ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.	PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL FORMATO FICHA SIRBE SERVICIOS SOCIALES INFORMACIÓN BÁSICA Y TRANSVERSAL: CABEZOTE	Código: FOR-PSS-321 Versión: 1 Fecha: Memo 2023015255 - 25/05/2023 Página: 1 de 6

Fecha de diligenciamiento: 08/04/2024

Número de ficha: 2024 | 107 | 749 | 1205 | 29
(Año | Localidad | Proyecto | Código unidad operativa)

SECCCIÓN 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
Quiroga	Negrete	Santiago	

5. ¿Con cuál género se identifica?: * (Esta pregunta aplica solo a personas mayores de 14 años).
Masculino [1] Femenino [2] Transgénero [3] (Travesti, transexual, transformista) No binario [5] No informa [4] No Aplica [98] X

6. Nombre Identitario * (Esta pregunta aplica solo a personas mayores de 14 años y que hayan marcado la opción 3 de la pregunta 5): ____

7. ¿Se identifica como persona transgénero femenina o transgénero masculino? * (Esta pregunta aplica solo a personas mayores de 14 años y que hayan marcado la opción 3 de la pregunta 5):
Transgénero Masculino [1] Transgénero Femenina [2]

8. ¿Cuál es su orientación sexual?: * (Esta pregunta aplica solo a personas mayores de 14 años):
Heterosexual [1] Bisexual [3] Otro, ¿Cuál? ____
Lesbiana [5] No informa [4]
Gay [6] No Aplica [98]

9. Tipo de documento de identificación:
Cédula de ciudadanía [1] Cédula de extranjería [2] Tarjeta de identidad [3] Registro civil [6] X Pasaporte... [13]
Permiso especial de permanencia [18] Salvo conducto [19] Permiso por protección temporal ... [21] Sin Identificación... [8]

10. Número de documento de identificación: 1067981426

11. Municipio nacimiento: Monteria

12. Departamento nacimiento Cordoba

13. País nacimiento: Colombia

14. Sexo de nacimiento:
Hombre [1] X Mujer [2] Intersexual [3]

15. Fecha de nacimiento: *(según su documento de identidad)* 28/12/2003

16. 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]

17. Nivel educativo actual
Educación inicial modalidad familiar. . [26] Preescolar .... [6] Básica secundaria y media ..... [8] Tecnológico..... [19] Universitaria completa (con título)..... [12] Postgrado completo (con título). ..... [15]
Educación inicial modalidad institucional [27] Básica primaria ..... [7] Técnico..... [18] Universitaria incompleta (sin título).... [21] Postgrado incompleto (sin título).... [22] Educación desde lo propio..... [25] Ninguno..... [1] X

18. Años aprobados ____

19. ¿Es persona cuidadora? *(pregunta para mayores de 14 años*
Si [1] No [2] X *pase a la pregunta 25)*

20. ¿Es cuidadora de niños, niñas menores de 5 años? (Aplica para personas mayores de 14 años)
Si [1] No [2]

21. ¿Es cuidadora de niños, niñas entre 06 a 10 años?
Si [1] No [2]

22. ¿Es cuidadora de personas con discapacidad?
Si [1] No [2]

23. ¿Es cuidadora de personas mayores?
Si [1] No [2]

24. ¿Dedica su tiempo a labores del cuidado de casa?
Si [1] No [2]

25. Actividad Principal: * (Esta pregunta aplica solo a personas mayores de 3 años)
Buscando trabajo [2] Trabajo no remunerado [4] Sin actividad [8]
Estudiando [3] Jubilado / pensionado [6] Cuidador [11]
Trabajo Formal [12] Trabajo Informal [13] No aplica [98] X

26. Rol ocupacional: * (Esta pregunta aplica solo a personas mayores de 14 años
Vendedor Informal [19] Cachivachero [22] Reciclador [9] Cuidado directo [27] Jornalero [33] Actividades rurales [29]
Cotero [20] Actividades Sexuales pagadas [23] Actividades Artísticas callejeras [24] Cuidado indirecto [28] Vigilar finca o predio [30] otras ocupaciones [32]
Carretero [21] Mendicidad [12] Vigilar o limpiar carros [25] Calibrar llantas [26] Estudiante [31] No aplica [98] X

27. ¿Cuántas horas a la semana dedica al rol ocupacional seleccionado?. *(Esta pregunta aplica solo a mayores de 14 años)*
0 Horas

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

29. Forma de percibir los ingresos: *(Aplica solo a personas mayores de 14 años):
Diario [1] Semanal [4]
Mensual [2] Quincenal [5]
Esporádico [3] No aplica [98] X

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

31. ¿Está afiliado a seguridad social?:
Si [1] X No [2] *pase a la pregunta 34*

32.Regimen de seguridad social
Contributivo [1] X Subsidiado [2]
Especial [3]

33. Calidad del afiliado:
Aplica solo si la respuesta en la pregunta 32 es "Contributivo"
Beneficiario [1] X Cotizante [2]

34. ¿Tiene clasificación de Sisbén?
Si [1] X No [2]

35. Clasificación Sisbén A1

Powered by CamScanner

	PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL FORMATO FICHA SIRBE SERVICIOS SOCIALES INFORMACIÓN BÁSICA Y TRANSVERSAL: CABEZOTE	Código: FOR-PSS-321 Versión: 1 Fecha: Memo 2023015255 - 25/05/2023 Página. 2 de 6

Fecha de diligenciamiento: 08 07 2024

Número de ficha: 24 10 77 44 12 0329 (Año / Localidad / Proyecto / Código unidad operativa)

SECCIÓN B. VARIABLES TRANSVERSALES

1. Persona con discapacidad
Si [1] No [2 X] Pase a 4

2. Tipo de discapacidad
Física [20] Auditiva [31] Intelectual [39]
Psicosocial [40] Visual [32] Sordo ceguera [10]
Alteración del desarrollo [37] Múltiple [42] Trastornos del espectro autista (TEA) [38]

3. Presenta alguna de las siguientes dificultades o limitaciones permanentes para:

Acción / Dificultad	No puedo hacerlo	Sí, con mucha dificultad	Sí, con alguna dificultad	Puedo hacerlo sin dificultad
1. ¿Relacionarse o interactuar con las demás personas?				
2. ¿Hablar o conversar?				
3. ¿Agarrar o mover objetos con las manos?				
4. ¿Entender, aprender, recordar o tomar decisiones por sí mismo(a)?				
5. ¿Oír la voz o los sonidos?				
6. ¿Mover el cuerpo, caminar o subir y bajar escaleras?				
7. ¿Ver de cerca, de lejos o alrededor?				
8. ¿Comer, vestirse o bañarse por sí mismo(a)?				

4. Tipología de estructura familiar:
Hogar familiar Nuclear [1 X] Hogar familiar amplio compuesto [3]
Hogar familiar amplio extenso [2] Hogar familiar sin Núcleo [4]
Hogar no familiar unipersonal [5] Hogar no familiar sin núcleo [6]

5. Situaciones y/o condiciones diferenciales de las familias
Familia con pertenencia étnica [1]
Familia transgenero [2]
Familia víctimas del conflicto armado [3]
No aplica [98 X]

6. Identifique su nacionalidad con las siguientes opciones.
Nacional [1 X]
Otra nacionalidad [2]
Binacional [3]
Múltiple nacionalidad [4]
Sin nacionalidad [5]
No reporta [6]

7. ¿Es una persona migrante?
Si [1] No [2 X]

8. 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, Providencia y Santa Catalina [3]
Palenquero de San Basilio [4] Negro/a, Mulato/a, afro colombiano/a, o afro descendiente. [5] Ninguno de los anteriores [6 X]

9. Pueblo indígena: (En las instrucciones de diligenciamiento se encuentra la lista completa de los pueblos indígenas con sus respectivos códigos, en la opción otro se debe escribir solo el código que refiera el instructivo
Nasa (Paéz) [1] Quillasinga [4] Sicuani [6] Misak Misak [60] Cañamomos [10] Kichwas [15] Arhuacos [13] Embera Chamí [35] Ninguna de las anteriores [17]
Wayuu [2] Uitotos [85] Tubu [67] Eperara-siapidara [30] Muiscas [16] Kankuamo [45] Pijao [14] Embera Dobida [29] Otro ¿cual? Digita código del instructivo
Pastos [65] Senú [5] Yanaconas [7] Ingas [9] Awa (Kwaiker) [11] Kogui [49] Kubeo [50] Embera Katio [34]

10. Parentesco con jefe/a de la familia.
Jefe/a núcleo familiar [1] Padre/Madre [3] Hijo/a [5 X] Hermano/a [7] Primo/a [9] Nieto/a [11] Otro No pariente [13]
Conyuge o compañero/a [2] Padrastro / Madrastra [4] Abuelo/a [6] Tío/a [8] Sobrino/a [10] Otro pariente [12] Hijastro [14]

11. ¿Víctima de conflicto armado?
Si [1] No [2 X] Pase a 14

12. Número registro único de víctimas

13. Año en que realizo la declaración:

14. Si respondió afirmativamente la pregunta 11, indique los motivos. (Selección múltiple)
Acto terrorista, atentado [1] Amenazas [3] Masacres [5] Tortura [7] Desaparición forzada [9] Minas personales, municiones sin explotar y artefactos explosivos [11] VSRC en su grupo familiar [14]
Combates, enfrentamientos [2] Homicidio [4] Secuestro [6] Despojo y abandono de tierras [8] Desplazamiento forzado [10] Vinculación de niños/as y adolescentes a grupos al margen de la ley [12] VSRC en población LGBTI [15]
Orfandad [16] No informa [17]

15. ¿Habita en calle?
Si [1] Pase a 17
No [2 X] Pase a 16

16. ¿Se encuentra en riesgo de habitar en calle?
Si [1]
No [2 X]

17. ¿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 aplica [98 X]
Si la respuesta es 2 o 98 Pase a 19
No [2]

Powered by CamScanner

	PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL FORMATO FICHA SIRBE SERVICIOS SOCIALES INFORMACIÓN BÁSICA Y TRANSVERSAL: CABEZOTE	Código: FOR-PSS-321 Versión: 1 Fecha: Memo 2023015255 - 25/05/2023 Página: 3 de 6

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

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

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

Rubro	Valor del gasto en pesos	Rubro	Valor del gasto en pesos
Vivienda (Arriendo y/o valor cuota	$ 550 000	Recreación	$ 100 000
Servicios públicos domiciliarios (agua, energía, gas, teléfono fijo, internet, teléfono celular, televisión por cable	$ 120 000	Gastos en salud (consultas, medicamentos, etc.)	$ 0
Pagos a terceros cuidadores	$ 0	Transporte o movilidad de los integrantes del hogar	$ 0
Artículos de aseo personal	$ 130 000	Educación (útiles, pensión, transporte escolar, fotocopias, etc.)	$ 0
Alimentación	$ 700 000	Total	$ 1600000

20. ¿Usted se considera campesino/a? Se responde lo que el/ella entrevistado/a responda según su sentir y apropiación de concepto.

Si [1] No [2 X] No informa [3]

21. ¿Usted considera que la comunidad en la que vive es campesina? Se responde lo que el/ella entrevistado/a responda según su sentir y apropiación de concepto

Si [1] No [2 X] No informa [3]

Powered by CamScanner

	PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL FORMATO FICHA SIRBE SERVICIOS SOCIALES INFORMACIÓN BÁSICA Y TRANSVERSAL: CABEZOTE	Código: FOR-PSS-321 Versión: 1 Fecha: Memo 2023015255 - 25/05/2023 Página: 4 de 6

Fecha de diligenciamiento: 0 2 0 7 2 0 2 4

Número de ficha: 2 0 2 4 1 0 7 7 4 4 1 2 0 3 2 9
(Año | Localidad | Proyecto | Código unidad operativa)

SECCION C. UBICACIÓN GEOGRAFÍCA

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 X	Barrios Unidos	12	Los Mártires	14	Puente Aranda	16	Rafael Uribe	18	Sumapaz	20

2. UPZ o UPR: 74

3. Nombre del barrio / Vereda: La faena

4. Escriba su dirección completa.

Calle	CL	Transversal	TV	Avenida	AV
Carrera	KR X	Avenida calle	AC		
Diagonal	DG	Avenida carrera	AK		

Número de la vía principal: 122
Nombre de la vía principal:
Nombre sinónimo de la vía principal:

Alfabético	BIS	Cuadrante	Número vía generadora	Alfabético	Número placa	Cuadrante
A	X (Alfabético)	S S / E E	70	A	30	S S / E E

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

CA O

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

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

7. Estrato socio – económico del predio: Uno 1 | Dos 2 X | Tres 3 | Cuatro 4 | Cinco 5 | Cero 0

8. Teléfono fijo de contacto: 0

9. Teléfono celular de contacto: 3128465499

10. Correo electrónico de contacto: yisne16@hotmail.com

11. ¿Habita en una vivienda? Si 1 X | No 2 (pase a la pregunta 19)

12. Tipo de vivienda: Casa o apartamento 1 X | Cuarto o cuartos 2 | Inquilinato 3 | Vivienda móvil 4 | Casa lote 5 | Residencia 6 | Lugar de trabajo 7 | Rancho 8 | Finca 9 | Paga diario 10

13. Condición de la vivienda: Ruina 1 | Demolición 2 | Buen estado 3 X | Aceptable 4 | Mal Estado 5

14. Tenencia de la vivienda: Propia 1 | otra forma 3 | Amortizado 4 | Arrendada 2 A

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

16. Lugar diferente a vivienda donde habita: Equipamiento Urbano 1 | Refugio natural 2

Powered by CamScanner

Fecha de diligenciamiento: 0 8 / 0 7 / 2 0 2 4

Número de ficha: 2024 | 10 (Localidad) | 744 (Proyecto) | 12059 (Código unidad operativa)

SECCIÓN D. INFORMACIÓN BÁSICA Y TRANSVERSAL SOBRE LA FAMILIA:

La información básica se repite para el jefe de núcleo familiar

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: ¿Con cuál género se identifica?	F: ¿Transgenero masculino o transgenero femenino?	G: ¿Cuál es su orientación sexual?	H: FECHA NACIMIENTO Día	H: Mes	H: Año	I: Edad aproximada	J: ESTADO CIVIL	K: PARENTESCO (Con jefe/a del núcleo familiar)	K: NIVEL EDUCATIVO ACTUAL – NIVEL	K: NIVEL EDUCATIVO ACTUAL – Años aprobados	L: ¿Asiste actualmente?	L: SISTEMA DISTRITAL DE CUIDADO – ¿Es persona cuidadora/a?	M: Niños/as de 0 a 5 años	N: Niños/as de 6 a 10 años	O: Persona con discapacidad	P: Persona mayor	Q: Cuidado de casa	R: Actividad	S: Rol ocupacional	T: ¿Cuantas horas a la semana dedica a esta ocupación?	U: Valor de los ingresos mensuales	V: Forma de percibir los ingresos	W: Localidad donde realiza actividad principal	X: SALUD – Afiliado al régimen de seguridad social	X: Régimen de seguridad social	X: Calidad del afiliado	Y: DISCAPACIDAD – ¿Persona con discapacidad?	Y: Tipo	Z: Grupo étnico	AA: Pueblo Indígena	AB: VICTIMA DE CONFLICTO ARMADO – ¿Es víctima del conflicto armado?	AB: Motivo	AC: ¿Ha recibido capacitación, formación o tiene experiencia en algún arte u oficio?	AD: De acuerdo con la respuesta anterior ¿En qué cree que puede desempeñarse?
1	1	1067861110	1 Negrete	1 Yisset	2	2		1	03	12	1987	36	1	1	8		Sí	X	X	X	Sí	Sí	X	11	29	100	0	98	10	X			Sí		Sí	X		Sí	No
			2 Agamez	2 Paola											6		No	No	No	No	No	No	No							No	1	2	No		6		No aplica	
2	3	1068431499	1 Quiroga	1 Said	1	98		98	19	09	2012	11	1	5	7		X	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	3	31	30	0	98	98	X			Sí		Sí	Sí	No
			2 Negrete	2 Jose											5		No	No	No	No	No	No	No							No	1	1	No		6		No aplica	X
3	6	1138033281	1 Quiroga	1 Samir	1	98		98	08	02	2019	5	1	5	1		Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	98	98	0	0	98	98	X			Sí		Sí	Sí	No
			2 Negrete	2 David													No	No	No	No	No	No	No							No	1	1	No		6		No aplica	X
4	6	1067984416	1 Quiroga	1 Santiago	1	98		98	20	01	2023	1	1	5	1		Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	98	98	0	0	98	98	X			Sí		Sí	Sí	No
			2 Negrete	2													No	No	No	No	No	No	No							No	1	1	No		6		No aplica	X
5			1	1													Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí							Sí			Sí			Sí		Sí	No
			2	2													No	No	No	No	No	No	No							No			No			No		No aplica	

	PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL FORMATO FICHA SIRBE SERVICIOS SOCIALES INFORMACIÓN BÁSICA Y TRANSVERSAL: CABEZOTE	Código: FOR-PSS-321 Versión: 1 Fecha: Memo 2023015255 - 25/05/2023 Página: 6 de 6

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	X			Y		Z	AA	AB		AC	AD
	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	¿Con cuál género se identifica?	¿Transgenero masculino o transgenero femenino?	¿Cuál es su orientación sexual?	FECHA NACIMIENTO			Edad aproximada	ESTADO CIVIL	PARENTESCO (Con jefe/a del núcleo familiar)	NIVEL EDUCATIVO ACTUAL	¿Asiste actualmente?	SISTEMA DISTRITAL DE CUIDADO						Actividad	Rol ocupacional	¿Cuantas 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	Pueblo indígena	VÍCTIMA DE CONFLICTO ARMADO		¿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		¿Es persona cuidadora/a?	Niños/as de 0 a 5 años	Niños/as de 6 a 10 años	Persona con discapacidad	Persona mayor	Cuidado de casa							Afiliado al régimen de seguridad social	Régimen de seguridad social	Calidad del afiliado	¿Persona con discapacidad?	Tipo			¿Es víctima del conflicto armado?	Motivo		
6			1	1												Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí							Sí			Sí				Sí		Sí No	
			2	2												No	No	No	No	No	No	No							No			No				No		No aplica	
7			1	1												Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí							Sí			Sí				Sí		Sí No	
			2	2												No	No	No	No	No	No	No							No			No				No		No aplica	
8			1	1												Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí							Sí			Sí				Sí		Sí No	
			2	2												No	No	No	No	No	No	No							No			No				No		No aplica	
9			1	1												Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí							Sí			Sí				Sí		Sí No	
			2	2												No	No	No	No	No	No	No							No			No				No		No aplica	
10			1	1												Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí							Sí			Sí				Sí		Sí No	
			2	2												No	No	No	No	No	No	No							No			No				No		No aplica	
11			1	1												Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí							Sí			Sí				Sí		Sí No	
			2	2												No	No	No	No	No	No	No							No			No				No		No aplica	
12			1	1												Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí							Sí			Sí				Sí		Sí No	
			2	2												No	No	No	No	No	No	No							No			No				No		No aplica	
13			1	1												Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí							Sí			Sí				Sí		Sí No	
			2	2												No	No	No	No	No	No	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.

Powered by CamScanner

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL	PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL PROYECTO 7744 GENERACION DE OPORTUNIDADES PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA DE BOGOTÁ FORMATO FICHA SIRBE SERVICIOS: JARDINES INFANTILES Y CRECIENDO JUNTOS	Código: FOR-PSS-334 Versión: 2 Fecha: Memo I2023015020-24/05/2023 Página: 1 de 4

Fecha de diligenciamiento: 02072024

Número Ficha: 2024 (Año) 10 (Localidad) 774 (Proyecto) 12 (Código Unidad Operativa) 0529

SECCION E. MODALIDAD DE ATENCION

1. Indique la modalidad en la cual se diligencia la ficha SIRBE

Modalidades Familiares: Creciendo Juntos [ ] Crecemos en la Ruralidad [ ]

Modalidades Institucionales: Si selecciona alguna de las modalidades institucionales diligencie la pregunta 2 y pase a la seccion I.

Jardines Infantiles [X] Jardines Infantiles Nocturnos [ ] Casas De Pensamiento Intercultural [ ] Espacios Rurales [ ]

2. Escriba el nombre de la Subdirección Local – SLIS o Unidad Operativa donde se identifica la gestante, lactante, niña o el niño: Jardin Infantil Cotinanciado Peritos.

SECCION F. A QUIEN VA DIRIGIDA LA MODALIDAD FAMILIAR:

1. La modalidad se solicita para: Gestante.. [1] *Pase a sección G* Niña - niño... [2]

2. ¿La atención de la niña-niño en la modalidad se ha realizado desde la gestación?: Si... [1] Nombre de la madre: _____ Nº. Identificación de la madre: _____ No..... [2]

3. ¿La niña o niño es menor de 6 meses y está lactando? Si.. [1] *Pase a sección H* No. [2] *Pase a sección I*

SECCIÓN G. CONCEPCIÓN Y GESTACIÓN:

1. ¿Cuál fue la fecha de inicio de su última menstruación FUM?: [ ]

2. ¿Asiste a control prenatal?: Si..... [1] No... [2] *Pase a la pregunta 4*

3. ¿Fecha del último control médico?: [ ]

4. ¿Número de hijas-hijos nacidos vivos?: Entre 1 y 3.. [1] Más de 6... [3] Entre 4 y 6.. [2] Ninguna.... [93]

5. ¿Qué edad tiene el padre de la hija- hijo que espera?: Entre 14 y 16 años [1] Entre 21 y 40 años [3] Entre 17 y 20 años [2] Más de 41 años... [4] Menor de 14 años [5]

6. ¿Cuenta con el apoyo del padre de su hija-hijo para el cuidado de su embarazo?: Si... [1] No... [2]

7. ¿Quién cuidará principalmente a su hija-hijo después del nacimiento?: Padres..... [1] Sólo Padre... [3] Otros parientes..... [5] Modalidad institucional para la Primera infancia... [7] Sólo Madre... [2] Abuelo-a..... [4] Otros no parientes.. [6]

8. ¿Recibió información o capacitación sobre sus derechos sexuales y reproductivos, antes de quedar embarazada?: Si... [1] No... [2] *Pase a la pregunta 10*

9. ¿Quién le brindo la información sobre sus derechos?: Hospital [1] Colegio [3] Amigos-as... [5] Madre..... [7] SDIS.... [2] ONG.... [4] Hermanos-as [6] Padre..... [8] Partera/ doula [9]

10. ¿Ha recibido información o capacitación acerca de algunos de estos temas?: *(selección múltiple)*
Cuidados durante la gestación..... [1] Lactancia materna. ..... [3] Construcción del vínculo afectivo madre- hijo... [6]
Sus derechos y los de su pareja en el momento del parto. [2] Desarrollo infantil..... [5] Prevención de accidentes en el hogar..... [4] Ninguna... [93] *Pase a la pregunta12*

11. ¿Quién le brindo la información sobre los temas anteriores?: Hospital..... [1] Colegio..... [3] Otra entidad..... [5] Otra persona... [6] SDIS..... [2] ONG..... [4] Partera/ doula... [9]

12. ¿Usted deseaba quedar en embarazo?: Si..... [1] No..... [2]

13. ¿Cuál es el estado nutricional actual de la persona gestante según el control prenatal o concepto de salud? Bajo peso..... [1] Peso adecuado..... [2] Exceso de peso... [3] Sin información..... [4]

14. El embarazo es múltiple? Si... [1] No... [2]

15. ¿El embarazo ha sido clasificado como de alto riesgo?: Si... [1] No... [2]

16. ¿Cómo piensa alimentar a su hija-hijo cuando nazca?: Leche materna... [1] Leche de fórmula..... [2] Leche de vaca... [3] Otros alimentos..... [4]

17. Después de la hija-hijo que está esperando, le gustaría: Tener otro..... [1] No tener otro... [2] Está indecisa/o insegura/o... [3] *Pase sección k*

SECCIÓN H. INFORMACION DE LA LACTANTE: (persona que amamanta)

1. ¿Qué tipo de parto tuvo? Vaginal. ..... [1] Cesárea. ..... [2]

2. ¿Para el parto tuvo la oportunidad de elegir *(selección múltiple)*? Lugar donde se producirá el parto. [1] Tipo de parto .. [2] Ninguna... [93] La posición de parir..... [3] La elección del acompañante [4]

3. ¿Está usando un método anticonceptivo? Si. ..... [1] No. ..... [2]

4. ¿En cuánto tiempo desea tener otro embarazo? Antes de 1 año .. [1] Antes de 2 años [2] Después de 2 años o más. . [3] No tendré más embarazos. . [4]

5. ¿Ha recibido información o capacitación acerca de algunos de estos temas?: *(selección múltiple)* Lactancia materna... [3] Desarrollo infantil... [5] Construcción del vínculo afectivo madre- hijo. [6] Prevención de accidentes en el hogar. ..... [4] Ninguna [93] *Pase a la pregunta 7*

6. ¿Quién le brindo la información sobre los temas anteriores?: Hospital..... [1] Colegio..... [3] Otra entidad..... [5] Otra persona... [6] SDIS..... [2] ONG..... [4] Partera/ doula... [9]

7. Qué opina sobre esta afirmación: "Se debe amamantar a su hijo e hija durante los primeros 6 meses de vida de forma exclusiva": Totalmente de acuerdo. ..... [1] Parcialmente de acuerdo. .. [2] En desacuerdo. . [3]

8. ¿Tiene información sobre como iniciar la alimentación complementaria? Si..... [1] No.... [2]

9. ¿Tiene acompañamiento para su cuidado durante la lactancia? Si. .. [1] No.... [2]

Powered by CamScanner

	PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL PROYECTO 7744 GENERACION DE OPORTUNIDADES PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA DE BOGOTÁ FORMATO FICHA SIRBE SERVICIOS: JARDINES INFANTILES Y CRECIENDO JUNTOS	Código: FOR-PSS-334 Versión: 2 Fecha: Memo I2023015020-24/05/2023 Página: 2 de 4

SECCION I. INFORMACIÓN DEL NIÑO O LA NIÑA Si se desconoce la información de alguna(s) de la(s) pregunta(s) de 1 a la 12, 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/doula [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] 2 horas. [3]
1 hora [2] Más de 4 horas [4 X]

4. ¿En qué semana de gestación nació su hija-o?: 33.6 Semanas
DATO VALIDO ENTRE 22 Y 42

5. ¿Cuál fue el peso de su hija-o al nacer?: 2700 Gramos
DATO VALIDO ENTRE 450 Y 5000

6. ¿Cuál fue la talla de su hija-o al nacer?: 45 Centímetros
DATO VALIDO ENTRE 22 Y 55

7. La niña o el niño recibió leche materna alguna vez?
Si [1 X] No [2] *Pase a la pregunta 13*

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

9. ¿Actualmente el niña-o recibe leche materna?:
Si [1] No [2 X] *Pase a la pregunta 12*

10. La niña o el niño recibe algún alimento diferente a la leche materna?: Si [1] No [2] *Pase a la pregunta 13*

11. ¿Qué edad tenía su hija-o cuando recibió un alimento *diferente* a la leche materna?: ____ Meses. *Pase a la pregunta 13*

12. ¿Qué edad tenía su hija-o cuando dejo de darle leche materna completamente?: 7 Meses

13. ¿Asiste a valoración integral de la salud y el desarrollo (crecimiento y desarrollo) ?:
Si [1 X] No [2] *Pase a la pregunta 15*

14. ¿Fecha del último control?: 22 01 2024
Pase a la pregunta 16

15. Por qué la niña o el niño no ha asistido a valoración integral de la salud y el desarrollo?:
Dificultad en la asignación de la cita [1] Sin servicio de salud [2] Desconocimiento [3] Falta de tiempo [4]

16. ¿La niña o el niño, cuenta con el esquema de vacunación al día?:
Si [1 X] *Pase a la pregunta 18* No [2]

17. ¿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]

18. ¿Actualmente, la niña o el niño tiene una condición de salud?:
Si [1] No [2 X] *pase a la pregunta 21*

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

20. ¿La condición de salud de la niña o el niño pone en riesgo su vida al ingresar al entorno institucional?
Si [1] Requiere verificación [3]
No [2]

21. ¿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] Realiza actividades sexuales pagas [2]
Ninguna [93 X] Consumo de sustancias psicoactivas [3]

22. ¿Actualmente, la niña o el niño se encuentra expuesto a condiciones de?: *(Selección múltiple)*
Habitabilidad en calle [1] Espacios donde se desarrollan actividades sexuales pagas [2] Consumo de sustancias psicoactivas [3] Trabajo infantil [4] Mendicidad [5] Ninguna. [93 X]

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

24. El padre o madre de la niña o el niño trabaja en reciclaje?
Si [1] No [2 X]

25. ¿Ha presentado solicitud de ingreso a?: *(Selección múltiple)*
Jardín infantil Diurno [1] Casas de pensamiento interculturales [4] Hogar comunitario ICBF [7] Institución privada [10]
Jardín infantil Nocturno [2] Crecemos en la ruralidad o espacios rurales [5] Hogar infantil ICBF [8] Institución Educativa distrital [11]
Creciendo juntos [3] Centros Amar [6] FAMI del ICBF [9] Ninguno [93 X]

26. ¿Actualmente, el niño o la niña recibe atención en?:
Jardín infantil Diurno [1] Casas de pensamiento interculturales [4] Hogar comunitario ICBF [7] Institución privada [10]
Jardín infantil Nocturno [2] Crecemos en la ruralidad o espacios rurales [5] Hogar infantil ICBF [8] Institución Educativa distrital [11]
Creciendo juntos [3] Centros Amar [6] FAMI del ICBF [9] Ninguno [93 X]

27. ¿Ha estado vinculado a modalidades familiares o institucionales de Educación inicial de la SDIS?:
Si [1] No [2 X] *Pase a la pregunta 29*

28. ¿En qué localidad?:
Usaquén [1] Santa fe [3] Usme [5] Bosa [7] Fontibón [9] Suba [11] Teusaquillo [13] Antonio Nariño [15] La Candelaria [17] Ciudad Bolivar [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]

29. ¿Cuál es el principal motivo por el que solicitó el servicio?:
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]

30. ¿Considera importante fortalecer sus conocimientos sobre crianza y desarrollo integral de su hija-hijo?: Si [1 X] No [2]

31. La niña o niño presenta desnutrición aguda moderada o severa verificada por un nutricionista de la Subdirección Local de acuerdo con la resolución 2465 de 2016 del Ministerio de Salud y Protección Social Si [1] No [2 X]

Powered by CamScanner

	PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL PROYECTO 7744 GENERACION DE OPORTUNIDADES PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA DE BOGOTÁ FORMATO FICHA SIRBE SERVICIOS: JARDINES INFANTILES Y CRECIENDO JUNTOS	Código: FOR-PSS-334 Versión: 2 Fecha: Memo I2023015020-24/05/2023 Página: 3 de 4

SECCIÓN J. INFORMACIÓN DEL CUIDADO DE LA NIÑA O DEL NIÑO

1. ¿La niña o el niño en algún momento queda solo-a? Si [1] No [2 X] *Pase a la pregunta 4*

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

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

4. 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]

5. ¿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]

6. ¿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]

7. ¿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]

8. ¿Cuál es la edad en años del cuidador o la cuidadora principal?: 36

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

10. ¿Cuál es el género del cuidador o la cuidadora principal?: Masculino [1] Femenino [2 X] Transgénero [3] No informa [4] No binario [5] No aplica [98]

11. ¿Cuál es la orientación sexual del cuidador -ra principal?: Heterosexual [1 X] Bisexual [3] No informa [4] Lesbiana [5] Gay [6] No aplica [98]

12. Nivel educativo actual del cuidador o la cuidadora principal: Básica primaria [7] Básica secundaria y media [8 X] 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 [93]

13. A qué se dedica el cuidador -ra principal? Estudia [1] Trabaja [2] Otro [3 X] ¿Cuál?: Hogar

14. En qué momento: (*selección múltiple*) Mañana [1 X] Tarde [2 X] Noche [3 X]

15. El cuidador-ra principal presenta una discapacidad? Si [1] No [2 X]

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: Cédula de ciudadanía [1 X] Cédula de extranjería [2] Tarjeta de Identidad [3] Registro civil [6] Pasaporte [13] PEP [18] PPT [21] Salvo conducto [9] Sin identificación [8]

18. Número de documento de identidad del cuidador-ra principal: 1067861110

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

19. Primer Apellido: Negrete

20. Segundo Apellido: Aguirre

21. Primer Nombre: Yisset

22. Segundo Nombre: Paola

23. La niña-niño se encuentre bajo medida de protección legal?: Si [1] No [2 X]

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

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

SECCIÓN K. INFORMACION RURALIDAD: si en la pregunta 6 de la Sección C del Cabezote indicó Rural, diligencie esta sección, de lo contrario pase a la sección L

1. La niña, niño o gestante habita en: Centro Poblado [1] Rural disperso [2]

2. La familia de la niña o el niño o la gestante a partir de sus prácticas culturales se reconoce como: Campesino /a [1] Rural [2] *pasar a la sección L*

3. ¿Para la familia de la niña o el niño o gestante es importante mantener las tradiciones de su identidad campesina en la crianza de su hija o hijo?: Si [1] No [2]

4. ¿La familia de la niña o el niño o gestante conserva tradiciones campesinas?: Si [1] No [2]

5. ¿Para la familia es importante conservar las tradiciones campesinas, en su vida cotidiana?: Si [1] No [2]

SECCION L. INFORMACION ADICIONAL ETNIAS 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 M.*

1. ¿El niño, la niña, la persona gestante habla la lengua del grupo étnico al que pertenece?: Si [1] No [2]

2. ¿El niño o la niña, la persona gestante, conserva tradiciones del grupo étnico al que pertenece?: Si [1] No [2] *Pase a sección H*

3. ¿Para la familia es importante que en la atención se conserven las tradiciones del grupo étnico al que pertenece?: Si [1] No [2]

4. ¿Para la familia es importante conservar en su vida cotidiana las tradiciones del grupo étnico al que pertenece?: Si [1] No [2]

SECCION M: DISCAPACIDAD Y ALTERACIONES EN EL DESARROLLO Si en la pregunta 1 de la sección B del cabezote indico que la niña o niño, gestante presenta alguna discapacidad diligencié esta sección, de lo contrario *pase a sección N*

1. Clase de discapacidad (*marque la clase de acuerdo con el tipo indicado en la sección de cabezote, si es múltiple indique las clases necesarias, con excepción de las relacionadas con las alteraciones en el desarrollo*)

ALTERACIONES EN EL DESARROLLO: Del habla y del lenguaje; De la función motriz; Del desarrollo mixto; Del comportamiento e hiperquinéticos; De los procesos cognitivos

TRANS ESPECTRO AUTISTA (TEA): TEA

AUDITIVA: Hipoacusia; Sordera

VISUAL: Baja visión; Ceguera

INTELECTUAL: Síndrome de Down; Intelectual

FISICA: Osteomuscular; Neuromuscular; Parálisis cerebral (EMOC)

PSICOSOCIAL: Psicosocial

2. Tiene diagnóstico clínico relacionado con la discapacidad?: Si [1] No [2] *Pase a la pregunta 5*

3. Cuenta con el certificado de discapacidad? Si [1] No [2] *Pase a la pregunta 5*

4. La niña o el niño está inscrito en el RLCPD? Si [1] No [2]

5. Requiere ayuda técnica para las actividades de la vida diaria? Si [1] No [2] *Pase a la pregunta 7*

6. Cuenta con ella?: Si [1] No [2]

7. Es independiente para el desplazamiento?: Si [1] No [2]

8. Apoyos requeridos en el servicio? Intermitente o Limitado [1] Extenso o Generalizado [2] En observación [3]

9. Cuenta con habilitación o rehabilitación en salud? Si [1] No [2] *Pase a la sección N*

10. De qué tipo: Fonoaudiología [1] Fisioterapia [2] Terapia ocupacional [3] Neurología [4] Otro [5] ¿cuál?

Powered by CamScanner

	PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL PROYECTO 7744 GENERACION DE OPORTUNIDADES PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA DE BOGOTÁ FORMATO FICHA SIRBE SERVICIOS: JARDINES INFANTILES Y CRECIENDO JUNTOS	Código: FOR-PSS-334 Versión: 2 Fecha: Memo I2023015020-24/05/2023 Página: 4 de 4

SECCIÓN N. DESCRIPCIÓN Y REFERENCIACIÓN:

1. Descripción de la problemática:

Madre cabeza de hogar, hace poco llega a Bogota, proveniente de Monteria en busca de mejores oportunidades de vida para ella y sus hijos.
En el momento se esta organizando buscando colegio para los niños, y asi poder dedicarse a buscar empleo, no posee redes de apoyo sociales ni familiares.
Los gastos los esta cubriendo con unos ahorros que tenia y el padre de los niños le pasa una cuota mensual.
Continuan afiliados a segondad social por el trabajo que tenia la Sra en Monteria.
Asi mismo desea que Santiago se relacione con otros niños-as, aprenda y fortalezca sus habilidades comunicativas y cognitivas.

2. Concepto técnico:

Grupo familiar con fragilidad social media, los ingresos cubren las necesidades básicas del hogar.
El niño queda en lista de espera, cuando se cuente con un cupo se avisara a la madre para que realice la matricula del niño en el jardin; este ofrece una atención integral de alta calidad, la cual se lleva a cabo en ambientes enriquecidos, en donde las voces de los niños y las niñas, son escuchadas y tenidas en cuenta como parte importante de su desarrollo integral.

Si ingresa a un jardín infantil diurno o casa de pensamiento, seleccione el nivel en el que recibirá la atención, de acuerdo a la edad que la niña o 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, sin que esto sobre pase dos niveles anteriores al correspondiente por fecha de nacimiento

MATERNAL ☐ CAMINADORES ☒ PARVULOS ☐ PREJARDIN ☐ JARDIN ☐

De acuerdo con la oferta institucional de su momento, indique si ingresa a atención presencial o algún esquema de atención flexible.

ATENCIÓN PRESENCIAL ☒ ALTERNANCIA: ☐ EI EN CASA ☐ MULTIMODAL ☐

3. Acciones a seguir:

Ingreso prioritario ..... 1 ☐
Lista de espera – Cumple criterios de ingreso ..... 2 ☒
No cumple criterios de ingreso ..... 3 ☐

4. ¿Requiere visita domiciliaria? - Si .. 1 ☐ No.. 2 ☒ *Pase a la pregunta 5*

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

5. La modalidad en el que se atenderá la niña, el niño, persona gestante o lactante se encuentra en convenio interadministrativo con (selección múltiple):

SED 1 ☐ ICBF 2 ☐ Ninguno de los anteriores 96 ☒

6. La unidad operativa ofrece nivel pre jardín o jardín porque se encuentra en una UPZ deficitaria para la SED?

- Si... 1 ☐ - No... 2 ☒ No oferta niveles 3 ☐

7. Referenciación a un proyecto SDIS: - Si... 1 ☐ - No 2 ☒ *Pase a la pregunta 8*

Integrante: ___ Proyecto: ___ Modalidad: ___
Integrante: ___ Proyecto: ___ Modalidad: ___
Integrante: ___ Proyecto: ___ Modalidad: ___
Integrante: ___ Proyecto: ___ Modalidad: ___

8. Referenciación a otra entidad: - Si... 1 ☐ - No 2 ☒ *Finalice*

Integrante: ___ ¿Cuál?: ___
Integrante: ___ ¿Cuál?: ___
Integrante: ___ ¿Cuál?: ___
Integrante: ___ ¿Cuál?: ___

	PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES FORMATO REGISTRO DE DILIGENCIAMIENTO DE FICHA SIRBE EN FÍSICO	Código FOR-PSS-743 Versión 0 Fecha Memo I2024000787 - 12/01/2024 Página 1 de 1

LOCALIDAD Engativa UNIDAD OPERATIVA Jardin Infantil Cotmancado Pepitas RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA Diana Marcela Rubio Castaño

NOMBRE DEL RECOLECTOR Jackeline Mendoza Gonzalez DOCUMENTO DE IDENTIDAD CC X CE__ OTRO__ CUAL?____ Número # 52.035.952

NOMBRE SOLICITANTE / BENEFICIARIO Santiago Quiroga Negrete DOCUMENTO DE IDENTIDAD CC__ CE__ OTRO X CUAL? RC Número # 1067.981.416

FECHA DE ENTREGA PARA DIGITACIÓN 05/07/2024 NOMBRE DEL DIGITADOR AL QUE SE ENTREGA LA FICHA Edwin Peñas

Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA



NUMERO **1.067.861.110**

NEGRETE AGAMEZ

APELLIDOS

YISSET PAOLA

NOMBRES

Yisset Negrete Agámez

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **03-DIC-1987**

MONTERIA
(CORDOBA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.63	O+	F
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

10-JUL-2006 MONTERIA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1300100-00258455-F-1067861110-20100916 0024007828A 1 35239924

Powered by CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NUMERO **1.068.431.497**
QUIROGA NEGRETE

APELLIDOS
SAID JOSE

NOMBRES

Said Quiroga N.

FIRMA





ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **19-SEP-2012**
MONTERIA
(CORDOBA)
LUGAR DE NACIMIENTO

19-SEP-2030
FECHA DE VENCIMIENTO

23-SEP-2020 MONTERIA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

O+ G S RH

M SEXO

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

P-1300100-01167837-M-1068431497-20201005 0071963900A 1 8500676073

Powered by CamScanner

8

REPUBLICA DE COLOMBIA
ORGANIZACION ELECTORAL
REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

CERTIFICADO DE REGISTR

Número: N

Adhesivo Copia Registro Civil

REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL 23845091-4

NUIP 1 138 033 281

Tipo de certificado	Datos Esenciales ☐	Acreditar Parentesco X ☐

Datos del Inscrito

Apellidos y Nombres completos

QUIROGA NEGRETE SAMIR DAVID

Fecha de Nacimiento (Mes en letras)			Sexo (en letras)	Tipo Sanguíneo
Año 2019	Mes FEB	Día 08	MASCULINO	O -

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

COLOMBIA CORDOBA MONTERIA

Fecha de Inscripción (Mes en letras)			Indicativo serial
Año 2019	Mes FEB	Día 12	0059213037

Datos de la Madre

Apellidos y Nombres completos

NEGRETE AGAMEZ YISSET PAOLA

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 1.067.861.110	COLOMBIA

Datos del Padre

Apellidos y Nombres completos

QUIROGA MENDOZA JOSE DAVID

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 1.064.976.844	COLOMBIA

Datos del Solicitante

Apellidos y Nombres completos

NEGRETE AGAMEZ YISSET PAOLA

Documento de Identificación (Clase y número)

CEDULA DE CIUDADANIA 1.067.861.110

Espacio para notas

Datos de la oficina de registro que expide el certificado

País - Departamento - Municipio	Código
COLOMBIA CORDOBA MONTERIA	H Y Q

Fecha de Expedición del certificado (mes en letras)			Nombre y firma del funcionario
Año 2019	Mes FEB	Día 14	GENEROSO PUCHE Y./SAMIA FARAH Q...

Registrador del Estado Civil

Powered by CamScanner

REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

Adhesivo Copia Registro Civil 34113201-7

63465230

NUIP 1.067.861.416

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 63465230

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [X] Notaría [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] **Código** H Y Q

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

REGISTRADURIA DE MONTERIA COLOMBIA - CORDOBA - MONTERIA.

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
QUIROGA	NEGRETE

Nombre(s)

SANTIAGO

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2023 Mes ENE Día 20	MASCULINO	O	POSITIVO

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

COLOMBIA CORDOBA MONTERIA.

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
PRESENTACION PERSONAL Y FIRMA DEL FOLIO	

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

NEGRETE AGAMEZ YISSET PAOLA

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.067.861.110	COLOMBIA

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

QUIROGA MENDOZA JOSE DAVID

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.064.976.844	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

QUIROGA MENDOZA JOSE DAVID

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC 1.064.976.844	

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 2023 Mes MAY Día 24	CAMILO VITAL H. / ROBIN LARSEN S. Nombre y firma

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
Firma	Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

24.MAY.2023 - SERIAL REEMPLAZA A - 0057700211 - 20.FEB.2023.
RECONOCIMIENTO PATERNO O MATERNO - LIBRO VARIOS TOMO 8 FOLIO 0150.

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

24 MAYO 2023

LOS SUSCRITOS REGISTRADORES ESPECIALES DE MONTERIA – CORDOBA.

CERTIFICAN QUE:

ESTA REPRODUCCIÓN FOTOMECÁNICA ES FIEL COPIA DE LA ORIGINAL QUE REPOSA EN LOS ARCHIVOS DE ESTA REGISTRADURIA.

REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

CAMILO ANDRES VITAL HERNANDEZ Y/O ROBIN LARSEN SANCHEZ.

Registradores Especiales del Estado Civil de Montería – Córdoba.

Powered by CamScanner

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

ADRES Salud

ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	RC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1067981416
NOMBRES	SANTIAGO
APELLIDOS	QUIROGA NEGRETE
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	CORDOBA
MUNICIPIO	MONTERIA

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	SALUD TOTAL ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO Y DEL REGIMEN SUBSIDIADO S.A.	CONTRIBUTIVO	01/09/2023	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	04/16/2024 06:43:30	**Estación de origen:**	192.168.70.220

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la ADRES, normativa por la cual se adopta el anexo técnico, los lineamientos y especificaciones técnicas y operativas para el reporte y actualización de las bases de datos de afiliación que opera la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES".

Powered by CamScanner

11

Sisbén

Registro valido

Fecha de consulta: 16/04/2024

Ficha: 230014141164400005000

A1

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: SANTIAGO

Apellidos: QUIROGA NEGRETE

Tipo de documento: Registro civil

Número de documento: 1067981416

Municipio: Montería

Departamento: Córdoba

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 09/09/2021

Última actualización ciudadano: 12/07/2023

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: GILBERTO ARTURO GIL BETRUZ

Dirección: Carrera 1W No 32 - 49 Centro Verde

Teléfono: 7917674 Extensión 3330

Correo Electrónico: sisben@alcaldiamonteria.gov.co

Powered by CamScanner

63041

enel Bogotá

ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P.
NIT 860.063.875-8
Calle 82 No. 13 - 45 Piso 1

3129893-9

FACTURA DE SERVICIOS PUBLICOS No. 135617359-8

CLIENTE

BLANCA DE LAS MERCEDES ALARCON FERNANDEZ
KR 122 A BIS NO 70 A 30 CA 0
FACHADA
BOGOTA, D.C. - LA FAENA

05 502 6388 / 117-21496002

COMPORTAMIENTO CONSUMO

Activa

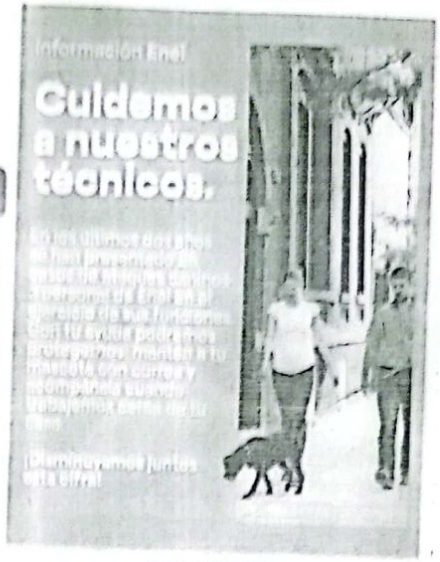
Oct	Nov	Dic	Ene	Feb	Mar	Abr
75	67	66	70	69	77	76

VALOR kWh APLICADO $882,30

CONSUMO DIARIO 2,45 kWh

VALOR DIARIO: $1.100

PERIODO FACTURADO 05 MAR/2024 A 04 ABR/2024 — DIAS FACTURADOS 31 — CONSUMO MES 76 kWh



LECTURA DE TU MEDIDOR Y CONSUMO

INFORMACION DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO	
ESTRATO	Residencial
CARGA kW	2
FACTOR	2,62
RUTA REPARTO	1
RUTA LECTURA	3000505500E388
MANZANA DE LECTURA	3505503424
MEDIDOR NO	M000566650
MEDIDOR NO	117 21496002
MEDIDOR NO	117 21496002

DURACION INTERRUPCIONES (Horas) — FRECUENCIA INTERRUPCIONES (# veces)

Elige estufas de inducción, estas requieren menos energía. No dejes que el calor sobrealga de los laterales de la olla así, no desperdicies recursos

CONTÁCTANOS

Bogotá, Sabana y Cundinamarca 601 5 115 115

115 Gratuita las 24 horas

601 5 804 804

https://www.enel.com.co/es/personas/defensor-cliente.html
defensor@enel.com

¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?

Medios virtuales de Pago

Billetera Virtual

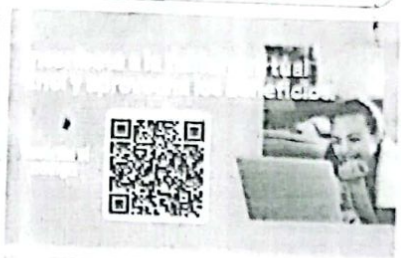
Corresponsales Bancarios

Red Unidad

Centros de Servicio

Código QR

Almacenes de Cadena



COMPONENTES TARIFARIOS - Componentes del costo — Vigencia MAR/2024

G $315,5 / T $51,40 / D $258,01 / CV $102,16 / PR $12,02 / R $7,10 / CF $0,00 / $882,30 Costo kWh Mes

FECHA DE EXPEDICION FACTURA 06 ABR/2024

Si realizas el pago en una corresponsal bancaria, exige el despacho/ticket que emite el datáfono como soporte de pago. El recibo del corresponsal no es un soporte válido en caso de reclamos.

63041

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

	PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL FORMATO FICHA SIRBE SERVICIOS SOCIALES INFORMACIÓN BÁSICA Y TRANSVERSAL: CABEZOTE	Código: FOR-PSS-321 Versión: 1 Fecha: Memo 2023015255 - 25/05/2023 Página: 1 de 6

Fecha de diligenciamiento: 08/08/2024

Número de ficha: 2024 | 10 | 77 | 44 | 12 | 05 | 29
(Año | Localidad | Proyecto | Código unidad operativa)

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:
Garcia	Leyton	Liam	Santiago

5. ¿Con cuál género se identifica? * (Esta pregunta aplica solo a personas mayores de 14 años).
Masculino [1] Femenino [2] Transgénero [3] (Travesti, transexual, transformista)
No binario [5] No informa [4] No Aplica [98 X]

6. Nombre Identitario * (Esta pregunta aplica solo a personas mayores de 14 años y que hayan marcado la opción 3 de la pregunta 5).
_____

7. ¿Se identifica como persona transgénero femenina o transgénero masculino? * (Esta pregunta aplica solo a personas mayores de 14 años y que hayan marcado la opción 3 de la pregunta 5).
Transgénero Masculino [1] Transgénero Femenina [2]

8. ¿Cuál es su orientación sexual? * (Esta pregunta aplica solo a personas mayores de 14 años):
Heterosexual [1] Bisexual [3] Otro, ¿Cuál? _____
Lesbiana [5] No informa [4]
Gay [6] No Aplica [98]

9. Tipo de documento de identificación:
Cédula de ciudadanía [1] Cédula de extranjería [2] Tarjeta de identidad [3] Registro civil [6 X] Pasaporte... [13]
Permiso especial de permanencia [16] Salvo conducto [19] Permiso por protección temporal .. [21] Sin identificación... [8]

10. Número de documento de identificación:	11. Municipio nacimiento:	12. Departamento nacimiento
1021262904	Bogota D.C	Bogota D.C

13. País nacimiento:	14. Sexo de nacimiento:	15. Fecha de nacimiento: (según su documento de identidad)	16. Estado civil:
Colombia	Hombre [1 X] Mujer [2] Intersexual [3]	30/05/2007	Soltero/a [1 X] Casado/a [2] Unión libre [3] Separado/a Divorciado/a [4] Viudo/a [5] Unión marital de hecho [6]

17. Nivel educativo actual
Educación inicial modalidad familiar. . [26] Preescolar ..... [6] Básica secundaria y media ..... [8] Tecnológico..... [19] Universitaria completa (con título)..... [12] Postgrado completo (con título)..... [15]
Educación inicial modalidad institucional [27] Básica primaria ..... [7] Técnico..... [18] Universitaria incompleta (sin título).... [21] Postgrado incompleto (sin título).... [22] Educación desde lo propio..... [25] Ninguno..... [1 X]

18. Años aprobados: _____

19. ¿Es persona cuidador/a? (pregunta para mayores de 14 años	20. ¿Es cuidador/a de niños, niñas menores de 5 años? (Aplica para personas mayores de 14 años)	21. ¿Es cuidador/a de niños, niñas entre 06 a 10 años?	22. ¿Es cuidador/a de personas con discapacidad?	23. ¿Es cuidador/a de personas mayores?	24. ¿Dedica su tiempo a labores del cuidado de casa?
Si [1] No [2 X] pase a la pregunta 25)	Si [1] No [2]	Si [1] No [2]	Si [1] No [2]	Si [1] No [2]	Si [1] No [2]

25. Actividad Principal: * (Esta pregunta aplica solo a personas mayores de 3 años)
Buscando trabajo [2] Trabajo no remunerado [4] Sin actividad [6]
Estudiando [3] Jubilado / pensionado [6] Cuidador [11]
Trabajo Formal [12] Trabajo Informal [13] No aplica [98 X]

26. Rol ocupacional: * (Esta pregunta aplica solo a personas mayores de 14 años
Vendedor Informal [19] Cachivachero [22] Reciclador [9] Cuidado directo [27] Jornalero [33] Actividades rurales [29]
Colero [20] Actividades Sexuales pagadas [23] Actividades Artísticas callejeras [24] Cuidado Indirecto [28] Vigilar finca o predio [30] otras ocupaciones [32]
Carretero [21] Mendicidad [12] Vigilar o limpiar carros [25] Calibrar llantas [26] Estudiante [31] No aplica [98 X]

27. ¿Cuántas horas a la semana dedica al rol ocupacional seleccionado? (Esta pregunta aplica solo a mayores de 14 años)
0
Horas

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

29. Forma de percibir los ingresos: *(Aplica solo a personas mayores de 14 años):
Diario [1] Semanal [4]
Mensual [2] Quincenal [5]
Esporádico [3] No aplica [98 X]

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

31. ¿Está afiliado a seguridad social?:
Si [1 X] No [2] pase a la pregunta 34

32. Regimen de seguridad social
Contributivo [1 X] Subsidiado [2]
Especial [3]

33. Calidad del afiliado:
Aplica solo si la respuesta en la pregunta 32 es "Contributivo"
Beneficiario [1 X] Cotizante [2]

34. ¿Tiene clasificación de Sisbén?
Si [1] No [2 X]

35. Clasificacion Sisben
_____

Fecha de diligenciamiento: 02 07 2024

Número de ficha: 2024 10 77 44 12 05 29
(Año / Localidad / Proyecto / Código unidad operativa)

SECCIÓN B. VARIABLES TRANSVERSALES

1. Persona con discapacidad
Sí [1]
No [2] X *Pase a 4*

2. Tipo de discapacidad
Física [20] Auditiva [31] Intelectual [39]
Psicosocial [40] Visual [32] Sordo ceguera [10]
Alteración del desarrollo [37] Múltiple [42] Trastornos del espectro autista (TEA) [38]

3. Presenta alguna de las siguientes dificultades o limitaciones permanentes para:

Acción / Dificultad	No puedo hacerlo	Sí, con mucha dificultad	Sí, con alguna dificultad	Puedo hacerlo sin dificultad
1. ¿Relacionarse o interactuar con las demás personas?				
2. ¿Hablar o conversar?				
3. ¿Agarrar o mover objetos con las manos?				
4. ¿Entender, aprender, recordar o tomar decisiones por sí mismo(a)?				
5. ¿Oír la voz o los sonidos?				
6. ¿Mover el cuerpo, caminar o subir y bajar escaleras?				
7. ¿Ver de cerca, de lejos o alrededor?				
8. ¿Comer, vestirse o bañarse por sí mismo(a)?				

4. Tipología de estructura familiar:
Hogar familiar Nuclear [1] X
Hogar familiar ampio compuesto [3]
Hogar familiar ampio extenso [2]
Hogar familiar sin Núcleo [4]
Hogar no familiar unipersonal [5]
Hogar no familiar sin núcleo [6]

5. Situaciones y/o condiciones diferenciales de las familias
Familia con pertenencia étnica [1]
Familia transgenero [2]
Familia víctimas del conflicto armado [3]
No aplica [98] X

6. Identifique su nacionalidad con las siguientes opciones
Nacional [1] X
Otra nacionalidad [2]
Binacional [3]
Múltiple nacionalidad [4]
Sin nacionalidad [5]
No reporta [6]

7. ¿Es una persona migrante?
Sí [1]
No [2] X

8. 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, Providencia y Santa Catalina [3]
Palenquero de San Basilio [4]
Negro/a, Mulato/a, afro colombiano/a, o afro descendiente. [5]
Ninguno de los anteriores [6] X

9. Pueblo indígena: (En las instrucciones de diligenciamiento se encuentra la lista completa de los pueblos indígenas con sus respectivos códigos, en la opción otro se debe escribir solo el código que refiera el instructivo
Nasa (Paéz) [1] Quillasinga [4] Silcuani [6] Misak Misak [60] Cañamomos [10] Kichwas [15] Arhuacos [13] Embera Chamí [35] Ninguna de las anteriores [17]
Wayuu [2] Uitotos [85] Tubu [67] Eperara-siapidara [30] Mulsces [16] Kankuamo [45] Pijao [14] Embera Dobida [29] Otro ¿cuál? Digita código del instructivo
Pastos [65] Senú [6] Yanaconas [7] Ingas [9] Awa (Kwaiker) [11] Kogui [49] Kubeo [50] Embera Katío [34]

10. Parentesco con jefe/a de la familia:
Jefe/a núcleo familiar [1] Padre/Madre [3] Hijo/a [5] X Hermano/a [7] Primo/a [9] Nieto/a [11] Otro No pariente [13]
Conyuge o compañero/a [2] Padrastro / Madrastra [4] Abuelo/a [6] Tío/a [8] Sobrino/a [10] Otro pariente [12] Hijastro [14]

11. ¿Víctima de conflicto armado?
Sí [1]
No [2] X *Pase a 14*

12. Número registro único de víctimas

13. Año en que realizo la declaración:

14. Sí respondió afirmativamente la pregunta 11, indique los motivos. (Selección múltiple)
Acto terrorista, atentado [1] Amenazas [3] Masacres [5] Tortura [7] Desaparición forzada [9] Minas personales, municiones sin explotar y artefactos explosivos [11] VSRC en su grupo familiar [14]
Combates, enfrentamientos [2] Homicidio [4] Secuestro [6] Despojo y abandono de tierras [8] Desplazamiento forzado [10] Vinculación de niños/as y adolescentes a grupos al margen de la ley [12] VSRC en población LGBTI [15]
Orfandad [16] No informa [17]

15. ¿Habita en calle?
Sí [1] *Pase a 17*
No [2] X *Pase a 16*

16. ¿Se encuentra en riesgo de habitar en calle?
Sí [1]
No [2] X

17. ¿Ha recibido capacitación, formación o tiene experiencia en algún arte u oficio?: **(Esta pregunta aplica solo a personas mayores de 14 años).*
Sí [1]
No [2]
No aplica [98] X
Si la respuesta es 2 o 98 Pase a 19

	PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL FORMATO FICHA SIRBE SERVICIOS SOCIALES INFORMACIÓN BÁSICA Y TRANSVERSAL: CABEZOTE	Código: FOR-PSS-321 Versión: 1 Fecha: Memo 2023015255 - 25/05/2023 Página 3 de 6

18. De acuerdo con la respuesta anterior, ¿En que campo cree que puede desempeñarse laboralmente?: (Selección múltiple)

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

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

Rubro	Valor del gasto en pesos	Rubro	Valor del gasto en pesos
Vivienda (Arriendo y/o valor cuota	$ 800000	Recreación	$ 0
Servicios públicos domiciliarios (agua, energía, gas, teléfono fijo, internet, teléfono celular, televisión por cable	$ 180000	Gastos en salud (consultas, medicamentos, etc.)	$ 0
Pagos a terceros cuidadores	$ 300000	Transporte o movilidad de los integrantes del hogar	$ 120.000
Artículos de aseo personal	$ 100 000	Educación (útiles, pensión, transporte escolar, fotocopias, etc.)	$ 0
Alimentación	$ 500 000	Total	$ 2000 000

20. ¿Usted se considera campesino/a? Se responde lo que el/ella entrevistado/a responda según su sentir y apropiación de concepto.

Si [1] | No [2] X | No Informa [3]

21. ¿Usted considera que la comunidad en la que vive es campesina? Se responde lo que el/ella entrevistado/a responda según su sentir y apropiación de concepto

Si [1] | No [2] X | No informa [3]

Powered by CamScanner

	PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL FORMATO FICHA SIRBE SERVICIOS SOCIALES INFORMACIÓN BÁSICA Y TRANSVERSAL: CABEZOTE	Código: FOR-PSS-321 Versión: 1 Fecha: Memo 2023015255 - 25/05/2023 Página: 4 de 6

Fecha de diligenciamiento: 02072024

Número de ficha: 2024 (Año) 20774 (Localidad) 77 (Proyecto) 44 (Código unidad operativa) 12059

SECCION C. UBICACIÓN GEOGRAFÍCA

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 X	Barrios Unidos	12	Los Mártires	14	Puente Aranda	16	Rafael Uribe	18	Sumapaz	20

2. UPZ o UPR: 74

3. Nombre del barrio / Vereda: Subana del Dorado

4 Escriba su dirección completa

Calle	CL X	Transversal	TV	Avenida	AV
Carrera	KR	Avenida calle	AC		
Diagonal	DG	Avenida carrera	AK		

Número de la vía principal: 63

Nombre de la vía principal:

Nombre sinonimo de la vía principal:

Alfabético	BIS	Alfabético	Cuadrante	Número vía generadora	Alfabético	Número placa	Cuadrante
H	X		S	119	B	52	S
			E				E

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

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

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

7. Estrato socio – económico del predio: Uno 1 | Dos 2 X | Tres 3 | Cuatro 4 | Cinco 5 | Cero 0

8. Teléfono fijo de contacto: 0

9. Teléfono celular de contacto: 3015146573

10. Correo electrónico de contacto: ladyleyton1821@gmail.com

11. ¿Habita en una vivienda?: Si 1 X | No 2 (pase a la pregunta 16)

12. Tipo de vivienda: Casa o apartamento 1 X | Cuarto o cuartos 2 | Inquilinato 3 | Vivienda móvil 4 | Casa lote 5 | Residencia 6 | Lugar de trabajo 7 | Rancho 8 | Finca 9 | Paga diario 10

13. Condición de la vivienda: Ruina 1 | Demolición 2 | Buen estado 3 X | Aceptable 4 | Mal Estado 5

14. Tenencia de la vivienda: Propia 1 | otra forma 3 | Amortizado 4 | Arrendada 2 X

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

16. Lugar diferente a vivienda donde habita: Equipamiento Urbano 1 | Refugio natural 2

	PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL	Código: FOR-PSS-321
	FORMATO FICHA SIRBE SERVICIOS SOCIALES INFORMACIÓN BÁSICA Y TRANSVERSAL: CABEZOTE	Versión: 1
		Fecha: Memo 2023015255 - 25/05/2023
		Página: 5 de 6

Fecha de diligenciamiento: 02 07 2023

Número de ficha: 2024 10 7744 12 05 29
(Año · Localidad · Proyecto · Código unidad operativa)

SECCIÓN D. INFORMACIÓN BÁSICA Y TRANSVERSAL SOBRE LA FAMILIA:

La información básica se repite para el jefe de núcleo familiar

No Integrante	A: DOCUMENTO DE IDENTIDAD – Tipo	A: DOCUMENTO DE IDENTIDAD – Numero	B: APELLIDOS (Escriba: En el renglón 1, primer apellido; En el renglon 2, segundo apellido)	C: NOMBRES (Escriba: En el renglón 1, primer nombre; En el renglon 2, segundo nombre)	D: Sexo	E: ¿Con cuál género se identifica?	F: ¿Transgenero masculino o transgenero femenino?	G: ¿Cuál es su orientación sexual?	H: FECHA NACIMIENTO – Día	H: Mes	H: Año	H: Edad aproximada	I: ESTADO CIVIL	J: PARENTESCO (Con jefe/a del núcleo familiar)	K: NIVEL EDUCATIVO ACTUAL – NIVEL	K: Años aprobados	L: ¿Asiste actualmente?	SISTEMA DISTRITAL DE CUIDADO: ¿Es persona cuidadora/a?	M: Niños/as de 0 a 5 años	N: Niños/as de 6 a 10 años	O: Persona con discapacidad	P: Persona mayor	Q: Cuidado de casa	R: Actividad	S: Rol ocupacional	T: ¿Cuantas horas a la semana dedica a esta ocupación?	U: Valor de los ingresos mensuales	V: Forma de percibir los ingresos	W: Localidad donde realiza actividad principal	X: SALUD – Afiliado al régimen de seguridad social	X: Régimen de seguridad social	X: Calidad del afiliado	Y: DISCAPACIDAD – ¿Persona con discapacidad?	Y: Tipo	Z: Grupo étnico	AA: Pueblo Indígena	AB: VICTIMA DE CONFLICTO ARMADO – ¿Es víctima del conflicto armado?	AB: Motivo	AC: ¿Ha recibido capacitación, formación o tiene experiencia en algún arte u oficio?	AD: De acuerdo con la respuesta anterior ¿En qué cree que puede desempeñarse?
1	1	1024224935	1 Leyton	1 Lady	2	2		1	18	08	1991	32	1	1	8	Sí	X	Sí	Sí	Sí	Sí	X	12	32	48	2300000	2	12	X	1	2	X		6		Sí		Sí / X	
			2 Reyes	2 Johanna											6	X	No	X	X	X	No	No							No			X				No aplica		
2	3	1141124426	1 Sandoval	1 Diego	1	98		98	21	06	2011	13	1	5	8	X	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	3	31	35	0	98	10	X	1	1	Sí		6		Sí		Sí / No	
			2 Leyton	2 Alejandro											1	No	X	No	No	No	No	No							No			X				No aplica		
3	6	1011262904	1 Gasca	1 Liam	1	98		98	30	05	2022	2	1	5	1	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	98	98	0	0	98	98	X	1	1	Sí		6		Sí		Sí / No	
			2 Leyton	2 Santiago												X	No	X	X	X	No	No							No			X				No aplica		
4			1	1												Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí							Sí			Sí				Sí		Sí / No	
			2	2												No	No	No	No	No	No	No							No			No				No		No aplica	
5			1	1												Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí							Sí			Sí				Sí		Sí / No	
			2	2												No	No	No	No	No	No	No							No			No				No		No aplica	

Powered by CamScanner

	PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL	Código: FOR-PSS-321
		Versión: 1
	FORMATO FICHA SIRBE SERVICIOS SOCIALES INFORMACIÓN BÁSICA Y TRANSVERSAL: CABEZOTE	Fecha: Memo 2023015255 - 25/05/2023
		Página: 6 de 6

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	X			Y		Z	AA	AB		AC	AD
	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	¿Con cuál género se identifica?	¿Transgenero masculino o transgenero femenino?	¿Cuál es su orientación sexual?	FECHA NACIMIENTO			Edad aproximada	ESTADO CIVIL	PARENTESCO (Con jefe/a del núcleo familiar)	NIVEL EDUCATIVO ACTUAL		SISTEMA DISTRITAL DE CUIDADO						Actividad	Rol ocupacional	¿Cuantas 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	Pueblo indígena	VÍCTIMA DE CONFLICTO ARMADO		¿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?	¿Es persona cuidadora/a?	Niños/as de 0 a 5 años	Niños/as de 6 a 10 años	Persona con discapacidad	Persona mayor	Cuidado de casa							Afiliado al régimen de seguridad social	Régimen de seguridad social	Calidad del afiliado	¿Persona con discapacidad?	Tipo			¿Es victima del conflicto armado?	Motivo		
6			1	1												Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí							Sí			Sí				Sí		Sí / No	
			2	2												No	No	No	No	No	No	No							No			No				No		No aplica	
7			1	1												Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí							Sí			Sí				Sí		Sí / No	
			2	2												No	No	No	No	No	No	No							No			No				No		No aplica	
8			1	1												Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí							Sí			Sí				Sí		Sí / No	
			2	2												No	No	No	No	No	No	No							No			No				No		No aplica	
9			1	1												Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí							Sí			Sí				Sí		Sí / No	
			2	2												No	No	No	No	No	No	No							No			No				No		No aplica	
10			1	1												Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí							Sí			Sí				Sí		Sí / No	
			2	2												No	No	No	No	No	No	No							No			No				No		No aplica	
11			1	1												Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí							Sí			Sí				Sí		Sí / No	
			2	2												No	No	No	No	No	No	No							No			No				No		No aplica	
12			1	1												Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí							Sí			Sí				Sí		Sí / No	
			2	2												No	No	No	No	No	No	No							No			No				No		No aplica	
13			1	1												Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí							Sí			Sí				Sí		Sí / No	
			2	2												No	No	No	No	No	No	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.

Powered by CamScanner

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.	PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL PROYECTO 7744 GENERACION DE OPORTUNIDADES PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA DE BOGOTÁ FORMATO FICHA SIRBE SERVICIOS: JARDINES INFANTILES Y CRECIENDO JUNTOS	Código: FOR-PSS-334 Versión: 2 Fecha: Memo I2023015020-24/05/2023 Página: 1 de 4

Fecha de diligenciamiento: 02072024

Número Ficha: 2024 (Año) 10 (Localidad) 774 (Proyecto) 12 (Código Unidad Operativa) 0529

SECCION E. MODALIDAD DE ATENCION

1. Indique la modalidad en la cual se diligencia la ficha SIRBE

Modalidades Familiares

Creciendo Juntos [ ] Crecemos en la Ruralidad [ ]

Modalidades institucionales: Si selecciona alguna de las modalidades institucionales diligencie la pregunta 2 y pase a la seccion I.

Jardines Infantiles [X] Jardines Infantiles Nocturnos [ ] Casas De Pensamiento Intercultural [ ] Espacios Rurales [ ]

2. Escriba el nombre de la Subdirección Local – SLIS o Unidad Operativa donde se identifica la gestante, lactante, niña o el niño: Jardin Infantil Cotunanciado Peritos

SECCION F. A QUIEN VA DIRIGIDA LA MODALIDAD FAMILIAR:

1. La modalidad se solicita para:
Gestante... [1] *Pase a sección G* Niña - niño... [2]

2. ¿La atención de la niña-niño en la modalidad se ha realizado desde la gestación?:
Si... [1] Nombre de la madre: _____ Nº. Identificación de la madre: _____ No..... [2]

3. ¿La niña o niño es menor de 6 meses y está lactando?
Si... [1] *Pase a sección H* No. [2] *Pase a sección I*

SECCIÓN G. CONCEPCIÓN Y GESTACIÓN:

1 ¿Cuál fue la fecha de inicio de su última menstruación FUM?: [ ]

2. ¿Asiste a control prenatal?:
Si..... [1]
No... [2] *Pase a la pregunta 4*

3. ¿Fecha del último control médico?: [ ]

4. ¿Número de hijas-hijos nacidos vivos?:
Entre 1 y 3.. [1] Más de 6... [3]
Entre 4 y 6.. [2] Ninguna.... [93]

5. ¿Qué edad tiene el padre de la hija- hijo que espera?:
Entre 14 y 16 años [1] Entre 21 y 40 años [3]
Entre 17 y 20 años [2] Más de 41 años... [4]
Menor de 14 años [5]

6. ¿Cuenta con el apoyo del padre de su hija-hijo para el cuidado de su embarazo?:
Si.. [1] No... [2]

7. ¿Quién cuidará principalmente a su hija-hijo después del nacimiento?:
Padres..... [1] Sólo Padre... [3] Otros parientes..... [5] Modalidad institucional para la Primera infancia... [7]
Sólo Madre... [2] Abuelo-a..... [4] Otros no parientes.. [6]

8. ¿Recibió información o capacitación sobre sus derechos sexuales y reproductivos, antes de quedar embarazada?:
Si... [1] No... [2] *Pase a la pregunta 10*

9. ¿Quién le brindo la información sobre sus derechos?:
Hospital [1] Colegio [3] Amigos-as... [5] Madre..... [7]
SDIS.... [2] ONG.... [4] Hermanos-as [6] Padre..... [8]
Partera/ doula... [9]

10. ¿Ha recibido información o capacitación acerca de algunos de estos temas?: *(selección múltiple)*
Cuidados durante la gestación..... [1] Lactancia materna..... [3] Construcción del vínculo afectivo madre- hijo... [6]
Sus derechos y los de su pareja en el momento del parto. [2] Desarrollo infantil..... [5] Prevención de accidentes en el hogar..... [4] Ninguna... [93] *Pase a la pregunta12*

11. ¿Quién le brindo la información sobre los temas anteriores?:
Hospital..... [1] Colegio..... [3] Otra entidad..... [5] Otra persona... [6]
SDIS..... [2] ONG..... [4] Partera/ doula... [9]

12. ¿Usted deseaba quedar en embarazo?:
Si..... [1]
No..... [2]

13. ¿Cual es el estado nutricional actual de la persona gestante según el control prenatal o concepto de salud?
Bajo peso..... [1] Peso adecuado..... [2]
Exceso de peso... [3] Sin información..... [4]

14. El embarazo es múltiple?
Si... [1] No... [2]

15. ¿El embarazo ha sido clasificado como de alto riesgo?:
Si... [1] No... [2]

16. ¿Cómo piensa alimentar a su hija-hijo cuando nazca?:
Leche materna... [1] Leche de fórmula..... [2]
Leche de vaca... [3] Otros alimentos..... [4]

17. Después de la hija-hijo que está esperando, le gustaria:
Tener otro..... [1] No tener otro... [2]
Está indecisa/o insegura/o. [3] *Pase sección k*

SECCIÓN H. INFORMACION DE LA LACTANTE: (persona que amamanta)

1. ¿Qué tipo de parto tuvo?
Vaginal..... [1]
Cesárea..... [2]

2. ¿Para el parto tuvo la oportunidad de elegir *(selección múltiple)*?
Lugar donde se producirá el parto. [1] La posición de parir..... [3]
Tipo de parto .. [2] Ninguna... [93] La elección del acompañante [4]

3. ¿Está usando un método anticonceptivo?
Si. ..... [1]
No. ..... [2]

4 ¿En cuánto tiempo desea tener otro embarazo?
Antes de 1 año .. [1] Después de 2 años o más. . [3]
Antes de 2 años [2] No tendré más embarazos. . [4]

5. ¿Ha recibido información o capacitación acerca de algunos de estos temas?: *(selección múltiple)*
Lactancia materna... [3] Construcción del vínculo afectivo madre- hijo. [6] Ninguna [93] *Pase a la pregunta 7*
Desarrollo infantil... [5] Prevención de accidentes en el hogar. ..... [4]

6. ¿Quién le brindo la información sobre los temas anteriores?:
Hospital..... [1] Colegio..... [3] Otra entidad ..... [5] Otra persona... [6]
SDIS..... [2] ONG..... [4] Partera/ doula... [9]

7. Qué opina sobre esta afirmación: "Se debe amamantar a su hijo e hija durante los primeros 6 meses de vida de forma exclusiva":
Totalmente de acuerdo. ..... [1] Parcialmente de acuerdo. .. [2] En desacuerdo. . [3]

8. ¿Tiene información sobre como iniciar la alimentación complementaria?
Si.... [1] No.... [2]

9. ¿Tiene acompañamiento para su cuidado durante la lactancia?
Si. . . [1] No.... [2]

Powered by CamScanner

	PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL PROYECTO 7744 GENERACION DE OPORTUNIDADES PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA DE BOGOTÁ FORMATO FICHA SIRBE SERVICIOS: JARDINES INFANTILES Y CRECIENDO JUNTOS	Código: FOR-PSS-334 Versión: 2 Fecha: Memo I2023015020-24/05/2023 Página: 2 de 4

SECCION I. INFORMACIÓN DEL NIÑO O LA NIÑA Si se desconoce la información de alguna(s) de la(s) pregunta(s) de 1 a la 12, 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/doula ... [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?: 38 Semanas
DATO VALIDO ENTRE 22 Y 42

5. ¿Cuál fue el peso de su hija-o al nacer?: 3280 Gramos
DATO VALIDO ENTRE 450 Y 5000

6. ¿Cuál fue la talla de su hija-o al nacer?: 57 Centímetros
DATO VALIDO ENTRE 22 Y 65

7. La niña o el niño recibió leche materna alguna vez?
Si. [1 X] No.. [2]
Pase a la pregunta 13

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

9. ¿Actualmente el niña-o recibe leche materna?:
Si... [1] No... [2 X] *Pase a la pregunta 12*

10. La niña o el niño recibe algún alimento diferente a la leche materna?: Si [1] No [2] *Pase a la pregunta 13*

11. ¿Qué edad tenía su hija-o cuando recibió un alimento diferente a la leche materna?: ____ Meses. *Pase a la pregunta 13*

12. ¿Qué edad tenía su hija-o cuando dejo de darle leche materna completamente?: 12 Meses

13. ¿Asiste a valoración integral de la salud y el desarrollo (crecimiento y desarrollo) ?:
Si..... [1 X] No..... [2] *Pase a la pregunta 15*

14. ¿Fecha del último control?: 05/05/2024
Pase a la pregunta 16

15. Por qué la niña o el niño no ha asistido a valoración integral de la salud y el desarrollo?:
Dificultad en la asignación de la cita. [1] Sin servicio de salud... [2] Desconocimiento... [3] Falta de tiempo... [4]

16. ¿La niña o el niño, cuenta con el esquema de vacunación al día?:
Si..... [1 X] *Pase a la pregunta 18* No..... [2]

17. ¿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]

18. ¿Actualmente, la niña o el niño tiene una condición de salud?:
Si.... [1] No.. [2 X] *pase a la pregunta 21*

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

20. ¿La condición de salud de la niña o el niño pone en riesgo su vida al ingresar al entorno institucional?
Si.... [1] Requiere verificación. [3]
No... [2]

21. ¿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] Realiza actividades sexuales pagas [2]
Ninguna ..... [93 X] Consumo de sustancias psicoactivas [3]

22. ¿Actualmente, la niña o el niño se encuentra expuesto a condiciones de?: *(Selección múltiple)*
Habitabilidad en calle [1] Espacios donde se desarrollan actividades sexuales pagas [2] Consumo de sustancias psicoactivas [3] Trabajo infantil [4] Mendicidad [5] Ninguna. [93 X]

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

24. El padre o madre de la niña o el niño trabaja en reciclaje?
Si... [1] No... [2 X]

25. ¿Ha presentado solicitud de ingreso a?: *(Selección múltiple)*
Jardín infantil Diurno.. [1] Casas de pensamiento interculturales..... [4] Hogar comunitario ICBF.. [7] Institución privada..... [10]
Jardín infantil Nocturno [2] Crecemos en la ruralidad o espacios rurales [5] Hogar infantil ICBF..... [8] Institución Educativa distrital... [11]
Creciendo juntos ... [3] Centros Amar ..... [6] FAMI del ICBF..... [9] Ninguno..... [93 X]

26. ¿Actualmente, el niño o la niña recibe atención en?:
Jardín infantil Diurno..... [1] Casas de pensamiento interculturales..... [4] Hogar comunitario ICBF .. [7] Institución privada..... [10]
Jardín infantil Nocturno..... [2] Crecemos en la ruralidad o espacios rurales [5] Hogar infantil ICBF..... [8] Institución Educativa distrital [11]
Creciendo juntos..... [3] Centros Amar..... [6] FAMI del ICBF..... [9] Ninguno..... [93 X]

27. ¿Ha estado vinculado a modalidades familiares o institucionales de Educación inicial de la SDIS?:
Si ..... [1] No... [2 X] *Pase a la pregunta 29*

28. ¿En qué localidad?:
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]

29. ¿Cuál es el principal motivo por el que solicitó el servicio?:
Nuevas oportunidades para su calidad de vida.. [1] Superar condiciones de segregación y discriminación.. [2] Desarrollo integral para su hija-o.. [3] Responde a las necesidades de la niña-o y su familia.. [4] Fortalecimiento cultural.. [5] Cuidado de su hija o hijo mientras trabaja.. [6 X]

30. ¿Considera importante fortalecer sus conocimientos sobre crianza y desarrollo integral de su hija-hijo?: Si..... [1 X] No..... [2]

31. La niña o niño presenta desnutrición aguda moderada o severa verificada por un nutricionista de la Subdirección Local de acuerdo con la resolución 2465 de 2016 del Ministerio de Salud y Protección Social Si. ..... [1] No..... [2 X]

Powered by CamScanner

	PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL PROYECTO 7744 GENERACION DE OPORTUNIDADES PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA DE BOGOTÁ FORMATO FICHA SIRBE SERVICIOS: JARDINES INFANTILES Y CRECIENDO JUNTOS	Código: FOR-PSS-334 Versión: 2 Fecha: Memo I2023015020-24/05/2023 Página: 3 de 4

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

1. ¿La niña o el niño en algún momento queda sólo-a?: Si [1] No [2 X] *Pase a la pregunta 4*

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

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

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

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

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

7. ¿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]

8. ¿Cuál es la edad en años del cuidador o la cuidadora principal?: 62

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

10. ¿Cuál es el género del cuidador o la cuidadora principal?: Masculino [1] Femenino [2 X] Transgénero [3] No informa [4] No binario [5] No aplica [98]

11. ¿Cuál es la orientación sexual del cuidador -ra principal?: Heterosexual [1 X] Bisexual [3] No informa [4] Lesbiana [5] Gay [6] No aplica [98]

12. Nivel educativo actual del cuidador o la cuidadora principal: Básica primaria [7] Básica secundaria y media [8 X] 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 [93]

13. A qué se dedica el cuidador -ra principal?: Estudia [1] Trabaja [2] Otro [3 X] ¿Cuál? Hogar

14. En qué momento: (*selección múltiple*) Mañana [1 X] Tarde [2 X] Noche [3 X]

15. El cuidador-ra principal presenta una discapacidad?: Si [1] No [2 X]

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: Cédula de ciudadanía [1 X] Cédula de extranjería [2] Tarjeta de identidad [3] Registro civil [6] Pasaporte [13] PEP [18] PPT [21] Salvo conducto [9] Sin identificación [8]

18. Número de documento de identidad del cuidador-ra principal: 28925402

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

19. Primer Apellido: Reyes

20. Segundo Apellido: Molina

21. Primer Nombre: Luz

22. Segundo Nombre: Gladys

23. ¿La niña-niño se encuentra bajo medida de protección legal?: Si [1] No [2 X]

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

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

SECCIÓN K. INFORMACION RURALIDAD. si en la pregunta 6 de la Sección C del Cabezote Indicó Rural, diligencie esta sección, de lo contrario pase a la sección L

1. La niña, niño o gestante habita en: Centro Poblado [1] Rural disperso [2]

2. La familia de la niña o el niño o la gestante a partir de sus prácticas culturales se reconoce como: Campesino /a [1] Rural [2] *pasar a la sección L*

3. ¿Para la familia de la niña o el niño o gestante es importante mantener las tradiciones de su identidad campesina en la crianza de su hija o hijo?: Si [1] No [2]

4. ¿La familia de la niña o el niño o gestante conserva tradiciones campesinas?: Si [1] No [2]

5. ¿Para la familia es importante conservar las tradiciones campesinas, en su vida cotidiana?: Si [1] No [2]

SECCION L. INFORMACION ADICIONAL ETNIAS Si en la pregunta 4 de la sección B del cabezote indico que se reconoce perteneciente a un grupo étnico diligenció esta sección, de lo contrario *pase a sección M.*

1. ¿El niño, la niña, la persona gestante habla la lengua del grupo étnico al que pertenece?: Si [1] No [2]

2. ¿El niño o la niña, la persona gestante, conserva tradiciones del grupo étnico al que pertenece?: Si [1] No [2] *Pase a sección H*

3. ¿Para la familia es importante que en la atención se conserven las tradiciones del grupo étnico al que pertenece?: Si [1] No [2]

4. ¿Para la familia es importante conservar en su vida cotidiana las tradiciones del grupo étnico al que pertenece?: Si [1] No [2]

SECCION M. DISCAPACIDAD Y ALTERACIONES EN EL DESARROLLO Si en la pregunta 1 de la sección B del cabezote indico que la niña o niño, gestante presenta alguna discapacidad diligenció esta sección, de lo contrario *pase a sección N*

1. Clase de discapacidad (*marque la clase de acuerdo con el tipo indicado en la sección de cabezote, si es múltiple indique las clases necesarias, con excepción de las relacionadas con las alteraciones en el desarrollo*)

ALTERACIONES EN EL DESARROLLO: Del habla y del lenguaje [ ] De la función motriz [ ] Del desarrollo mixto [ ] Del comportamiento e hiperquinéticos [ ] De los procesos cognitivos [ ]

TRANS.ESPECTRO AUTISTA (TEA): TEA [ ]

AUDITIVA: Hipoacusia [ ] Sordera [ ]

VISUAL: Baja visión [ ] Ceguera [ ]

INTELECTUAL: Síndrome de Down [ ] Intelectual [ ]

FISICA: Osteomuscular [ ] Neuromuscular [ ] Parálisis cerebral (EMOC) [ ]

PSICOSOCIAL: Psicosocial [ ]

2. Tiene diagnóstico clínico relacionado con la discapacidad?: Si [1] No [2] *Pase a la pregunta 5*

3. Cuenta con el certificado de discapacidad? Si [1] No [2] *Pase a la pregunta 5*

4. La niña o el niño está inscrito en el RLCPD? Si [1] No [2]

5. Requiere ayuda técnica para las actividades de la vida diaria? Si [1] No [2] *Pase a la pregunta 7*

6. Cuenta con ella?: Si [1] No [2]

7. Es independiente para el desplazamiento?: Si [1] No [2]

8. Apoyos requeridos en el servicio? Intermitente o Limitado [1] Extenso o Generalizado [2] En observación [3]

9. Cuenta con habilitación o rehabilitación en salud? Si [1] No [2] *Pase a la sección N*

10. De qué tipo: Fonoaudiología [1] Fisioterapia [2] Terapia ocupacional [3] Neurología [4] Otro [5] ¿cuál?

Powered by CamScanner

	PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL PROYECTO 7744 GENERACION DE OPORTUNIDADES PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA DE BOGOTÁ FORMATO FICHA SIRBE SERVICIOS: JARDINES INFANTILES Y CRECIENDO JUNTOS	Código: FOR-PSS-334 Versión: 2 Fecha: Memo I2023015020-24/05/2023 Página: 4 de 4

SECCIÓN N. DESCRIPCIÓN Y REFERENCIACIÓN:

1. Descripción de la problemática:

Hogar familiar nuclear con jefatura femenina, la madre labora como impulsadora de cremas corporales, los niños se encuentran al cuidado de su abuela.
No cuenta con el apoyo de los padres de sus hijos.
La madre de Luan desea que el niño ingrese a un lugar donde este seguro, aprenda y fortalezca sus habilidades ya que su abuelita esta sufriendo de artrosis y ya no lo puede cuidar adecuadamente.
De igual manera desea que el niño socialice y comparta con otros pequeños de su edad ya que se la pasa todo el tiempo rodeado de adultos.
Sus ingresos no le alcanzan para pagar un jardin privado.

2. Concepto técnico:

Grupo familiar con fragilidad social media, los ingresos cubren las necesidades basicas del hogar.
El niño queda en lista de espera cuando se cuente con el cupo se avisara a la madre, para que realice el proceso de matricula en el jardin, este ofrece una atención de alta calidad, en donde los niños(a) son valorados, respetados de acuerdo a sus caracteristicas, intereses y posibilidades.

Si ingresa a un jardín infantil diurno o casa de pensamiento, seleccione el nivel en el que recibirá la atención, de acuerdo a la edad que la niña o 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, sin que esto sobre pase dos niveles anteriores al correspondiente por fecha de nacimiento

MATERNAL ☐ CAMINADORES ☒ PARVULOS ☐ PREJARDIN ☐ JARDIN ☐

De acuerdo con la oferta institucional de su momento, indique si ingresa a atención presencial o algún esquema de atención flexible.

ATENCIÓN PRESENCIAL ☒ ALTERNANCIA: ☐ EI EN CASA ☐ MULTIMODAL ☐

3. Acciones a seguir:

Ingreso prioritario..... 1 ☐
Lista de espera – Cumple criterios de ingreso..... 2 ☒
No cumple criterios de ingreso..... 3 ☐

4. ¿Requiere visita domiciliaria? - Si... 1 ☐ No... 2 ☒ *Pase a la pregunta 5*
Motivo: Verificación de las condiciones socio familiares: - Si... 1 ☐ - No... 2 ☐
Verificación otras condiciones: - Si... 1 ☐ - No... 2 ☐

5. La modalidad en el que se atenderá la niña, el niño, persona gestante o lactante se encuentra en convenio interadministrativo con (selección múltiple):
SED 1 ☐ ICBF 2 ☐ Ninguno de los anteriores 96 ☒

6. La unidad operativa ofrece nivel pre jardín o jardín porque se encuentra en una UPZ deficitaria para la SED?
- Si... 1 ☐ - No... 2 ☒ No oferta niveles 3 ☐

7. Referenciación a un proyecto SDIS: - Si... 1 ☐ - No 2 ☒ *Pase a la pregunta 8*
Integrante: ___ Proyecto: ___ Modalidad: ___
Integrante: ___ Proyecto: ___ Modalidad: ___
Integrante: ___ Proyecto: ___ Modalidad: ___
Integrante: ___ Proyecto: ___ Modalidad: ___

8. Referenciación a otra entidad: - Si... 1 ☐ - No 2 ☒ *Finalice*
Integrante: ___ ¿Cuál?: ___
Integrante: ___ ¿Cuál?: ___
Integrante: ___ ¿Cuál?: ___
Integrante: ___ ¿Cuál?: ___

	PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES FORMATO REGISTRO DE DILIGENCIAMIENTO DE FICHA SIRBE EN FÍSICO	Código FOR-PSS-743 Version 0 Fecha. Memo I2024000787 - 12/01/2024 Página 1 de 1

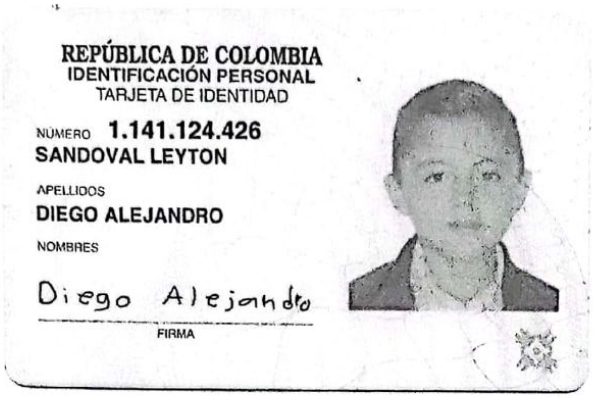
LOCALIDAD Engativa UNIDAD OPERATIVA Jardin Infantil Cofinanciado Pepitos RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA Diana Marcela Rubio Castaño
NOMBRE DEL RECOLECTOR Jackeline Mendoza Gonzalez DOCUMENTO DE IDENTIDAD CC X CE__ OTRO__ CUAL?_____ Número # 52.035452
NOMBRE SOLICITANTE / BENEFICIARIO Luan Santiago Gasca Leyton DOCUMENTO DE IDENTIDAD CC__ CE__ OTRO X CUAL? RC Número # 1.011.262.904
FECHA DE ENTREGA PARA DIGITACIÓN 05032024 NOMBRE DEL DIGITADOR AL QUE SE ENTREGA LA FICHA: Edwin Peña

Powered by CamScanner





Powered by CamScanner



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NUMERO **1.141.124.426**
SANDOVAL LEYTON

APELLIDOS
DIEGO ALEJANDRO

NOMBRES

Diego Alejandro

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **21-JUN-2011**
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
21-JUN-2029 **O+** **M**
FECHA DE VENCIMIENTO G S RH SEXO
24-SEP-2018 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

ÍNDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-1500150-01042302-M-1141124426-20181025 0052832989A 1 1625150594

Powered by CamScanner

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

NUIP 1011262904

Indicativo Serial 60834727

60834727

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código A 1 H

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

COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTA D.C. NOTARIA 50 BOGOTA DC * * * * * * *

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
GASCA * * * * * * * * * * * * * * *	LEYTON * * * * * * * * * * * * * * *

Nombre(s)

LIAM SANTIAGO *

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2022 Mes MAY Día 30	MASCULINO	B	POSITIVO

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

COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTA D.C. * * * * * * * * * * * * * * * * * * *

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO * * * * * * * *	172846693 * * * *

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

LEYTON REYES LADY JOHANNA *

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 1014224475 * * * * * * * * * * * * * * * * * *	COLOMBIA * * * * * *

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

GASCA ALFARO KEVIN YOHAN *

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 1022398637 * * * * * * * * * * * * * * * * * *	COLOMBIA * * * * * *

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

GASCA ALFARO KEVIN YOHAN *

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC No. 1022398637 * * * * * * * * * * * * * * * * * *	

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
* *	* * * * * * * * * *

NOTARIA 50 BOGOTA D.C.

Fecha de Inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2022 Mes JUN Día 08	GABRIEL URIBE ROLDAN Nombre y firma

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
Firma	GABRIEL URIBE ROLDAN Nombre y firma

NOTARIA 50 BOGOTA D.C.

ESPACIO PARA NOTAS

OTRO:ANOTADO EN EL LIBRO DE VARIOS 204 FOLIO 129;08/06/2022

NOTARIA 50 DE BOGOTÁ, D.C.
REGISTRO CIVIL

El presente Registro es copia(fotocopia) auténtica tomada del original que reposa en nuestros archivos de Registro Civil de Nacimiento. Válido para acreditar parentesco.

Se expide a solicitud de Kevin Yohan Gasca

Bogotá D.C. 10 JUN. 2022

THOMAS GREG & SONS NOTARÍA 50 REGISTRO CIVIL JULIO CESAR OJEDA MONTES SECRETARIO DELEGADO

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

Powered by CamScanner

59539

enel | Bogotá

ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P.
NIT. 860.063.875-8
Calle 93 No. 13 - 45 Piso 1

Para pagar y consultar tu número de cliente es:

1582658-6

FACTURA DE SERVICIOS PÚBLICOS No. 143546983-1

59539

GRUPO 11 CIRCUITO ENEL 11 (EPTM) - NIVEL DE TENSION 1 INDUSTRIAL
El prestador del servicio de comercialización y distribución de energía eléctrica y de productos y servicios de valor agregado es ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. NIT. 860.063.875-8. Factura vigilada por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios.

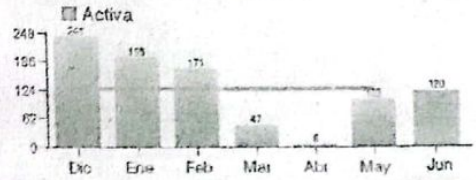
CLIENTE

SAMUEL RODRIGUEZ
CL 63 H BIS NO 119 B 52
BOGOTA, D.C. - SABANA DEL DORADO

05 501 6509 / 057-845152

¿Quieres tu factura virtual? Escanea el código

COMPORTAMIENTO CONSUMO



VALOR kWh APLICADO: $965,86

CONSUMO DIARIO: 3,75 kWh

VALOR DIARIO: $1.704

PERÍODO FACTURADO: 04 MAY/2024 A 04 JUN/2024

DÍAS FACTURADOS: 32

CONSUMO MES: 120 kWh

¡Cada vez tuvimos activo el LECTURA DE TU MEDIDOR y tu CONSUMO de energía estimado dentro de tu factura!

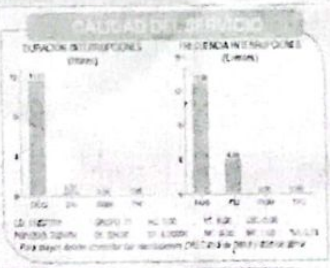


21.128 - Página 1 de 2

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	2
CARGA kW:	4.00
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	3005/5965016509
RUTA LECTURA:	35055070593
MANZANA DE LECTURA:	M3005563702
MEDIDOR NO:	057-845152
MEDIDOR NO:	057-845152

CALIDAD DEL SERVICIO



RECOMENDACIONES DE LA FACTURA

Es importante que apagues por completo todos los dispositivos que no vas a usar, si no se pueden apagar te recomendamos configurarlos en modo ahorro de energía.

CONTÁCTANOS

clientescolombia@enel.com
Chat de servicio en www.enel.com.co/es/personas/enel-cliente.html
328 600 6003 (Elura Bot o pase Asesor)
Enel Colombia @EnelClientesCO
Reportes gratis
Zona privada de la página Web
App Enel Clientes Colombia

Bogotá, Sabana y Cundinamarca	Nacional	Línea de atención
601 5 115 115	115 Gratuito las 24 horas	601 6140055 denuncias@enel.com

Defensor del Cliente
https://www.enel.com.co/es/personas/defensor-cliente.html
defensor@enel.com

¿COMO PAGAR TU FACTURA?

Medios virtuales de Pago

APP Bancos · Internet · Teléfono Banco · Débito Automático · Cajero Electrónico · APP Enel Clientes Colombia · Sitios de Pago OnLine · Sitios de Pago Bancarios

Billetera Virtual

MOVII · MOVII · Tpaga

Corresponsales Bancarios

Red Electrired · Centros de Servicio · Código QR

RED CADE · enel

Almacenes de Cadena



COMPONENTES TARIFARIOS . Componentes del costo: Vigencia: MAY/2024

G: $304,76 T: $47,86 D: $257,12 CV: $104,60 PR: $72,20 R: $36,31 CP: $0,00 $965,86 Costo kWh Mes

ACTIVIDAD ECONÓMICA 3514 Comercializador de Energía Eléctrica. Tarifa 11,34 por mil. Somos autorretenedores según resolución No. 0047 de 25 de enero 2002.
IVA Régimen Común. CUMPLIMIENTO RESOLUCIÓN CREG 015 DE 1998.
Sobre el contenido de la presente factura o Cliente cuenta con los mecanismos de defensa previstos en la Ley 142 de 1994 y podrá hacer uso de ellos ante de la fecha señalada para pago oportuno. Para mayor información comunícate al (601) 5 115 115, fuera de Bogotá al 01 8000 915 115 o en nuestros Centros de Servicio al Cliente. Operador de red: ENEL COLOMBIA S.A. ESP. Somos grandes contribuyentes según resolución No 970 de 19 de diciembre de 2002.
"Dentro del lapso de suspensión procede el retiro de instalación y en subsidio de operación si aún debiera presentarse uno de los supuestos previstos en la normatividad del servicio."
Esta factura se cobra previa cobro coactivo de conformidad con el Artículo 130 de la ley 142 1994.
En cumplimiento de la resolución CREG 5477 consultar www.creg.gov.co
IMPORTANTE: En cumplimiento de la resolución CREG 038 de 2014, la cual modificó la Código de Medida, se establecieron calificadores, activadores y responsabilidades asignadas a ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P y sus usuarios. Para obtener mayor información te invitamos a consultarlas en nuestra página web www.enel.com.co o comunícate a la línea (601) 5 115 115, fuera de Bogotá al 01 8000 9 2 1 5 6 en nuestros Centros de Servicio al Cliente.
ENEL COLOMBIA S.A. ESP pone a su disposición para tramitar a través de la factura del servicio público domiciliario de energía eléctrica, Bonobus de Confianza, el producto con la aprobación expresa emitida por el cliente para el uso de la tarjeta como dinero de recaudo. ENEL COLOMBIA S.A. ESP no es responsable por el servicio que prestan los comercios, ni por su calidad, cantidad. Para mayor información relacionada con estos aspectos, por favor dirigirse a los canales de atención definidos por estas Empresas.

FECHA DE EXPEDICIÓN FACTURA: 07 JUN/2024

Si realizas el pago en un corresponsal bancario, exige el desprendible que emite el datáfono como soporte de pago. El sello del corresponsal no es un soporte válido en caso de reclamo.

Este es impresión Cámara Autoimpresores de Colombia S.A.S. NIT 830.000.017-6

Powered by CamScanner