	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 20230152565 - 25/05/2023 Página: 1 de 6

Fecha de diligenciamiento: 09/04/2024

Número de ficha: 2024 10 7 4 4 12 0 5 29
(Año / Localidad / Proyecto / Código unidad operativa)

SECCIÓN A. VARIABLES BÁSICAS

1. Primer Apellido, según su documento de identidad: Vargas
2. Segundo Apellido, según su documento de identidad: Rojas
3. Primer Nombre, según su documento de identidad: Ana
4. Segundo Nombre, según su documento de identidad: Lucia

5. ¿Con cuál género se identifica? * (Esta pregunta aplica solo a personas mayores de 14 años)
Masculino 1 | Femenino 2 | Transgenero 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 transgenero femenina o transgenero 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 2 | No informa 4
Gay 9 | 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: 1233701096
11. Municipio nacimiento: Bogota D.C
12. Departamento nacimiento: Bogota D.C

13. País nacimiento: Colombia
14. Sexo de nacimiento: Hombre 1 | Mujer 2 X | Intersexual 3
15. Fecha de nacimiento (según su documento de identidad): 09/04/2002
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 la propia 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 cuidador/a de niños, niñas menores de 5 años? (Aplica para personas mayores de 14 años)
Si 1 | No 2

21. ¿Es cuidador/a de niños, niñas entre 06 a 10 años?
Si 1 | No 2

22. ¿Es cuidador/a de personas con discapacidad?
Si 1 | No 2

23. ¿Es cuidador/a 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 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 ilícitas 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. ¿Cuantas 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 X | No 2

35. Clasificación Sisbén: C3

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: 04 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: 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] / Hogar familiar ampliado compuesto [3] / Hogar familiar ampliado extenso [2 X] / 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] / Multiple 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	Emberá Chamí	35	Ninguna de las anteriores	17		
Wayuu	2	Ultotos	85	Tubu	67	Eperara-siapidara	30	Muiscas	16	Kankuamo	45	Pijao	14	Emberá Dobida	29	Otro ¿cuál? Digite código del instructivo			
Pastos	65	Senú	5	Yanaconas	7	Ingas	9	Awa (Kwaiker)	11	Kogui	49	Kubeo	50	Emberá Katio	34				

10. Parentesco con jefe/a de la familia: Jefe/a núcleo familiar [1] / Cónyuge o compañero/a [2] / Padre/Madre [3] / Padrastro / Madrastra [4] / Hijo/a [5] / Abuelo/a [6] / Hermano/a [7] / Tío/a [8] / Primo/a [9] / Sobrino/a [10] / Nieto/a [11] / Otro pariente [12] / Otro No pariente [13 X] / 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 [2] / No aplica [98 X]. Si la respuesta es 2 o 98 Pase a 19

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

17. 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 <5	8	Servicios generales	12	Electrónica	16	Belleza	20	Ninguna de las anteriores	24

18. 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	$600.000	Recreación	$0
Servicios públicos domiciliarios (agua, energía, gas, teléfono fijo, internet, teléfono celular, televisión por cable	$350000	Gastos en salud (consultas, medicamentos, etc.)	$0
Pagos a terceros cuidadores	$230000	Transporte o movilidad de los integrantes del hogar	$150000
Artículos de aseo personal	$200000	Educación (útiles, pensión, transporte escolar, fotocopias, etc.)	$0
Alimentación	$900000	Total	$2430000

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 X] No [2] No informa [3]

Powered by CamScanner

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: 4 de 6

Fecha de diligenciamiento: 04072024

Número de ficha: 2024 | 10 | 7744 | 12 | 0529
(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 X	Transversal	TV	Avenida.	AV
Carrera ..	KR	Avenida calle	AC		
Diagonal...	DG	Avenida carrera	AK		

Número de la vía principal: 69
Nombre de la vía principal:
Nombre sinónimo de la vía principal:

Alfabético	BIS	Alfabético	Cuadrante	Número vía generadora	Alfabético	Número placa	Cuadrante
B			S S / E E	121		80	S S / E E

5. Escriba el complemento de la dirección: (dirección rural, interior, apartamento, oficina)
* vea 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. Súper manzana	UN. Unidad
AL. Alillo	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. 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: 3102424939

10. Correo electrónico de contacto: claudiarojasromero24@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

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: 5 de 6

Fecha de diligenciamiento: 04 04 2024

Número de ficha: 2024 10 774 12 0329
(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 Número	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: FECHA NACIMIENTO Mes	H: FECHA NACIMIENTO Año	H: Edad aproximada	I: ESTADO CIVIL	J: PARENTESCO (Con jefe/a del núcleo familiar)	K: NIVEL EDUCATIVO ACTUAL – NIVEL	K: NIVEL EDUCATIVO ACTUAL – Años aprobados	K: ¿Asiste actualmente?	L: SISTEMA DISTRITAL DE CUIDADO – ¿Es persona cuidadora/a?	M: SISTEMA DISTRITAL DE CUIDADO – Niños/as de 0 a 5 años	N: SISTEMA DISTRITAL DE CUIDADO – Niños/as de 6 a 10 años	O: SISTEMA DISTRITAL DE CUIDADO – Persona con discapacidad	P: SISTEMA DISTRITAL DE CUIDADO – Persona mayor	Q: SISTEMA DISTRITAL DE CUIDADO – 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: SALUD – Régimen de seguridad social	X: SALUD – Calidad del afiliado	Y: DISCAPACIDAD – ¿Persona con discapacidad?	Y: DISCAPACIDAD – Tipo	Z: Grupo étnico	AA: Pueblo Indígena	AB: VÍCTIMA DE CONFLICTO ARMADO – ¿Es víctima del conflicto armado?	AB: VÍCTIMA DE CONFLICTO ARMADO – 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	1014198316	1 Velasco	1 Juvenal	1	1		1	10	02	1989	35	3	1	8		SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	12	32	48	1600000	2	10	SÍ	1	2	SÍ		6		SÍ		SÍ	
			2 Marquez	2 David											6		NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO							No			NO				No aplica		
2	1	52545367	1 Rojas	1 Claudia	2	2		1	24	12	1979	43	3	2	8		SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	13	32	24	730000	1	10	SÍ	2	98	SÍ		6		SÍ		SÍ	
			2 Ropero	2 Esperanza											6		NO	No	No	NO	NO	NO	No							No			NO				No aplica		
3	1	1000018282	1 Vargas	1 Daniel	1	1		1	19	05	2002	22	1	14	8		SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	12	32	48	1300000	5	10	SÍ	1	2	SÍ		6		SÍ		SÍ	
			2 Rojas	2 Camilo											6		NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO							No			NO				No aplica		
4	6	1233701098	1 Vargas	1 Ana	2	98		98	09	01	2022	2	1	13	1		SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	98	98	0	0	98	98	SÍ	1	1	SÍ		6		SÍ		SÍ	
			2 Rojas	2 Lucia													NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO							No			NO				No aplica		
5			1	1													SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ							SÍ			SÍ				SÍ		
			2	2													No	No	No	No	No	No	No							No			No				No aplica		

Powered by CamScanner

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: 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	VICTIMA 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 regimen 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. 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: 04072024

Número Ficha: 2024 (Año) 10 (Localidad) 774 (Proyecto) 12 (Código Unidad Operativa) 0329

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 [K] 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 Cofinanciado Peqitos

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?: D D M M A A A A

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

3. ¿Fecha del último control médico?: D D M M A A A A

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] Construcción del vínculo afectivo madre- hijo. [6] Desarrollo infantil... [5] 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 X] 2 horas. ... [3]
1 hora... [2] Más de 4 horas... [4]

4. ¿En qué semana de gestación nació su hija-o?: 40 Semanas
DATO VALIDO ENTRE 22 Y 42

5. ¿Cuál fue el peso de su hija-o al nacer?: 2860 Gramos
DATO VALIDO ENTRE 450 Y 6000

6. ¿Cuál fue la talla de su hija-o al nacer?: 49 Centímetros
DATO VALIDO ENTRE 22 Y 60

7. La niña o el niño recibió leche materna alguna vez?
Si... [1 X] No... [2] *Pase a la pregunta13*

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?: 2 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?: 21 04 20 24
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] No... [2] Requiere verificación. [3]

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] Crecamos 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 X]
Jardín infantil Nocturno..... [2] Crecamos 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]

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] Úsme..... [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 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] Padrastro [3] Madrastra [4] Hermano-a [5] Tío-a [6] Abuelo-a [7 X] Otro pariente [8] Otro No pariente [9] Nadie [10]

8. ¿Cuál es la edad en años del cuidador o la cuidadora principal?: 43

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 X] Otro [3] ¿Cuál?: _____

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

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: 52545367

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

19. Primer Apellido: Rojas

20. Segundo Apellido: Ropero

21. Primer Nombre: Claudia

22. Segundo Nombre: Esperanza

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 diligenciè 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 diligenciè 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 extenso, la niña vive con su abuela, el conyuge de esta y su tio, todos laboran y aportan a la economia del hogar.
La abuela de Ana Lucia tiene su custodia desde el 22-07-2022, la madre aporta una cuota alimentaria mensual, tiene la niña afiliada a seguridad social y esta presente en la vida de su hija, compartiendo con ella en su tiempo libre, se encuentran en proceso psicosocial para devolverle la custodia a la madre. Como parte de este proceso la niña recibe atención en un jardin privado, pero este no se ajusta a las necesidades de la niña. ya que la mayoria de los niños -as que se atienden son más grandes, por eso buscan un jardin que se ajuste a la edad de la niña. Cuando Lucia no esta en el jardin es cuidada por su abuelita

2. Concepto técnico:

Grupo familiar con trayicidad social media, los ingresos cubren las necesidades del hogar, la niña queda en lista de espera, cuando se cuente con el cupo, se avisara a la abuela para que realice el proceso de matricula en el jardín; los niños y niños que aqui son atendidos reciben una educación de calidad en donde son escuchados, valorados y respetados, teniendo en cuenta sus necesidades, caracteristicas e intereses, siendo protagonistas activos de su desarrollo y aprendizaje.

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 nival 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

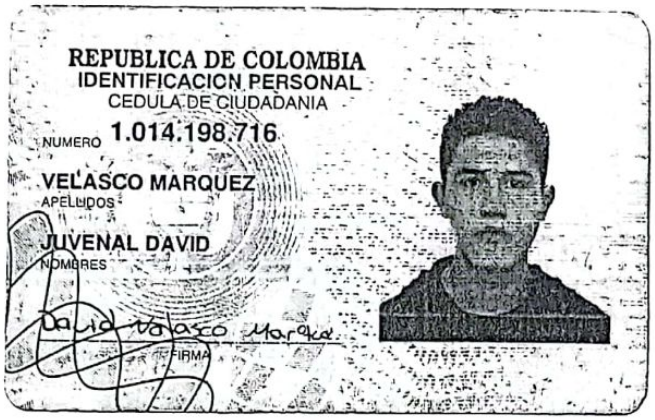
LOCALIDAD Engativa UNIDAD OPERATIVA Jardin Infantil Cofinanciado Pepitos RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA Diana Marcela Ruba Castaño

NOMBRE DEL RECOLECTOR Jackeline Mendoza Gonzalez DOCUMENTO DE IDENTIDAD CC X CE__ OTRO__ CUAL?_____ Número # 52.035952

NOMBRE SOLICITANTE / BENEFICIARIO Ana Lucia Vargas Rojas DOCUMENTO DE IDENTIDAD CC__ CE__ OTRO X CUAL? RC Número # 1233701096

FECHA DE ENTREGA PARA DIGITACIÓN 05/03/2024 NOMBRE DEL DIGITADOR AL QUE SE ENTREGA LA FICHA Edwart Perez

Powered by CamScanner



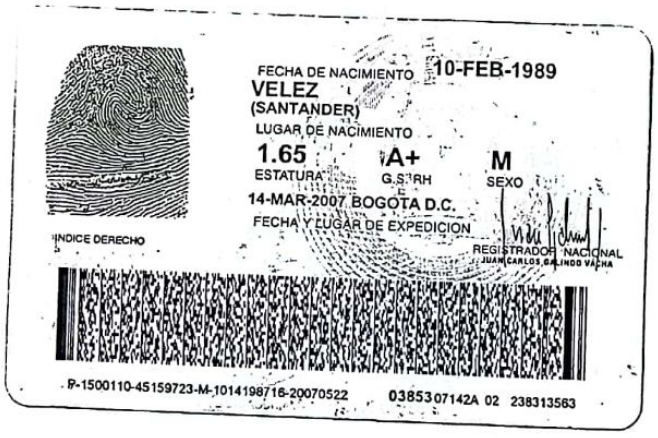
REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.014.198.716

VELASCO MARQUEZ
APELLIDOS

JUVENAL DAVID
NOMBRES

David Velasco Marquez
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 10-FEB-1989
VELEZ
(SANTANDER)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.65 ESTATURA
A+ G.S. RH
M SEXO
14-MAR-2007 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA
INDICE DERECHO

P-1500110-45159723-M-1014198716-20070522 03853 07142A 02 238313563

Powered by CamScanner



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 52.545.367
ROJAS ROPERO
APELLIDOS
CLAUDIA ESPERANZA
NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 24-DIC-1979
VENTAQUEMADA
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.52 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
13-FEB-1998 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-1500150-00078883-F-0052545367-20080925 0003723793A 1 1180008997

Powered by CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO 1.000.018.282
VARGAS ROJAS
APELLIDOS
DANIEL CAMILO
NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 19-MAY-2002
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.66 ESTATURA
O+ G.S. RH
M SEXO

09-JUL-2020 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

P-1500150-01146229-M-1000018282-20200712 0071207237A 1 8500492468

Powered by CamScanner

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

Registraduría Auxiliar de Engativá Centro
Registraduría Distrital
del Estado Civil

61454296

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

NUIP 1.233.701.096

Indicativo Serial 61454296

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [X] Notaría [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código E T Y

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

REGISTRADURIA DE AUXILIAR ENGATIVA SEDE 2 - COLOMBIA - CUNDINAMARCA

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
VARGAS	ROJAS

Nombre(s)

ANA LUCIA

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2022 Mes ENE Día 09	FEMENINO	O	POSITIVO

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

COLOMBIA CUNDINAMARCA BOGOTA D.C.

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	170737955

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

VARGAS ROJAS JULIETH CAROLINA

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.049.799.238	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

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

VARGAS ROJAS JULIETH CAROLINA

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC 1.049.799.238	Julieth Carolina Vargas

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 2022 Mes ENE Día 20	JOHN ALEXANDER FORERO RAMIREZ - R Nombre y firma

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

ESPACIO PARA NOTAS

20-ENE-2022 - ACTA COMPLEMENTARIA - BOLETA DE COMPARENDO, SE OMITE LA IMPRESION DE LAS HUELLAS PLANTARES DE LA INSCRITA, CIRCULAR 84 DEL 01/09/2020 RNEC. A NEIRA.

REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

ESTE REGISTRO ES FOTOCOPIA AUTENTICA DEL ORIGINAL, EL CUAL REPOSA EN LOS ARCHIVOS DE ESTA OFICINA. SE EXPIDE PARA ACREDITAR PARENTESCO, ARTICULO 115 DECRETO LEY 1260 DE 1970; TIENE VIGENCIA PERMANENTE ART. 2 DECRETO 2189 DE 1983; SE OMITE SELLO SEGÚN ART. 11 DECRETO 2150 DE 1995 PARENTESCO.

FECHA DE EXPEDICION 20 ENE 2022

REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

Adhesivo Copia Registro Civil 30394172-1

JOHN ALEXANDER FORERO RAMIREZ
REGISTRADOR AUXILIAR DEL ESTADO CIVIL - ENGATIVA CENTRO - LOCALIDAD 10

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

Powered by CamScanner

ACTA DE CONCILIACIÓN No. 754

HISTORIA DE ATENCIÓN N°1031426709
SIM No.14599852
REGIONAL: ICBF C.Z. ENGATIVA BOGOTA
ANA LUCIA VARGAS ROJAS

En Bogotá, D.C., a los veintidós (22) julio de dos mil veintidós (2022) siendo las 10:00 a.m. la suscrita Defensora de Familia del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar Centro Zonal Engativá, Regional Bogotá, actuando en virtud de las facultades conferidas en los numerales 8°, 9° y 11° del artículo 82 del Código de la Infancia y la Adolescencia, en concordancia con la Ley 640 de 2001, DECLARA ABIERTA LA AUDIENCIA DE CONCILIACIÓN para fijar custodia y cuidado personal, alimentos y visitas de ANA LUCIA VARGAS ROJAS nació el 09 enero de 2022.

PARTES ASISTENTES

CONVOCANTE: CLAUDIA ESPERANZA ROJAS ROPERO identificado con cédula de ciudadanía No. 52.545.367 residente en la Cl 69 B No. 121 – 80 celular 3102424939

CONVOCADO: JULIETH CAROLINA VARGAS ROJAS identificada con cédula de ciudadanía No. 1.049.799.238 residente en la Cl 69 B No. 121 – 80. No tiene celular

La Defensoría de Familia asesora del procedimiento, efectos legales y demás aspectos relacionados con la conciliación como mecanismo alternativo de solución de conflictos, fundamentalmente en la búsqueda del interés superior que le asiste a la niña, La Ley 446 de 1998,[1] en su artículo 64, define la figura jurídica de la conciliación como un mecanismo de resolución de conflictos a través del cual, dos ó más personas gestionan por sí mismas la solución de sus diferencias con la ayuda de un tercero neutral y calificado, denominado conciliador, en este caso la Defensora de Familia..

Las partes exponen sus propuestas y llegan al siguiente acuerdo.

ACUERDOS:

CUSTODIA Y CUIDADO PERSONAL: La custodia y cuidado personal de ANA LUCIA VARGAS ROJAS queda en cabeza de la abuela materna CLAUDIA ESPERANZA ROJAS ROPERO.

ALIMENTOS: Las partes acuerdan que la señora JULIETH CAROLINA VARGAS ROJAS aportará como CUOTA ALIMENTARIA MENSUAL a favor de su hija ANA LUCIA VARGAS ROJAS a partir de la fecha en suma mensual de QUINIENTOS MIL PESOS M.CTE. ($500.000.00) moneda corriente, dentro de los diez (10) primero días de cada mes, directamente a la progenitora. Igualmente, la progenitora aportará dos (2) mudas de ropa anual para cada uno , por valor de cien mil pesos m.cte. ($100.000)) cada muda de ropa, una en enero y julio. La cuota alimentaria mensual y de mudas de ropa se incrementará en el mismo porcentaje del Índice de Precios al Consumidor IPC decretado por el Departamento Administrativo Nacional DANE a partir del día primero (1°.) de Enero de Cada año iniciando el año 2023. La cuota aquí fijada se pagará en la Bogotá, D.C. Salud aportará el 100% la madre. Educación: 100% asumirá la madre.

VISITAS: Las partes manifiestan que no regulan visitas en atención a que viven en la misma casa y no hay restricción para éstas por parte de la madre.

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERAN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLITICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

Powered by CamScanner

NOTIFÍQUESE Y CUMPLASE. Se notifica a los comparecientes en estrados se termina y se firma por los que en ella intervinieron y quienes manifiestan que es su voluntad y son libres de toda coacción, siendo las 10:25 a.m.

LOS COMPARECIENTES:

Claudia Esperanza Rojas Ropero
CLAUDIA ESPERANZA ROJAS ROPERO

Carolina Vargas
JULIETH CAROLINA VARGAS ROJAS

AUTO APROBATORIO

En este estado de la diligencia y teniendo en cuenta que los acuerdos en custodia y cuidado personal, alimentos y visitas a que han llegado las partes respecto de **ANA LUCIA VARGAS ROJAS.** no vulnera sus derechos, la Defensora de Familia los APRUEBA en todas sus partes, realizando las correspondientes advertencias sobre el cumplimiento de estos y sobre las consecuencias de orden jurídico en caso de no hacerlo. Se advierte a las partes que la presente acta presta mérito ejecutivo, y de ella se expide copia la cual es primera copia a los interesados de conformidad con ley 640 de 2001 art. 1 parágrafo 1°.

MARIA CONSUELO GONZALEZ MOLINA
Defensora De Familia Centro Zonal Engativá Cr 103 No. 73 – 13 Bogotá, D.C.

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERAN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLITICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

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	1233701096
NOMBRES	ANA LUCIA
APELLIDOS	VARGAS ROJAS
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.
MUNICIPIO	BOGOTA D.C.

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.S.	CONTRIBUTIVO	09/01/2022	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	06/26/2024 19:45:33	**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".

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación** establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la

Powered by CamScanner

Sisbén

Registro válido

C3

Fecha de consulta: **26/06/2024**

Ficha: **11001984890900006052**

Vulnerable

DATOS PERSONALES

Nombres: **ANA LUCIA**

Apellidos: **VARGAS ROJAS**

Tipo de documento: **Registro civil**

Número de documento: **1233701096**

Municipio: **Bogotá**

Departamento: **Bogotá**

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: **22/02/2021**

Última actualización ciudadano: **21/01/2022**

Última actualización via registros administrativos: **25/11/2023**

***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: **DANIELA PEREZ OTAVO**

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

Teléfono: **Línea 195 Opción 9 - 4**

Correo Electrónico: **servicioalciudadanoGEL@sdp.gov.co**

¡Hemos actualizado tu información! Este proceso se realiza en los siguientes casos:

1. Por validación de información en otros registros administrativos.
2. Cuando exista nueva información reportada por Registro Social de Hogares (RSH) en fechas superiores a la última actualización de tu encuesta.

Para actualizar tu ficha utilizamos información de las siguientes entidades:

- DPS - Departamento para la prosperidad social
- ADRES - Administradora de los Recursos del Sistema General

Powered by CamScanner

FACTURA POR 2 MESES

22934

13

Datos del usuario

FRANCISCO JAVIER SALAMANCA CAR
CL 69B 121 80

ENGATIVA
LA FAENA

acueducto
AGUA Y ALCANTARILLADO DE **BOGOTÁ**

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

Escanea y paga tu factura

ESTRATO:	2	CLASE DE USO:	Residencial
UND.HABIT./FAMILIAS:	1	UND. NO HABITACIONAL:	0

ZONA: 2 **CICLO:** C2 **RUTA:** C22089D

Datos del medidor

MARCA: ACTARIS NÚMERO: 02015AC012634 TIPO: VELO015C DIÁMETRO: ½

CUENTA CONTRATO
Número para cualquier consulta **10956741**

Factura de Servicios Públicos No.
Número para pagos **14434027711**

TOTAL A PAGAR
Agua + Alcantarillado + Aseo (si aplica ver al respaldo) + Cobro Terceros (si aplica ver al respaldo) **$351.148**

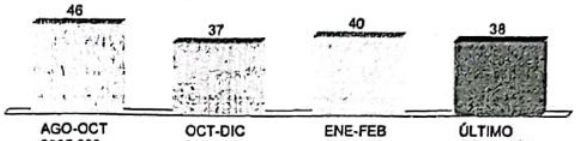
Fecha de pago oportuno **MAY/24/2024**

Fecha de suspensión **MAY/29/2024**

Datos del consumo

ÚLTIMA LECTURA:	3772	CONSUMO (m^3)	38
LECTURA ANTERIOR:	3734	PROMEDIO (m^3)	41
FACTURADO CON:	Consumo Normal	Descargue fuente alterna	0

Últimos consumos m^3



Periodo facturado
FEB/21/2024 - ABR/19/2024

FECHA DE EXPEDICIÓN MAY/08/2024 FECHA ESPERADA DE LA PRÓXIMA FACTURA JUL/15/2024

Resumen de su cuenta

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

Descripción	Cantidad	Costo Valor Unitario	Costo Valor Total	(-) Subsidio (+) Aporte	Tarifa Valor Unitario	Valor a Pagar
Acueducto						
Cargo fijo residencial	1	$17.821,30	$17.821	$7.128-	$10.692,78	$10.693
Consumo residencial básico	22	$3.380,84	$74.378	$29.751-	$2.028,50	$44.627
Consumo residencial superior a básico	16	$3.380,84	$54.093	$0	$3.380,81	$54.093
Cargo fijo no residencial						
Consumo no residencial (m3)						
Subtotal Acueducto ①			$146.292	$36.879-		$109.413
Alcantarillado						
Cargo fijo residencial	1	$8.470,84	$8.471	$3.388-	$5.082,50	$5.083
Consumo residencial básico	22	$3.612,36	$79.472	$31.789-	$2.167,42	$47.683
Consumo residencial superior a básico	16	$3.612,36	$57.798	$0	$3.612,38	$57.798
Cargo fijo no residencial						
Consumo no residencial (m3)						
Subtotal Alcantarillado ②			$145.741	$35.177-		$110.564

Otros Cobros	No. Cuota	Interés	Total	Saldo
Ajuste a la decena			$3	
Ben. mín. vital total			$24.342-	
Subtotal Otros Cobros ③			$24.339-	

Otros conceptos que adeuda	Valor Total
Total otros conceptos que adeuda	

Beneficio Mínimo Vital hasta 12 m^3. Período actual **$24.342-**

TOTAL AGUA, ALCANTARILLADO Y OTROS COBROS ① + ② + ③ + ④ **$195.638**

CONSUMO MES AGUA Y ALCANTARILLADO **$109.989** **CONSUMO DÍA** AGUA Y ALCANTARILLADO **$3.728**

VIGILADA POR LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS PÚBLICOS DOMICILIARIOS NRO. ÚNICO DE REGISTRO 1-11001000-10 EAB-ESP

PARA MAYOR DESEMPEÑO POR LA PERFORACIÓN

PARA ABRIR DESPRENDA POR LA PERFORACIÓN



Denuncia en la Línea 116

cualquiera de las siguientes situaciones, así protegerás la disponibilidad de tus servicios públicos:

- El hurto o faltante de medidores, rejillas y tapas.
- Cajas o tapas levantadas o inexistentes.
- Manipulación de cajas, tapas, rejillas, medidores, hidrantes o centros de medición por parte de personal ajeno a la empresa.
- Cualquier otra actividad irregular que observes en la red de acueducto y alcantarillado.

El hurto reiterado de infraestructura atenta contra la disponibilidad permanente de agua y alcantarillado e incluso puede generar largas interrupciones en el servicio.

cadena.

Powered by CamScanner