SECRETARÍA DISTRITAL DE INTEGRACIÓN SOCIAL	PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL FICHA SIRBE SERVICIOS SOCIALES INFORMACIÓN BÁSICA Y TRANSVERSAL - CABEZOTE	SIRBE	Código: FOR-PSS-321 Versión: 0 Fecha: Memo I2019046947 08/11/2019 Página: 1 de 4

Fecha de diligenciamiento: 05/11/2021

Número Ficha: 2021 (Año) | 18 (Localidad) | 1096 (Proyecto) | 121886 (Código Unidad Operativa) | (Consecutivo)

SECCIÓN A. VARIABLES BÁSICAS:

1. Primer Apellido, según su documento de identidad:	2. Segundo Apellido, según su documento de identidad:	3. Primer Nombre, según su documento de identidad:	4. Segundo Nombre, según su documento de identidad:
GUERRERO	GAMBOA	MARIANA	

5. Tipo de documento de identidad: Cédula de ciudadanía.. 1 | Cédula de extranjería.. 2 | Tarjeta de identidad.. 3 | NUIP.. 4 | Registro civil.. 6 X | Pasaporte.. 13 | Sin Identificación.. 8

6. Número de documento de identidad: 1140934984

7. Municipio de nacimiento: BOGOTÁ

8. Departamento nacimiento: CUNDINAMARCA

9. País nacimiento: COLOMBIA

10. Sexo de nacimiento: *(según documento de identidad)* Hombre.. 1 | Mujer.. 2 X | Intersexual.. 3

11. Fecha de nacimiento: *(según su documento de identidad)* 26/12/2018

12. Estado civil: Soltero-a.. 1 X | Casado-a.. 2 | Unión libre.. 3 | Separado-a/Divorciado-a.. 4 | Viudo-a.. 5 | Unión marital de hecho.. 6

13. Parentesco con el jefe del núcleo familiar: Jefe núcleo familiar.. 1 | Cónyuge o compañero-a.. 2 | Padre/Madre.. 3 | Padrastro/Madrastra.. 4 | Hijo-a.. 5 X | Abuelo-a.. 6 | Hermano-a.. 7 | Tío-a.. 8 | Primo-a.. 9 | Sobrino-a.. 10 | Nieto-a.. 11 | Otro pariente.. 12 | Otro No pariente.. 13 | Hijastro.. 14

14. Nivel educativo actual: Ámbito familiar - Primera infancia.. 23 | Ámbito institucional - Jardines primera infancia.. 14 | Preescolar.. 6 | Básica primaria.. 7 | Básica secundaria y media.. 8 | Técnico.. 18 | Tecnológico.. 19 | Universitaria incompleta (sin título) .. 21 | Universitaria completa (con título) .. 12 | Postgrado incompleto (sin título) .. 22 | Postgrado completo (con título) .. 15 | Ninguno.. 1 X

15. Años aprobados:

16. Actividad Principal: * *(Esta pregunta aplica solo a personas mayores de 3 años)* Trabajando.. 1 | Buscando trabajo.. 2 | Estudiando.. 3 | Oficios del hogar.. 4 | Rentista.. 5 | Jubilado / pensionado.. 6 | Pérdida de Capacidad Laboral.. 7 | Sin actividad.. 8 | Cuidador.. 11 | No aplica.. 98 X

17. Posición ocupacional: * *(Esta pregunta aplica solo a personas mayores de 14 años)* Empleado u obrero particular.. 1 | Empleado u obrero del gobierno.. 2 | Patrón o empleador.. 3 | Trabajador por cuenta propia.. 4 | Trabajador familiar no remunerado.. 5 | Empleado doméstico.. 6 | Jornalero o peón.. 17 | Ayudante sin remuneración.. 18 | No aplica.. 98 X

18. ¿Cuántas horas a la semana dedica a esta actividad?: * *(Esta pregunta aplica solo a personas mayores de 3 años)* 0 *Horas*

19. Valor de los ingresos mensuales: * *(Esta pregunta aplica solo a personas mayores de 14 años)* $ 0

20. Forma de percibir los ingresos: *(Esta pregunta aplica solo a personas mayores de 14 años): Diario.. 1 | Mensual.. 2 | Esporádico.. 3 | Semanal.. 4 | Quincenal.. 5 | No aplica.. 98 X

21. ¿Está afiliado a seguridad social?: Si.. 1 X | No.. 2 *Pase a 24*

22. Régimen de seguridad social: Contributivo.. 1 X | Subsidiado.. 2 | Especial.. 3

23. Calidad del afiliado: Beneficiario.. 1 X | Cotizante.. 2

24. Tiene puntaje de Sisbén? Si.. 1 X | No.. 2 *Pase a 26*

25. Puntaje Sisben: B1

26. Localidad donde desarrolla su actividad principal: * *(Esta pregunta aplica solo a personas mayores de 3 años):* Usaquén.. 1 | Chapinero.. 2 | Santa fe.. 3 | San Cristóbal.. 4 | Usme.. 5 | Tunjuelito.. 6 | Bosa.. 7 | Kennedy.. 8 | Fontibón.. 9 | Engativá.. 10 | Suba.. 11 | Barrios Unidos.. 12 | Teusaquillo.. 13 | Los Mártires.. 14 | Antonio Nariño.. 15 | Puente Aranda.. 16 | La Candelaria.. 17 | Rafael Uribe.. 18 | Ciudad Bolívar.. 19 | Sumapaz.. 20 | No aplica.. 98 X

SECCIÓN B. VARIABLES TRANSVERSALES:

1. Persona con discapacidad: Si.. 1 | No.. 2 X *Pase a 3*

2. Tipo de discapacidad: Física.. 20 | Mental.. 30 | Auditiva.. 31 | Visual.. 32 | Cognitiva.. 33 | Sordo ceguera.. 10 | Multi déficit.. 36 | Alteración del desarrollo.. 37 | Trastorno generalizado del desarrollo.. 38

3. Tipo de familia: Unipersonal.. 1 | Compuesta.. 2 | Nuclear.. 3 X | Mono parental.. 4 | Extensa.. 5 | Pareja sin hijos-as.. 6 | Homo parental.. 7 | Simultáneas.. 8

4. Grupo Étnico: ¿De acuerdo con su cultura, pueblo o rasgos físicos, es o se reconoce cómo? Indígena.. 1 | RrOM (Gitano).. 2 | Raizal del Archipiélago de San Andrés y Providencia.. 3 | Palenquero de San Basilio.. 4 | Negro-a, Mulato-a, afro colombiano-a, o afro descendiente.. 5 | Ninguno de los anteriores.. 6 X

5. Grupo indígena: (*En la sección del instructivo se encuentra la lista completa de los grupos indígenas con sus respectivos códigos, en la opción otro se debe escribir solo el código que refiera el instructivo*) Nasa (Paéz).. 1 | Wayuu.. 2 | Embera.. 3 | Quillasinga.. 4 | Senú.. 5 | Sicuani.. 6 | Yanaconas.. 7 | Guambianos.. 8 | Ingas.. 9 | Cañamomos.. 10 | Awa (Kwaiker).. 11 | Coyaimas.. 12 | Arhuacos.. 13 | Pijao.. 14 | Kichwas.. 15 | Muiscas.. 16 | Ninguna de las anteriores.. 17 | Otro ¿Cuál? ____ (Código del instructivo)

6. ¿Víctima de conflicto armado?: Si.. 1 | No.. 2 X *Pase a 9*

7. Número registro único de víctimas:

8. Sí respondió afirmativamente, indique los motivos: *(Selección múltiple)* Acto terrorista, atentado.. 1 | Combates, enfrentamientos.. 2 | Amenazas.. 3 | Homicidio.. 4 | Masacres.. 5 | Secuestro.. 6 | Tortura.. 7 | Despojo y abandono de tierras.. 8 | Desaparición forzada.. 9 | Desplazamiento forzado.. 10 | Minas antipersonales, munición sin explotar y artefactos explosivos.. 11 | Vinculación de niños-as y adolescentes a grupos al margen de la ley.. 12 | Violencia sexual asociada a conflicto armado.. 13

SECCIÓN B. VARIABLES TRANSVERSALES:

9. ¿Con cuál género se identifica?: * *(Esta pregunta aplica solo a personas mayores de 14 años):*
Masculino 1 ☐ | Femenino 2 ☐ | Transgénero *(Travestí, transexual, transformista)* 3 ☐ | No informa 4 ☐ | No aplica 98 X

10. ¿Cuál es su orientación sexual?: * *(Esta pregunta aplica solo a personas mayores de 14 años):*
Heterosexual 1 ☐ | Lesbiana 5 ☐ | Gay 6 ☐ | Bisexual 3 ☐ | No informa 4 ☐ | No aplica 98 X

11. ¿Ha recibido capacitación, formación o tiene experiencia en algún arte u oficio?: * *(Esta pregunta aplica solo a personas mayores de 14 años):*
Si 1 ☐ | No 2 ☐ | No aplica 98 X — *Si la respuesta es 2 o 98 Pase a 13*

12. De acuerdo a la respuesta anterior, ¿En qué campo cree que puede desempeñarse laboralmente?: *(Selección múltiple)*

Agricultura y labores del campo 1 ☐	Comercio 4 ☐	Cuidado de personas con discapacidad 7 ☐	Cuidado de personas enfermas 10 ☐	Mecánica 13 ☐	Electrónica 16 ☐	Operario de máquinas 19 ☐	Plomería 22 ☐
Artesanías 2 ☐	Reciclaje 5 ☐	Cuidado de niños-as de 0 a <6 años 8 ☐	Confección 11 ☐	Jardinería 14 ☐	Cocina 17 ☐	Belleza 20 ☐	Marroquinería 23 ☐
Construcción 3 ☐	Ventas ambulantes 6 ☐	Cuidado de personas mayores 9 ☐	Servicios generales 12 ☐	Electricidad 15 ☐	Sistemas 18 ☐	Carpintería 21 ☐	Ninguna de las anteriores 24 ☐

13. En los últimos treinta (30) días, ¿Cuántos fueron los gastos aproximados del hogar en los siguientes rubros?: * *(Esta pregunta aplica para el grupo familiar)*

Rubro	Valor del gasto en pesos	Rubro	Valor del gasto en pesos	Rubro	Valor del gasto en pesos	Rubro	Valor del gasto en pesos
Arriendo y/o valor cuota	$ 450.000	Servicio doméstico	$ 0	Artículos de aseo para la familia	$ 50.000	Calzado y ropa para la familia	$ 35.000
Servicios públicos básicos (agua, energía, gas, teléfono fijo)	$ 102.000	Pago a terceros por cuidado de personas mayores, enfermas y PCD	$ 0	Artículos para el hogar (muebles, electrodomésticos, colchones, etc.)	$ 0	Diversión y entretenimiento (cine, conciertos, teatro, etc.)	$ 0
Internet	$ 35.000	Pago a terceros por cuidado de niños-as menores de 6 años	$ 0	Educación (útiles, pensión, transporte escolar, fotocopias, etc.)	$ 0	Esparcimiento (Discotecas, bebidas alcohólicas, etc.)	$ 0
Teléfono celular o móvil	$ 2.000	Alimentación para la familia	$ 200.000	Gastos en salud (consultas, medicamentos, etc.)	$ 200.000	Libros, discos, DVD, CD	$ 0
Servicio de televisión por cable	$ 10.000	Restaurante y hoteles	$ 0	Transporte	$ 50.000	DEJAR ESTE ESPACIO EN BLANCO	

SECCIÓN C: UBICACIÓN GEOGRÁFICA:

1. Localidad donde habita:
Usaquén 1 ☐ | Chapinero 2 ☐ | Santa fe 3 ☐ | San Cristóbal 4 ☐ | Usme 5 ☐ | Tunjuelito 6 ☐ | Bosa 7 ☐ | Kennedy 8 ☐ | Fontibón 9 ☐ | Engativá 10 ☐ | Suba 11 ☐ | Barrios Unidos 12 ☐ | Teusaquillo 13 ☐ | Los Mártires 14 ☐ | Antonio Nariño 15 ☐ | Puente Aranda 16 ☐ | La Candelaria 17 ☐ | Rafael Uribe 18 X | Ciudad Bolívar 19 ☐ | Sumapaz 20 ☐

2. UPZ: 51

3. Nombre del barrio / Vereda: LA PAZ

4. Escriba su dirección completa:
Calle CL ☐ | Carrera KR X | Diagonal DG ☐ | Transversal TV ☐ | Avenida calle AC ☐ | Avenida carrera AK ☐ | Avenida AV ☐

Número vía principal	Alfabético	Bis	Alfabético	Cuadrante	#	Número vía generadora	Alfabético	-	Número placa	Cuadrante
4	K			S ☐ / E ☐		53			34	S X / E ☐

Nombre vía principal:
Nombre sinónimo vía principal:

5. Escriba el complemento de la dirección: *(dirección rural, interior, apartamento, oficina * vea las convenciones a continuación, y/o en el instructivo de diligenciamiento)*

Complemento dirección:
AD. Administración | **AG.** Agrupación | **AL.** Altillo | **AP.** Apartamento | **AS.** Apartamento sótano | **BG.** Bodega | **BQ.** Bloque | **CA.** Casa | **CEL.** Célula | **CM.** Camino | **CN.** Consultorio | **CONJ.** Conjunto | **CT.** Carretera | **DP.** Depósito | **DS.** Depósito sótano | **ED.** Edificio | **EN.** Entrada | **ESQ.** Esquina | **ET.** Etapa | **GJ.** Garaje | **GS.** Garaje sótano | **IN.** Interior | **KM.** Kilometro | **LC.** Local | **LM.** Local Mezzanine | **LS.** Local sótano | **LT.** Lote | **MD.** Módulo | **MN.** Mezzanine | **MZ.** Manzana | **OF.** Oficina | **OS.** Oficina sótano | **PA.** Parcela | **PD.** Predio | **PH.** Pent-house | **PI.** Piso | **PN.** Puente | **PS.** Paseo | **PT.** Portería | **SA.** Salón | **SC.** Salón Comunal | **SL.** Solar | **SM.** Súper manzana | **SR.** Sector | **SS.** Semi sótano | **SU.** Suite | **TO.** Torre | **TR.** Terraza | **UN.** Unidad | **UR.** Unidad residencial | **URB.** Urbanización | **ZN.** Zona

6. Tipo de zona: Urbana 1 X | Rural 2 ☐ | Urbana sin dirección 3 ☐

7. Tipo de nomenclatura: Anterior 1 ☐ | Actual 2 X

8. Estrato socio – económico del predio: Uno 1 X | Dos 2 X | Tres 3 ☐ | Cuatro 4 ☐ | Cinco 5 ☐ | Sin estrato 0 ☐

9. Teléfono fijo de contacto: 5678115

10. Teléfono celular de contacto: 3232352915

11. Correo electrónico de contacto: ednagal26@gmail.com

12. Tipo de vivienda:
Casa o apartamento 1 X | Cuarto o cuartos 2 ☐ | Inquilinato 3 ☐ | Cambuche 4 ☐ | Parche 5 ☐ | Puente 6 ☐ | Refugio natural 7 ☐ | Vivienda móvil 8 ☐ | Institución 9 ☐ | Rivera del río 10 ☐ | Caño 11 ☐ | Calle 12 ☐ | Casa lote 13 ☐ | Residencia 14 ☐ | Lugar de trabajo 15 ☐ | Rancho 16 ☐ | Finca 17 ☐

13. Condición de la vivienda:
Ruina 1 ☐ | Demolición 2 ☐ | Buen estado 3 X | Aceptable 4 ☐

14. Tenencia de la vivienda:
Propia 1 ☐ | Arrendada 2 X | Otra forma 3 ☐ | Amortizando 4 ☐

15. Forma de pago:
Diaria 1 ☐ | Mensual 2 X | Quincenal 3 ☐ | Semanal 4 ☐ | Contributivo 5 ☐

16. Lugar de procedencia del grupo familiar:

16a. Municipio:	16b. Departamento:	16c. País:	16d. Fecha de llegada a Bogotá:
BOGOTÁ	CUNDINAMARCA	COLOMBIA	D D M M A A

SECCIÓN D. INFORMACIÓN BÁSICA Y TRANSVERSAL SOBRE LA FAMILIA:

A. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD

1. Cédula de Ciudadanía
2. Cédula de extranjería
3. Tarjeta de identidad
4. NUIP
6. Registro civil
13. Pasaporte
8. Sin identificación

D. SEXO

1. Hombre
2. Mujer
3. Intersexual

F. PARENTESCO CON EL JEFE DEL NÚCLEO FAMILIAR

1. Jefe /Jefa de la familia
2. Cónyuge o compañero-a
3. Padre/Madre
4. Padrastro/Madrastra
5. Hijo-a
6. Abuelo-a
7. Hermano-a
8. Tío-a
9. Primo-a
10. Sobrino-a
11. Nieto-a
12. Otro pariente
13. Otro No pariente
14. Hijastro

G. ESTADO CIVIL

1. Soltero-a
2. Casado-a
3. Unión libre
4. Separado-a/Divorciado-a
5. Viudo-a
6. Unión marital de hecho

H. NIVEL EDUCATIVO ACTUAL

23. Ámbito familiar (Primera infancia)
14. Ámbito institucional (Jardines primera infancia)
6. Preescolar
7. Básica primaria
8. Básica Secundaria y media
18. Técnico
19. Tecnológico
21. Universitaria incompleta (sin título)
12. Universitaria completa (con título)
22. Postgrado incompleto (sin título)
15. Postgrado completo (con título)
1. Ninguno

I. ACTIVIDAD *

1. Trabajando
2. Buscando trabajo
3. Estudiando
4. Oficios del hogar
5. Rentista
6. Jubilado/Pensionado
7. Incapacitado permanentemente para trabajar
8. Sin actividad *(Pase a L)*
11. Cuidador –a
98. No aplica

J. POSICIÓN OCUPACIONAL *

1. Empleado u obrero particular
2. Empleado u obrero del gobierno
3. Patrón o empleador
4. Trabajador por cuenta propia
5. Trabajador familiar no remunerado
6. Empleado doméstico
17. Jornalero o peón
18. Ayudante sin remuneración
98. No aplica

M. FORMA DE PERCIBIR INGRESOS *

1. Diario
2. Mensual
3. Esporádico
4. Semanal
5. Quincenal

O. RÉGIMEN DE SEGURIDAD SOCIAL

1. Contributivo
2. Subsidiado *Pase a P*
3. Especial *Pase a P*

O. CALIDAD DEL AFILIADO

1. Beneficiario
2. Cotizante

P. TIPO DE DISCAPACIDAD

20. Física
30. Mental
31. Auditiva
32. Visual
33. Cognitiva
10. Sordo ceguera
36. Multi déficit
37. Alteración del desarrollo
38. Trastorno generalizado del desarrollo

Q. GRUPO ÉTNICO

1. Indígena
2. RrOM (Gitano)
3. Raizal del Archipiélago San Andrés y Providencia
4. Palenquero de San Basilio
5. Negro-a, Mulato-a afro colombiano-a o afro descendiente
6. Ninguno de los anteriores

R. GRUPO INDÍGENA (En la sección del instructivo se encuentra la lista completa de los grupos indígenas con sus respectivos códigos)

1. Nasa (Paéz)
2. Wayuu
3. Embera
4. Quillasinga
5. Senú
6. Sicuani
7. Yanaconas
8. Guambianos
9. Ingas
10. Cañamomos
11. Awa (Kwaiker)
12. Coyaimas
13. Arhuacos
14. Pijao
15. Kichwas
16. Muiscas
17. Ninguna de las anteriores

S. MOTIVOS, VÍCTIMA DE CONFLICTO ARMADO

1. Acto terrorista, atentado
2. Combates, enfrentamientos
3. Amenazas
4. Homicidio
5. Masacres
6. Secuestro
7. Tortura
8. Despojo y abandono de tierras
9. Desaparición forzada
10. Desplazamiento forzado
11. Minas antipersonales, munición sin explotar y artefactos explosivos
12. Vinculación de niños-as y adolescentes a grupos al margen de la ley
13. Violencia sexual asociada a conflicto armado

T. GENERO *

1. Masculino
2. Femenino
3. Transgénero *(Travesti, transexual, transformista)*
4. No informa
98. No aplica

U. ORIENTACIÓN SEXUAL *

1. Heterosexual
2. Homosexual
3. Bisexual
4. No informa
98 No aplica

W. DE ACUERDO CON LA RESPUESTA ANTERIOR, ¿EN QUÉ CAMPO CREE QUE PUEDE DESEMPEÑARSE LABORALMENTE?.*

1. Agricultura y labores del campo
2. Artesanías
3. Construcción
4. Comercio
5. Reciclaje
6. Ventas ambulantes
7. Cuidado de personas con discapacidad
8. Cuidado de niños-as de 0 a<6 años
9. Cuidado de personas mayores
10. Cuidado de personas enfermas
11. Confección
12. Servicios generales
13. Mecánica
14. Jardinería
15. Electricidad
16. Electrónica
17. Cocina
18. Sistemas
19. Operario de máquinas
20. Belleza
21. Carpintería
22. Plomería
23. Marroquinería
24. Ninguna de las anteriores

No. Integrante	A. DOCUMENTO DE IDENTIDAD Tipo	A. DOCUMENTO DE IDENTIDAD Número	B. APELLIDOS (Escriba: En el renglón 1, primer apellido; En el renglón 2, segundo apellido)	C. NOMBRES (Escriba: En el renglón 1, primer nombre; En el renglón 2, segundo nombre)	D. Sexo	E. FECHA NACIMIENTO Día	E. FECHA NACIMIENTO Mes	E. FECHA NACIMIENTO Año	E. Edad aproximada	F. PARENTESCO (Con jefe-a de la familia)	G. Estado civil	H. NIVEL EDUCATIVO ACTUAL Nivel / Años aprobados	H. ¿Asiste actualmente?	I. Actividad	J. *Posición ocupacional	K. ¿Cuántas horas a la semana dedica a esta ocupación?	L. * Valor de los ingresos mensuales	M. *Forma de percibir los ingresos	N. Localidad donde realiza actividad principal	O. SALUD Afiliado al régimen de seguridad social	O. Régimen de seguridad Social	O. Calidad del afiliado	P. DISCAPACIDAD ¿Persona con discapacidad?	P. TIPO	Q. Grupo étnico	R. Grupo indígena	S. VÍCTIMA DE CONFLICTO ARMADO ¿Es víctima de conflicto armado?	S. Motivo	T. * ¿Con cuál género se identifica?	U. * ¿Cuál es su orientación sexual?	V. * ¿Ha recibido capacitación, formación o tiene experiencia en algún arte u oficio?	W. *De acuerdo con la respuesta anterior ¿En qué cree que puede desempeñarse?
1	1	79726615	1 GUERRERO 2 PAJARITO	1 JOSÉ 2 ALEXANDER	1	09	03	1979	42	1	1	7 5	Sí No	1	1	60	$ 908.000	5	14	Sí No	1	2	Sí No		6		Sí No		1	1	Si No Aplica	No	
2	1	52434126	1 GAMBOA 2 CUTIVA	1 EDNA 2 YANIRE	2	05	07	1977	44	2	1	7 5	Sí No	4	98	70	$ 700.000	2	18	Sí No	1	1	Sí No		6		Sí No		2	1	Si No Aplica	No	
3	6	1140934984	1 GUERRERO 2 GAMBOA	1 MARIANA 2	2	26	12	2018	2	5	1	1 	Sí No	98	98	30	$ 0	0	98	Sí No	1	1	Sí No		6		Sí No		98	98	Si No Aplica	No	

Aplica para mayores de 14 años

No. Integrante	A		B	C	D	E				F	G	H		I	J	K	L	M	N	O			P		Q	R	S		T	U	V		W
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD		APELLIDOS Escriba: En el renglón 1, primer apellido En el renglón 2, segundo apellido	NOMBRES Escriba: En el renglón 1, primer nombre En el renglón 2, segundo nombre	Sexo	FECHA NACIMIENTO			Edad aproximada	PARENTESCO (Con jefe-a de la familia)	Estado civil	NIVEL EDUCATIVO ACTUAL		Actividad	Posición ocupacional	¿Cuántas horas a la semana dedica a esta ocupación?	Valor de los ingresos mensuales	✱ Forma de percibir los ingresos	Localidad donde realiza actividad principal	SALUD			DISCAPACIDAD		Grupo étnico	Grupo indígena	VÍCTIMA DE CONFLICTO ARMADO		✱ ¿Con cuál género se identifica?	✱ ¿Cuál es su orientación sexual?	✱ ¿Ha recibido capacitación, formación o tiene experiencia en algún arte u oficio?		✱ De acuerdo con la respuesta anterior ¿En qué cree que puede desempeñarse?
	Tipo	Número				Día	Mes	Año				Nivel Años aprobados	¿Asiste actualmente?							Afiliado al régimen de seguridad social	Régimen de seguridad Social	Calidad del afiliado	¿Persona con discapacidad?	TIPO			¿Es víctima de conflicto armado?	Motivo					
4			1	1									Sí				$			Sí			Sí				Sí				Si	No	
			2	2									No							No			No				No				No Aplica		
5			1	1									Sí				$			Sí			Sí				Sí				Si	No	
			2	2									No							No			No				No				No Aplica		
6			1	1									Sí				$			Sí			Sí				Sí				Si	No	
			2	2									No							No			No				No				No Aplica		
7			1	1									Sí				$			Sí			Sí				Sí				Si	No	
			2	2									No							No			No				No				No Aplica		
8			1	1									Sí				$			Sí			Sí				Sí				Si	No	
			2	2									No							No			No				No				No Aplica		
9			1	1									Sí				$			Sí			Sí				Sí				Si	No	
			2	2									No							No			No				No				No Aplica		
10			1	1									Sí				$			Sí			Sí				Sí				Si	No	
			2	2									No							No			No				No				No Aplica		
11			1	1									Sí				$			Sí			Sí				Sí				Si	No	
			2	2									No							No			No				No				No Aplica		
12			1	1									Sí				$			Sí			Sí				Sí				Si	No	
			2	2									No							No			No				No				No Aplica		

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 SDIS 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.

SECRETARÍA DISTRITAL DE INTEGRACIÓN SOCIAL	PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL FICHA SIRBE PROYECTO 1096 DESARROLLO INTEGRAL DESDE LA GESTACIÓN HASTA LA ADOLESCENCIA SERVICIO: JARDINES INFANTILES DIURNOS, NOCTURNOS Y CASAS DE PENSAMIENTO INTERCULTURAL	SIRBE	Código: FOR-PSS-334 Versión: 0 Fecha: Memo I2019046947 08/11/2019 Página: 1 de 2

Fecha de diligenciamiento: 05/11/2021

Número Ficha: 2021 (Año) | 18 (Localidad) | 1096 (Proyecto) | 121886 (Código Unidad Operativa) | (Consecutivo)

SECCIÓN E. INFORMACIÓN DEL CUIDADO DE LA NIÑA O DEL NIÑO:

1.Escriba el nombre de la Subdirección Local – SLIS o Unidad Operativa donde se identifica la niña o el niño:

2. ¿La niña o el niño en algún momento queda sólo-a?: Si. 1 | No. 2 X *Pase a 5*

3. ¿En qué momento: Mañana. 1 | Tarde. 2 | Noche. 3

4. ¿Cuánto tiempo queda sólo?: Menos de una (1) hora. 1 | Entre 1 y 3 horas. 2 | Más de tres (3) horas. 3

5. Quién es el cuidador principal de la niña o el niño
Papá. 1 | Mamá. 2 X | Padrastro. 3 | Madrastra. 4 | Hermano-a. 5 | Tío-a. 6 | Abuelo-a. 7 | Otro pariente. 8 | Otro No pariente. 9

6. ¿Quién cuida a la niña o al niño en la mañana?:
Papá. 1 | Mamá. 2 X | Padrastro. 3 | Madrastra. 4 | Hermano-a. 5 | Tío-a. 6 | Abuelo-a. 7 | Otro pariente. 8 | Otro No pariente. 9 | Nadie. 10

7. ¿Quién cuida a la niña o al niño en la tarde?:
Papá. 1 | Mamá. 2 X | Padrastro. 3 | Madrastra. 4 | Hermano-a. 5 | Tío-a. 6 | Abuelo-a. 7 | Otro pariente. 8 | Otro No pariente. 9 | Nadie. 10

8. ¿Quién cuida a la niña o al niño en la noche?:
Papá. 1 | Mamá. 2 X | Padrastro. 3 | Madrastra. 4 | Hermano-a. 5 | Tío-a. 6 | Abuelo-a. 7 | Otro pariente. 8 | Otro No pariente. 9 | Nadie. 10

9. ¿Cuál es la edad en años del cuidador o la cuidadora principal?: 44

10. ¿Cuál es el sexo del cuidador o cuidadora principal?: Hombre. 1 | Mujer. 2 X | Intersexual. 3

11. ¿Cuál es el género del cuidador o la cuidadora principal?: Masculino. 1 | Femenino. 2 X | Transgénero. 3 | No informa. 4 | No aplica. 98

12. ¿Cuál es la orientación sexual del cuidador -ra principal?: Heterosexual. 1 X | Homosexual. 2 | Bisexual. 3 | No informa. 4 | No aplica. 98

13. Nivel educativo actual del cuidador o la cuidadora principal: Básica primaria. 7 X | Básica secundaria y media. 8 | Técnico. 18 | Tecnológico. 19 | Universitaria incompleta (sin título). 21 | Universitaria completa (con título). 12 | Postgrado incompleto (sin título). 22 | Postgrado completo (con título). 15 | Ninguno 1

14. El cuidador -ra principal estudia o trabaja? Si. 1 | No. 2 X *Pase a 16*

15. En qué momento: (*selección múltiple*) Mañana. 1 | Tarde. 2 | Noche. 3

16. El cuidador-ra principal presenta una enfermedad de alto costo: Si. 1 | No. 2 X

17. Tipo de documento de identidad del cuidador-ra principal el cuidador -ra principal Cédula de ciudadanía. 1 X | Cédula de extranjería. 2 | Tarjeta de identidad. 3 | NUIP. 4 | Registro civil. 6 | Pasaporte. 13 | PEP. 18 | Sin identificación. 8

18. Numero de documento de identidad del cuidador-ra principal. 52434126

Nombres y apellidos del cuidador-ra principal (*según documento identidad*)

19. Primer Apellido: GAMBOA

20. Segundo Apellido: CUTIVA

21. Primer Nombre: EDNA

22. Segundo Nombre: YANIRE

23. Parentesco: MADRE

24. ¿El niño o la niña ha estado bajo medida de protección legal?: Si. 1 | No. 2 X *Pase a sección F*

25. ¿En qué fecha el niño o la niña tuvo la medida de protección legal?: D D M M A A A A

SECCION F. INFORMACIÓN DEL NIÑO O LA NIÑA Si se desconoce la información de alguna(s) de la(s) pregunta(s) de 1 a la 11, por que el niño o la niña se encuentra en medida de protección o bajo custodia de familiares que desconocen la información relacionada con sus primeros años de vida, deje la(s) respuesta(s) en blanco e indique la situación en la descripción de la problemática

1. ¿Dónde fue atendido el parto de la niña o niño? Hospital. 1 X | Casa. 3 | Ambulancia. 5 | Centro de salud. 2 | Espacio público. 4

2. Quien atendió el nacimiento de la niña o el niño? Médico. 1 X | Partera. 3 | Enfermera. 2 | Personal no médico. 4

3. ¿El primer contacto piel a piel con su hija-o, después de nacer, fue?: ½ hora o antes. 1 X | 2 horas. 3 | 1 hora. 2 | Más de 4 horas. 4

4. ¿En qué semana de gestación nació su hija-o?: 41 Semanas — DATO VALIDO ENTRE 22 Y 42

5. ¿Cuál fue el peso de su hija-o al nacer?: 3300 Gramos — DATO VALIDO ENTRE 450 Y 6000

6. ¿Cuál fue la talla de su hija-o al nacer?: 47,5 Centímetros — DATO VALIDO ENTRE 22 Y 60

7. La niña o el niño recibió leche materna alguna vez? Si. 1 X | No. 2 *Pase a 12.*

8. ¿Después de cuánto tiempo de nacido su hija-o inicio la lactancia materna?: Inmediatamente. 1 | Menos de 1 hora. 2 X | Menos de 24 horas. 3 | Más de 24 horas. 4 | No sabe/No responde 5

9. ¿Actualmente el niña-o recibe leche materna?: Si. 1 X | No. 2 *Pase a 11*

10. Durante el día de ayer o en la noche la niña o el niño recibió algún alimento diferente a la leche materna?: Si. 1 X | No. 2 *Pase a pregunta 12*

11. ¿Qué edad tenía su hija-o cuando dejo de darle leche materna completamente?: _____ Meses

12. ¿La niña o el niño, cuenta con el esquema de vacunación al día?: Si. 1 X *Pase a 14* | No. 2

13. ¿Por qué la niña o el niño no cuenta con el esquema de vacunación al día?: Creencias religiosas o culturales. 1 | Olvido. 2 | Pérdida del carné. 3 | Desconocimiento. 4 | Falta de tiempo. 5

14. ¿Actualmente, la niña o el niño tiene una condición de salud?: Si. 1 | No. 2 X *pase a 17.*

15. ¿La condición de salud de la niña o el niño, implica?: *(Selección múltiple)*
Uso de oxigeno durante el sueño. 1 | Uso de oxigeno permanente. 2 | Alimentación por sonda. 3 | Traqueotomía. 4 | Procedimientos invasivos. 5 | Inmunodeficiencia. 6 | Toma de medicamentos 7 | Alteraciones en la piel 8 | Condiciones osteomusculares 9 | Ninguno de los anteriores. 96

16. ¿La condición de salud de la niña o el niño pone en riesgo su vida al ingresar al entono institucional? Si. 1 | No. 2 | Requiere verificación 3

17. ¿Actualmente, el padre, la madre o el cuidador de la niña o el niño presenta alguna de las siguientes condiciones?: *(Selección múltiple)*
Habitabilidad en calle 1 | Prostitución. 2 | Consumo de sustancias psicoactivas. 3 | Ninguna. 4 X

18. ¿Actualmente, la niña o el niño se encuentra expuesto a condiciones de?: *(Selección múltiple)*
Habitabilidad en calle. 1 | espacios de prostitución. 2 | Consumo de sustancias psicoactivas. 3 | Trabajo infantil. 4 | Mendicidad. 5 | Ninguna. 96 X

19. El padre o madre de la niña o niño es?: *(Selección múltiple)*
Desmovilizado. 1 | Desvinculado. 2 | Militar con discapacidad 3 | Militar fallecido. 4 | Ninguna de las anteriores. 96 X

20. El padre o madre de la niña o el niño trabaja en reciclaje? Si. 1 | No. 2 X

21. ¿Ha presentado solicitud de ingreso a?: *(Selección múltiple)*
Jardín infantil Diurno. 1 | Jardín infantil Nocturno. 2 | Creciendo en familia. 3 | Casas de pensamiento interculturales. 4 | Creciendo en familia en la ruralidad. 5 | Centros Amar. 6 | Hogar comunitario ICBF. 7 | Hogar infantil ICBF. 8 | FAMI del ICBF. 9 | Institución privada. 10 | Institución Educativa distrital. 11 | Ninguno. 96 X

22. ¿Actualmente, el niño o la niña recibe atención en?:
Jardín infantil Diurno. 1 | Jardín infantil Nocturno. 2 | Creciendo en familia. 3 | Casas de pensamiento interculturales. 4 | Creciendo en familia en la ruralidad. 5 | Centros Amar. 6 | Hogar comunitario ICBF. 7 | Hogar infantil ICBF. 8 | FAMI del ICBF. 9 | Institución privada. 10 | Institución Educativa distrital. 11 | Ninguno. 96 X

SECRETARÍA DISTRITAL DE INTEGRACIÓN SOCIAL	PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL FICHA SIRBE PROYECTO 1096 DESARROLLO INTEGRAL DESDE LA GESTACIÓN HASTA LA ADOLESCENCIA SERVICIO: JARDINES INFANTILES DIURNOS, NOCTURNOS Y CASAS DE PENSAMIENTO INTERCULTURAL	SIRBE	Código: FOR-PSS-334 Versión: 0 Fecha: Memo I2019046947 08/11/2019 Página: 2 de 2

SECCION F. INFORMACIÓN DEL NIÑO O LA NIÑA

23. ¿El principal motivo por el cual solicitó el servicio, es?:

Nuevas oportunidades para su calidad de vida.. 1 ☐ Superar condiciones de segregación y discriminación… 2 ☐ Desarrollo integral para su hija-o… 3 X Responde a las necesidades de la niña-o y su familia… 4 ☐ Fortalecimiento cultural…… 5 ☐ Cuidado de su hija o hijo mientras trabaja.. 6 ☐

SECCION G: Si en la pregunta 4 de la sección B del cabezote indico que se reconoce perteneciente a un grupo étnico diligencié esta sección, de lo contrario *pase a sección H*.

1. ¿El niño o la niña habla la lengua del grupo étnico al que pertenece?: Si…… 1 ☐ No…… 2 ☐		**3. Para la familia es importante que en la atención de la niña o el niño se conserven las tradiciones del grupo étnico al que pertenece?:** Si… 1 ☐	No… 2 ☐
2. ¿El niño o la niña, conserva tradiciones del grupo étnico al que pertenece?: Si…… 1 ☐ No…… 2 ☐ *Pase a sección H*		**4. ¿Para la familia es importante conservar en su vida cotidiana las tradiciones del grupo étnico al que pertenece?:** Si… 1 ☐	No… 2 ☐

SECCION H: Si en la pregunta 1 de la sección B del cabezote indico que la niña o niño presenta alguna discapacidad diligencié esta sección, de lo contrario *pase a sección I*

1. Clase de discapacidad (marque la clase de acuerdo al tipo indicado en la sección de cabezote, si es múltiple indique las clases necesarias.

ALTERACIONES EN EL DESARROLLO	*TRANS. GENERALIZADO DESARROLLO*	*VISUAL*	*FISICA*
Del habla y del lenguaje…… ☐	Autismo…… ☐	Baja visión…… ☐	Osteomuscular…… ☐
De la función motriz…… ☐	Otros TGD…… ☐	Ceguera…… ☐	Neuromuscular…… ☐
Del desarrollo mixto…… ☐	*AUDITIVA*	*COGNITIVA (INTELECTUAL)*	Parálisis cerebral (EMOC) …… ☐
Del comportamiento e hiperquinéticos…… ☐	Hipoacusia…… ☐	Síndrome de Down…… ☐	*MENTAL*
De los procesos cognitivos…… ☐	Sordera …… ☐	Cognitiva (intelectual) .. ☐	Mental…… ☐

2. Tiene diagnóstico clínico relacionado con la discapacidad?: Si…… 1 ☐ No…… 2 ☐

3. Es independiente para el desplazamiento?: Si…… 1 ☐ *Pase a 6* No…… 2 ☐

4. Requiere algún producto de apoyo para el desplazamiento?: Si…… 1 ☐ No…… 2 ☐ *Pase a 6*

5. Cuenta con el producto de apoyo?: Si…… 1 ☐ No…… 2 ☐

6. Apoyos requeridos en el servicio?

Intermitente o Limitado…… 1 ☐

Extenso o Generalizado…… 2 ☐

En observación…… 3 ☐

SECCIÓN I. DESCRIPCIÓN Y REFERENCIACIÓN:

1. Descripción de la problemática:

Familia nuclear de jefatura masculina compuesta por el papá de 42 años, la mamá de 44 y la hija de 2 años y 11 meses, quienes se encuentran afiliados al régimen contributivo. Viven en arriendo en un apartamento y el sustento de la familia proviene del ingreso del padre quien trabaja en una fábrica y de la madre, quien recibe una pensión de su difunto esposo. No cuentan con redes de apoyo,para garantizar el cuidado de la niña. La madre quiere empezar a buscar trabajo, por ello solicitan el cupo en el jardín. Ambos padres solo estudiaron la básica primaria.

2. Concepto técnico:

La niña Mariana Guerrero Gamboa , debe ingresar al servicio Jardines Infantiles Diurnos, ya que su mamá, quien es la cuidadora desea buscar trabajo y no cuentan con redes de apoyo que le posibilite a la niña un cuidado calificado mientras sus padres laboran. Debe asignarse al nivel de Párvulos por fecha de nacimiento (26 de diciembre de 2018). Lo anterior con el fin de proporcionarle una atención cualificada que potencie su desarrollo integral tanto a nivel pedagógico y nutricional.

Seleccione el nivel en el que recibirá la atención, de acuerdo a la edad que el niño tiene, tuvo o tendrá a **31 de marzo del año en curso**; con excepción de las niñas y los niños con discapacidad que se hará de acuerdo con el concepto técnico.

MATERNAL ☐ CAMINADORES ☐ PARVULOS X PREJARDIN ☐ JARDIN ☐

3. Acciones a seguir:

Ingreso prioritario… 1 X Lista de espera – Cumple criterios de identificación… 2 ☐

No cumple criterios de ingreso…… 3 ☐

4. ¿Requiere visita domiciliaria? - Si… 1 ☐ - No… 2 X

Motivo: Verificación de las condiciones socio familiares: - Si… 1 ☐ - No… 2 ☐

Verificación de las condiciones: - Si… 1 ☐ - No… 2 ☐

5.El servicio (nivel) en el que se atenderá la niña o el niño se encuentra en convenio interadministrativo con: SED…. 1 ☐ ICBF…. 2 ☐ Fuera de Convenios…. 3 X

6. Referenciación a un proyecto SDIS: - Si… 1 ☐ - No… 2 X

Integrante: ____ Proyecto: _____ Modalidad: _____

Integrante: ___ Proyecto: _____ Modalidad: _____

Integrante: ____ Proyecto: _____ Modalidad: _____

7. Referenciación a otra entidad: - Si… 1 ☐ - No… 2 X

Integrante: ____ ¿Cuál?: _____

Integrante: ____ ¿Cuál?: _____

Integrante: ____ ¿Cuál?: _____

SECCIÓN J. DILIGENCIAMIENTO:

Una vez me fue leída la descripción de mi problemática, certifico que la información suministrada es verdadera y me comprometo a informar oportunamente cualquier novedad y, en consecuencia, cualquier inconsistencia en los datos suministrados, dará lugar a las actuaciones jurídicas pertinentes. Autorizo a la SDIS para que verifique, en cualquier momento, toda la información suministrada, mediante los medios conducentes.

Edna Yanire Gamboa
Nombre y apellido del o la solicitante

Firma del o la solicitante

Doc. de identidad: 52434126

DILIGENCIAMIENTO DE LA FICHA:

Nombre de quien diligenció: Patricia Moreno

Nombre del Servidor-a Público-a responsable:
Aura Rosa Pérez Gil

Firma Servidor -a Público-a: _____

DIGITACIÓN EN SIRBE:

D D M M A A A A

Nombre: _____

Firma: _____

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 SDIS 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.

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

NUIP 1140934984

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 59658817

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número 66 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] **Código** D T X

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía

COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTA D.C.

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
GUERRERO	GAMBOA **********

Nombre(s)

MARIANA **********

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2018 Mes DIC Día 26	Femenino	A	Positivo

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)

COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTA D.C.

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO	15052489-6

Datos de la madre o padre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el primer apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos

GAMBOA CUTIVA EDNA YANIRE

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CÉDULA DE CIUDADANÍA NRO.52434126	COLOMBIANA

Datos de la madre o padre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el segundo apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos

GUERRERO PAJARITO JOSE ALEXANDER

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CÉDULA DE CIUDADANÍA NRO. 79726615	COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

GUERRERO PAJARITO JOSE ALEXANDER

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CÉDULA DE CIUDADANÍA NRO. 79726615	X Jose A Guerrero

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos

****

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
**********	

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos

****

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
**********	

Fecha de Inscripción	*Nombre y firma del funcionario que autoriza*
Año 2019 Mes ENE Día 03	RUBY ASTRID DUARTE ROBAYO Nombre y firma

Reconocimiento paterno	*Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento*
Jose A Guerrero Firma	RUBY ASTRID DUARTE ROBAYO Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

LIBRO DE VARIOS TOMO 56. FOLIO 141.

REPÚBLICA DE COLOMBIA — RUBY ASTRID DUARTE ROBAYO — NOTARIO PÚBLICO — BOGOTÁ D.C. — DISTRITO CAPITAL

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

THOMAS GREG & SONS.



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 79.726.615
GUERRERO PAJARITO
APELLIDOS
JOSE ALEXANDER
NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 09-MAR-1979
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.82 ESTATURA
O+ G.S. RH
M SEXO
23-ABR-1997 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES
INDICE DERECHO

A-1500150-00155256-M-0079726615-20090427 0011066742A 1 1160039200



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 52.434.126

GAMBOA CUTIVA

APELLIDOS

EDNA YANIRE

NOMBRES

Edna Gamboa

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 05-JUL-1977

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.53 ESTATURA

A+ G.S. RH

F SEXO

19-SEP-1995 BOGOTA D.C
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00209990-F-0052434126-20100121 0020184111A 1 29180243

2 MESES

acueducto
AGUA Y ALCANTARILLADO DE BOGOTÁ

Empresa de Acueducto y Alcantarillado de Bogotá - ESP
NIT: 899.999.094-1

#YoMeQuedoEnCasa

795

Datos del usuario

RAFAEL EDUARDO ROMERO R
KR 4K 53 SUR 34

RAFAEL URIBE URIBE
LA PAZ

ESTRATO:	1	CLASE DE USO:	Residencial
UND.HABIT./FAMILIAS:	1	UND. NO HABITACIONAL:	0

ZONA: 4 CICLO: C4 RUTA: C44094

Datos del medidor

MARCA: JANZ NÚMERO: 14-6227917 TIPO: VOLU015R315 DIÁMETRO: ½"

CUENTA CONTRATO
Número para cualquier consulta **9040712**

Factura de Servicios Publicos No.
Número para pagos **35808821710**

TOTAL A PAGAR
Agua + Alcantarillado + Aseo (ver al respaldo) + Cobro de terceros (ver al respaldo) **$58.331**

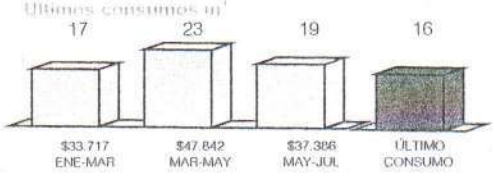
Fecha de pago oportuno **OCT/06/2021**

Fecha límite de pago para evitar suspensión **OCT/11/2021**

Datos del consumo

ÚLTIMA LECTURA:	963	CONSUMO (m³)	16
LECTURA ANTERIOR:	947		
FACTURADO CON:	Consumo Normal	Descargue fuente alterna	0

Ultimos consumos m³





Periodo facturado
JUL/08/2021 - SEP/04/2021

FECHA DE EXPEDICIÓN: SEP/24/2021 FECHA ESPERADA DE LA PRÓXIMA FACTURA: DIC/01/2021

Resumen de su cuenta

RANGO CMO BÁSICO Bimestral según Resolución CRA-750/2016 (0m3 - 22 m3)

Descripción	Cantidad	Costo Valor Unitario	Costo Valor Total	(-)Subsidio (+) Aporte	Tarifa Valor Unitario	Valor a Pagar
Cargo fijo residencial	1	$13.822,07	$13.822	$9.675-	$4.146,63	$4.147
Consumo residencial básico	16	$2.738,67	$43.819	$30.673-	$821,60	$13.146
Consumo residencial superior a básico						
Cargo fijo no residencial						
Consumo no residencial (m3)						
Subtotal Aseo (1)			$57.641	$40.348-		$17.293
Cargo fijo residencial	1	$6.569,02	$6.570	$4.599-	$1.970,98	$1.971
Consumo residencial básico	16	$2.824,20	$45.187	$31.631-	$847,26	$13.556
Consumo residencial superior a básico						
Cargo fijo no residencial						
Consumo no residencial (m3)						
Subtotal Alcantarillado (2)			$51.757	$36.230-		$15.527

Otros Cobros	No.	Cuota	Interés	Total	Saldo
Resolución CRA 936/20	05/09	$210		$210 -	$1.300
Dec. 064/12 Min. Vit				$9.859-	
Intereses de mora				$70	
Subtotal Otros Cobros (3)				$9.579-	

Otros conceptos que adeuda	Valor Total
Total otros conceptos que adeuda	$0

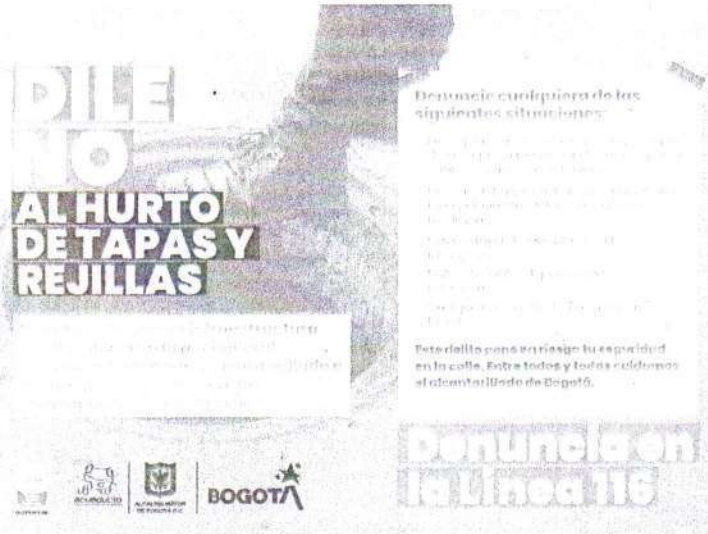
Descuento mínimo vital
(12 metros cúbicos sin costo en estrato 1 y 2) **$9.859-**

Aplica Resolución CRA 936/20 Vr Total: $4.879 Cuota: 05/09 Vr $210

TOTAL AGUA, ALCANTARILLADO Y OTROS COBROS (1)+(2)+(3)+(4) $23.241

CONSUMO MES AGUA Y ALCANTARILLADO $16.410

CONSUMO DIA AGUA Y ALCANTARILLADO $556





REPÚBLICA DE COLOMBIA
SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD
RÉGIMEN CONTRIBUTIVO
NIT 800.130.907-4

Salud Total EPS

MARIANA GUERRERO GAMBOA

R - 1140934984	Fecha inicio cobertura. (M/D/A): 12/26/2018
HIJO MENOR DE 18 AÑOS	No. Radicación: 100722768
Rango Salarial: A	Ninguna
Tipo Discapacidad:	91420563
Id Beneficiario:	4854555
Tel. Central de Citas Médicas:	3725010
Tel. Central de Citas Odontológicas:	

ESTE CARNÉ TIENE VALIDEZ SI SE ENCUENTRA AL DÍA CON SUS PAGOS
¡Permítanos ayudarle! En caso de urgencia o de requerir información,
no dude en comunicarse con nuestra Línea Gratuita de Atención al Cliente 018000 1 14524
y en Bogotá al 485 4555 las 24 horas del día.

ESTE CARNÉ ES DE USO PERSONAL E INTRANSFERIBLE

PARA HACER USO DE LOS SERVICIOS DE SALUD TOTAL EPS DEBE PRESENTAR EL CARNÉ VIGENTE, SU DOCUMENTO DE IDENTIDAD O DEL ADULTO RESPONSABLE Y ASUMIR, CUANDO SEA EL CASO, EL COPAGO O CUOTA MODERADORA CORRESPONDIENTE A SU RANGO SALARIAL.

EL ACCESO A LOS SERVICIOS DEL PLAN OBLIGATORIO DE SALUD DEPENDERÁ DEL PAGO OPORTUNO DE LOS APORTES Y DE LA ACTUALIZACIÓN DE LA INFORMACIÓN A SALUD TOTAL EPS.

SEÑORES IPS RECUERDEN QUE EL INGRESO DE UN USUARIO AL SERVICIO DE URGENCIAS DEBE SER INFORMADO A SALUD TOTAL EPS DENTRO DE LAS VEINTICUATRO (24) HORAS SIGUIENTES, SO PENA DE NO PAGO.

VIGILADO Supersalud

M-PYGA-F005

Sisbén
Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

B1

Fecha de consulta: 05/11/2021

Ficha: 11001769840000004694

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: MARIANA

Apellidos: GUERRERO GAMBOA

Tipo de documento: Registro civil

Número de documento: 1140934984

Municipio: Bogotá

Departamento: Bogotá

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 02/09/2019

Última actualización ciudadano: 14/09/2019

Última actualización via registros administrativos:

***Si encuentra alguna inconsistencia o desea actualizar su información por favor acérquese a la oficina del Sisbén del municipio donde reside actualmente**

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: HELMUT RUBIEL MENJURA MURCIA

Dirección: Carrera 30 No 25 - 90 Edificio CAD Piso 13

Teléfono: 3358000 Opción 2

Correo Electrónico: encuestasisben@sdp.gov.co

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. INTEGRACIÓN SOCIAL	**SECRETARÍA DISTRITAL DE INTEGRACIÓN SOCIAL**	**PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL** **FICHA SIRBE GENÉRICA PARA REGISTRO DE ACTUACIONES POR HISTORIA SOCIAL**	SIRBE

Código:	**FOR-PSS-312**
Versión:	**0**
Fecha:	**Memo I2019046947 08/11/2019**
Página:	**1 de 3**

Número Ficha:

2	0	2	1	1	8	1	0	9	6	1	2	1	8	8	6				
Año				**Localidad**		**Proyecto**				**Código Unidad Operativa**						**Consecutivo**			

SECCIÓN A. INFORMACIÓN DE LOS INTEGRANTES:

Tipo Documento de Identidad: 1. Cédula de Ciudadanía **2.** Cédula de extranjería **3.** Tarjeta de identidad **4.** NUIP **6.** Registro civil **8.** Sin identificación **13.** Pasaporte

	1. Número de Integrante*	2. Tipo Documento de Identidad:	3. Número Documento de Identidad:	4. Apellido 1:	5. Apellido 2:	6. Nombres: *(Escriba sus nombres completos)*
01	3	6	1140934984	GUERRERO	GAMBOA	MARIANA
02						
03						
04						
05						
06						
07						
08						
09						
10						

(*Número de integrante según ficha SIRBE cabezote F-AO-RS-001página 3)

SECCIÓN B. NOVEDADES DE ACTUACIONES DE ESTADO, INTERVENCIÓN Y SEGUIMIENTO:

D. TIPO DE ACTUACIÓN	E. TIPO DE ACTUACIÓN DE ESTADO			F. TIPO DE ACTUACIÓN DE SEGUIMIENTO		
1.Actuaciones de Estado **2.**Actuaciones de Intervención **3**. Actuaciones de Seguimiento	**1.**Inscrito **3.**Solicitud de Servicio **5**. En atención	**6.**Suspendido **7.**Atendido **205.**Atendido día	**522.**Atendido de Inscrito **523.** Atendido Sol. Servicio **526**. Atendido noche	**8.**Traslado a otro CDS **204.**Transferencia a otro Subcomponente **10.**Remisión a otro proyecto Componente	**4.**Referenciación a otro proyecto Componente **9.**Remisión a una entidad externa **206.**Referenciación a una entidad externa	**Otra actuación:** **Código Actuación:**_____ **Nombre de actuación**_____

No. Registro	No. Integrante	A FECHA DE LA NOVEDAD	B Número del ACTUAL proyecto	C Componente / Subcomponente ACTUAL proyecto	D Tipo de Actuación	E Tipo De Actuación De Estado	F Tipo De Actuación De Seguimiento	G Código del motivo de la Actuación de Estado	H Código del motivo de la Actuación de Intervención	I Código del motivo de la Actuación de Seguimiento	J Código de la Actividad (Depende del componente / Subcomponente)	K Número del nuevo proyecto (Aplica para Tipo de Acción de Seguimiento No. 10)	L Componente / Subcomponente nuevo proyecto (Aplica para Tipo de Acción de Seguimiento No. 10)	M Nombre de la nueva unidad operativa - CDS (Aplica para Tipo de Acción de Seguimiento No. 8 y No. 10)	N Remisión y/o Referenciación a una entidad externa (Aplica para Tipo de Acción de Seguimiento No. 9 y No. 206)
01	3	28/09/2021	1096	JIC PÁRVULOS	1	1									
02		DD/MM/AAAA													
03		DD/MM/AAAA													
04		DD/MM/AAAA													
05		DD/MM/AAAA													
06		DD/MM/AAAA													
07		DD/MM/AAAA													
08		DD/MM/AAAA													
09		DD/MM/AAAA													
10		DD/MM/AAAA													

SECCIÓN C. OBSERVACIONES DE LA ACTUACIÓN, DILIGENCIAMIENTO

	O. OBSERVACIONES DE LA ACTUACIÓN	P. NOMBRE DE QUIEN REPORTA	Q. NOMBRE DE QUIEN DIGITA	R. FECHA DIGITACIÓN (FECHA UNICA DE DIGITACIÓN: DD/MM/AAAA)
01	Inscripción al servicio	Aura Rosa Pérez G.		
02				
03				
04				
05				
06				
07				
08				
09				
10				

NOVEDADES DE INFORMACIÓN

SECCIÓN D. NOVEDADES DE MODIFICACIÓN DE INFORMACIÓN:

No. Integrante	A		B	C	D	E			F
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD					MODIFICACIÓN A LA INFORMACIÓN DEL BENEFICIARIO			
	Tipo	Número	APELLIDOS	NOMBRES	FECHA DE LA NOVEDAD	NOMBRE DE LA VARIABLE			NUEVO VALOR DE LA VARIABLE
						SECCIÓN	No. PREGUNTA	OPCIÓN	
1					D D M M				
2					D D M M				
3					D D M M				
4					D D M M				
5					D D M M				
6					D D M M				
7					D D M M				
8					D D M M				
9					D D M M				
10					D D M M				

SECCIÓN E. OBSERVACIONES DE MODIFICACIÓN DE INFORMACIÓN:

	G. NOMBRE DE QUIEN REPORTA	H. FIRMA DE QUIEN REPORTA	I. NOMBRE DE QUIEN DIGITA	J. FIRMA DE QUIEN DIGITA	K. FECHA DIGITACIÓN		
1					FECHA UNICA DE DIGITACIÓN	AAAA	D D M M A A A A
2							D D M M A A A A
3							D D M M A A A A
4							D D M M A A A A
5						MM	D D M M A A A A
6							D D M M A A A A
7							D D M M A A A A
8						DD	D D M M A A A A
9							D D M M A A A A
10							D D M M A A A A

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 SDIS 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.