

IDENTIFICACIÓN BÁSICA DEL BENEFICIARIO(A)

NOMBRES Y APELLIDOS:

PRIMER NOMBRE: _____

SEGUNDO NOMBRE: _____

PRIMER APELLIDO: _____

SEGUNDO APELLIDO: _____

TIPO Y NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: (MARQUE CON UNA X, SOLO UNA (1) DE LAS SIGUIENTES ALTERNATIVAS)

1 <input type="checkbox"/>	CEDULA DE CIUDADANÍA	4 <input type="checkbox"/>	REGISTRO DE NACIMIENTO NUIP
2 <input type="checkbox"/>	CEDULA DE EXTRANJERÍA	5 <input type="checkbox"/>	PASAPORTE
3 <input type="checkbox"/>	TARJETA DE IDENTIDAD	6 <input type="checkbox"/>	TARJETA DE EXTRANJERÍA

No. Documento _____

RANGO DE EDAD:

1 <input type="checkbox"/>	ADULTO (27 - 59 AÑOS)	AÑOS CUMPLIDOS	
2 <input type="checkbox"/>	MAYOR (MAYOR DE 60 AÑOS)	<input type="text"/>	<input type="text"/>

SEXO:

1 <input type="checkbox"/>	HOMBRE
2 <input type="checkbox"/>	MUJER
3 <input type="checkbox"/>	LGBTI

DATOS SISBEN:

Esta sisbenizado		PUNTAJE
1 <input type="checkbox"/>	SI	<input type="text"/>
2 <input type="checkbox"/>	NO	

ESTA AFILIADO A UNA EPS

SI		CUAL	
1 <input type="checkbox"/>	SI	1 <input type="checkbox"/>	CONTRIBUTIVA
2 <input type="checkbox"/>	NO	2 <input type="checkbox"/>	SUBSIDIADA

¿PERTENECE USTED A ALGUNA DE ESTAS CONDICIONES POBLACIONALES?

1 <input type="checkbox"/>	VICTIMA DEL CONFLICTO A	4 <input type="checkbox"/>	PUEBLOS INDIGENAS	7 <input type="checkbox"/>	COMUNIDADES (Negras, Afrocolo
2 <input type="checkbox"/>	REINSERTADO(A)	5 <input type="checkbox"/>	MADRE CABEZA DE FAMILIA	9 <input type="checkbox"/>	PUEBLO Rrom (Gitanos)
3 <input type="checkbox"/>	DESMOVLIZADO(A)	6 <input type="checkbox"/>	PERSONA EN CONDICION DE DISCAPACIDAD	10 <input type="checkbox"/>	RED UNIDOS
				11 <input type="checkbox"/>	OTRO. CUAL?

¿CUAL ES EL NIVEL EDUCATIVO MÁS ALTO ALCANZADO POR USTED? (MARQUE CON UNA X, SOLO UNA (1) DE LAS SIGUIENTES ALTERNATIVAS)

1 <input type="checkbox"/>	NINGUNO	5 <input type="checkbox"/>	SECUNDARIA INCOMPLETA	9 <input type="checkbox"/>	UNIVERSITARIA INCOMPLETA
2 <input type="checkbox"/>	PRIMARIA COMPLETA	6 <input type="checkbox"/>	TÉCNICA/TECNOLÓGICA COMPLETA	10 <input type="checkbox"/>	POSTGRADO COMPLETO
3 <input type="checkbox"/>	PRIMARIA INCOMPLETA	7 <input type="checkbox"/>	TÉCNICA/TECNOLÓGICA INCOMPLETA	11 <input type="checkbox"/>	POSTGRADO INCOMPLETO
4 <input type="checkbox"/>	SECUNDARIA COMPLETA	8 <input type="checkbox"/>	UNIVERSITARIA COMPLETA		

¿PERTENECE USTED A ALGUNA(S) ORGANIZACIÓN(ES) Y/O ASOCIACION(ES)?

1 SI ¿CUÁL(ES)? → 1 _____

2 NO

2 _____

¿ACTUALMENTE RECIBE ALGÚN(OS) SUBSIDIO(S) POR PARTE DEL GOBIERNO (NACIONAL, DEPARTAMENTAL O DISTRITAL) O DEL SECTOR PRIVADO?

1 SI GOBIERNO SECTOR PRIVADO

2 NO

¿CUAL(ES)?: 1 _____

2 _____

TIENE ALGUN TIPO DE DISCAPACIDAD?

1 SI ¿Cuál? 1 _____

2 _____

2 NO 3 _____

SALUD BUCAL

1 ¿UTILIZA PROTESIS? _____

2 ¿DENTADURA COMPLETA? _____

3 ¿DENTADURA INCOMPLETA? _____

DESCRIBA BREVEMENTE SUS INTERESES PARA OCUPAR SU TIEMPO LIBRE

UBICACIÓN GEOGRÁFICA DEL BENEFICIARIO(A)

SU LUGAR DE RESIDENCIA SE ENCUENTRA UBICADO EN:

DEPARTAMENTO: _____ MUNICIPIO: _____

1 RURAL: VEREDA: _____ NOMBRE DE LA FINCA: _____

2 URBANA: DIRECCIÓN DE DOMICILIO: _____ BARRIO: _____

DATOS DE CONTACTO DEL BENEFICIARIO(A)

TELÉFONO FIJO: _____ TELÉFONO MÓVIL: _____ EMAIL: _____

DATOS DE CONTACTO DE PERSONA EN CASO DE EMERGENCIA

NOMBRE _____ PARENTESCO _____

TELEFONO DE CONTACTO

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

CONDICION SOCIO-FAMILIAR

TIPOLOGIA FAMILIAR: NUCLEAR: ___ EXTENSA: ___ RECOMPUESTA: ___ UNIFAMILIAR: ___

CREENCIA RELIGIOSA : CATOLICO: ___ CRISTIANO: ___ TESTIGO DE JEHOVA: ___ ¿OTRA? CUAL? _____

¿DESEMPEÑA FUNCIONES DE CUIDADOR EN SU HOGAR?

1 SI → NUMERO DE PERSONAS A CARGO: _____ PARENTESCO: _____

2 NO

ACTIVIDAD ECONÓMICA DEL BENEFICIARIO (A)

E1. ACTUALMENTE SU ACTIVIDAD PRINCIPAL ES: (Asigne una sola alternativa, la que mejor describa la actividad principal)

1 <input type="checkbox"/>	BUSCANDO TRABAJO	4 <input type="checkbox"/>	OFICIOS DEL HOGAR
2 <input type="checkbox"/>	TRABAJAR	5 <input type="checkbox"/>	INCAPACITADO PERMANENTE PARA TRABAJAR
3 <input type="checkbox"/>	ESTUDIAR	6 <input type="checkbox"/>	JORNALERO O PEÓN
1 <input type="checkbox"/>	OBRERO O EMPLEADO DE EMPRESA PARTICULAR	7 <input type="checkbox"/>	TRABAJADOR INDEPENDIENTE O POR CUENTA PROPIA
2 <input type="checkbox"/>	OBRERO O EMPLEADO DEL GOBIERNO	8 <input type="checkbox"/>	PATRÓN O EMPLEADOR
3 <input type="checkbox"/>	EMPLEADO(A) DOMÉSTICO	9 <input type="checkbox"/>	OTRO. ¿CUÁL? _____
4 <input type="checkbox"/>	TRABAJADOR FAMILIAR SIN REMUNERACIÓN		
5 <input type="checkbox"/>	TRABAJADOR SIN REMUNERACIÓN EN EMPRESAS O DE NEGOCIOS DE OTROS HOGARES		

MODULO DE SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN

¿CUÁLES SON LAS EXPECTATIVAS QUE USTED TIENE CON SER BENEFICIARIO DEL CENTRO VIDA O DIA

DESCRIBA CONDICIONES MEDICAS ESPECIALES O QUE CONSIDERA NECESARIAS TENER EN CUENTA

INFORMACIÓN DE CONTROL DE LA ENCUESTA

NOMBRE DE LA PERSONA QUE DILIGENCIA: _____

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO:

DÍA	MES	AÑO

FIRMA: _____

Conforme al derecho del Habeas Data reconocido por el artículo 15 de la Constitución Política y desarrollado en la ley 1581 de 2012 y en cumplimiento a lo establecido por el artículo 10 del Decreto 1377 de 2013, la Alcaldía Municipal de Cajicá se permite informar: que a recolectado algunos de sus datos personales en uso de sus facultades legales y que los mismos forman parte de las bases de datos que maneja y/o administra que por este mecanismo le solicitamos autorice a la Alcaldía Municipal de Cajicá continuar con el tratamiento de sus datos personales.