



FORMATO

SOLICITUD DE ALOJAMIENTO DIVRI

Página 1 de 3

Código: GV-F-030

Versión: 2

Vigente a partir de: 20 de junio de 2023

Apreciado usuario, si usted está interesado en el servicio de alojamiento de la Dirección de Veteranos y Rehabilitación Inclusiva, debe diligenciar completamente este formato y entregar los documentos anexos completos, de no ser así, no se tendrá en cuenta su solicitud.

FECHA DE SOLICITUD:	DD/MM/A AAA	FECHA DE RADICACION:	DD/MM/AAAA							
SOLICITANTE:					# DE IDENTIFICACION					
GRADO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	TIPO DE ID	RC	TI	CC	CM	
	SLP <input type="checkbox"/> SLR <input type="checkbox"/>	SUBOFICIAL	OFICIAL	DENOMINACION DEL GRADO	<input type="text"/>	MARQUE CON UNA X				
DATOS NACIMIENTO:	FECHA: DD /MM /AAAA	<input type="checkbox"/>	LUGAR (CIUDAD) <input type="checkbox"/>		EDAD	<input type="text"/>	NUEVO	PRORROGA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DATOS DE CONTACTO:	EMAIL:	CELULAR:		FIJO:		OTRO TELÉFONO (OPCIONAL)				
	DIRECCION:	CIUDAD			ESTADO CIVIL:		VIVO CON:			
CUALES SON LOS MOTIVOS PARA SOLICITAR ALOJAMIENTO E INGRESO A LA DIVRI (señalar las que considere)	Practicar Actividad Física y deporte _____ Adquirir herramientas para conseguir un empleo (ruta empleabilidad) _____ Mejorar calidad de vida a nivel familiar y social _____				Orientación para un nuevo proyecto de vida _____ Adquirir conocimientos para tener un negocio propio, emprendimiento _____ ¿Otra Cual? _____					
FUERZA	EJERCITO NACIONAL <input type="checkbox"/>	ARMADA NACIONAL <input type="checkbox"/>	FUERZA AÉREA <input type="checkbox"/>	POLICIA NACIONAL <input type="checkbox"/>	SI ES ACTIVO, UNIDAD Y CIUDAD		<input type="text"/>			
	ACTIVO <input type="checkbox"/>	PENSIONADO <input type="checkbox"/>	RETIRADO <input type="checkbox"/>	EN TRATAMIENTO <input type="checkbox"/>			<input type="text"/>			
COMO SE ENTERO DE LA DIVRI:	TELEVISION	RADIO	UN AMIGO	PRENSA	CINE	OTRO, CUAL:				
	FISICA <input type="checkbox"/>	VISUAL <input type="checkbox"/>	MENTAL <input type="checkbox"/>	AUDITIVA <input type="checkbox"/>	COGNITIVA <input type="checkbox"/>	USA PRÓTESIS	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>		



SOLICITUD DE ALOJAMIENTO DIVRI

DISCAPACIDAD	MULTIPLE	FECHA LESION:	¿CUALES?		¿OTRA, CUAL?				
	DESCRIPCION DE LA DISCAPACIDAD:		¿JUNTA MÉDICA? SI NO	PORCENTAJE DE DISMINUCIÓN CAPACIDAD LABORAL <input type="text"/>	LITERAL DE CALIFICACION DE LA JUNTA MEDICA	A	B	C	D

Literal a. En el servicio, pero no por causa y razón del mismo, es decir, enfermedad y/o accidente común.

Literal b. En el servicio por causa y razón del mismo, es decir, enfermedad profesional y/o accidente de trabajo.

Literal c. En el servicio como consecuencia del combate o en accidente relacionado con el mismo, o por acción directa del enemigo, en tareas de mantenimiento o restablecimiento del orden público o en conflicto internacional.

Literal d. En actos realizados contra la ley, el reglamento o la orden superior.

¿ACTUALMENTE TIENE TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO?		SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	¿CUAL?	OBSERVACIONES:				
¿REQUIERE CUIDADOR PERMANENTE?			SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	CONTACTO DE EMERGENCIA:	NOMBRE Y APELLIDOS			
MOTIVO NECESIDAD DE CUIDADOR:						PARENTESCO			
						NUMERO DE CONTACTO			
						DIRECCION -CIUDAD			

ESPACIO PARA COMITÉ DE ALOJAMIENTO (Por favor no diligenciar, espacio exclusivo DIVRI)

FECHA DE COMITÉ:	DD/MM /AAAA	APROBADO		NO APROBADO		DEVOLUCION DE DOCUMENTOS:		
------------------	-------------	----------	--	-------------	--	---------------------------	--	--

FIRMAS	_____	_____	_____
	DIRECCION DE VETERANOS Y REHABILITACION INCLUSIVA		
HOJA ANEXA DE LISTA DE CHEQUEO - DOCUMENTOS REQUERIDOS PARA SOLICITUD ALOJAMIENTO () FOLIOS			

SOLICITUD DE ALOJAMIENTO DIVRI

ANEXOS SOLICITUD ALOJAMIENTO

Usuario:

Documentos requeridos INDISPENSABLES para tramitar solicitud de alojamiento en la DIVRI	FECHA DE SOLICITUD:	DD/MM/AAAA
Fotocopia cédula de ciudadanía *		
Fotocopia carné de servicios médicos -VIGENTE *		
Fotocopia Junta médica laboral o informativo de la lesión		
Constancia de servicios médicos activos en caso de no tener carné *		
Certificado de antecedentes disciplinarios expedido por la Procuraduría General de la Nación		
Certificado de antecedentes fiscales expedido por la Contraloría General de la Nación (CGN)		
Certificado de antecedentes judiciales expedido por la Policía Nacional		

FIRMA USUARIO:	RECIBÍÓ:
_____	_____