



Bogotá, D.C.

(611)

Señora

MARÍA HILDA ACEVEDO

Beneficiaria subsidio c

Cll 79b # 55 a - 11

3023178080/7588647/3202065811

Bogotá

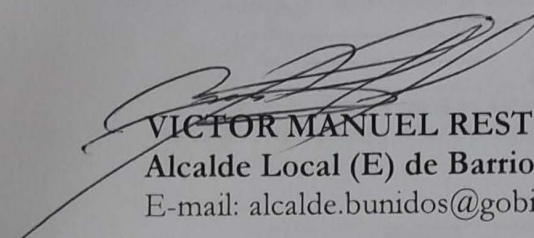
Asunto: Solicitud de soportes

De acuerdo con un análisis realizado en la reunión con DADE que se llevó a cabo el día 24 de febrero del 2020 a los documentos entregados por usted como beneficiaria en el mes de octubre del 2019, se concluyó que estos documentos no son suficientes para dar continuidad al proceso de desbloqueo de tarjeta; por consiguiente, se realizará una visita de validación de condiciones y se solicita que presente los siguientes soportes:

1. Recibos de caja que evidencien el pago de mensualidades de arriendo
2. Historia clínica o epicrisis.
3. Fotocopias de las cédulas de ciudadanía de las personas con las que conviven.

El plazo límite para la entrega de los soportes es el próximo martes 10 de marzo del 2020 en el call de Barrios Unidos.

Cordialmente,

**VICTOR MANUEL RESTREPO ROJAS**

Alcalde Local (E) de Barrios Unidos

E-mail: alcalde.bunidos@gobiernobogota.gov.co

Proyectó: Daniela Peña Gómez - Profesional Apoyo Económico Tipo C *OPG*
Revisó: Juan Carlos Sánchez Solano - Profesional Universitario - Contratista *JCS*
Revisó: Cesar Augusto Vanegas Moscoso - Profesional Universitario - Contratista
Revisó: Adriana Montealegre Riaño - Abogada de despacho *MR*

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL	PROCESO: PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS SOCIALES	Código: F-PS-191
	FORMATO: FICHA DE SEGUIMIENTO SERVICIO SOCIAL	Versión: 1
	DESARROLLO DE CAPACIDADES Y POTENCIALIDADES CON	Fecha: 02-05-16
	APOYO ECONÓMICO	Página: 1 de 2

NOMBRES	MARIA HILDA	APELLIDOS	Acercado de E
NÚMERO DE CÉDULA		DE	
ESTADO SIRBE		FECHA DE ESTADO	
DIRECCIÓN		BARRIO	
NÚMERO TELÉFONO FIJO		NÚMERO DE CELULAR	
CORREO ELECTRÓNICO		@	
MOTIVO DE LA FICHA	Llamada _____; Seguimiento en la SLIS _____ Reporte de visita no Efectiva _____		
FECHA: _____	DESCRIPCIÓN DEL CASO		
HORA: _____			
Se le informa del debido proceso para definir su situación final en el subsidio C, de acuerdo al radicado firmado.			
Acciones a adelantar:			
Seguimiento Maria Hilda			
Nombres y apellidos de persona mayor o quien suministra la información:	Escritura y apellidos de la persona que suministra la información	Firma	
Nombres y apellidos de servidor/a público/a que atiende:	Escritura y apellidos del profesional que realiza el seguimiento con cargo	Firma	

USO EXCLUSIVO CUANDO LA PERSONA MAYOR NO SE ENCUENTRA EN EL DOMICILIO

Fecha de la visita: Día _____ Mes _____ Año _____
 Esta información es para la persona mayor: _____
 identificado-a con cédula: _____, debido a que no se encontraba en su domicilio, se le solicita presentarse dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes en horario de atención de lunes a viernes de 7:00 a.m. a 4:30 p.m., en la Subdirección Local para la Integración Social de _____ ubicada en la dirección _____ Barrio _____
 Teléfonos: _____ o en la Alcaldía Local de _____ ubicada en la dirección _____ Barrio _____ Teléfonos: _____, presentando esta tirilla.
 Así mismo, se le comunica que al no presentarse dentro de los cinco (5) días hábiles, se procederá a adelantar las acciones pertinentes, que conllevarán posiblemente a tomar una decisión de fondo frente a su caso por parte de la Subdirección Local para la Integración Social.

	ELABORÓ	REVISÓ	REVISÓ	APROBÓ
NOMBRE	Equipo Técnico	Sandra Ávila Giovanna Rivera Pérez	Juanita Barrero Guzmán	Maria Antonia Velasco Julián Moreno Parra
CARGO	Servicio social Desarrollo de Capacidades y Potencialidades con Apoyo Económico	Gestora SIG Dirección Territorial Gestora SIG Subdirección para la Vejez	Subdirectora para la Vejez	Directora Territorial - Líder del Proceso de Prestación de los Servicios Sociales Director Poblacional

NOMBRES	MELIA HILDO		APELLIDOS	ACEVEDO
NÚMERO DE CÉDULA	20264047		DE	
ESTADO SIRBE	Bloqueada		FECHA DE ESTADO	
DIRECCIÓN			BARRIO	60iton
NÚMERO TELÉFONO FIJO	7588647	NÚMERO DE CELULAR	3202066811	
CORREO ELECTRÓNICO	@			
MOTIVO DE LA FICHA	Llamada <u>X</u> ; Seguimiento en la SLIS _____ Reporte de visita no Efectiva _____			
FECHA: 04-03-20	DESCRIPCIÓN DEL CASO			
HORA				
Se llama a los beneficiarios para realizar la visita, ellos responden que no le es posible porque se encuentran en otros lugares.				
Acciones a adelantar:				
Visita de verificación				
Nombres y apellidos de persona mayor o quien suministra la información:	Escriba los nombres y apellidos de la persona que suministra la información		Firma	
Nombres y apellidos de servidor/a público/a que atiende:	Escriba los nombres y apellidos del funcionario que realiza el seguimiento con ellos		Firma	Daniel

USO EXCLUSIVO CUANDO LA PERSONA MAYOR NO SE ENCUENTRA EN EL DOMICILIO

Fecha de la visita: Día _____ Mes _____ Año _____
 Esta información es para la persona mayor: _____
 identificado-a con cédula: _____, debido a que no se encontraba en su domicilio, se le solicita presentarse dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes en horario de atención de lunes a viernes de 7:00 a.m. a 4:30 p.m., en la Subdirección Local para la Integración Social de _____ ubicada en la dirección _____ Barrio _____
 Teléfonos: _____ o en la Alcaldía Local de _____ ubicada en la dirección _____ Barrio _____ Teléfonos: _____, presentando esta tirilla.
 Así mismo, se le comunica que al no presentarse dentro de los cinco (5) días hábiles, se procederá a adelantar las acciones pertinentes, que conllevarán posiblemente a tomar una decisión de fondo frente a su caso por parte de la Subdirección Local para la Integración Social.

	ELABORÓ	REVISÓ	REVISÓ	APROBÓ
NOMBRE	Equipo Técnico	Sandra Ávila Giovanna Rivera Pérez	Juanita Barrero Guzmán	María Antonia Velasco Julián Moreno Parra
CARGO	Servicio social Desarrollo de Capacidades y Potencialidades con Apoyo Económico	Gestora SIG Dirección Territorial Gestora SIG Subdirección para la Vejez	Subdirectora para la Vejez	Directora Territorial - Líder del Proceso de Prestación de los Servicios Sociales Director Poblacional

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL	PROCESO: PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS SOCIALES	Código: F-PS-170
	FORMATO: CRUCE INDIVIDUAL BASES DATOS	Versión: 0
	SERVICIO SOCIAL DESARROLLO DE CAPACIDADES Y POTENCIALIDADES	Fecha: MEMO INT: 43623-28/07/2015
	CON APOYO ECONÓMICO	Página: 1 de 2

1. SUBDIRECCIÓN LOCAL PARA LA INTEGRACIÓN SOCIAL DE Bogotá Unidos

2. NOMBRES Maria Hilda

3. APELLIDOS Acevedo de Espinosa

4. NÚMERO DE CÉDULA 20 269 097

5. FECHA DE EXPEDICIÓN DE CÉDULA a. DD 07 b. MM 06 c. AA 1962

6. EDAD 7. FECHA DE NACIMIENTO DD-MM-AA

9. CONSULTA SOLICITUD DE SERVICIO INSCRITO EN ATENCIÓN

8. FECHA DE CONSULTA DD-MM-AA DD-MM-AA DD-MM-AA

10. SIRBE Fecha de estado DD-MM-AA DD-MM-AA DD-MM-AA

11. REGISTRADURÍA a. Estado de Cédula Vigente

b. Entidad que reporta Registraduría

12. SISBÉN NACIONAL a. Puntaje 60, 71

b. Ciudad Bogotá

c. Fecha de Encuesta (DD/MM/aa) 24 de Nov 2018

d. Sin resultados de consulta

13. COMPROBADOR DE DERECHOS a. Contributivo Beneficiario

b. Subsidiado No registra

c. Población Especial No registra

d. Sin resultados de consulta

14. SISPRO a. Afiliaciones a Salud Salud total

b. Afiliaciones a Pensiones No registra

c. Afiliaciones a Riesgos Laborales No registra

d. Afiliaciones a Compensación Familiar Completo

e. Afiliaciones a Cesantías No registra

f. Vinculaciones a Programas de Asistencia Social No registra

g. Pensionados No registra

15. FOSYGA a. Tipo de afiliación Beneficiario

b. Último período compensado (DD/MM/aa) 01/04/2013

16. CATASTRO a. Presenta predio

b. N° de predios

c. Suma total de los avalúos del último año

d. % de copropiedad

e. Coincide dirección del predio de Catastro con la dirección de residencia

17. RAMA JUDICIAL a. Presenta procesos No registra

b. N° de procesos vigentes No registra

c. Situación Jurídica Actual No registra

18. NOTARIADO Y REGISTRO(**)

19. RESULTADOS DEL CRUCE SI NO

a. SUPERA CRUCES PARA APOYO B, B DESPLAZADO, C REGISTRE SOLO B, B DESPLAZADO X

b. REQUIERE POSTULAR AL APOYO COFINANCIADO D REGISTRE SOLO B, B DESPLAZADO X

20. Requiere soportes SI Marque con X y diligencie Formato de Solicitud de Documentos X

21. NOMBRE, APELLIDO Y FIRMA DE QUIEN REALIZÓ EL CRUCE Daniel Pérez Gómez Daniela Pérez Gómez

(**): Depende de la asignación de usuario para esta consulta.

	ELABORÓ	REVISÓ	REVISÓ	APROBÓ
NOMBRE	Equipo Técnico	Sandra Avila Giovanna Rivera Pérez	Juanita Barrero Guzmán	Maria Antonia Velasco Julian Moreno Parra
CARGO	Servicio Social Desarrollo de Capacidades y Potencialidades con Apoyo Económico	Gestora SIG Dirección Territorial Gestora SIG Subdirección para la Vejez	Subdirectora para la Vejez	Directora Territorial - Líder del Proceso de Prestación de los Servicios Sociales

Fecha de diligenciamiento: 09032020

Número Ficha: 20201210990010110063

AñoLocalidadProyectoCódigo Unidad OperativaConsecutivo

SECCIÓN A. VARIABLES BÁSICAS:

1. Primer Apellido, según su documento de identidad: Acevedo		2. Segundo Apellido, según su documento de identidad: de espinoza		3. Primer Nombre, según su documento de identidad: ALIA		4. Segundo Nombre, según su documento de identidad: Hilda	
5. Tipo de documento de identidad: Cédula de ciudadanía: ☒ Cédula de extranjería: ☒ Tarjeta de identidad: ☐ NUIP: ☐ Registro civil: ☐ Pasaporte: ☒ Sin identificación: ☐		6. Número de documento de identidad: 20264047		7. Municipio de nacimiento: Tibana		8. Departamento nacimiento: BOYACA	
9. País nacimiento: Colombia		10. Sexo de nacimiento: (según documento de identidad) Hombre: ☐ Mujer: ☒ Intersexual: ☐		11. Fecha de nacimiento: (según su documento de identidad) 04031941		12. Estado civil: Soltero-a: ☐ Casado-a: ☒ Unión libre: ☐ Separado-a/Divorciado-a: ☐ Viudo-a: ☐ Unión marital de hecho: ☐	
13. Parentesco con el jefe del núcleo familiar: Jefe núcleo familiar: ☐ Cónyuge o compañero-a: ☐ Padre/Madre: ☐ Padrastro/Madrastra: ☐ Hijo-a: ☐ Abuelo-a: ☐ Hermano-a: ☐ Tío-a: ☐ Primo-a: ☐ Sobrino-a: ☐ Nieto-a: ☐ Otro pariente: ☐ Otro No pariente: ☐ Hijastro: ☐							
14. Nivel educativo actual: Ambito familiar - Primera infancia: ☒ Preescolar: ☐ Básica secundaria y media: ☒ Tecnológico: ☐ Universitaria completa (con título): ☐ Postgrado completo (con título): ☐ Ambito institucional - Jardines primera infancia: ☐ Básica primaria: ☐ Técnico: ☐ Universitaria Incompleta (sin título): ☐ Postgrado incompleto (sin título): ☐ Ninguno: ☐							
15. Años aprobados: 7							
16. Actividad Principal: * (Esta pregunta aplica solo a personas mayores de 3 años) Trabajando: ☐ Buscando trabajo: ☐ Estudiando: ☐ Oficios del hogar: ☒ Rentista: ☐ Jubilado / pensionado: ☐ Pérdida de Capacidad Laboral: ☐ Sin actividad: ☐ Cuidador: ☐ No aplica: ☐							
17. Posición ocupacional: * (Esta pregunta aplica solo a personas mayores de 14 años) Empleado u obrero particular: ☐ Empleado u obrero del gobierno: ☐ Patrón o empleador: ☐ Trabajador por cuenta propia: ☐ Trabajador familiar no remunerado: ☒ Empleado doméstico: ☐ Jornalero o peón: ☐ Ayudante sin remuneración: ☐ No aplica: ☐							
18. ¿Cuántas horas a la semana dedica a esta actividad?: * (Esta pregunta aplica solo a personas mayores de 3 años) Horas: _____		19. Valor de los ingresos mensuales: * (Esta pregunta aplica solo a personas mayores de 14 años) \$ 684.400 =		20. Forma de percibir los ingresos: * (Esta pregunta aplica solo a personas mayores de 14 años): Diario: ☐ Esporádico: ☐ Quincenal: ☐ Mensual: ☐ Semanal: ☐ No aplica: ☐			
21. ¿Está afiliado a seguridad social?: Sí: ☐ No: ☐ Pase a 24		22. Régimen de seguridad social: Contributivo: ☐ Subsidiado: ☐ Especial: ☐		23. Calidad del afiliado: Beneficiario: ☐ Cotizante: ☐		24. Tiene puntaje de Sisben? Sí: ☐ No: ☐ Pase a 26	
25. Puntaje Sisben: _____							
26. Localidad donde desarrolla su actividad principal: * (Esta pregunta aplica solo a personas mayores de 3 años): Usaquén: ☐ Santa fe: ☐ Usme: ☐ Bosa: ☐ Fontibón: ☐ Suba: ☐ Teusaquillo: ☐ Antonio Nariño: ☐ La Candelaria: ☐ Ciudad Bolívar: ☐ No aplica: ☐ Chapinero: ☐ San Cristóbal: ☐ Tunjuelito: ☐ Kennedy: ☐ Engativá: ☐ Barrios Unidos: ☐ Los Mártires: ☐ Puente Aranda: ☐ Rafael Uribe: ☐ Sumapaz: ☐							

SECCIÓN B. VARIABLES TRANSVERSALES:

1. Persona con discapacidad: Sí: ☐ No: ☒ Pase a 3		2. Tipo de discapacidad: Física: ☐ Auditiva: ☐ Cognitiva: ☐ Multi déficit: ☐ Trastorno generalizado del desarrollo: ☐ Mental: ☐ Visual: ☐ Sordo ceguera: ☐ Alteración del desarrollo: ☐		3. Tipo de familia: Unipersonal: ☐ Nuclear: ☒ Extensa: ☐ Homo parental: ☐ Compuesta: ☐ Mono parental: ☐ Pareja sin hijos-as: ☐ Simultáneas: ☐	
4. Grupo Étnico: ¿De acuerdo con su cultura, pueblo o rasgos físicos, es o se reconoce cómo? Indígena: ☐ RROM (Gitano): ☐ Raizal del Archipiélago de San Andrés y Providencia: ☐ Palenquero de San Basilio: ☐ Negro-a, Mulato-a, afro colombiano-a, o afro descendiente: ☐ Ninguno de los anteriores: ☒					
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): ☐ Embera: ☐ Senú: ☐ Yanaconas: ☐ Ingas: ☐ Awa (Kwaiker): ☐ Arhuacos: ☐ Kichwas: ☐ Ninguna de las anteriores: ☐ Wayuu: ☐ Quillasinga: ☐ Sicuani: ☐ Guambianos: ☐ Cañamomos: ☐ Coyaimas: ☐ Pijao: ☐ Muiscas: ☐ Otro ¿Cuál? (Código del instructivo): _____					
6. ¿Víctima de conflicto armado?: Sí: ☐ No: ☒ Pase a 9		7. Número registro único de víctimas: _____			
8. Si respondió afirmativamente, indique los motivos: (Selección múltiple) Acto terrorista, atentado: ☐ Amenazas: ☐ Masacres: ☐ Tortura: ☐ Desaparición forzada: ☐ Minas antipersonales, munición sin vinculación de niños-as y adolescentes Violencia sexual asociada Combates, enfrentamientos: ☐ Homicidio: ☐ Secuestro: ☐ Despojo y abandono de tierras: ☐ Desplazamiento forzado: ☐ explotar y artefactos explosivos: ☐ a grupos al margen de la ley: ☐ a conflicto armado: ☐					

SECCIÓN B. VARIABLES TRANSVERSALES:

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

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

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 Si la respuesta es 2 o 98 Pasa 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
Alimento y/o valor cuota	\$ 0	Servicio doméstico	\$ 0	Artículos de aseo para la familia	\$ 0	Calzado y ropa para la familia	\$ 0
Servicios públicos básicos (agua, energía, gas, teléfono fijo)	\$ 328.000	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	\$ 0	Pago a terceros por cuidado de niños-as menores de 6 años	\$	Educación (útiles, pensión, transporte escolar, fotocopias, etc.)	\$ 0	Esparcimiento (Discotecas, bebidas alcohólicas, etc.)	\$ 0
Teléfono celular o móvil	\$ 0	Alimentación para la familia	\$ 250.000	Gastos en salud (consultas, medicamentos, etc.)	\$ 80.000	Libros, discos, DVD, CD	\$ 0
Servicio de televisión por cable	\$ 0	Restaurante y hoteles	\$ 0	Transporte	\$ 26.400	DEJAR ESTE ESPACIO EN BLANCO	

SECCIÓN C. UBICACIÓN GEOGRÁFICA:

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

2. UPZ:
 3. Nombre del barrio / Vereda:

4. Escriba su dirección completa:
 Calle ☒ 1 Transversal ☐ 2V
 Carrera ☐ 3V Avenida calle ☐ 4AC
 Diagonal ☐ 5DC Avenida carrera ☐ 6AC
 Avenida ☐ 7AV

Número vía principal: 79
 Nombre vía principal:
 Nombre sinónimo vía principal:

Alfabetico Bis Cuadrante
 [B] [] [S]
 [] [Alfabetico] [E]

Número vía generadora: 55
 # [A]
 Número placa: 11
 Cuadrante: [S]
 [E]

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

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

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

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

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

9. Teléfono fijo de contacto:
 10. Teléfono celular de contacto:
 11. Correo electrónico de contacto:

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

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

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

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

16. Lugar de procedencia del grupo familiar:
 16a. Municipal: Tiba ☐ 2
 16b. Departamento: Boyacá ☐ 2
 16c. País: Colombia ☐ 2
 16d. Fecha de llegada a Bogotá: 1 9 5 3

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. NUPP 6. Registro civil 13. Pasaporte 8. Sin identificación		D. SEXO 1. Hombre 2. Mujer 3. Intsexual	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. Ambito familiar (Primera infancia) 14. Ambito 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. Diano 2. Mensual 3. Esporádico 4. Semanal 5. Quincenal		O. RÉGIMEN DE SEGURIDAD SOCIAL 1. Contributivo 2. Subsidiado 3. Especial Pase a P Pase a P		O. CALIDAD DEL AFILIADO 1. Beneficiario 2. Colizante		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. Yanacunas 8. Guambianos 9. Ingas 10. Cañamomos 11. Awa (Kwaiker) 12. Coyaínas 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				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									
T. GÉNERO * 1. Masculino 2. Femenino 3. Transgénero (Travesti, transsexual, transmanista) 4. No informa 98. No aplica		U. ORIENTACIÓN SEXUAL * 1. Heterosexual 2. Homosexual 3. Bisexual 4. No informa 98. No aplica											

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	Número	APELLIDOS	NOMBRES	FECHA NACIMIENTO	PARENTESCO (Con/Para en 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	Afiliado al régimen de seguridad social			Régimen de seguridad Social	Calidad del afiliado					¿Persona con discapacidad?	TIPO	Grupo étnico	Grupo indígena	VICTIMA DE CONFLICTO ARMADO	
									Años aprobados	¿Asiste actualmente?																												*¿Ha recibido capacitación, formación o tiene experiencia en algún arte u oficio?	*¿De acuerdo con la respuesta anterior ¿En qué cree que puede desempeñarse?
			Escriba: En el renglón 1, primer apellido En el renglón 2, segundo apellido	Escriba: En el renglón 1, primer nombre En el renglón 2, segundo nombre	Sexo	Día	Mes	Año	Edad aproximada																														
1	17112390	1	Espinoza	1	Pablo	1	14	5	44	76	1	2	8	Si	8	6		\$250.000	5	12	X	1	1	Si			Si	1			Si	X							
		2	Oardenas	2	Antonio									9	X	9					No			X			X				No	Aplica							
2	1018464274	1	Espinoza	1	Antonio	1	26	12	93	26	5	1	21	X	1	2	30	\$1.100.000	2	16	X	1	2	Si			Si	1			X	No	24						
		2	Acevedo	2	Jose.									No							No			X			X				No	Aplica							
3	202614047	1	Acevedo	1	MARIA	2	4	3	1	9	4	1		Si				\$250.000	2	12	Si	1	1	Si			Si				Si	X							
		2	de espinoza	2	Hilda									No							No			X			X				No	Aplica							

Aplica para mayores de 14 años

* Aplica para mayores de 14 años

Fecha de diligenciamiento: 09032020

Número Ficha: 20207270990010770083

AñoLocalidadProyectoCódigo Unidad OperativaConsecutivo

SECCIÓN E. VARIABLES ESPECÍFICAS DE LA PERSONA MAYOR:

1. La persona mayor, ¿Realiza las siguientes actividades por sí mismo?:		2. ¿Requiere ayuda técnica para deambulación?:		3. ¿Cuenta con algún tipo de apoyo económico?:		4. ¿De quién recibe el apoyo económico?:	
Bañarse ☒ Si ☐ No	Alimentarse ☒ Si ☐ No	Deambular ☒ Si ☐ No	Si ☐ No ☒	Si ☒ No ☐ Pase a 6	Hijos-as ☒ Vecinos-as ☐	Ente local ☐ Ente nacional ☐	
Vestirse ☒ Si ☐ No	Control de esfínteres ☒ Si ☐ No	Movilidad en la calle ☒ Si ☐ No			Hermanos-as ☐ Allegados-as ☐	Ente local ☐ Ente nacional ☐	
5. ¿Con qué periodicidad recibe el apoyo económico?:		6. ¿Tiene hijos-as?:		7. ¿Cuántos hijos-as tiene?:		8. ¿Con cuántos de sus hijos-as se relaciona actualmente?:	
Diario ☐ Quincenal ☐ Esporádico ☐	Si ☒ No ☐ Pase a 10	Si ☐ No ☐ Pase a 10	4	4			
Semanal ☐ Mensual ☒							
11. ¿Qué tipo de responsabilidad?:		12. ¿A quién cuida?:		9. ¿Alguno de sus hijos-as, con los que se relaciona, vive en?:		10. ¿Actualmente tiene personas a cargo o bajo su responsabilidad?:	
Económica ☐ Afectiva ☐ Doméstica ☐ Múltiple ☐		Pareja ☐ Hijos-as ☐ Nietos-as ☐ Otro familiar ☐ Otro No familiar ☐ Niños-as, adolescentes ☐ Persona mayor ☐		Casa ☐ Localidad ☐ Ninguno ☐			
				Barrio ☐ Ciudad ☐			
13. ¿La persona a quien cuida es Persona con Discapacidad?:		14. ¿Qué tiempo dedica a esta actividad?:		15. ¿La persona mayor tiene cuidador-a?:			
Si ☐ No ☐		Día y noche ☐ Día ☐ Medio día ☐ Por horas ☐		Si ☐ No ☐ Pase a Sección G			

SECCIÓN F. VARIABLES ESPECÍFICAS DEL CUIDADOR-A:

1. Información sobre el-la cuidador-a:		Dirección		Teléfono fijo		Teléfono móvil		Correo electrónico	
Nombres y Apellidos									
Información sobre el-la cuidador-a:									
2. ¿Qué tipo de relación tiene con la persona mayor?:		3. ¿El cuidador-a es Persona con Discapacidad?:		4. ¿Tipo de discapacidad?:					
Familiar ☐ Comunitario ☐	Si ☐ No ☐	Física ☐ Auditiva ☐ Cognitiva ☐ Multi déficit ☐ Trastorno generalizado del desarrollo ☐							
Social ☐ Institucional ☐		Mental ☐ Visual ☐ Sordo ceguera ☐ Alteración del desarrollo ☐ Síndromes específicos ☐							

SECCIÓN G. VARIABLES ESPECÍFICAS DEL ACUDIENTE:

1. Información sobre el-la acudiente:		Dirección		Teléfono fijo		Teléfono móvil		Correo electrónico	
Nombres y Apellidos									
Información sobre el-la acudiente:									
2. ¿Qué tipo de relación tiene con la persona mayor?:		3. ¿El acudiente es Persona con Discapacidad?:		4. ¿Tipo de discapacidad?:					
Familiar ☒ Comunitario ☐	Si ☐ No ☐	Física ☐ Auditiva ☐ Cognitiva ☐ Multi déficit ☐ Trastorno generalizado del desarrollo ☐							
Social ☐ Institucional ☐		Mental ☐ Visual ☐ Sordo ceguera ☐ Alteración del desarrollo ☐ Síndromes específicos ☐							

SECCIÓN H. VIOLENCIA:

1. ¿Ha sido víctima de acciones violentas?:		2. Tipo de violencia: (Selección múltiple)		3. ¿En qué espacios se han generado las acciones violentas?: (Selección múltiple)		4. La acción violenta, ¿vulneró su?: (Selección múltiple)	
Si ☐ No ☒ Pase a 11		Violencia física ☐ Violencia económica ☐ Violencia psicológica ☐ Violencia sexual ☐		Casa ☐ Calle ☐ Barrio ☐ Rural ☐		Integridad Física ☐ Integridad Moral ☐ Integridad Psicológica ☐ Integridad Económica ☐	
5. ¿La persona agresor-a fue?: (Selección múltiple)		6. ¿Denunció haber sido maltratado?:		7. ¿Por qué no denunció?: (Selección múltiple) (Pase a 11)			
Hijo-a ☐ Hermano-a ☐ Pareja ☐ Desconocido-a ☐ Agente de empresa privada ☐ Nieta-a ☐ Otro pariente ☐ Vecino-a ☐ Servidor-a público ☐ Ninguna ☐		Si ☐ No ☐ Pase a 8		Por intimidación del agresor-a ☐ Por dependencia emocional ☐ Por no conocer dónde denunciar ☐ Por dependencia económica ☐			

SECCIÓN II. VIOLENCIA

8. ¿Número de veces que acudió a denunciar?: []	9. ¿A qué entidad denunció?: (Selección múltiple)			10. ¿La persona mayor desistió de la denuncia?: Sí [1] No [2]		
	Comisaría de Familia	Sí [] No []	Estación de Policía	Sí [] No []	Unidad de Medicina Legal	Sí [] No []
					Fiscalía	Sí [] No []
11. Problemas presentados: (Selección múltiple)						
Explotación por enfermedad [1]	Desplazamiento [4]	Violencia - Maltrato físico [2]	Prostitución [10]	Diferencias en hábitos y creencias [13]	Habitabilidad en calle [16]	Víctima de conflicto armado [19]
Temperamento sin violencia [8]	Nacimiento [5]	Relaciones familiares conflictivas [6]	Mendicidad [11]	Duelo por separación o muerte [14]	Carencia de alimentos [17]	Ausencia familiar [21]
Desahogo [3]	Carencia real de apoyo [9]	Negligencia [9]	Conflicto inter generacional con adolescentes [12]	Encierro [15]	Soledad [20]	Ninguna [93]

SECCIÓN I. PARTICIPACIÓN Y TIEMPO LIBRE

1. ¿Pertenece a algún tipo de organización social?:		2. En caso de haber respondido sí, en la pregunta anterior, ¿Qué tipo de organización?: (Selección múltiple)					
Sí [1]	No [2]	Asociación o comité en la localidad [1]	Club de amigos [3]	Organización artística [5]	Grupo o partido político [7]	Organización no gubernamental [9]	
		Club deportivo [2]	Club social [4]	Sindicato [6]	Iglesia u organización religiosa [8]	Organización ambientalista o ecológica [10]	
3. ¿A qué tipo le gustaría participar en actividades libres?: (Selección múltiple)							
Lúdicas [1]	Artísticas [2]	Culturales [3]	Deportivas [4]	Emprendimiento empresarial [5]	Académicas [6]	Políticas [7]	Ninguna [93]

SECCIÓN II. DESCRIPCIÓN DE LA PROBLEMÁTICA, INGRESO Y REFERENCIACIÓN

1. Descripción de la problemática

MARIA Hilda vive en una casa cómoda no paga alquiler por que es un vecino. Vive con su hijo quien ayuda con los servicios y alimentación, pero actualmente está desempleado, los ingresos que recibía es cuando el se encuentra laborando y en este momento se mantienen con la liquidación.

2. Concepto técnico:

Se evidencia que la situación de MARIA Hilda no es de vulnerabilidad y que su red de apoyo es su hijo, y ella se dedica con la actividad de dentro de productos de belleza, su sueldo familiar también fortalece los gastos de la familia y madre.

Se evidencia que el adulto mayor no cumple con los criterios para permanecer en el Subsidio.

SECCIÓN J. DESCRIPCIÓN DE LA PROBLEMÁTICA, INGRESO Y REFERENCIACIÓN:

A. Servicio social que solicita:		4. Referenciación a proyecto SDIS: - Si... ☐ - No... ☒		5. Referenciación a otra entidad: - Si... ☐ - No... ☒	
Centro día: ☐		Proyecto: _____		¿Cuál? _____	
Centro de protección: ☐		Proyecto: _____		¿Cuál? _____	
Apoyos económicos: ☐		Proyecto: _____		¿Cuál? _____	
Centro noche: ☐					

SECCIÓN K. 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.

Nombre y apellido del o la solicitante: Hilda Stando de Espinoza Pérez
Doc. de identidad: 20264045

DILIGENCIAMIENTO DE LA FICHA:

Nombre de quien diligenció: Ana Dora Pérez Retelzate
Nombre del Servidor-a Público-a responsable: Ana Dora Pérez Retelzate
Firma Servidor-a Público-a: [Firma]

DIGITACIÓN EN SIRBE:

11 03 20 20
Nombre: Alexis Giovanni Resanebo Aranda
Firma: [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 1877 de 2013.