	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: 01/03/2024

Número de ficha: 2024 (Año) 10774 (Localidad / Proyecto) 120329 (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
Diaz	Estupiñan	Heidy	Julieth

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:	11. Municipio nacimiento:	12. Departamento nacimiento
1141140037	Bogota D.c	Bogota DC

13. País nacimiento:	14. Sexo de nacimiento:	15. Fecha de nacimiento: (según su documento de identidad)	16. Estado civil:
Colombia	Hombre [1] Mujer [2] X Intersexual [3]	06/09/2000	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*	20. ¿Es cuidadora 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 cuidadora 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 [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 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
B7

Powered by CamScanner

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL	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: 11 07 2024

Número de ficha: 2024 | 10 | 774 | 12 | 03 | 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] 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 victimas 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]
- Ullotos [85]
- Tubu [67]
- Eperara-siapidara [30]
- Muiscas [16]
- Kankuamo [45]
- Pijao [14]
- Embera Dóbida [29]
- Otro ¿cuál? Digite código del instructivo
- Pastos [65]
- Senú [5]
- Yanaconas [7]
- Ingas [9]
- Awa (Kwalker) [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]
- Cónyuge 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 realiza 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 18

Powered by CamScanner

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 <6	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	$ 500000	Recreación	$ 30.000
Servicios públicos domiciliarios (agua, energía, gas, teléfono fijo, Internet, teléfono celular, televisión por cable	$ 100000	Gastos en salud (consultas, medicamentos, etc.)	$ 0
Pagos a terceros cuidadores	$ 0	Transporte o movilidad de los integrantes del hogar	$ 30.000
Artículos de aseo personal	$ 100000	Educación (útiles, pensión, transporte escolar, fotocopias, etc.)	$ 0
Alimentación	$ 250000	Total	$ 1010000

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

Si [1 X] No [2] 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. Secretaría Distrital de Integración Social	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: 11072024

Número de ficha: 2024 | 10 | 77 | 44 | 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 facna

4. Escriba su dirección completa:

Calle...	CL X	Transversal	TV	Avenida.	AV	Número de la vía principal: 70	Alfabético	BIS X	Cuadrante S	Número vía generadora 121	Alfabético	-	Número placa 70	Cuadrante S
Carrera...	KR	Avenida calle	AC			Nombre de la vía principal:		Alfabético	E					E
Diagonal...	DG	Avenida carrera	AK			Nombre sinónimo de la vía principal:								

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. Super manzana	UN. Unidad
AL. Altillo	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: 3112185508

10. Correo electrónico de contacto: 0

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: 14 | 08 | 2024

Número de ficha: 2024 (Año) | 10 (Localidad) | 774 (Proyecto) | 1205 (Código unidad operativa) | 29

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: 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	K: ¿Asiste actualmente?	L–Q: SISTEMA DISTRITAL DE CUIDADO (¿Es persona cuidadora/o?; Niños/as de 0 a 5 años; Niños/as de 6 a 10 años; Persona con discapacidad; Persona mayor; 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; Régimen de seguridad social; Calidad del afiliado)	Y: DISCAPACIDAD (¿Persona con discapacidad?; Tipo)	Z: Grupo étnico	AA: Pueblo Indígena	AB: VICTIMA DE CONFLICTO ARMADO (¿Es víctima del 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	4253472	1 Diaz	1 Flaminio	1	1		1	07	05	1980	44	3	1	7	5	Sí / No	Sí / No	Sí / No	Sí / No	Sí / No	Sí / No	Sí / No	12	32	48	1300000	5	1	Sí / No	1	2	Sí / No		6		Sí / No	Sí / No	
			2	2																																		
2	1	1057544474	1 Estupiñan	1 Aura	2	2		1	22	04	1986	37	3	2	7	5	Sí / No	Sí / No	No / No	Sí / No	Sí / No	Sí / No	Sí / No	12	27	100	0	98	10	Sí / No	1	1	Sí / No		6		Sí / No	Sí / No	
			2 Balaguera	2 Mercedes																																		
3	6	1142140037	1 Diaz	1 Heidy	2	98		98	06	09	2020	3	1	5	1		Sí / No	Sí / No	Sí / No	Sí / No	Sí / No	Sí / No	Sí / No	98	98	0	0	98	98	Sí / No	2	2	Sí / No		6		Sí / No	Sí / No	
			2 Estupiñan	2 Juleth																																		
4			1	1													Sí / No	Sí / No	Sí / No	Sí / No	Sí / No	Sí / No	Sí / No							Sí / No			Sí / No				Sí / No	Sí / No	
			2	2													No / No	No / No	No / No	No / No	No / No	No / No	No / No							No			No				No aplica		
5			1	1													Sí / No	Sí / No	Sí / No	Sí / No	Sí / No	Sí / No	Sí / No							Sí / No			Sí / No				Sí / No	Sí / No	
			2	2													No / No	No / No	No / No	No / No	No / No	No / No	No / No							No			No				No aplica		

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: 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	¿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 víctima del conflicto armado?	Motivo		
															Años aprobados																								
6			1	1												Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí							Sí			Sí				Sí		Si 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		Si 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		Si 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		Si 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		Si 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		Si 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		Si 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		Si 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: 11072024

Número Ficha: 2024 (Año) 10 (Localidad) 774 (Proyecto) 4 (Código Unidad Operativa)

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 Peq,itos.

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 Madre... [2] Sólo Padre... [3] Abuelo-a..... [4] Otros parientes..... [5] Otros no parientes.. [6] Modalidad institucional para la Primera infancia... [7]

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] SDIS... [2] Colegio [3] ONG... [4] Amigos-as... [5] Hermanos-as [6] Madre..... [7] Padre..... [8] Partera/ doula... [9]

10. ¿Ha recibido información o capacitación acerca de algunos de estos temas?: *(selección múltiple)*
Cuidados durante la gestación..... [1] Sus derechos y los de su pareja en el momento del parto. [2] 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 pregunta12*

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

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] Exceso de peso... [3] Peso adecuado..... [2] 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 vaca... [3] Leche de fórmula..... [2] Otros alimentos..... [4]

17. Después de la hija-hijo que está esperando, le gustaría: Tener otro..... [1] Está indecisa/o Insegura/o... [3] No tener otro... [2] *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] SDIS..... [2] Colegio..... [3] ONG..... [4] Otra entidad..... [5] Partera/ doula... [9] Otra persona... [6]

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?: 2540 Gramos
DATO VALIDO ENTRE 450 Y 6000

6. ¿Cuál fue la talla de su hija-o al nacer?: 48 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 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?: 24 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?: 21/06/2024
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] 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] Desvinculado [2] Militar con discapacidad [3] Militar fallecido [4] Ninguna de las anteriores [96 X]

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] Jardín infantil Nocturno [2] Creciendo juntos [3]
Casas de pensamiento interculturales [4] Crecemos en la ruralidad o espacios rurales [5] Centros Amar [6]
Hogar comunitario ICBF [7] Hogar infantil ICBF [8] FAMI del ICBF [9]
Institución privada [10] Institución Educativa distrital [11] Ninguno [93 X]

26. ¿Actualmente, el niño o la niña recibe atención en?:
Jardín infantil Diurno [1] Jardín infantil Nocturno [2] Creciendo juntos [3]
Casas de pensamiento interculturales [4] Crecemos en la ruralidad o espacios rurales [5] Centros Amar [6]
Hogar comunitario ICBF [7] Hogar infantil ICBF [8] FAMI del ICBF [9]
Institución privada [10] Institución Educativa distrital [11] 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] Chapinero [2] Santa fe [3] San Cristóbal [4] Usme [5] Tunjuelito [6] Bosa [7] Kennedy [8] Fontibón [9] Engativá [10] Suba [11] Barrios Unidos [12] Teusaquillo [13] Los Mártires [14] Antonio Nariño [15] Puente Aranda [16] La Candelaria [17] Rafael Uribe [18] Ciudad Bolívar [19] Sumapaz [20]

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 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?: 37

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 X | Básica secundaria y media 8 | Técnico... 18 | Tecnológico... 19 | Universitaria incompleta (sin título) 21 | Universitaria completa (con título).. 12 | Postgrado incompleto (sin título).... 22 | Postgrado completo (con título) .... 15 | Ninguno 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: 1057544174

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

19. Primer Apellido: Estupiñan | 20. Segundo Apellido: Balagüera | 21. Primer Nombre: Aura | 22. Segundo Nombre: Mercedes

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 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 ocupación 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 hiperquineticos... | 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, el padre es el único proveedor económico del hogar, labora como guarda de seguridad en un conjunto residencial, la madre se encarga del cuidado del hogar y su hija llegaron a esta localidad hace un par de meses por ende aún no cuentan con redes de apoyo sociales.
La madre se encuentra muy interesada en que la niña ingrese al jardín primero porque siente que ya es hora que su hijita comparta, socialice y aprenda junto con niños de su edad, segundo porque sus ingresos son muy bajos y no le permiten acceder a otro tipo de colegios. Así mismo desea buscar empleo y apoyar a su conyuge con los gastos del hogar.

2. Concepto técnico:

Grupo familiar con fragilidad social media, los ingresos cubren los gastos del hogar. La niña queda en lista de espera, cuando se cuente con un cupo se avisara a la madre, para que realice la matricula en el jardín, este ofrece a los niños y niñas que allí se atienden, una atención integral de alta calidad en donde las maestras diseñan experiencias significativas y sensibles, en donde los participantes son tenidos encuenta, escuchados y valorados como protagonistas de su proceso de 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 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 Cofinanciado Pepitos RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA Diana Marcela Rubio Castaño

NOMBRE DEL RECOLECTOR Jackeline Mendoza Gonzalez DOCUMENTO DE IDENTIDAD CC X CE__ OTRO__ CUAL?_____ Número # 52.035.452

NOMBRE SOLICITANTE / BENEFICIARIO Heidy Julieth Diaz Estupiñan DOCUMENTO DE IDENTIDAD CC__ CE__ OTRO X CUAL? RC Número # 1.141.140.037

FECHA DE ENTREGA PARA DIGITACIÓN 15/03/2024 NOMBRE DEL DIGITADOR AL QUE SE ENTREGA LA FICHA Edward Porte

Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 4.253.472

DIAZ

APELLIDOS

FLAMINIO

NOMBRES

Flaminio Diaz

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 07-MAY-1980

SOATA
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.74 ESTATURA

O+ G.S. RH

M SEXO

20-MAY-1998 SOATA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-1500150-00140640-M-0004253472-20081221 0008521499A 1 1300035094

Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.057.544.174**

ESTUPIÑAN BALAGUERA
APELLIDOS

AURA MERCEDES
NOMBRES

Aura Mercedes E.B.
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **22-ABR-1986**

SOATA
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.53 ESTATURA

A+ G.S. RH

F SEXO

28-MAY-2004 SOATA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-0726800-00647749-F-1057544174-20141126 0041393587A 2 38039253

Powered by CamScanner

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

NUIP 1141140037

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 58281933

5828193 3

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☐ Notaría ☒ Número 67 Consulado ☐ Corregimiento ☐ Inspección de Policía ☐ Código DTY

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

** COLOMBIA, CUNDINAMARCA, BOGOTA D.C. **********

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
DIAZ**********	ESTUPIÑAN**********

Nombre(s)

HEIDY JULÍETH**********

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2020 Mes SEP Día 06	FEMENINO	A	POSITIVO

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

COLOMBIA ******* CUNDINAMARCA ******* BOGOTA**********

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO**********	16124318-1**********

Datos de 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

ESTUPIÑAN BALAGUERA AURA MERCEDES**********

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. No. 1057544174 DE SOATA**********	COLOMBIANA**********

Datos de padre o madre *(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

DIAZ FLAMINIO **********

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. No. 4253472 DE SOATA**********	COLOMBIANA**********

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

DIAZ FLAMINIO **********

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
C.C. No. 4253472 DE SOATA**********	Flaminio Diaz

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)

****

Fecha de inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2020 Mes SEP Día 11	EDUARDO PACHECO JUVINAO Nombre y firma

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
Flaminio Diaz DIAZ FLAMINIO T.P 253.072 Firma	EDUARDO PACHECO JUVINAO Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

LV T 86-F 082 De conformidad con la instrucción Administrativa 04 de fecha 16 de Marzo de 2020, proferida por la Superintendencia de Notariado y Registro, no se impuso huella plantar del inscrito ni dactilar del padre, como quiera que éste medio es un agente de propagación del COVID-19.

EDUARDO PACHECO JUVINAO NOTARIO 67 DEL CIRCULO DE BOGOTA D.C.

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

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	1141140037
NOMBRES	HEIDY JULIETH
APELLIDOS	DIAZ ESTUPIÑAN
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	09/09/2020	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	07/10/2024 09:36:29	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**,

Powered by CamScanner

Sisbén

Registro válido

B7

Fecha de consulta: 04/04/2024

Ficha: 110016081355700011908

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: HEIDY JULIETH

Apellidos: DIAZ ESTUPIÑAN

Tipo de documento: Registro civil

Número de documento: 1141140037

Municipio: Bogotá

Departamento: Bogotá

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 17/02/2024

Última actualización ciudadano: 17/02/2024

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: ANDREA CERON BERMUDEZ

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

Teléfono: Línea 195 Opción 9 - 4

Correo Electrónico: servicioalciudadanoGEL@sdp.gov.co

Powered by CamScanner



ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P.
NIT: 860 063 875-8
Calle 93 No. 13 – 45 Piso 1

Bogotá

tu número de cliente es:

1900249-7

ECOLÓGICO **FACTURA DE SERVICIOS PÚBLICOS No. 715396693-7**

14020

CLIENTE

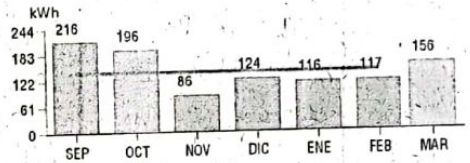
EDGAR GONZALEZ DUARTE
CL 70 BIS NO 121 - 70
LA FAENA
BOGOTÁ, D.C.
LA FAENA

14020

(2795)

7257 - Page 1 of 6

COMPORTAMIENTO CONSUMO DE ENERGÍA



VALOR kWh APLICADO
$792.73

CONSUMO DIARIO:
5.5 kWh

VALOR DIARIO:
$2,414

CONSUMO PROMEDIO ULTIMOS 6 MESES
119 kWh

PERÍODO FACTURADO:
01 FEB/2023 A 01 MAR/2023

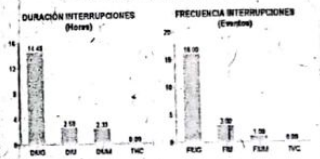
DÍAS FACTURADOS: 28

CONSUMO MES
156 kWh

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	
CARGA kW:	
FACTOR:	
RUTA REPARTO:	3000 5 05 502 0795
RUTA LECTURA:	3000 5 05 503 0703
MANZANA DE LECTURA:	MS00566675
MEDIDOR NO:	1279983
MEDIDOR NO:	

CALIDAD DEL SERVICIO



CD: 4007TR1 GRUPO: 11 HC: 0.00 VC: 0 CEC: 0.00
PERIODO: Enero/2023 Di: 209.48 CF: 115 MC: 0 MF: 1 %t: 18

Para mayor detalle consultar las resoluciones CREG 015 de 2018 y 025 de 2019

Durante el día, aprovecha siempre que puedas la luz natural evitando recurrir al uso de bombillas.

Contáctanos

Enel Colombia
@EnelClientesCO
App Enel Clientes Colombia
WhatsApp 316 890 6003
Chat de servicio en www.enel.com.co/es/personas/chat-de-atencion.html
Formulario PQRs en www.enel.com.co sección Hogares y haz clic en Radicación de Peticiones, Quejas o Reclamos.

ENERGÍA SERVICIO AL CLIENTE: Bogotá y Cundinamarca 601 5 115 115
EMERGENCIAS: 115 Gratuito las 24 horas
DENUNCIAS: 601 5 894 894 denuncias@enel.com
DEFENSOR DEL CLIENTE: https://www.enel.com.co/es/personas/defensor-cliente.html defensor@enel.com

¿Cómo pagar tu factura?

Medios virtuales de Pago: APP Banco, Internet, Teléfono Banco, Débito Automático, Cajero Electrónico, APP Enel Clientes Colombia, Botón de Pago Online

Billetera Virtual: Nequi, Movii, Daviplata, tpaga

Corresponsales Bancarios: CONRED, efácil, Revol, Red Multipagos, Baloto, Punto Red, MOVIIRED, pagofácil

Red Distrital

Centros de Servicio: RED CADE, enel

Almacenes de Cadena: Alkosto, Metro

Código QR

** Por restricciones sanitarias registramos cierres de los puntos de recaudo en algunos de nuestros Centros de Servicio. Consulta nuestra página en www.enel.com.co para más información. Ya no se aceptará el pago de la factura de energía en el SUPERCADE Suba, SUPERCADE Bosa y CADE Tobalá.

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

COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo: G:282.18 T: 51.97 D: 244.90 CV: 62.87 PR: 58.08 R: 19.75 CF: 0.00 / $719.56 Costo kWh Mes

Vigencia: ENE/2023

Tarifa aplicada Opción Tarifaria 742.73 Costo kWh Mes

ACTIVIDAD ECONÓMICA 3514 Comercialización de Energía Eléctrica Tarifa 11,04 por mil. Somos autorretenedores según Resolución No. 0547 de 25 de enero 2002. IVA Régimen Común

CUMPLIMIENTO RESOLUCIÓN CREG 015 DE 1995.

Sobre el contenido de la presente factura el Cliente cuenta con los mecanismos de defensa previstos en la Ley 142 de 1994, y podrá hacer uso de ellos antes de la fecha señalada para pago oportuno. Para mayor información comunícate al (601) 5 115 115, fuera de Bogotá al 01 8000 912 115, o en nuestros Centros de Servicio al Cliente. Operador de red: ENEL COLOMBIA S.A. ESP. Somos grandes contribuyentes según resolución No 012205 de 26 de diciembre de 2022.

"Sobre el acto de suspensión procede el recurso de reposición y en subsidio de apelación, el cual deberá presentarse ante la Empresa previo a la suspensión del servicio."

Esta factura de cobro presta mérito ejecutivo de conformidad con el Artículo 130 de la ley 142 1994

En cumplimiento de la resolución CREG 156/11 consultar www.enel.com.co

IMPORTANTE: En cumplimiento de la resolución CREG 015 de 2014, la cual modificó el Código de Medida, se establecieron obligaciones, actividades y responsabilidades asignadas a ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. y sus usuarios. Para obtener mayor información, le 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 912 115, o en nuestros Centros de Servicio al Cliente.

FECHA DE EXPEDICIÓN FACTURA: 06 MAR2023

GRUPO 1 CIRCUITO 2W18-1007TR1 - NIVEL DE TENSIÓN 1 PROPIEDAD: Empresa CON FACTURACIÓN
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. Entidad vigilada por la Superintendencia de Servicios Públicos.

Powered by CamScanner