Edad | Escolaridad | Estado Civil | Actividad | Ocupación |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Nelson Edgar Rojas Garcia | Jefe Hogar | 61 | Secund. Completa | Viudo | Oficios del hogar | No aplica |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

Powered by CamScanner

| | |
|---|---|
| No. Personas que Conviven | |
| ¿HABITA EN LA MISMA VIVIENDA ALGUNA PERSONA QUE CONSUMA SPA? | SI: NO: X |
| TIENE INGRESOS PROPIOS ? | SI: X NO: |
| PROMEDIO DE INGRESOS MENSUALES | 270.000 |
| DESTINACIÓN DE LOS INGRESOS | Gastos Personales y hogar |
| ¿DE DONDE PROVIENEN LOS INGRESOS? | Pensión Pensediada |

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

## E. TIPO DE VIVIENDA

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CASA O APARTAMENTO | X | CAMBUCHE | | REFUGIO NATURAL | | RIVERA DEL RIO | | CASA LOTE | | RANCHO | |
| CUARTO O CUARTOS | | PARCHE | | 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 | | RUINA | | ACEPTABLE | |
| ARRENDADA | | CUAL | | SEMANAL | | OTRO | | EN CONSTRUCCION | X | DEMOLICION | | | |
| AMORTIZANDO | | | | QUINCENAL | | CUAL | | OBRA NEGRA | | BUEN ESTADO | X | | |

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

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

## ESPACIOS

| | Nº | COMPARTIDOS | | Nº | COMPARTIDOS | | Nº | COMPARTIDOS |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| HABITACIONES | 2 | | COMEDORES | 0 | | PATIOS | 0 | |
| COCINAS | 1 | | SALAS | 0 | | | | |
| 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 | | 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 dos Plantas, la cual se encuentra en construcción la vivienda se encuentra con Pisos de baldosa, Paredes de ladrillos y estucados, en el momento se evidencia que la Vivienda Cuenta Con Poca iluminacion, Poca Ventilación y aseo, debido a la Construcción que esta realizando la Persona mayor, Cuenta Con todos los Servicios Publicos, y los espacios del hogar son reducidos. Las Vias de acceso se Ven en buen estado y 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 61 años con tipología familiar unipersonal, indica que sus ingresos económicos provienen de la pensión de su esposa quien falleció, y con eso solventa sus gastos personales y del hogar, manifiesta tener dificul-

Powered by CamScanner

tades economicas, debido a que los ingresos no son suficientes para sus gastos ya sean del hogar o personales, la persona mayor se encuentra viviendo en diciones de habitabilidad regulares, por otra parte, la persona mayor puede alizar diferentes actividades por cuenta propia. Por ultimo, padece de hipertiroidismo y se encuentra en tratamiento medico.

FIRMA DE QUIEN ATENDIÓ LA VISITA

Nelson Edgar Rugeles G

NOMBRE Y CARGO DE QUIEN ATENDIÓ LA VISITA

79234224 sub.

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 CÉDULA DE QUIEN REALIZÓ LA VISITA

Powered by CamScanner

| ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. | PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL<br>FORMATO VISITA DOMICILIARIA SERVICIO CENTROS DIA | Código: FDR-PSS-507<br>Versión: 9<br>Fecha: Memo 20223160480 – 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 | 8991 | Lote 17 | DIA 21 | MES 03 | AÑO 23 | HORA |

| VALIDACIÓN DE CONDICIONES | MOTIVO |
|---|---|
| Visita domiciliaria Por Primera Vez | |

| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE |
|---|---|---|---|
| Fajardo | Muñoz | Pablo | |

| NOMBRE IDENTITARIO | SEXO |
|---|---|
| | [X] HOMBRE [ ] MUJER [ ] INTERSEXUAL |

| TIPO DE DOCUMENTO | NUMERO DE DOCUMENTO | FECHA DE NACIMIENTO | | |
|---|---|---|---|---|
| RC [ ] TI [ ] C.C. [X]<br>P.P. [ ] CE [ ] NO TEN [ ] | 17198790 | DIA 06 | MES 01 | AÑO 1948 |

**A. SITUACION DEL BENEFICIARIO**

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

**B. ESTADO DE SALUD**

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

**C. DISCAPACIDAD**

| ¿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 |
|---|---|---|
| BASTÓN | [ ] | [X] |
| MULETAS | [ ] | [X] |
| SILLA DE RUEDAS | [ ] | [X] |
| OTRO CUAL? | | |

**D. DATOS**

| DIRECCION DEL DOMICILIO | TELEFONO | BARRIO | LOCALIDAD | UBICACIÓN GEOGRAFICA | ESTRATO |
|---|---|---|---|---|---|
| Kr 67 # 57 C - 40 Sur P1 3 | 6017354294<br>CELULAR<br>3209873264 | Villa del rio | Bosa | [X] URBANA [ ] RURAL | 3 |

| LA PERSONA ES SUJETO DE CUIDADO? | | CUIDADOR | TELEFONO | PARENTESCO | VIVE CON EL BENEFICIARIO |
|---|---|---|---|---|---|
| SI [X] | NO [ ] | Carmen Rosa Bustos De F. | 3209857061 | ESPOSA | [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 | | MONOPARENTAL | | EXTENSA | [X] | PAREJA SIN HIJOS-AS | | SIMULTÁNEAS | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

**PERSONAS CON QUIEN VIVE**

| Nombres y Apellidos | Parentesco | Edad | Escolaridad | Estado Civil | Actividad | Ocupación |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Pablo Fajardo Muñoz | ESPOSO | 75 | Secundaria | Casado | Sin actividad | No aplica |
| Carmen Rosa Bustos De F. | ESPOSA | 72 | Técnico | Casada | Pensionada | No aplica |
| Rosa Del Pilar Fajardo B. | Hija | 43 | Universitaria | Soltera | Trabajando | Emp. Estado |
| Rosa Estefania Bautso F. | Nieta | 18 | Universitaria | Soltera | Estudiando | No aplica |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

Powered by CamScanner

| No. Personas que Conviven | 4 |
|---|---|

| | SI | NO |
|---|---|---|
| ¿HABITA EN LA MISMA VIVIENDA ALGUNA PERSONA QUE CONSUMA SPA? | | X |
| TIENE INGRESOS PROPIOS ? | | 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 | CAMBUCHE | | REFUGIO NATURAL | | RIVERA DEL RIO | | CASA LOTE | | RANCHO | |
| CUARTO O CUARTOS | | PARCHE | | VIVIENDA MOVIL | | CAÑO | | RESIDENCIA | | FINCA | |
| INQUILINATO | | PUENTE | | INSTITUCION | | CALLE | | LUGAR DE TRABAJO | | | |

### TENENCIA

| | | | |
|---|---|---|---|
| PROPIA | X | OTRA | |
| ARRENDADA | | CUAL | |
| AMORTIZANDO | | | |

### FORMA DE PAGO

| | | | |
|---|---|---|---|
| DIARIA | | MENSUAL | |
| SEMANAL | | OTRO | |
| QUINCENAL | | CUAL | |

### ESTADO DE LA VIVIENDA

| | |
|---|---|
| CONSTRUIDA | X |
| EN CONSTRUCCION | |
| OBRA NEGRA | |

### CONDICION DE LA VIVIENDA

| | | | |
|---|---|---|---|
| RUINA | | ACEPTABLE | X |
| DEMOLICION | | | |
| BUEN ESTADO | | | |

### SERVICIOS PUBLICOS

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| AGUA | X | ACUEDUCTO | X | ALUMBRADO PUBLICO | X |
| LUZ | X | GAS NATURAL | X | ALCANTARILLADO | X |
| TELEFONO | X | ASEO | X | | |

### ILUMINACION

| | |
|---|---|
| BUENA | X |
| REGULAR | |
| MALA | |

### VENTILACION

| | |
|---|---|
| BUENA | X |
| REGULAR | |
| MALA | |

### ASEO

| | |
|---|---|
| BUENA | X |
| REGULAR | |
| MALA | |

### PISOS

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| MADERA | | BALDOSA | X | | |
| TIERRA | | OTRO | | | |
| CEMENTO | | CUAL | | | |

### PAREDES

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| LADRILLOS | X | ADOBE | | OTRO | |
| MADERA | | CARTON | | CUAL? | |
| | | POLISOMBRA | | | |

### TECHO

| | | | |
|---|---|---|---|
| TEJA | | OTRO | |
| TELA | | CUAL? | |
| PLANCHA | X | | |

### TIPO DE ENERGIA UTILIZADA PARA COCINAR

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| GAS NATURAL | X | COCINOL | | CUAL | |
| GAS PROPANO | | CARBON | | | |
| 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 | | |

| | SI | NO |
|---|---|---|
| ¿COCINA DENTRO DE LA HABITACIÓN DONDE DUERME? | | X |
| ¿SE EVIDENCIA PRESENCIA DE ALCOHOL, COLILLAS DE CIGARRILLO O SPA? | | X |

| | SI | NO |
|---|---|---|
| ¿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 | |
| PAVIMENTADO | X |

## G. OBSERVACIONES DE CONDICIONES HABITACIONALES ANTERIORMENTE DESCRITAS

Inmueble de 4 Plantas, donde la Persona Mayor vive en el 3 Piso se evidencia el inmueble que esta en buenas condiciones de habitabilidad, Cuenta con buena iluminación, Ventilación, aseo y todos los Servicios Publicos. Las Vias de acceso se encuentran Pavimentadas y en buen estado. Por ultimo, El hogar cuenta con espacios amplios y esta amoblada.

## H. RIESGOS IDENTIFICADOS

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

OBSERVACIONES

Powered by CamScanner

Persona mayor de 75 años de edad, con tipologia familiar extensa, manifiesta no tener ingresos economicos, y quien solventa los gastos del hogar y le ayuda a satisfacer sus necesidades basicas es su esposa y sus hijas. La Persona mayor vive en unas condiciones de habitabilidad y no se evidencian factores de riesgo o vulnerabilidades. Por ultimo, se observa que las actividades del centro día al barrio han fortalecido la participación, interacción y la ocupación del tiempo libre de la Persona mayor brindandole bienestar. Para una Vejez Feliz, Sana y activa.

Pablo Fajardo Muñoz

FIRMA DE QUIEN ATENDIÓ LA VISITA

Pablo Fajardo Muñoz

NOMBRE Y CARGO DE QUIEN ATENDIÓ LA VISITA

c.c. 17198790 Bogotá

NÚMERO DE CÉDULA DE QUIEN ATENDIÓ LA VISITA

FIRMA DE QUIEN REALIZÓ LA VISITA

Julie Estefania 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 CENTROS DIA

Código: FOR-P53-007
Versión: 2
Fecha: Vienna 02/02/2016 - 13/05/2022
Página: 1 de 3

MODALIDAD O ESTRATEGIA: Centro día al barrio
CÓDIGO - Nº PROYECTO: 8991
NOMBRE DE LA UNIDAD OPERATIVA / LOTE: Lote 17
FECHA VISITA: DIA 16 MES 03 AÑO 23 HORA
MOTIVO: Visita domiciliaria por primera vez

| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE |
|---|---|---|---|
| Espinoza | Sabogal | Luz | Marina |

NOMBRE IDENTITARIO:
SEXO: HOMBRE [ ] MUJER [X] INTERSEXUAL [ ]
TIPO DE DOCUMENTO: RC [ ] TI [ ] CC [X] CE [ ] PP [ ] NO TIEN [ ]
NÚMERO DE DOCUMENTO: 28844565
FECHA DE NACIMIENTO: DIA 18 MES 04 AÑO 1959

## A. SITUACIÓN 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 [ ]
ENFERMEDAD ACTUAL DIAGNOSTICADA: Escoliosis Severa y algunas artritis

| | 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 (X))

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

¿UTILIZA AYUDAS TÉCNICAS?

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

## D. DATOS

| DIRECCIÓN DEL DOMICILIO | TELEFONO | BARRIO | LOCALIDAD | ZONA | ESTRATO |
|---|---|---|---|---|---|
| Cl 55A Sur #68 - 22 | 8027693 | Villa del rio | Bosa | X URBANA [ ] RURAL | 3 |
| | CELULAR: 3145364147 | | | | |

| 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 ___ |

## FACTOR FAMILIARES

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

PERSONAS CON QUIEN VIVE

| Nombres y Apellidos | Parentesco | Edad | Escolaridad | Estado Civil | Actividad | Ocupación |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Antonio José Aguilar | Jefe hogar | 69 | Secundaria | Casado | Pensionado | No aplica |
| Luz Marina Espinoza S. | Conyuge | 63 | Secundaria | Casada | Oficios hogar | No aplica |
| Viejo Antonio Aguilar E | Hijo | 23 | Secundaria | Soltero | Trabajando | Empl. Publico |

No. Personas que Conviven: 3
¿HABITA EN LA MISMA VIVIENDA ALGUNA PERSONA QUE CONSUMA SPA? SI [ ] NO [X]
DESTINACIÓN DE LOS INGRESOS:
TIENE INGRESOS PROPIOS ?
¿DE DONDE PROVIENEN LOS INGRESOS?
PROMEDIO DE INGRESOS MENSUALES: 0
¿CUÁL ES LA PERIODICIDAD DE LOS INGRESOS? DIARIA [ ] SEMANAL [ ] QUINCENAL [ ] MENSUAL [ ] OTRO [ ]

## E. TIPO DE VIVIENDA

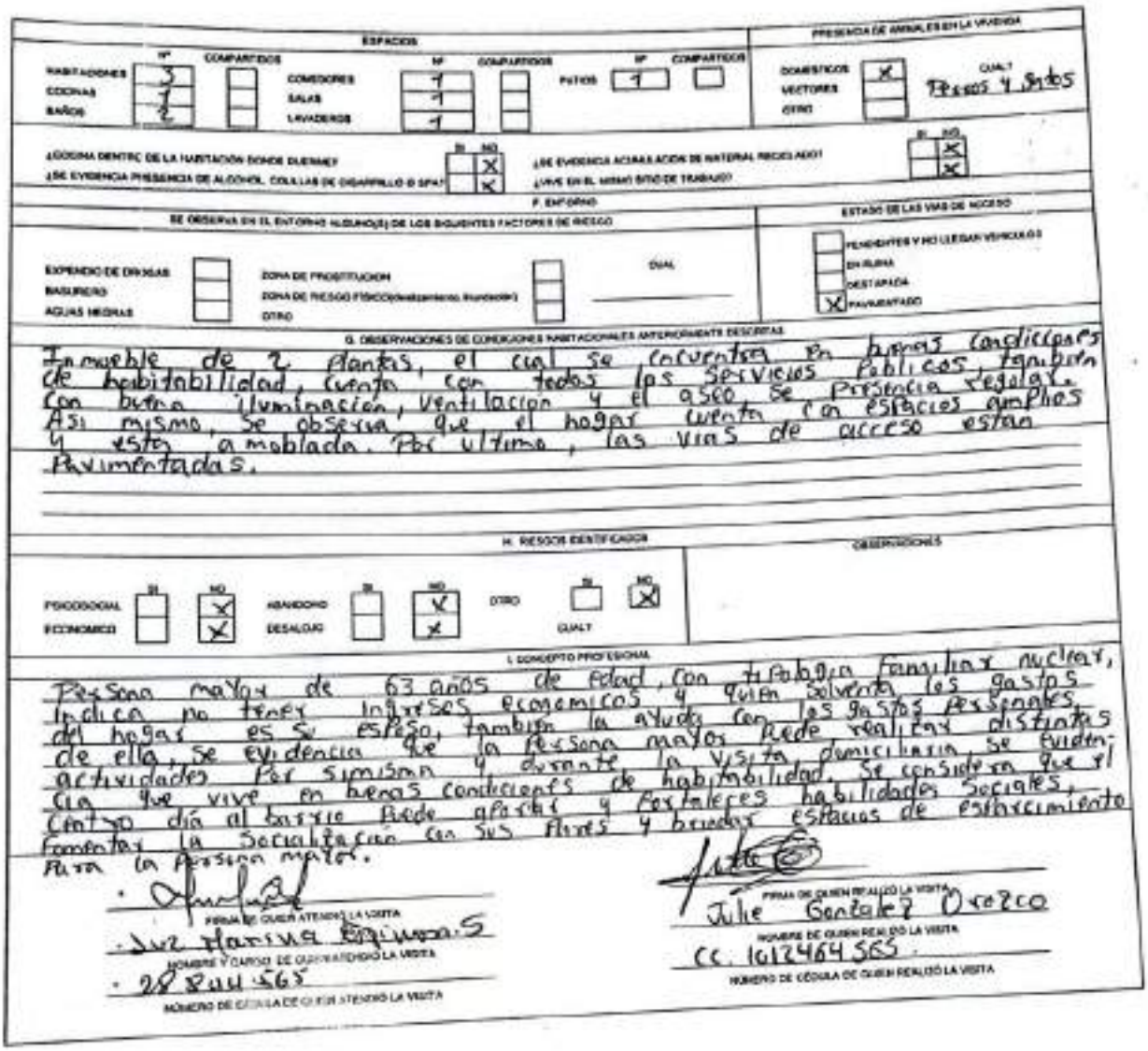
CASA O APARTAMENTO [X] CUARTO O CUARTOS [ ] INQUILINATO [ ]
CAMBUCHE [ ] PARCHE [ ] PUENTE [ ]
REFUGIO NATURAL [ ] VIVIENDA MOVIL [ ] INSTITUCION [ ]
RIVERA DEL RIO [ ] CAÑO [ ] CALLE [ ]
CASA LOTE [ ] RESIDENCIA [ ] LUGAR DE TRABAJO [ ]
RANCHO [ ] FINCA [ ]

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

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

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

Powered by CamScanner



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

| | | CUAL? |
|---|---|---|
| DOMÉSTICOS | X | Perros y 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 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

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

ESTADO DE LAS VIAS DE ACCESO

| | |
|---|---|
| | PEATONALES Y NO LLEGAN VEHICULOS |
| | SIN SALIDA |
| | DESTAPADA |
| X | 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 públicos, también con buena iluminación, ventilación y el aseo se presenta regular. Así mismo, se observa que el hogar cuenta con espacios amplios y esta amoblada. Por ultimo, las 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 63 años de edad, con tipología familiar nuclear, indica no tener ingresos economicos y quien solventa los gastos del hogar es su esposo, también la ayuda con los gastos personales de ella, se evidencia que la persona mayor puede realizar distintas actividades. Por simismo y durante la visita domiciliaria se evidencia que vive en buenas condiciones de habitabilidad. Se considera que el cual vive en buenas condiciones de habitabilidad. Se considera que el centro día al barrio puede aportar y fortalecer habilidades sociales, fomentar la socialización con sus pares y brindar espacios de esparcimiento para la persona mayor.

FIRMA DE QUIEN ATENDIÓ LA VISITA

Juz Marina Espinosa S

NOMBRE Y CARGO DE QUIEN ATENDIÓ LA VISITA

28 824 563

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