

 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: 1 de 6

P.V.

Fecha de diligenciamiento: 10/07/2024

Número de ficha: 1004107744120944
 Año Localidad Proyecto Código unidad operativa

SECCIÓN A. VARIABLES BÁSICAS

1. Primer Apellido, según su documento de identidad: FLORES		2. Segundo Apellido, según su documento de identidad: MARQUEZ		3. Primer Nombre, según su documento de identidad: ALEXA		4. Segundo Nombre, según su documento de identidad: SOFIA	
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		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? <input type="text"/> 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 Pasaporte ☐ 13 Permiso especial de permanencia ☐ 18 Salvo conducto ☐ 19 Permiso por protección temporal ☐ 21 Sin identificación ☐ 8				10. Número de documento de identificación: 1023989141		11. Municipio nacimiento: BOGOTÁ	
13. País nacimiento: COLOMBIA		14. Sexo de nacimiento: Hombre ☐ 1 Mujer ☒ 2 Intersexual ☐ 3		15. Fecha de nacimiento: (según su documento de identidad) 10/07/2024		16. Estado civil: Soltero/a ☐ 1 Casado/a ☐ 2 Unión libre ☐ 3 Separado/a ☐ 4 Divorciado/a ☐ 5 Viudo/a ☐ 6 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		18. Años aprobados: <input type="text"/>					
19. ¿Es persona cuidador/a? (pregunta para mayores de 14 años) Si ☐ 1 No ☒ 2 (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 ☐ 8 Estudiando ☐ 3 Jubilado / pensionado ☐ 6 Cuidador ☐ 11 Trabajo Formal ☐ 12 Trabajo Informal ☐ 13 No aplica ☐ 98		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 Coterero ☐ 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		27. ¿Cuántas horas a la semana dedica al rol ocupacional seleccionado? (Esta pregunta aplica solo a mayores de 14 años): Horas <input type="text"/>			
28. Valor de los ingresos mensuales: * (Esta pregunta aplica solo a personas mayores de 14 años): \$ <input type="text"/>		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		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			
31. ¿Está afiliado a seguridad social?: Si ☒ 1 No ☐ 2 (pase a la pregunta 34)		32. Régimen de seguridad social: Contributivo ☒ 1 Subsidiado ☐ 2 Especial ☐ 3		33. Calidad del afiliado: Aplica solo si la respuesta en la pregunta 32 es "Contributivo" Beneficiario ☒ 1 Cotizante ☐ 2		34. ¿Tiene clasificación de Sisbén? Si ☐ 1 No ☒ 2	
				35. Clasificación Sisbén: <input type="text"/>			

20/07/2024



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:

1 0 0 7 7 3 2 4

Número de ficha

2 0 2 4 1 0 7 7 4 4 1 2 0 9 4 4

Año

Localidad

Proyecto

Código unidad operativa

ECCIÓN B. VARIABLES TRANSVERSALES

<p>1. Persona con discapacidad:</p> <p>Si ☐ 1</p> <p>No ☒ 2 Pase a 4</p>		<p>2. Tipo de discapacidad:</p> <p>Física ☐ 20 Auditiva ☐ 31 Intelectual ☐ 39</p> <p>Psicosocial ☐ 40 Visual ☐ 32 Sordo ciego ☐ 10</p> <p>Alteración del desarrollo ☐ 37 Múltiple ☐ 42 Trastornos del espectro autista (TEA) ☐ 38</p>		<p>3. Presenta alguna de las siguientes dificultades o limitaciones permanentes para:</p> <table border="1"><thead><tr><th>Acción / Dificultad</th><th>No puedo hacerlo</th><th>Si, con mucha dificultad</th><th>Si, con alguna dificultad</th><th>Puedo hacerlo sin dificultad</th></tr></thead><tbody><tr><td>1. ¿Relacionarse o interactuar con las demás personas?</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>2. ¿Hablar o conversar?</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>3. ¿Agarrar o mover objetos con las manos?</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>4. ¿Entender, aprender, recordar o tomar decisiones por sí mismo(a)?</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>5. ¿Oír la voz o los sonidos?</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>6. ¿Mover el cuerpo, caminar o subir y bajar escaleras?</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>7. ¿Ver de cerca, de lejos o alrededor?</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>8. ¿Comer, vestirse o bañarse por sí mismo(a)?</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></tbody></table>				Acción / Dificultad	No puedo hacerlo	Si, con mucha dificultad	Si, 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)?					<p>4. Tipología de estructura familiar:</p> <table border="1"><tbody><tr><td>Hogar familiar Nuclear ☒ 1</td><td>Hogar familiar amplio compuesto ☐ 3</td></tr><tr><td>Hogar familiar amplio extenso ☐ 2</td><td>Hogar familiar sin núcleo ☐ 4</td></tr><tr><td>Hogar no familiar unipersonal ☐ 5</td><td>Hogar no familiar sin núcleo ☐ 6</td></tr></tbody></table>		Hogar familiar Nuclear ☒ 1	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	<p>5. Situaciones y/o condiciones diferenciales de las familias:</p> <table border="1"><tbody><tr><td>Familia con pertenencia étnica ☐ 1</td></tr><tr><td>Familia transgenero ☐ 2</td></tr><tr><td>Familia víctimas del conflicto armado ☐ 3</td></tr><tr><td>No aplica ☒ 98</td></tr></tbody></table>		Familia con pertenencia étnica ☐ 1	Familia transgenero ☐ 2	Familia víctimas del conflicto armado ☐ 3	No aplica ☒ 98	<p>6. Identifique su nacionalidad con las siguientes opciones:</p> <table border="1"><tbody><tr><td>Nacional ☒ 1</td></tr><tr><td>Otra nacionalidad ☐ 2</td></tr><tr><td>Binacional ☐ 3</td></tr><tr><td>Múltiple nacionalidad ☐ 4</td></tr><tr><td>Sin nacionalidad ☐ 5</td></tr><tr><td>No reporta ☐ 6</td></tr></tbody></table>		Nacional ☒ 1	Otra nacionalidad ☐ 2	Binacional ☐ 3	Múltiple nacionalidad ☐ 4	Sin nacionalidad ☐ 5	No reporta ☐ 6
Acción / Dificultad	No puedo hacerlo	Si, con mucha dificultad	Si, 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)?																																																																										
Hogar familiar Nuclear ☒ 1	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																																																																									
Familia con pertenencia étnica ☐ 1																																																																										
Familia transgenero ☐ 2																																																																										
Familia víctimas del conflicto armado ☐ 3																																																																										
No aplica ☒ 98																																																																										
Nacional ☒ 1																																																																										
Otra nacionalidad ☐ 2																																																																										
Binacional ☐ 3																																																																										
Múltiple nacionalidad ☐ 4																																																																										
Sin nacionalidad ☐ 5																																																																										
No reporta ☐ 6																																																																										
<p>7. ¿Es una persona migrante?</p> <p>Si ☐ 1</p> <p>No ☒ 2</p>		<p>8. Grupo Étnico: ¿De acuerdo con su cultura, pueblo o rasgos físicos, es o se reconoce cómo?</p> <table border="1"><tbody><tr><td>Indígena ☐ 1</td><td>Palenquero de San Basilio ☐ 4</td></tr><tr><td>Rrom (Gitano) ☐ 2</td><td>Negro/a, Mulato/a, afro colombiano/a, o afro descendiente ☐ 5</td></tr><tr><td>Raíz del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina ☐ 3</td><td>Ninguno de los anteriores ☒ 6</td></tr></tbody></table>		Indígena ☐ 1	Palenquero de San Basilio ☐ 4	Rrom (Gitano) ☐ 2	Negro/a, Mulato/a, afro colombiano/a, o afro descendiente ☐ 5	Raíz del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina ☐ 3	Ninguno de los anteriores ☒ 6	<p>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)</p> <table border="1"><tbody><tr><td>Nasa (Paéz) ☐ 1</td><td>Guilisinga ☐ 4</td><td>Sicuaní ☐ 6</td><td>Misak Misak ☐ 50</td><td>Cañamomos ☐ 10</td><td>Kichwas ☐ 15</td><td>Arhuacos ☐ 13</td><td>Embera Chami ☐ 35</td><td>Ninguna de las anteriores ☐ 17</td></tr><tr><td>Wayuu ☐ 2</td><td>Uitoto ☐ 85</td><td>Tubu ☐ 67</td><td>Eperara-siapidara ☐ 30</td><td>Muiscas ☐ 16</td><td>Kankuamo ☐ 45</td><td>Pijao ☐ 14</td><td>Embera Dóbida ☐ 29</td><td>Otro ¿cuál? Digite código del instructivo <input type="text"/></td></tr><tr><td>Pastos ☐ 65</td><td>Senú ☐ 5</td><td>Yanaconas ☐ 7</td><td>Ingas ☐ 9</td><td>Awa (Kwaiker) ☐ 11</td><td>Kogui ☐ 49</td><td>Kubeo ☐ 50</td><td>Embera Katío ☐ 34</td><td></td></tr></tbody></table>				Nasa (Paéz) ☐ 1	Guilisinga ☐ 4	Sicuaní ☐ 6	Misak Misak ☐ 50	Cañamomos ☐ 10	Kichwas ☐ 15	Arhuacos ☐ 13	Embera Chami ☐ 35	Ninguna de las anteriores ☐ 17	Wayuu ☐ 2	Uitoto ☐ 85	Tubu ☐ 67	Eperara-siapidara ☐ 30	Muiscas ☐ 16	Kankuamo ☐ 45	Pijao ☐ 14	Embera Dóbida ☐ 29	Otro ¿cuál? Digite código del instructivo <input type="text"/>	Pastos ☐ 65	Senú ☐ 5	Yanaconas ☐ 7	Ingas ☐ 9	Awa (Kwaiker) ☐ 11	Kogui ☐ 49	Kubeo ☐ 50	Embera Katío ☐ 34																																			
Indígena ☐ 1	Palenquero de San Basilio ☐ 4																																																																									
Rrom (Gitano) ☐ 2	Negro/a, Mulato/a, afro colombiano/a, o afro descendiente ☐ 5																																																																									
Raíz del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina ☐ 3	Ninguno de los anteriores ☒ 6																																																																									
Nasa (Paéz) ☐ 1	Guilisinga ☐ 4	Sicuaní ☐ 6	Misak Misak ☐ 50	Cañamomos ☐ 10	Kichwas ☐ 15	Arhuacos ☐ 13	Embera Chami ☐ 35	Ninguna de las anteriores ☐ 17																																																																		
Wayuu ☐ 2	Uitoto ☐ 85	Tubu ☐ 67	Eperara-siapidara ☐ 30	Muiscas ☐ 16	Kankuamo ☐ 45	Pijao ☐ 14	Embera Dóbida ☐ 29	Otro ¿cuál? Digite código del instructivo <input type="text"/>																																																																		
Pastos ☐ 65	Senú ☐ 5	Yanaconas ☐ 7	Ingas ☐ 9	Awa (Kwaiker) ☐ 11	Kogui ☐ 49	Kubeo ☐ 50	Embera Katío ☐ 34																																																																			
<p>10. Parentesco con jefe/a de la familia:</p> <table border="1"><tbody><tr><td>Jefe/a núcleo familiar ☐ 1</td><td>Padre/Madre ☐ 3</td><td>Hijo/a ☒ 5</td><td>Hermano/a ☐ 7</td><td>Primo/a ☐ 9</td><td>Nieto/a ☐ 11</td><td>Otro No pariente ☐ 13</td></tr><tr><td>Cónyuge o compañero/a ☐ 2</td><td>Padrastra / Madrastra ☐ 4</td><td>Abuelo/a ☐ 6</td><td>Tío/a ☐ 8</td><td>Sobrino/a ☐ 10</td><td>Otro pariente ☐ 12</td><td>Hijastro ☐ 14</td></tr></tbody></table>				Jefe/a núcleo familiar ☐ 1	Padre/Madre ☐ 3	Hijo/a ☒ 5	Hermano/a ☐ 7	Primo/a ☐ 9	Nieto/a ☐ 11	Otro No pariente ☐ 13	Cónyuge o compañero/a ☐ 2	Padrastra / Madrastra ☐ 4	Abuelo/a ☐ 6	Tío/a ☐ 8	Sobrino/a ☐ 10	Otro pariente ☐ 12	Hijastro ☐ 14	<p>11. ¿Víctima de conflicto armado?</p> <p>Si ☐ 1</p> <p>No ☒ 2 Pase a 15</p>		<p>12. Número registro único de víctimas</p> <p>_____</p>		<p>13. Año en que realizó la declaración:</p> <p>_____</p>																																																				
Jefe/a núcleo familiar ☐ 1	Padre/Madre ☐ 3	Hijo/a ☒ 5	Hermano/a ☐ 7	Primo/a ☐ 9	Nieto/a ☐ 11	Otro No pariente ☐ 13																																																																				
Cónyuge o compañero/a ☐ 2	Padrastra / Madrastra ☐ 4	Abuelo/a ☐ 6	Tío/a ☐ 8	Sobrino/a ☐ 10	Otro pariente ☐ 12	Hijastro ☐ 14																																																																				
<p>14. Si respondió afirmativamente la pregunta 11, indique los motivos: (Selección múltiple)</p> <table border="1"><tbody><tr><td>Acto terrorista, atentado ☐ 1</td><td>Amenazas ☐ 3</td><td>Masacres ☐ 5</td><td>Tortura ☐ 7</td><td>Desaparición forzada ☐ 9</td><td>Minas personales, municiones sin explotar y artefactos explosivos ☐ 11</td><td>VSRC en su grupo familiar ☐ 14</td></tr><tr><td>Combates, enfrentamientos ☐ 2</td><td>Homicidio ☐ 4</td><td>Secuestro ☐ 6</td><td>Despojo y abandono de tierras ☐ 8</td><td>Desplazamiento forzado ☐ 10</td><td>Vinculación de niños/as y adolescentes a grupos al margen de la ley ☐ 12</td><td>VSRC en población LGBTI ☐ 15</td></tr><tr><td>Orfandad ☐ 16</td><td>No informa ☐ 17</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></tbody></table>				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						<p>15. ¿Habita en calle?</p> <p>Si ☐ 1 Pase a 17</p> <p>No ☒ 2 Pase a 18</p>		<p>16. ¿Se encuentra en riesgo de habitar en calle?</p> <p>Si ☐ 1</p> <p>No ☒ 2</p>		<p>17. ¿Ha recibido capacitación, formación o tiene experiencia en algún arte u oficio? * (Esta pregunta aplica solo a personas mayores de 14 años):</p> <p>Si ☐ 1</p> <p>No aplica ☒ 98</p> <p>Si la respuesta es 2 o 98 Pase a 18</p>																																													
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																																																																									

PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL
FORMATO FICHA SIRBE SERVICIOS SOCIALES INFORMACIÓN BÁSICA Y TRANSVERSAL: CABEZOTE

Código: FOR-PSS-321

Versión: 1

Fecha: Memo 2023015255 - 25/05/2023

Página: 3 de 6

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

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

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 No informa ☐ 3

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)	\$ 900.000	Recreación	\$ 0=
Servicios públicos domiciliarios (agua, energía, gas, teléfono fijo, internet, teléfono celular, televisión por cable)	\$ 200.000	Gastos en salud (consultas, medicamentos, etc.)	\$ 0=
Pagos a terceros cuidadores	\$ 0=	Transporte o movilidad de los integrantes del hogar	\$ 0=
Artículos de aseo personal	\$ 200.000=	Educación (útiles, pensión, transporte escolar, fotocopias, etc.)	\$ 0=
Alimentación	\$ 300.000=	Total	\$ 1.600.000

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

Si ☐ 1 No ☒ 2 No informa ☐ 3



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:

1 0 0 7 2 0 2 4

Número de ficha

2 0 1 4 1 0 7 7 4 4 1 2 0 9 4 4

Año

Localidad

Proyecto

Código unidad operativa

SECCION C. UBICACIÓN GEOGRÁFICA

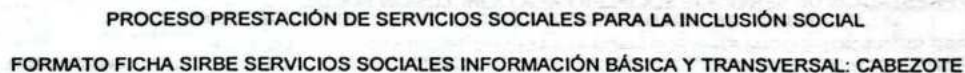
Localidad donde habita										2. UPZ o UPR:	3. Nombre del barrio / Vereda:										
Usaquén	1	Santa Fe	3	Usme	5	Bosa	7	Fontibón	9	Suba	11	Teusaquillo	13	Antonio Nariño	15	La Candelaria	17	Ciudad Bolívar	19	30	Florida Blanca
Chapinero	2	San Cristóbal	4	Tunjuelito	6	Kennedy	8	Engativá	10	Barrios Unidos	12	Los Mártires	14	Puente Aranda	16	Rafael Uribe	18	Sumapaz	20		

4. Escriba su dirección completa:			Número de la vía principal:	Alfabético	BIS	Cuadrante	Número vía generadora	Alfabético	Número placa	Cuadrante
Calle	CL	Transversal	TV	Avenida	AV					
Carrera	KR	Avenida calle	AC							
Diagonal	DG	Avenida carrera	AK							
			Nombre de la vía principal:			S	S			S
			Nombre sinónimo de la vía principal:			E	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:	BG. Bodega	CONJ. Conjunto	ESO. Esquina	LC. Local	MZ. Manzana	PL. Piso	SL. Solar	TR. Terraza
AP 101	AD. Administración	BQ. Bloque	CT. Carretera	ET. Elapa	LM. Local Mezzanine	OF. Oficina	PN. Puente	SM. Súper manzana	UN. Unidad
	AG. Agrupación	CA. Casa	DP. Depósito	GJ. Garaje	LS. Local sótano	OS. Oficina sótano	PS. Paseo	SR. Sector	UR. Unidad residencial
	AL. Altillo	CEL. Cédula	DS. Depósito sótano	GS. Garaje sótano	LT. Lote	PA. Parcela	PT. Portería	SS. Semi sótano	URB. Urbanización
	AP. Apartamento	CM. Camino	ED. Edificio	IN. Interior	MD. Módulo	PD. Predio	SA. Salón	SU. Suite	ZN. Zona
	AS. Apartamento sótano	CN. Consultorio	EN. Entrada	KM. Kilometro	MN. Mezzanine	PH. Pent-house	SC. Salón Comunal	TD. Torre	

6. Tipo de zona	7. Estrato socio - económico del predio	8. Teléfono fijo de contacto:	9. Teléfono celular de contacto:	10. Correo electrónico de contacto	11. ¿Habita en una vivienda?
Urbana	Uno	0	317.8244321		Si
Rural	Tres		313.2075353		No
Urbana sin dirección	Cinco				

12. Tipo de vivienda	13. Condición de la vivienda	14. Tenencia de la vivienda	15. Forma de pago	16. Lugar diferente a vivienda donde habita:
Casa o apartamento	Ruina	Propia	Diaria	Equipamiento Urbano
Cuarto o cuartos	Demolición	Amortizado	Mensual	Refugio natural
Inquilinato	Buen estado	Arrendada	Quincenal	
	Aceptable		Semanal	
	Mal Estado		Contributivo	



Página: 5 de 6

1	0	1	1	2	0	2	1
---	---	---	---	---	---	---	---

2	0	2	4	1	0	7	7	4	4	1	2	0	9	4	4
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Año	Localidad	Proyecto	Código unidad operativa
-----	-----------	----------	-------------------------

La información básica se repite para el jefe de núcleo familiar

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?	¿Transgénero masculino o transgénero 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						Rol ocupacional ¿Cuántas horas a la semana dedica a esta ocupación?	Valor de los ingresos mensuales	Forma de percibir los ingresos	Localidad donde realiza actividad principal Afiliado al régimen de seguridad social	SALUD		DISCAPACIDAD		Grupo étnico	Pueblo indígena	VÍCTIMA DE CONFLICTO ARMADO ¿Es víctima del conflicto armado?	Motivo	¿Ha recibido capacitación, formación o tiene experiencia en algún arte u oficio?	De acuerdo con la respuesta anterior ¿En qué cree que puede desempeñarse?		
									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	Actividad	Regimen de seguridad social					Calidad del afiliado	¿Persona con discapacidad?	Tipo									
	Tipo	Número								Día	Mes	Año			Años aprobados																						
1	21	4986461	1 FLORES	1 WILSON.	1	1		1	05	08	1988	36	3	1	8	Si	Si	Si	Si	Si	Si	X	12	32	53	1000.000	5	10	X	1	2	Si	6	Si		Si	X
			6	No											No	No	No	No	No	No	No	No							No	No	No	No		No	No	No	No
2	21	4703893	1 MARGOCEZ	1 ALBANY	2	2		1	05	09	1987	36	3	2	8	Si	X	X	Si	Si	Si	X	13	32	48	800.000	3	10	X	1	1	Si	6	Si		Si	X
			6	No											No	No	No	No	No	No	No	No							No	No	No	No		No	No	No	No
3	6	1 023.989 141	1 FLORES	1 ALEXA	2	98		98	18	10	2021	2	1	5		Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	98	98				X	1	1	Si	6	Si		Si	No	
			1	No											No	No	No	No	No	No	No	No						No	No	No	No		No	No	No	No	No
4			1	1												Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si						Si			Si		Si		Si	No	
			2	No											No	No	No	No	No	No	No	No						No	No	No	No		No	No	No	No	No
5			1	1												Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si						Si			Si		Si		Si	No	
			2	No											No	No	No	No	No	No	No	No						No	No	No	No		No	No	No	No	No



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?	¿Transgénero masculino o transgénero 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	¿Cuántas horas a la semana dedica a esta ocupación?	Valor de los ingresos mensuales	Forma de percibir los ingresos	Localidad donde realiza actividad principal	SALUD		DISCAPACIDAD		Grupo étnico	Pueblo indígena	VÍCTIMA DE CONFLICTO ARMADO	¿Es víctima del conflicto armado?	Motivo	¿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							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																			
									Años aprobados																													
6			1	1											Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí							Sí		Sí			Sí	No				
			2	2											No	No	No	No	No	No	No								No		No			No aplica				
7			1	1											Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí								Sí		Sí			Sí	No			
			2	2											No	No	No	No	No	No	No								No		No			No				
8			1	1											Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí								Sí		Sí			Sí	No			
			2	2											No	No	No	No	No	No	No								No		No			No				
9			1	1											Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí								Sí		Sí			Sí	No			
			2	2											No	No	No	No	No	No	No								No		No			No				
10			1	1											Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí								Sí		Sí			Sí	No			
			2	2											No	No	No	No	No	No	No								No		No			No				
11			1	1											Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí								Sí		Sí			Sí	No			
			2	2											No	No	No	No	No	No	No								No		No			No				
12			1	1											Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí								Sí		Sí			Sí	No			
			2	2											No	No	No	No	No	No	No								No		No			No				
13			1	1											Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí								Sí		Sí			Sí	No			
			2	2											No	No	No	No	No	No	No								No		No			No				

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.



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 12023015020-24/05/2023
Página: 1 de 4

Fecha de diligenciamiento:

10072024

Número Ficha:

2 0 2 4 1 0 7 7 4 4 1 2 0 9 4 4

Año

Localidad

Proyecto

Código Unidad Operativa

SECCION E. MODALIDAD DE ATENCION

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

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

Creando Juntos ☐ Creemos en la Ruralidad ☐ Jardines Infantiles ☒ 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 DIURNO COFINANCIADO LA FLORIDA

SECCION F. A QUIEN VA DIRIGIDA LA MODALIDAD FAMILIAR:

1. La modalidad se solicita para:

2. ¿La atención de la niña-niño en la modalidad se ha realizado desde la gestación?:

3. ¿La niña o niño es menor de 6 meses y está lactando?:

Gestante... ☐ Pase a sección G. Niña - niño... ☐ Si... ☐ Nombre de la madre: No... ☐ N°. Identificación de la madre: No... ☐ Si... ☐ Pase a sección H. No... ☐ Pase a sección I.

SECCIÓN G. CONCEPCIÓN Y GESTACIÓN:

1. ¿Cuál fue la fecha de inicio de su última menstruación FUM?: D M A A A A A A	2. ¿Asiste a control prenatal?: Si... ☐ No... ☐ Pase a la pregunta 4	3. ¿Fecha del último control médico?: D M A A A A A A	4. ¿Número de hijas-hijos nacidos vivos?: Entre 1 y 3... ☐ Más de 3... ☐ Entre 4 y 6... ☐ Ninguna... ☐	5. ¿Qué edad tiene el padre de la hija- hijo que espera?: Entre 14 y 16 años... ☐ Entre 17 y 20 años... ☐ Entre 21 y 40 años... ☐ Más de 41 años... ☐ Menor de 14 años... ☐
6. ¿Cuenta con el apoyo del padre de su hijo-hija para el cuidado de su embarazo?: Si... ☐ No... ☐	7. ¿Quién cuidará principalmente a su hijo-hijo después del nacimiento?: Padres... ☐ Sólo Padre... ☐ Otros parientes... ☐ Sólo Madre... ☐ Abuelo-a... ☐ Otros no parientes... ☐	8. ¿Recibió información o capacitación sobre sus derechos sexuales y reproductivos, antes de quedar embarazada?: Si... ☐ No... ☐ Pase a la pregunta 10	9. ¿Quién le brindó la información sobre sus derechos?: Hospital... ☐ Colegio... ☐ Amigos-as... ☐ Padres... ☐ SDIS... ☐ ONG... ☐ Hermanos-as... ☐ Partera/ doula... ☐	10. ¿Ha recibido información o capacitación acerca de algunos de estos temas?: (selección múltiple) Cuidados durante la gestación... ☐ Lactancia materna... ☐ Construcción del vínculo afectivo madre- hijo... ☐ Sus derechos y los de su pareja en el momento del parto... ☐ Desarrollo infantil... ☐ Prevención de accidentes en el hogar... ☐ Ninguna... ☐ Pase a la pregunta 12
12. ¿Usted deseaba quedar en embarazo?: Si... ☐ No... ☐	13. ¿Cuál es el estado nutricional actual de la persona gestante según el control prenatal o concepto de salud?: Bajo peso... ☐ Peso adecuado... ☐ Exceso de peso... ☐ Sin información... ☐	14. El embarazo es múltiple? Si... ☐ No... ☐	15. ¿El embarazo ha sido clasificado como de alto riesgo?: Si... ☐ No... ☐	16. ¿Cómo piensa alimentar a su hijo-hijo cuando nazca?: Leche materna... ☐ Leche de fórmula... ☐ Leche de vaca... ☐ Otros alimentos... ☐
17. Después de la hija-hijo que está esperando, le gustaría: Tener otro... ☐ No tener otro... ☐ Está indecisa/o Insegura/o... ☐ Pase sección k				

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

1. ¿Qué tipo de parto tuvo? Vaginal... ☐ Cesárea... ☐	2. ¿Para el parto tuvo la oportunidad de elegir (selección múltiple)? Lugar donde se producirá el parto... ☐ La posición de parir... ☐ Tipo de parto... ☐ Ninguna... ☐ La elección del acompañante... ☐	3. ¿Está usando un método anticonceptivo? Si... ☐ No... ☐	4. ¿En cuánto tiempo desea tener otro embarazo? Antes de 1 año... ☐ Después de 2 años o más... ☐ Antes de 2 años... ☐ No tendrá más embarazos... ☐	5. ¿Ha recibido información o capacitación acerca de algunos de estos temas?: (selección múltiple) Lactancia materna... ☐ Construcción del vínculo afectivo madre- hijo... ☐ Desarrollo infantil... ☐ Prevención de accidentes en el hogar... ☐ Ninguna... ☐ Pase a la pregunta 7
6. ¿Quién le brindó la información sobre los temas anteriores?: Hospital... ☐ Colegio... ☐ Otra entidad... ☐ Otra persona... ☐ SDIS... ☐ ONG... ☐ Partera/ doula... ☐	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... ☐ Parcialmente de acuerdo... ☐ En desacuerdo... ☐			8. ¿Tiene información sobre como iniciar la alimentación complementaria? Si... ☐ No... ☐
				9. ¿Tiene acompañamiento para su cuidado durante la lactancia? Si... ☐ No... ☐



PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL

PROYECTO 7744 GENERACIÓN DE OPORTUNIDADES PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA DE BOGOTÁ
FORMATO FICHA SIRBE SERVICIOS: JARDINES INFANTILES Y CRECIENDO JUNTOSCódigo: 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: ☒ Casa: ☒ Centro de salud: ☒ Espacio público: ☒ Ambulancia: ☒		2. Quien atendió el nacimiento de la niña o el niño? Médico: ☒ Partera/doula: ☒ Enfermera: ☒ Personal no médico: ☒		3. ¿El primer contacto piel a piel con su hija-o, después de nacer, fue?: ½ hora o antes: ☒ 1 hora: ☒ 2 horas: ☒ Más de 4 horas: ☒		4. ¿En qué semana de gestación nació su hija-o?: 39 Semanas DATO VALIDO ENTRE 22 Y 42		5. ¿Cuál fue el peso de su hija-o al nacer?: 1725 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: ☒ No: ☒		8. ¿Después de cuánto tiempo de nacido su hija-o inicio la lactancia materna?: Inmediatamente: ☒ Menos de 24 horas: ☒ Menos de 1 hora: ☒ Más de 24 horas: ☒ No sabe/No responde: ☒		9. ¿Actualmente el niño-o recibe leche materna?: Si: ☒ No: ☒		10. La niña o el niño recibe algún alimento diferente a la leche materna?: Si: ☒ No: ☒		11. ¿Qué edad tenía su hija-o cuando recibió un alimento diferente a la leche materna?: Meses: ☒		12. ¿Qué edad tenía su hija-o cuando dejó de darle leche materna completamente?: 12 Meses			
13. ¿Asiste a valoración integral de la salud y el desarrollo (crecimiento y desarrollo)? Si: ☒ No: ☒		14. ¿Fecha del último control?: 08/03/2024		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: ☒ Sin servicio de salud: ☒ Desconocimiento: ☒ Falta de tiempo: ☒		16. ¿La niña o el niño, cuenta con el esquema de vacunación al día?: Si: ☒ No: ☒		17. ¿Por qué la niña o el niño no cuenta con el esquema de vacunación al día?: Creencias religiosas o culturales: ☒ Olvido: ☒ Pérdida del carné: ☒ Desconocimiento: ☒ Falta de tiempo: ☒		18. ¿Actualmente, la niña o el niño tiene una condición de salud?: Si: ☒ No: ☒			
19. ¿La condición de salud de la niña o el niño, implica?: (Selección múltiple) Uso de oxígeno durante el sueño: ☒ Alimentación por sonda: ☒ Procedimientos invasivos: ☒ Traqueotomía: ☒ Inmunodeficiencia: ☒ Alteraciones en la piel: ☒ Ninguno de los anteriores: ☒		20. ¿La condición de salud de la niña o el niño pone en riesgo su vida al ingresar al entorno institucional?: Si: ☒ Requiere verificación: ☒ No: ☒		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: ☒ Realiza actividades sexuales pagas: ☒ Ninguna: ☒ Consumo de sustancias psicoactivas: ☒		22. ¿Actualmente, la niña o el niño se encuentra expuesto a condiciones de?: (Selección múltiple) Habitabilidad en calle: ☒ Espacios donde se desarrollan actividades sexuales pagas: ☒ Consumo de sustancias psicoactivas: ☒ Trabajo infantil: ☒ Mendicidad: ☒ Ninguna: ☒		23. El padre o madre de la niña o niño es?: (Selección múltiple) Desmovilizado: ☒ Desvinculado: ☒ Militar con discapacidad: ☒ Militar fallecido: ☒ Ninguna de las anteriores: ☒		24. El padre o madre de la niña o el niño trabaja en reciclaje? Si: ☒ No: ☒			
25. ¿Ha presentado solicitud de ingreso a?: (Selección múltiple) Jardín infantil Diumo: ☒ Casas de pensamiento interculturales: ☒ Hogar comunitario ICBF: ☒ Institución privada: ☒ Jardín infantil Nocturno: ☒ Creemos en la ruralidad o espacios rurales: ☒ Hogar infantil ICBF: ☒ Institución Educativa distrital: ☒ Creciendo juntos: ☒ Centros Amar: ☒ FAMI del ICBF: ☒ Ninguno: ☒		26. ¿Actualmente, el niño o la niña recibe atención en?: Jardín infantil Diumo: ☒ Casas de pensamiento interculturales: ☒ Hogar comunitario ICBF: ☒ Institución privada: ☒ Jardín infantil Nocturno: ☒ Creemos en la ruralidad o espacios rurales: ☒ Hogar infantil ICBF: ☒ Institución Educativa distrital: ☒ Creciendo juntos: ☒ Centros Amar: ☒ FAMI del ICBF: ☒ Ninguno: ☒		27. ¿Ha estado vinculado a modalidades familiares o institucionales de Educación inicial de la SDIS?: Si: ☒ No: ☒		28. ¿En qué localidad?: Usaquén: ☒ Santa fe: ☒ Usme: ☒ Bosa: ☒ Fontibón: ☒ Suba: ☒ Teusaquillo: ☒ Antonio Nariño: ☒ La Candelaria: ☒ Ciudad Bolívar: ☒ Chapinero: ☒ San Cristóbal: ☒ Tunjuelito: ☒ Kennedy: ☒ Engativá: ☒ Barrios Unidos: ☒ Los Mártires: ☒ Puente Aranda: ☒ Rafael Uribe: ☒ Sumapaz: ☒		29. ¿Cuál es el principal motivo por el que solicitó el servicio?: Nuevas oportunidades para su calidad de vida: ☒ Superar condiciones de segregación y discriminación: ☒ Desarrollo integral para su hija-o: ☒ Responde a las necesidades de la niña-o y su familia: ☒ Fortalecimiento cultural: ☒ Cuidado de su hija o hijo mientras trabaja: ☒		30. ¿Considera importante fortalecer sus conocimientos sobre crianza y desarrollo integral de su hija-hijo?: Si: ☒ No: ☒		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: ☒ No: ☒	

	PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL	Código: FOR-PSS-334
	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	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 <i>Pase a la pregunta 4</i>	2. ¿En qué momento: Mañana... ☐ 1 Tarde... ☐ 2 Noche... ☐ 3	3. ¿Cuánto tiempo queda sólo-a?: 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 Madrastra... ☐ 4 Abuelo-a... ☐ 7 Mamá... ☒ 2 Hermano-a... ☐ 5 Otro pariente... ☐ 8 Padrastro... ☐ 3 Tío-a... ☐ 6 Otro No pariente... ☐ 9	5. ¿Quién cuida a la niña o al niño en la mañana?: Papá... ☐ 1 Hermano-a... ☐ 5 Otro pariente... ☐ 8 Mamá... ☒ 2 Tío-a... ☐ 6 Otro No pariente... ☐ 9 Padrastro... ☐ 3 Abuelo-a... ☐ 7 Nadie... ☐ 10 Madrastra... ☐ 4	6. ¿Quién cuida a la niña o al niño en la tarde?: Papá... ☐ 1 Hermano-a... ☐ 5 Otro pariente... ☐ 8 Mamá... ☒ 2 Tío-a... ☐ 6 Otro No pariente... ☐ 9 Padrastro... ☐ 3 Abuelo-a... ☐ 7 Nadie... ☐ 10 Madrastra... ☐ 4
7. ¿Quién cuida a la niña o al niño en la noche?: Papá... ☐ 1 Hermano-a... ☐ 5 Otro pariente... ☐ 8 Mamá... ☒ 2 Tío-a... ☐ 6 Otro No pariente... ☐ 9 Padrastro... ☐ 3 Abuelo-a... ☐ 7 Nadie... ☐ 10 Madrastra... ☐ 4		8. ¿Cuál es la edad en años del cuidador o la cuidadora principal?: <div style="text-align: center; font-size: 1.2em;">36</div>		9. ¿Cuál es el sexo del cuidador o cuidadora principal?: Hombre... ☐ 1 Mujer... ☒ 2 Intersexual... ☐ 3	
10. ¿Cuál es el género del cuidador o la cuidadora principal?: Masculino... ☐ 1 Transgénero... ☐ 3 No binario... ☐ 5 Femenino... ☒ 2 No informa... ☐ 4 No aplica... ☐ 98		11. ¿Cuál es la orientación sexual del cuidador -ra principal?: Heterosexual... ☒ 1 Lesbiana... ☐ 5 Bisexual... ☐ 3 Gay... ☐ 6 No informa... ☐ 4 No aplica... ☐ 98		12. Nivel educativo actual del cuidador o la cuidadora principal: Básica primaria... ☐ 7 Universitaria incompleta (sin título)... ☐ 21 Básica secundaria y media... ☒ 8 Universitaria completa (con título)... ☐ 12 Ninguno... ☐ 93 Técnico... ☐ 18 Postgrado incompleto (sin título)... ☐ 22 Tecnológico... ☐ 19 Postgrado completo (con título)... ☐ 15	
13. A qué se dedica el cuidador -ra principal? Estudia... ☐ 1 Trabaja... ☐ 2 Otro... ☒ 3 <i>¿Cuál?: HOGAR</i>		14. En qué momento (selección múltiple) Mañana... ☒ 1 Tarde... ☒ 2 Noche... ☐ 3		15. El cuidador-ra principal presenta una discapacidad? Si... ☐ 1 No... ☒ 2	
16. El cuidador-ra principal presenta una enfermedad de alto costo Si... ☐ 1 No... ☒ 2		17. Tipo de documento de identidad del cuidador-ra Cédula de ciudadanía... ☐ 1 Registro civil... ☐ 6 PPT... ☒ 21 Cédula de extranjería... ☐ 2 Pasaporte... ☐ 13 Salvo conducto... ☐ 9 Tarjeta de identidad... ☐ 3 PEP... ☐ 18 Sin identificación... ☐ 8		18. Número de documento de identidad del cuidador-ra principal: <div style="text-align: center; font-size: 1.2em;">4703693</div>	
Nombres y apellidos del cuidador-ra principal (según documento identidad): 19. Primer Apellido: MARQUEZ 20. Segundo Apellido: MARQUEZ 21. Primer Nombre: ALBANY 22. Segundo Nombre: ESMERALDA					
23. ¿La niña-niño se encuentra bajo medida de protección legal?: Si... ☐ 1 No... ☒ 2 24. ¿El niño o la niña ha estado bajo medida de protección legal?: Si... ☐ 1 No... ☒ 2 <i>Pase a sección K</i> 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 <i>pase a la sección L</i>	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 hijo o hija?: 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 diligencie 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	3. ¿Para la familia es importante que en la atención se conserven las tradiciones 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 <i>Pase a sección H</i>	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 diligencie 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 se multiplica indique las clases necesarias, con excepción de las relacionadas con las alteraciones en el desarrollo) <table style="width:100%;"> <tr> <td style="width:25%;"> ALTERACIONES EN EL DESARROLLO Del habla y del lenguaje... ☐ De la función motriz... ☐ Del desarrollo mixto... ☐ Del comportamiento e hiperquinesias... ☐ De los procesos cognitivos... ☐ </td> <td style="width:25%;"> TRANS ESPECTRO AUTISTA (TEA) TEA... ☐ AUDITIVA Hipoacusia... ☐ Sordera... ☐ </td> <td style="width:25%;"> VISUAL Baja visión... ☐ Ceguera... ☐ INTELLECTUAL Síndrome de Down... ☐ Intelectual... ☐ </td> <td style="width:25%;"> FISICA Osteomuscular... ☐ Neuromuscular... ☐ Parálisis cerebral (EMOC)... ☐ PSICOSOCIAL Psicosocial... ☐ </td> </tr> </table>	ALTERACIONES EN EL DESARROLLO Del habla y del lenguaje... ☐ De la función motriz... ☐ Del desarrollo mixto... ☐ Del comportamiento e hiperquinesias... ☐ De los procesos cognitivos... ☐	TRANS ESPECTRO AUTISTA (TEA) TEA... ☐ AUDITIVA Hipoacusia... ☐ Sordera... ☐	VISUAL Baja visión... ☐ Ceguera... ☐ INTELLECTUAL Síndrome de Down... ☐ Intelectual... ☐	FISICA Osteomuscular... ☐ Neuromuscular... ☐ Parálisis cerebral (EMOC)... ☐ PSICOSOCIAL Psicosocial... ☐	2. Tiene diagnóstico clínico relacionado con la discapacidad?: Si... ☐ 1 No... ☒ 2 <i>Pase a la pregunta 5</i> 3. Cuenta con el certificado de discapacidad?: Si... ☐ 1 No... ☒ 2 <i>Pase a la pregunta 5</i> 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 <i>Pase a la pregunta 7</i> 6. Cuenta con ella?: Si... ☐ 1 No... ☒ 2 7. Es independiente para el desplazamiento?: Si... ☐ 1 No... ☒ 2
ALTERACIONES EN EL DESARROLLO Del habla y del lenguaje... ☐ De la función motriz... ☐ Del desarrollo mixto... ☐ Del comportamiento e hiperquinesias... ☐ De los procesos cognitivos... ☐	TRANS ESPECTRO AUTISTA (TEA) TEA... ☐ AUDITIVA Hipoacusia... ☐ Sordera... ☐	VISUAL Baja visión... ☐ Ceguera... ☐ INTELLECTUAL Síndrome de Down... ☐ Intelectual... ☐	FISICA Osteomuscular... ☐ Neuromuscular... ☐ Parálisis cerebral (EMOC)... ☐ PSICOSOCIAL Psicosocial... ☐		
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 <i>Pase a la sección N</i> 10. De qué tipo: Fonoaudiología... ☐ 1 Fisioterapia... ☐ 2 Terapia ocupacional... ☐ 3 Neurología... ☐ 4 Otro... ☐ 5 -cuál?				



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 JUNTOSCódigo: FOR-PSS-334
Versión: 2
Fecha: Memo 12023015020-24/05/2023
Página: 4 de 4

SECCIÓN N. DESCRIPCIÓN Y REFERENCIACIÓN:

1. Descripción de la problemática:

HOGAR FAMILIAR DONDE AMBOS PADRES TRABAJAN. LA MAMA MANIFIESTA QUE EN OCASIONES SE LLEVA LA NIÑA AL TRABAJO YA QUE NO CUENTA CON UNA CUIDADORA DE CONFIANZA PARA DEJAR LA NIÑA. AVECES SE LA CUIDA UNA FAMILIAR PERO NO PUEDE EN ALGUNAS MOTIVO POR EL CUAL SE LA LLEVA A SU TRABAJO. LA NIÑA ESTUVO PRESENTE HASTA EL 19 DE ABRIL DE 2024 EN EL JARDIN MULTIER CREATIVO DE LA LOCALIDAD DANIEL URBIE, SE LE MANIFIESTA A LA MAMA REALIZAR SOLICITUD DE TRASLADO.

2. Concepto técnico:

HOGAR FAMILIAR NUCLEAR, CON FRAGILIDAD SOCIAL MEDIA YA QUE LOS INGRESOS OBTENIDOS ALCANZAN A CUBRIR LAS NECESIDADES BASICAS DEL HOGAR, LA NIÑA CUENTA EN LISTA DE ESPERA Y TAN PRONTO SE CUENTE CON LA DISPONIBILIDAD DE CUPO SE LE BRINDARA UNA ATENCION INTEGRAL EN LA QUE DESARROLLE SUS HABILIDADES, DESTREZAS Y CAPACIDADES CON EL PROFESIONAL DE ATENCION IDONEO

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: ☐ 34. ¿Requiere visita domiciliaria? - Si... ☐ 1 No... ☒ 2 Pase a la pregunta 5Motivo: 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 ☐ 37. Referenciación a un proyecto SDIS: - Si... ☐ 1 - No ☒ 2 Pase a la pregunta 8Integrante: Proyecto: Modalidad:
Integrante: Proyecto: Modalidad:
Integrante: Proyecto: Modalidad:
Integrante: Proyecto: Modalidad:8. Referenciación a otra entidad: - Si... ☐ 1 - No ☒ 2 FinaliceIntegrante: ¿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 12024000787 -
12/01/2024
Página: 1 de 1LOCALIDAD: enapiva UNIDAD OPERATIVA: JIC La Florida RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA: Jennifer Cordero Parra
NOMBRE DEL RECOLECTOR: Aleandra Senato S. DOCUMENTO DE IDENTIDAD CC X CE OTRO CUAL? OTRO Número # 52.917.413
NOMBRE SOLICITANTE / BENEFICIARIO: Alexa Sofia Flores. M DOCUMENTO DE IDENTIDAD CC CE OTRO X CUAL? CC Número # 1023989141
FECHA DE ENTREGA PARA DIGITACIÓN: 12/01/2024 NOMBRE DEL DIGITADOR AL QUE SE ENTREGA LA FICHA: Cristian Perez



REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO

Indicativo 61468779
Serial

NUIP 1.023.989.141

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registratura ☒ Notaría ☐ Número ☐ Consulado ☐ Corregimiento ☐ Inspección de Policía ☐ Código A B A

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

REGISTRADURIA DE SAN CRISTOBAL BOGOTA DC - COLOMBIA - CUNDINAMARCA

Datos del inscrito

Primer Apellido FLORES..... Segundo Apellido MARQUEZ.....

Nombre(s) ALEXA SOFIA.....

Fecha de nacimiento Año 2021 Mes OCT Día 13 Sexo (en letras) FEMENINO..... Grupo sanguíneo 0..... Factor RH NEGATIVO

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

COLOMBIA CUNDINAMARCA BOGOTA D.C.....

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos

CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO..... Número certificado de nacido vivo 168090101.....

Datos de la madre o padre (Para casos de partos indígenas con línea matrilineal, o paros del mismo sexo, omitir el progenitor que indique las declaraciones para el primer apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos MARQUEZ MARQUEZ ALBANY ESMERALDA.....

Documento de identificación (Clase y número) DE V 19.523.802..... Nacionalidad VENEZUELA.....

Datos de la madre o padre (Para casos de partos indígenas con línea matrilineal, o paros del mismo sexo, omitir el progenitor que indique las declaraciones para el segundo apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos FLORES SICHACA WILSON LEONARDO.....

Documento de identificación (Clase y número) DE V 18.747.558..... Nacionalidad VENEZUELA.....

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos FLORES SICHACA WILSON LEONARDO.....

Documento de identificación (Clase y número) DE V 18.747.558..... Firma Wilson Flores

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

Año 2021 Mes NOV Día 22 Nombre y firma del funcionario que autoriza EDGAR YESID GUERRERO OSORIO - REG

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

Firma Wilson Flores

Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

22.NOV.2021 - SE OMITEN HUELLAS DEL INSCRITO DE CONFORMIDAD CON LO

ESTABLECIDO EN LA CIRCULAR 084 DEL 01/09/2020. - " VALIDO PARA

DEMOSTRAR NACIONALIDAD " RESOLUCION 8617 DEL 19/08/2021. - RNEC.

LIBRO DE VARIOS - TOMO 167 FOLIO 195. *uk*



REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

Ciudad y Fecha:

Bogotá D.C., 22 NOV. 2021

EDGAR YESID GUERRERO OSORIO



ESTA REPRODUCCIÓN
FOTOMEGRÁFICA ES FIEL COPIA DE
LA ORIGINAL QUE REPOSA EN LOS
ARCHIVOS DE LA REGISTRADURÍA

ORIGINAL EN LA OFICINA DE REGISTRO



VALORACIÓN INTEGRAL DE LA SALUD Y EL DESARROLLO DE LA PRIMERA INFANCIA

SEGUIMIENTO RECIÉN NACIDO				O	M	A
Resultado Tamizaje Neonatal	TSH neonatal	Normal	Alterado	O	M	A
	Auditivo OEA/PEAA	Normal	Alterado	O	M	A
	Cardiopatía Congénita Compleja	Normal	Alterado	O	M	A
	Visual	Normal	Alterado	O	M	A
ATENCIÓN EN SALUD PARA LA PROMOCIÓN Y APOYO A LA LACTANCIA				O	M	A

ATENCIÓN EN SALUD POR ENFERMERÍA (E), MEDICINA (M), PEDIATRÍA (P) O MEDICINA FAMILIAR (MF)

Edad	Fecha			Valoración nutricional		Puntuación Z	Atención en salud por
	Día	Mes	Año	Peso	Talla		
Al mes							
2 a 3 meses							
4 a 5 meses							
6 a 8 meses							
9 a 11 meses							
12 a 17 meses							
18 a 23 meses							
24 a 29 meses							
3 años							
4 años							
5 años							

FORTIFICACIÓN CON MICRONUTRIENTES

1.ª entrega	O	M	A
2.ª entrega	O	M	A
3.ª entrega	O	M	A

ATENCIÓN EN SALUD BUCAL

A partir de 6m	O	M	A
1 año	O	M	A
2 años	O	M	A
3 años	O	M	A
4 años	O	M	A
5 años	O	M	A

SUPLEMENTACIÓN CON MICRONUTRIENTES

1.ª entrega	O	M	A
2.ª entrega	O	M	A
3.ª entrega	O	M	A
4.ª entrega	O	M	A
5.ª entrega	O	M	A

VALORACIÓN DE LA SALUD VISUAL - AGUDEZA VISUAL

3 años	O	M	A
4 años	O	M	A
5 años	O	M	A

*Menor o igual a 20 normal

Vacunar oportunamente con todas las dosis a tus hijos,
garantiza la protección frente a enfermedades como:

Tuberculosis meníngea, hepatitis B, poliomielitis, meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b, difteria, tosferina, tétanos, diarrea por rotavirus; neumonía, otitis, meningitis, bacteriemia causada por neumococo, enfermedad respiratoria causada por el virus de la influenza, sarampión, rubéola, parotiditis, varicela, hepatitis A, fiebre amarilla y virus del papiloma humano.

Edad de aplicación de las vacunas
a los niños y niñas menores de 6 años:

0 meses 2 meses 12 meses
4 meses 7 meses 18 meses



Ministerio de Salud y Protección Social

Dirección de Promoción y Prevención
Subdirección de Enfermedades Transmisibles
Grupo de Gestión Integrada de Enfermedades Inmunoprevenibles
Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI)



Carné de vacunación

Nombre y Apellidos: Alexa Sofia Flores Marín

Fecha de nacimiento: 18 October 2021

Nº de certificado de nacido vivo: 16809010

Registro civil: 1023989141

Sexo: Femenino

Grupo sanguíneo: O-

Peso al nacer: 2725 Talla: 48

Dirección: C149 Biccuel 7-79 este

Teléfono 1: 317 8244321

Teléfono 2:

Responsable: Albany Marquez

Municipio de residencia: Bogotá

Departamento: Cundinamarca
CE 19523802

Busca ya
las vacunas
ies gratis, hazlo de una!

www.minsalud.gov.co @MinSaludCol

Nombres y Apellidos:

Alexa Sofia Flores Marquez

Tipo identificación:

RC

No. ID:

Edad	Me protege de	Dosis	Fecha de aplicación			Laboratorio	Número de lote	IPS vacunadora	Fecha próxima cita	Nombres y apellidos del vacunador
Recién nacido			Día	Mes	Año				Día Mes Año	
	Tuberculosis meningea (BCG)	Única	19	OCT	2021					
	Hepatitis B	Recién nacido	19	OCT	2021					
2 meses	Poliomielitis (VIP)	1.ª	21	12	21	Biological	21050012018/23			Yenny Viviana Rodriguez Garcia
	Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	1.ª	21	12	21	Serum	28504034C28/12/23			
	Hepatitis B	1.ª	21	12	21	Serum	28504034C28/12/23			
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	1.ª	21	12	21	Serum	28504034C28/12/23			
	Diarrea por rotavirus	1.ª	21	12	21	GSK	A101C842A31/11/23			
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	1.ª	21	12	21	GSK	ASPNB315BA306/24			
4 meses	Poliomielitis (VIP)	2.ª	22	02	22	Biithoven	2114006/10/23	SRCO	21 2 2022	
	Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	2.ª	22	02	22	Serum	28504041D/03/23	SRCO		
	Hepatitis B	2.ª	22	02	22	Serum	28504041D/03/23	SRCO		
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	2.ª	22	02	22	Serum	28504041D/03/23	SRCO		
	Diarrea por rotavirus	2.ª	22	02	22	GSK	ARULC891AD/04/23	SRCO		
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	2.ª	22	02	22	GSK	ASPNB338KA/02/28	SRCO		
6 meses	Poliomielitis (VIP)	3.ª	21	04	22	Biithoven	211500612/10/23	SRCO	22 04 22	
	Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	3.ª	21	04	22	Serum	28504038C20/4/23	SRCO		
	Hepatitis B	3.ª	21	04	22	Serum	28504038C20/4/23	SRCO		
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	3.ª	21	04	22	Serum	28504038C20/4/23	SRCO		
7 meses	Influenza estacional	1.ª	26	Mayo	22	Biithoven	VS0232000614/11/23	SRCO	21 5 22	
12 meses	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	1.ª	24	10	22	Serum	ASPNB3342AA3105/23	SRCO	26 Junio 22	
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	Refuerzo	24	10	22	GSK	ASPNB3342AA3105/23	SRCO		
	Varicela	2.ª	24	10	22	Merck	U00282S1100923	SRCO		
	Hepatitis A	Única	24	10	22	MSD	U0000S13250124	SRCO		
	Influenza estacional	Anual	05	07	23	GSK	VS0232000630/1/24	SRCO		
18 meses	Poliomielitis (VIP) VOPb	1.ª refuerzo	21	04	2023	Biithoven	2201007/11/24	SRCO	21 04 23	
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	1.ª refuerzo	21	04	2023	Serum	2851X0406/05/24	SRCO		
	Fiebre amarilla	Única	21	04	2023	Sanchi	U3N21/11/24	SRCO		
5 años	Poliomielitis (VIP) VOPb	2.ª refuerzo	21	04	2023	Serum	0131U1053/12/24	SRCO	5 Años	
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	2.ª refuerzo	21	04	2023	Serum	0131U1053/12/24	SRCO		
	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	2.ª	21	04	2023	Serum	0131U1053/12/24	SRCO		
	Varicela	Refuerzo	21	04	2023	Serum	0131U1053/12/24	SRCO		
Niñas a partir de los 9 años	Virus del papiloma humano (VPH)	1.ª								
		2.ª								
		3.ª								
Vacunas complementarias y otras dosis	Covid 19	1	12	07	2021	Moderna	03LH23A	USN2021		

La leche materna es el mejor y único alimento que deben recibir las niñas y los niños durante los primeros 6 meses de vida; a partir de esta edad y hasta que cumplan 2 años, se debe continuar la lactancia materna y complementar con otros alimentos nutritivos.

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	1023989141
NOMBRES	ALEXA SOFIA
APELLIDOS	FLORES MARQUEZ
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.
MUNICIPIO	BOGOTA D.C.

Datos de afiliación :

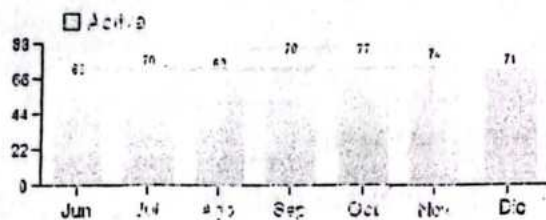
ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	SALUD TOTAL ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO Y DEL REGIMEN SUBSIDIADO S.A.	CONTRIBUTIVO	18/10/2021	31/12/2999	BENEFICIARIO

EN COMERCIO DESDE 1994
Nº 230 000 000-2
CÓDIGO DE BARRAS 01505 5273-054763

MARIA DEL CARMEN SUAREZ DE GONZALES
KR 87 A NO 70 05 AP 101
APARTAMENTO 101
BOGOTA, D.C. - FLORIDA BLANCA



01 505 5273 / 075-294763



VALOR kWh
APLICADO

8028.22

CONSUMO DIARIO

2.82 kWh

VALOR DIARIO

31.551

PERIODO FACTURADO:
28 OCT/2023 A 28 NOV/2023

DÍAS
FACTURADOS: 32

CONSUMO MES
71 kWh

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO: Residencial
ESTRATO: 0
CARGA kW: 2.00
FACTOR: 1
RUTA REPARTO: 30005015055273
RUTA LECTURA: 35015080099
MANIZANA DE LECTURA: 14500552155
MEDICOR NO: 075-294763
MEDICOR NO: 075-294763

CONSUMO INTERMITENTES
(HORA)

INTERMITENCIAS
(2 años)

La hora de lectura de la cuenta se
da a conocer a la hora de la lectura
de la cuenta, a la hora de la lectura de la
cuenta 15 días.

CO-22771 GRUPO 11 HC 0.03 HC 0.03 CC 0.00
PGR-2023-10 DE 21375 CP 77.0000 LC 0.03 LF 1.00 LC 0.10
Para mayor detalle consultar las resoluciones CREG 015 de 2012 y 023 de 2014

El consumidor puede
cancelar su deuda
mediante el pago en
línea o en efectivo
en la oficina de
cobro de la empresa.

El consumidor puede
cancelar su deuda
mediante el pago en
línea o en efectivo
en la oficina de
cobro de la empresa.

CONDICIONES TARIFARIAS / Componentes del costo:
G: 275.27 T: 240.00 D: 323.35 CV: 273.93 PR: 271.59 R: 9.0 32 CP: 10.00 / 2031.32 Costo total: \$853.38

Tarifa aprobada Opinión Tarifaria
Costo kWh: \$853.38

ACTIVIDAD ECONÓMICA 3511 Comercio de electricidad. Se aplica el precio de venta de electricidad fijado por el CREG en la Resolución 038 de 2011, la cual modificó el Código de Comercio, se establecieron obligaciones, sanciones y el cumplimiento de la resolución CREG 038 de 2011. Para mayor información consulte el Código de Comercio, la resolución CREG 038 de 2011 y en nuestra página web: www.enel.com.co o comuníquese a la línea (601) 5 115 115, hora de atención al cliente de 8:00 a 18:00, o en nuestras Centrales de Servicio al Cliente. Operador de red: ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. Son los grandes contribuyentes según resolución No 003 de 10 de diciembre de 2020. Sobre el uso de suspensión presiona el recurso de reposición y en subsidio de apelación al cual podrá presentarse ante la Empresa previa a la suspensión del servicio. Esta factura de costo presta mérito ejecutivo de conformidad con el Artículo 150 de la Ley 1 de 1994. En cumplimiento de la resolución CREG 038 de 2011, la cual modificó el Código de Comercio, se establecieron obligaciones, sanciones y el cumplimiento de la resolución CREG 038 de 2011. Para mayor información consulte el Código de Comercio, la resolución CREG 038 de 2011 y en nuestra página web: www.enel.com.co o comuníquese a la línea (601) 5 115 115, hora de atención al cliente de 8:00 a 18:00, o en nuestras Centrales de Servicio al Cliente. ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. presta el servicio de recibo para terceros a través de la factura del servicio público domiciliario de energía eléctrica (Encargado de Cobranza), de acuerdo con la aprobación expresa emitida por el cliente para el uso de la factura como carta de recibo. ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. no es responsable por el servicio que prestan los terceros, ni por los valores facturados. Para mayor información relacionada con estos aspectos, por favor dirigirse a los canales de atención de ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P.

FECHA DE EXPIRACIÓN FACTURA: 01 DIC/2023

Se indica el pago en un comprobante bancario o cheque de depósito
emitido al sustituirlo como forma de pago. El pago del costo por el
señalado indica un pago de recibo.



 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.</p> <p>SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL</p>	<p>PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES</p> <p>FORMATO FORMALIZACIÓN DEL CUPO</p>	Código: FOR-PSS-434
		Versión: 4
		Fecha: Memo I2023037253 - 30/11/2023
		Página: 1 de 1

Unidad operativa: **JARDIN INFANTIL COFINANCIADO LA FLORIDA**

Fecha formalización de cupo: 11 de Julio - 2024

INFORMACIÓN DE LA NIÑA O DEL NIÑO

Apellidos: Flores Marquez
 Nombres: Alexa Sofia
 NUIP: 1023989141 RH: O-
 Dirección: Cra 87A #70-05 Localidad: Engativá
 Teléfono: 3178244321 Fecha del nacimiento: 18-10-2021



INFORMACIÓN DE LA MADRE, PADRE Y ACUDIENTE

Nombres y apellidos de la madre: Albany Esmeralda Marquez c.c.: 4708793
 Dirección de residencia: Cra 87A #70-05
 Localidad: Engativá Dirección laboral: NO APLICA
 Ocupación: Cosmetóloga Teléfono: 3178244321
 Nombres y apellidos del padre: Wilson Leonardo Flores c.c.: 4916467
 Dirección de residencia: Cra 87A #70-05
 Localidad: Engativá Dirección laboral: NO APLICA
 Ocupación: Metal-mecánico Teléfono: 3132075353
 Nombres y apellidos del acudiente: NO APLICA c.c.: NO APLICA
 Dirección de residencia: NO APLICA
 Localidad: NO APLICA Dirección laboral: NO APLICA
 Ocupación: NO APLICA Teléfono: NO APLICA

NIVEL

Marque una (X) en frente del nivel al que ingresa la niña o el niño de acuerdo con su edad:

Sala Materna ☐ Caminadores ☐ Párvulos ☒ Pre jardín ☐ Jardín ☐ Multiedad ☐

Observaciones: _____

Cuando se identifique que la familia del participante incurre en el incumplimiento del acuerdo de corresponsabilidad o cumple con criterios de egreso (Asistencia a otros servicios de educación inicial, inasistencia continua e injustificada, traslado de lugar de residencia fuera de Bogotá) se procederá a realizar el egreso de acuerdo con lo establecido en el Procedimiento Egreso de los servicios sociales de la SDIS vigente.

De otra parte, en caso de interrupción en la prestación del servicio por causas fortuitas, el acudiente del participante, acepta:

1. Reubicación en otras unidades operativas de la localidad; o
2. Implementación de esquemas flexibles; o
3. Entrega de paquete alimentario; o
4. Atención en otra modalidad institucional o familiar de educación inicial (para los casos que aplique)

Declaro que la información suministrada a la Secretaría Distrital de Integración Social o asociado para la vinculación es verídica y que he sido informado(a) sobre el objeto de este servicio/modalidad, de mis derechos, obligaciones y de las condiciones de ingreso, permanencia y egreso. De igual manera, informo que actualmente no hago parte de otro programa de asistencia social de esta u otra entidad que preste servicios de atención integral a la primera infancia y que frente a cualquier cambio en las circunstancias de vulnerabilidad deberé informar para que se valore la pertinencia de la continuidad en el servicio/modalidad.

Albany E. Marquez H
 Firma madre, padre o acudiente

[Firma]
 Firma responsable de la unidad operativa

"En cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, me fue informado que la Secretaría Distrital de Integración Social - SDIS, es la responsable del tratamiento de mis datos personales recolectados y podrá realizar operaciones sobre los mismos para las finalidades establecidas en su Política de tratamiento de datos personales, disponible en la página web de la entidad. Entiendo que tengo derecho a entregar o no datos sensibles, que son aquellos que afectan mi intimidad o cuyo uso indebido puede generar discriminación. Por lo anterior, autorizo expresamente a la Secretaría Distrital de Integración Social para tratar los datos personales que se recolectarán mediante este registro. Entiendo que para revocar o modificar esta autorización, así como para consultar los datos allí almacenados, debo dirigirme a la SDIS a través de sus canales de atención a la ciudadanía"

AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO Y USO DE DATOS PERSONALES CON NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES EN LOS SERVICIOS DE LA SECRETARÍA DISTRITAL DE INTEGRACIÓN SOCIAL

La Secretaría Distrital de Integración Social está comprometida con el adecuado manejo de los datos personales de las niñas, niños y adolescentes, garantizando integridad y protección de la información. En este sentido, dando cumplimiento a lo previsto por la Ley 1581 de 2012 (Ley de Protección de Datos Personales) y sus respectivos decretos reglamentarios, la Secretaría Distrital de Integración Social podrá recolectar, almacenar, usar la información recolectada en la presente Autorización para las siguientes finalidades:

- a. Formulación e implementación de políticas públicas poblacionales orientadas al ejercicio de derechos.
- b. Oferta de servicios sociales.
- c. Promover de forma articulada la inclusión social, el desarrollo de capacidades y la mejora en la calidad de vida de la población en mayor condición de vulnerabilidad, con un enfoque territorial.
- d. Materializar la garantía, protección y restablecimiento de derechos que se evidencia en la implementación de políticas públicas sociales, modelos de atención y servicios y acciones de transformación social que tienen en cuenta las diferencias étnicas, culturales, de discapacidad, de orientación sexual e identidad de género, así como las de cada territorio.
- e. Identificación de las poblaciones que se encuentran segregadas y excluidas, reconocer sus diferencias, intereses, necesidades y expectativas, así como la realidad familiar que viven con el objetivo de integrarlas a los servicios sociales y a las acciones específicas, o remitirlas a la red de servicios del Distrito.
- f. Reducción de todas las formas de segregación social y las desigualdades económicas, espaciales y culturales, constituyendo el eje que orienta y articula la red de servicios sociales como una ruta de realización de derechos.
- g. Envío de información de datos relevantes para los beneficiarios en el marco de la rendición de cuentas de la Entidad y Alcaldía Mayor de Bogotá.
- h. Establecer canales de comunicación y diálogo bilateral con los ciudadanos para fomentar la participación ciudadana.

En consecuencia, nosotros Albany Esmeralda Valquer y Wilson Leonor de Flores, mayores de edad identificados con la cedula de ciudadanía número 47038915 expedida en Bogotá y número 4016467 expedida en Bogotá, respectivamente, con domicilio como aparece al pie de mi(nuestras) firma(s), en uso de nuestras plenas facultades y actuando como representante legal y/o cuidador y/o tutor del menor Alexa Sofia Flores Narquet, autorizo(amos) a la Secretaría Distrital de Integración Social el uso de los siguientes datos de forma no taxativa: imágenes, videos, voz, frases, fotografías, datos biométricos, pinturas, y obras musicales originales, y a tratar mis datos personales dentro del desarrollo de actividades con fines exclusivamente institucionales tales como: reproducción, comunicación pública, transformación, trabajos derivados, distribución, interprete, producción musical, edición musical, declaraciones, testimoniales, obras de arte, imágenes de archivo, composición, audiovisual y/o mensaje publicitario y, en general, los datos que sean recolectados de forma voluntaria para los fines anteriormente mencionados. Así mismo, autorizo a la Secretaría Distrital de Integración Social a emitir, publicar, divulgar y promocionar por medios institucionales, como productos realizados por la Secretaría Distrital de Integración Social en publicaciones impresas, electrónicas, digitales, ópticas, en internet, y en cualquier otro medio de reproducción, multiplicación, o difusión, así como en medios magnéticos, electrónicos, en red, mensajes de datos o similar conocido o por conocer en el futuro, los datos autorizados. La publicación podrá realizarla la Alcaldía Mayor de Bogotá de la cual hace parte la Secretaría Distrital de Integración Social y/o directamente la Secretaría Distrital de Integración Social. Acepto que el contenido pueda ser combinado con otras imágenes, textos, gráficos, películas, archivos de audio y trabajos audiovisuales. Además, este contenido se podrá editar o modificar, siempre y cuando sea para mejorar los fines de la emisión de programas y los fines

promocionales e informativos que la Secretaría Distrital de Integración Social estime convenientes; sólo y exclusivamente para fines institucionales.

Como titular de los datos personales tenemos los siguientes derechos:

- a. Conocer, actualizar y rectificar sus datos personales frente a la Secretaría Distrital de Integración Social. Este derecho se podrá ejercer, entre otros, frente a datos personales parciales, inexactos, incompletos, fraccionados, que induzcan a error o aquellos cuyo tratamiento esté expresamente prohibido o no haya sido autorizado.
- b. Presentar solicitudes ante la Secretaría Distrital de Integración Social respecto del uso que le ha dado a sus datos personales y a que la Entidad le entregue tal información.
- c. Presentar ante la Superintendencia de Industria y Comercio quejas por infracciones a la ley.
- d. Revocar su autorización y/o solicitar la supresión de sus datos personales de las bases de datos de la Secretaría Distrital de Integración Social, siempre y cuando no exista un deber legal o una obligación de carácter contractual en cabeza del titular con la Entidad, en virtud de lo cual éste, no tenga el derecho de solicitar la supresión de sus datos personales o revocar su autorización para el tratamiento de los mismos; siempre y cuando el titular no sea beneficiario del servicio o haya dejado de serlo por un periodo de tres (3) años consecutivos.
- e. Solicitar acceso y acceder en forma gratuita a sus datos personales que hayan sido objeto de tratamiento.
- f. Ejercer sus derechos de ley y realizar los procedimientos establecidos mediante la presentación de su cédula de ciudadanía o documento de identificación original.
- g. En el tratamiento se asegurará el respeto a los derechos prevalentes de los niños, niñas y adolescentes, quienes podrán ejercer sus derechos personalmente o a través de sus padres o los adultos que detentan la patria potestad, quienes deberán demostrarlo mediante la documentación pertinente.
- h. El suministro de datos personales de niños, niñas y adolescentes es de carácter facultativo, tanto para ellos como para quienes actúen a su nombre.
- i. La Secretaría Distrital de Integración Social velará por el uso adecuado de los datos personales de los niños, niñas y adolescentes, y respetará en su tratamiento el interés superior de aquellos, asegurando la protección de sus derechos fundamentales y, en lo posible, teniendo en cuenta su opinión como titulares de sus datos personales.
- j. Para el caso en que los datos del titular ya se encuentren registrados con anterioridad en nuestra Entidad, se dará aplicación a lo establecido en el Artículo 12 del Decreto 1377 de 2013 y demás normatividad vigente que regule la materia.

Estos derechos los podré ejercer a través de los siguientes canales o medios dispuestos por la Secretaría Distrital de Integración Social:

1. Comunicación escrita enviada a nuestras instalaciones ubicadas en la Carrera 7 No 32-12, Piso 6 o dirección de correo electrónico: integracion@sdis.gov.co
2. Siguiendo el link <http://bogota.gov.co/sdqs> podré realizar el proceso de atención de peticiones, quejas y reclamos.

La presente autorización se registrará por las normas constitucionales y legales aplicables¹ y en particular para:

- a. Tratar los datos personales y en especial para que capture los datos biométricos de la niña, el niño o adolescente antes mencionado.

¹ Ley 23 de 1982, Ley 1581 de 2012, Ley 1098 de 2006.

- b. Plasmar la imagen o video de la niña, el niño o adolescente por la Alcaldía Mayor de la cual hace parte la Secretaría Distrital de Integración Social y/o directamente por la Secretaría Distrital de Integración Social por medios institucionales.
- c. Hacer uso de los derechos de imagen o video que sea plasmada y guardada en el Banco de Imágenes de la Secretaría Distrital de Integración Social, el cual se encuentra en custodia de la Oficina Asesora de Comunicaciones, sobre fotografía y procedimientos análogos y/o digitales a la fotografía, o producción audiovisual (video) en medios institucionales.
- d. Hacer uso de los derechos de propiedad de la persona que autoriza y todos los otros derechos relacionados en cualquier medio.
- e. Tratar los datos personales de la niña, el niño y/o adolescente, para el cumplimiento de las finalidades promocionales, informativas e institucionales de la Secretaría Distrital de Integración Social.

Mediante la presente autorización declaro que:

- a. Otorgo esta autorización de manera libre y espontánea.
- b. La imagen o video de la niña, el niño y/o adolescente será captada con la presente autorización sin perjuicio del consentimiento dado por este a efectos de no violar el derecho a su privacidad que pueda tener y sin vulnerar el derecho a la imagen o video ni a la intimidad.
- c. Soy titular de todos los derechos sobre la imagen o video de la niña, el niño y/o adolescente antes mencionados en calidad de representante legal, cuidador y/o tutor.
- d. No estoy vinculado por ningún contrato o compromiso con terceros que puedan interferir en la firma de la presente autorización.
- e. Soy responsable y me haré cargo de cualquier reclamación que realice un tercero a la Secretaría Distrital de Integración Social por el uso del derecho de imagen o video de la niña, el niño o adolescente antes mencionado.
- f. La Secretaría Distrital de Integración Social será la titular exclusiva en todo el mundo de todos los derechos de propiedad intelectual que se deriven de las obras que reproduzcan y/o contengan la imagen o video de la niña, el niño o adolescente del cual soy representante legal.
- g. Así mismo, soy consciente de los derechos como titular de los datos, especialmente del derecho a conocer, actualizar, rectificar y suprimir la información personal de la niña, el niño o adolescente, así como del derecho a revocar el consentimiento otorgado para el tratamiento de datos personales y, en especial, datos sensibles, en tal sentido se me informó el carácter facultativo de esta autorización, pudiendo negarme a compartir los datos sensibles de la persona que represento.
- h. Reconozco además que NO existe expectativa sobre los eventuales efectos económicos de emitir, publicar, divulgar y promocionar por cualquier medio, o sobre el tipo de campaña publicitaria que pueda realizar la Secretaría Distrital de Integración Social.
- i. Declaro que conozco que los propósitos de la Secretaría Distrital de Integración Social se dirigen a promocionar sus ofertas sociales solo para contribuir al ejercicio de los derechos fundamentales de las niñas, los niños y adolescentes, en razón a la protección en el ámbito internacional como nacional, dada la situación de indefensión, vulnerabilidad y debilidad de esta población, y la necesidad de garantizar un desarrollo armónico e integral de la misma, motivo por el cual, en las emisiones de la programación otorgo mi consentimiento de que no habrá uso indebido del material autorizado, ni distinto al educativo y cultural descrito y que se restringirá el uso de la información recogida con cualquier otra finalidad diferente a la que motivo su tratamiento.
- j. Declaro que el alcance de la presente autorización me (nos) incluye en el caso en que se haga uso de mis (nuestros) imágenes solos y/o en compañía de la niña, del niño o adolescente sujeto de la presente autorización.

Por todo lo anterior, he otorgado mi consentimiento a la Secretaría Distrital de Integración Social mi información personal de acuerdo con la Política de Tratamiento de Datos Personales dispuesta por la entidad

en su página web <http://www.integracionsocial.gov.co> y que me dio a conocer antes de recolectar mis datos personales.

En consecuencia, declaro que:

1. Conozco los derechos y las condiciones para el tratamiento de mis datos personales.
2. La información suministrada por la Secretaría Distrital de Integración Social es verídica.
3. Conozco los datos de contacto y medios de comunicación disponibles para los cuales autorizo el tratamiento de mis datos personales.

Manifiesto que la presente autorización me fue solicitada y puesta de presente antes de entregar mis datos y que la suscribo de forma libre y voluntaria una vez leída en su totalidad.

La vigencia de esta autorización corresponde al término establecido en la Ley 23 de 1982², tiempo en que la Secretaría Distrital de Integración Social será el titular de los derechos sobre la propiedad artística resultante.

Otorgada en Bogotá, D.C., a los 11 días del mes de Julio de 2014

NOMBRE <u>Albany Marquez</u>	NOMBRE <u>Wilson Flores</u>
C.C. <u>4703893</u>	C.C. <u>4916461</u>
TELÉFONO <u>3128241321</u>	TELÉFONO <u>3132075353</u>
DIRECCIÓN <u>Cra 87 A #70-05</u>	DIRECCIÓN <u>Cra 87 A #70-05</u>
CORREO ELECTRÓNICO <u>Albany Marquez@gmail.com</u>	CORREO ELECTRÓNICO _____
FIRMA <u>Albany Marquez</u>	FIRMA <u>Wilson L Flores S</u>

² *Artículo 1º.- Los autores de obras literarias, científicas y artísticas gozarán de protección para sus obras en la forma prescrita por la presente Ley y, en cuanto fuere compatible con ella, por el derecho común. También protege esta Ley a los intérpretes o ejecutantes, a los productores de programas y a los organismos de radiodifusión, en sus derechos conexos a los del autor... Artículo 11 (Modificado por el artículo 4 de la Ley 1520 de 2012). De acuerdo con los artículos 61 y 71 de la Constitución Política de Colombia, será protegida la propiedad literaria y artística como propiedad transferible, por el tiempo de la vida del autor y ochenta años más, mediante las formalidades que prescriba la ley."

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL	PROCESO COMUNICACIÓN ESTRATÉGICA FORMATO AUTORIZACIÓN PARA USO DE IMAGEN DE MENOR DE EDAD	Código: FOR-CE-007
		Versión: 0
		Fecha: Memo I2023004916 – 17/02/2023
		Página: 1 de 1

El presente documento declara la autorización de uso de derechos de imagen sobre fotografías y fijaciones audiovisuales (videos) y de propiedad intelectual otorgado a la Secretaría Distrital de Integración Social

En mi calidad de persona natural y en representación del menor de edad a mi cargo, por medio del presente documento otorgo autorización expresa del uso de los derechos de imagen que le reconoce la Constitución, la ley y demás normas concordantes a la Secretaría Distrital de Integración Social.

La autorización se regirá por las normas legales aplicables y en particular por las siguientes cláusulas:

PRIMERA. Autorización y objeto. Mediante el presente instrumento autorizo a la Secretaría Distrital de Integración Social, para que haga el uso y tratamiento de los derechos de imagen del menor por mi representado para incluirlos sobre fotografías; procedimientos análogos a la fotografía; piezas de comunicación; producciones audiovisuales (videos); así como de los derechos de autor; los derechos conexos y en general todos aquellos derechos de propiedad intelectual que tengan que ver con el derecho de imagen.

SEGUNDA. Alcance de la autorización. La presente autorización de uso se otorga para ser utilizada en formato o soporte material en ediciones impresas, y se extiende a la utilización en medio electrónico, óptico, magnético, en redes (intranet e internet), mensajes de datos o similares y en general para cualquier medio o soporte conocido o por conocer en el futuro. En tal sentido autorizo la Secretaría Distrital de Integración Social a que, incluya y edite la imagen, y ejecute todo otro acto encaminado a la divulgación del contenido, sin restricciones ni límites temporales, así como de medios para su reproducción y/o difusión.

TERCERA. Territorio y exclusividad. Los derechos aquí autorizados se dan sin limitación geográfica o territorial alguna. De igual forma la autorización de uso aquí establecida no implica exclusividad, por lo que me reservo el derecho de otorgar autorizaciones de uso similares en los mismos términos en favor de terceros.

CUARTA. Derechos morales. La Secretaría Distrital de Integración Social dará cumplimiento a la normatividad vigente sobre los derechos establecidos por la Ley 1581 de 2012 del titular sobre su imagen. Las solicitudes de modificaciones realizadas por el titular de la imagen deberán estar justificadas.

Para constancia de lo anterior se firma en la ciudad de Bogotá, hoy: 11 de Julio de 2024. De igual forma como padre/madre de familia o acudiente del (las) niños(as) a continuación referido(s), autorizo el tratamiento de su imagen y publicación bajo el marco los cánones de este documento.

Nombre del acudiente	Tipo y número de documento del acudiente	Acudiente de (Nombre niño o niña)	Tipo y número de documento del(a) niño(a)	Firma del acudiente
Albany Marquez	PPT. 4703893	Alexa Sofia Flores	RC 1023989141	[Firma]



SECRETARÍA DE
INTEGRACIÓN SOCIAL



FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCESO COMPETITIVO

SDIS-DCT092-002-2024 DEL CONVENIO 7627

Yo, Albany Esmeralda Marquez Marquez
con identificación CC 4 CE 4903893 PEP PS PPT PS VISA Salvo Conducto Refugiado otro, ¿Cuál?
4 No 4903893 de Bogotá después de
recibir la información completa, suficiente, en un lenguaje sencillo y claro, en relación con el convenio de asociación
número 7627 suscrito entre Asociación Benefactora de Niños – ASOBEN y la Secretaría Distrital de Integración Social
a través del cual opera el Jardín Infantil Diurno Cofinanciado La Florida y tiene un plazo de ejecución, con fecha
de inicio 24 de Mayo de 2024 y fecha de terminación 06 de Diciembre de 2024; manifiesto que estoy de acuerdo
con que le sea asignado un cupo a mi(s) hija(s) o hijo(s) Alexa Sofia Flores Haiguel
identificada(o) con el NUIP 1023989141 en el nivel de PARVULOS-A
durante el tiempo que dure la ejecución del Convenio 7627

Además, manifiesto que conozco que una vez finalice el convenio de asociación consideraré aceptar los planes de
atención ofrecidos por la Secretaría Distrital de Integración Social mientras se surte el trámite para un nuevo
convenio, los planes se describen a continuación:

1. Reubicación en otras unidad
2. es operativas de la localidad.
3. Entrega de paquete alimentario
4. Atención en otra modalidad institucional o familiar de educación inicial (para los casos que aplique)

Certifico que el contenido de este documento me ha sido explicado en su totalidad, que lo he leído o me lo han
leído, que comprendo su contenido y estoy de acuerdo con este consentimiento.

Nota: los datos personales consignados tienen carácter confidencial, razón por la cual es un deber y un compromiso
de los asistentes y de la Secretaría Distrital de Integración Social (SDIS) no divulgar información alguna con
propósito diferente al de este registro so pena de las sanciones legales a que haya lugar de acuerdo con la Ley
1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.

Se firma en la ciudad de Bogotá, D.C. el día 11 del mes Julio del año 2024

Albany E. Marquez M

Firma de la madre, padre, adulto cuidador, acudiente o tutor que autoriza:



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.



FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA INICIAR, CONTINUAR O COMPLETAR ESQUEMA DE VACUNACIÓN DE NIÑOS Y NIÑAS EN INSTITUCIONES EDUCATIVAS.

NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN: Jardín Infantil Confinenciado la Florida

"La vacunación es un derecho fundamental en la vida de los niños y niñas y un deber de todo padre dejarlo vacunar. Es un servicio totalmente gratuito el cual traerá bienestar físico y social a los niños para así mejorar la calidad de vida y evitar enfermedades que puedan acabar con el futuro de nuestro país".

Ley 1098 de noviembre de 2006. Artículo 29. Establece el derecho al desarrollo integral en la primera infancia que es la etapa del ciclo vital en la que se establecen las bases para el desarrollo cognitivo, emocional y social del ser humano. Desde la primera infancia, los niños y las niñas son sujetos titulares de los derechos reconocidos en los tratados internacionales, en la Constitución Política y en el Código en mención. Son derechos impostergables de la primera infancia, la atención en salud y nutrición, el esquema completo de vacunación, la protección contra los peligros físicos y la educación inicial.

AUTORIZO como responsable del niño/niña: Alexa Sofía Flores Márquez

Conociendo los beneficios que aporta la vacunación y los riesgos a que lo expongo si no es vacunado oportunamente.

Autorizo: marcar: SI ☒ NO ☐

En caso de NO AUTORIZAR LA VACUNACIÓN por favor especificar motivo: [Firma]

MOTIVO: Vacunación Institucional PARA COMPLETAR ESQUEMA DE VACUNACIÓN VIGENTE

NOTA: Sr. Padre, Sra. Madre, tener presente: Durante la campaña se usarán vacunas que cumplen requisitos de calidad y seguridad de acuerdo a las normas vigentes.

- La mayoría de vacunas aplicadas son inyectables, se aplican en la parte superior del brazo.
- Los refuerzos de los 5 años corresponden a tres vacunas: TRIPLE VIRAL, que protege contra sarampión, rubéola y paperas. DPT, que protege contra difteria, tétanos y tos ferina y POLIO ORAL que protege contra la parálisis infantil, esta última es aplicada en forma de gotas en la boca.
- De las tres vacunas mencionadas, la que puede ocasionar algunos efectos es la de DPT, estos son: dolor, inflamación y enrojecimiento en el sitio de la inyección y fiebre. Estos síntomas pueden durar de 1 a 3 días y van disminuyendo. Para el manejo de estas molestias se recomienda colocar en el sitio de la inyección hielo envuelto en un paño limpio, hacer toques en el sitio de la aplicación cada media hora durante los días que dure la molestia. Si los síntomas persisten y no ceden se debe consultar al médico.
- La vacuna de triple viral no presenta generalmente efectos secundarios cuando se coloca el refuerzo o de manera adicional. Si esta vacunación es de primera vez se podría presentar en algunos niños o niñas vacunados síntomas como: fiebre, un brote pequeño en el cuerpo y dolor en articulaciones. Estos síntomas aparecen entre a los 8 y hasta 12 días después de vacunarse, duran de dos a tres días, no generan incapacidad y ceden generalmente sin necesidad de medicamentos.

Nombre Madre/Padre: Albany Esmeralda Márquez

CC: 1703893

No. Documento Identificación del NIÑO O NIÑA: Alexa Sofía Flores

Fecha nacimiento: 18-10-2021 Edad: 2 años

Afiliación en salud (Nombre de EPS contributiva o subsidiada/ o si no cuenta con afiliación): Salud Total

Dirección Residencia: Cra 87A # 70-05

Teléfono:

Celular: 3178244321

Barrio: Florida



Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud

Norte E.S.E.

ALEXA SOFIA FLORES MARQUEZ

1023989141

CERTIFICADO ODONTOLÓGICO

**PACIENTE ASISTE A CONSULTA ODONTOLÓGICA
POR VALORACION
SE APLICA FLUOR
PACIENTE SANO CONTROL EN 6 MESES**

4 MARZO 2023

Dra. Fanory Trujillo Silva

Odontóloga
C.C.C.
Reg. 82369.450

DRA FANORY TRUJILLO SILVA

CERTIFICADO MÉDICO

BOGOTÁ, DIA: 11 MES: 07 AÑO: 2024

NOMBRE: ALEXA SOFIA FLOREZ MARQUEZ
DOCUMENTO: RC.1023989141

**LA PACIENTE SE ENCUENTRA EN ADECUADAS
CONDICIONES DE SALUD PARA DESARROLLAR
SUS ACTIVIDADES SOCIALES, ESCOLARES Y
DEPORTIVAS, SIN ENFERMEDADES INFECTO-
CONTAGIOSAS QUE IMPIDAN LA VIDA EN
SOCIEDAD.**

*** VACUNAS: PENDIENTE VACUNA COVID 19**
***PENDIENTE INGRESO A PROGRAMA DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO.**

***PESO: 12.5 KG** **TALLA: 87 cms**
***ADECUADO PESO PARA LA TALLA**
*** RIESGO DE TALLA BAJA.**

***EXAMEN FISICO VISUAL: NORMAL. PENDIENTE OPTOMETRIA**
***EXAMEN FÍSICO AUDITIVO: NORMAL; ACUMETRIA POR VOZ POSITIVA.**

Andrea Rojas
Pediatra
RM 1047228373

ANDREA ROJAS VERGARA
PEDIATRA RM 1047228373
VIRREY SOLIS IPS
SEDE LO NUESTRO

 SECRETARÍA DISTRITAL DE INTEGRACIÓN SOCIAL	PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL FICHA SIRBE GENÉRICA PARA REGISTRO DE ACTUACIONES POR HISTORIA SOCIAL	 <div style="font-size: small;"> Código: FOR-PSS-312 Versión: 0 Fecha: Memo 120190469-47 08/11/2019 Página: 1 de 3 </div>
--	--	---

Número Ficha:	2	0	2	4	1	0	7	7	4	4	1	2	0	9	4	4				
	Año	Localidad	Proyecto	Código Unidad Operativa	Consecutivo															

SECCIÓN A. INFORMACIÓN DE LOS INTEGRANTES:

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

01	1. Número de Integrante*	2. Tipo Documento de Identidad:	3. Número Documento de Identidad:	4. Apellido 1:	5. Apellido 2:	6. Nombres: (Escriba sus nombres completos)
	3	6.	1023989141	Flores.	Marquez.	Alexa Sofia.
02	1. Número de Integrante*	2. Tipo Documento de Identidad:	3. Número Documento de Identidad:	4. Apellido 1:	5. Apellido 2:	6. Nombres: (Escriba sus nombres completos)
	3	6.	1023989141	Flores.	Marquez.	Alexa Sofia.
03	1. Número de Integrante*	2. Tipo Documento de Identidad:	3. Número Documento de Identidad:	4. Apellido 1:	5. Apellido 2:	6. Nombres: (Escriba sus nombres completos)
04	1. Número de Integrante*	2. Tipo Documento de Identidad:	3. Número Documento de Identidad:	4. Apellido 1:	5. Apellido 2:	6. Nombres: (Escriba sus nombres completos)
05	1. Número de Integrante*	2. Tipo Documento de Identidad:	3. Número Documento de Identidad:	4. Apellido 1:	5. Apellido 2:	6. Nombres: (Escriba sus nombres completos)
06	1. Número de Integrante*	2. Tipo Documento de Identidad:	3. Número Documento de Identidad:	4. Apellido 1:	5. Apellido 2:	6. Nombres: (Escriba sus nombres completos)
07	1. Número de Integrante*	2. Tipo Documento de Identidad:	3. Número Documento de Identidad:	4. Apellido 1:	5. Apellido 2:	6. Nombres: (Escriba sus nombres completos)
08	1. Número de Integrante*	2. Tipo Documento de Identidad:	3. Número Documento de Identidad:	4. Apellido 1:	5. Apellido 2:	6. Nombres: (Escriba sus nombres completos)
09	1. Número de Integrante*	2. Tipo Documento de Identidad:	3. Número Documento de Identidad:	4. Apellido 1:	5. Apellido 2:	6. Nombres: (Escriba sus nombres completos)
10	1. Número de Integrante*	2. Tipo Documento de Identidad:	3. Número Documento de Identidad:	4. Apellido 1:	5. Apellido 2:	6. Nombres: (Escriba sus nombres completos)

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

	SECRETARÍA DISTRITAL DE INTEGRACIÓN SOCIAL	PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL FICHA SIRBE GENÉRICA PARA REGISTRO DE ACTUACIONES POR HISTORIA SOCIAL		Código: FOR-PSS-312 Versión: 0 Fecha: Memo I2019046947 08/11/2019 Página: 2 de 3
---	---	--	---	---

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

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

No. Registro	No. Integrante	A				B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N
		FECHA DE LA NOVEDAD																
01	3	1	0	0	0	2	2	4	7744	JIC La Florida	1	1		654				
02	3	1	0	0	0	2	2	4	7744	JIC La Florida	1	5		1051				
03																		
04																		
05																		
06																		
07																		
08																		
09																		
10																		

SECCIÓN C. OBSERVACIONES DE LA ACTUACIÓN, DILIGENCIAMIENTO

O. OBSERVACIONES DE LA ACTUACIÓN		P. NOMBRE DE QUIEN REPORTA	Q. NOMBRE DE QUIEN DIGITA	R. FECHA DIGITACIÓN																		
01	Inscrito	Jennifer Latorre Caldeón	Edgar Peña	FECHA ÚNICA DE DIGITACIÓN	AAAA	1	0	0	0	2	0	2	4	MM	D	D	M	M	A	A	A	A
02	Inicio proceso de Atención Integral	Jennifer Latorre Caldeón				D	D	M	M	A	A	A	A		D	D	M	M	A	A	A	A
03						D	D	M	M	A	A	A	A		D	D	M	M	A	A	A	A
04						D	D	M	M	A	A	A	A		D	D	M	M	A	A	A	A
05					DD	D	D	M	M	A	A	A	A	D	D	M	M	A	A	A	A	
06						D	D	M	M	A	A	A	A	D	D	M	M	A	A	A	A	
07						D	D	M	M	A	A	A	A	D	D	M	M	A	A	A	A	
08						D	D	M	M	A	A	A	A	D	D	M	M	A	A	A	A	
09						D	D	M	M	A	A	A	A	D	D	M	M	A	A	A	A	
10						D	D	M	M	A	A	A	A	D	D	M	M	A	A	A	A	

	SECRETARÍA DISTRITAL DE INTEGRACIÓN SOCIAL	PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL FICHA SIRBE GENÉRICA PARA REGISTRO DE ACTUACIONES POR HISTORIA SOCIAL		Código: FOR-PSS-312 Versión: 0 Fecha: Memo I2019046947 08/11/2019 Página: 3 de 3
--	---	--	---	---

NOVEDADES DE INFORMACIÓN
SECCIÓN D. NOVEDADES DE MODIFICACIÓN DE INFORMACIÓN:

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

SECCIÓN E. OBSERVACIONES DE MODIFICACIÓN DE INFORMACIÓN:

	G. NOMBRE DE QUIEN REPORTA	H. FIRMA DE QUIEN REPORTA	I. NOMBRE DE QUIEN DIGITA	J. FIRMA DE QUIEN DIGITA	K. FECHA DIGITACIÓN									
					FECHA ÚNICA DE DIGITACIÓN	AAAA	MM	DD	HH	MM	SS	AA	AA	AA
1														
2														
3														
4														
5														
6														
7														
8														
9														
10														

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.



MINISTERIO DE PROTECCIÓN 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: 1 de 6

Fecha de diligenciamiento

0 8 0 7 2 0 2 4

Número de ficha

2 0 2 4 1 0 7 7 4 4 1 2 0 9 4 4

Año

Localidad

Proyecto

Código unidad operativa

SECCIÓN A. VARIABLES BÁSICAS

1. Primer Apellido, según su documento de identidad: DIASCOS		2. Segundo Apellido, según su documento de identidad: BOLAÑOS		3. Primer Nombre, según su documento de identidad: ELISA		4. Segundo Nombre, según su documento de identidad:	
5. ¿Con cuál género se identifica? * (Esta pregunta aplica solo a personas mayores de 14 años): Masculino ☐ Femenino ☒ Transgénero ☐ (Travesti, transexual, transformista) No binario ☐ No informa ☐ No Aplica ☐		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 femenino 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 ☐ Transgénero Femenino ☐		8. ¿Cuál es su orientación sexual? * (Esta pregunta aplica solo a personas mayores de 14 años): Heterosexual ☐ Bisexual ☐ Otro, ¿Cuál?: Lesbiana ☐ No informa ☐ Gay ☐ No Aplica ☐	
9. Tipo de documento de identificación: Cédula de ciudadanía ☐ Cédula de extranjería ☐ Tarjeta de identidad ☐ Registro civil ☒ Pasaporte ☐ Permiso especial de permanencia ☐ Salvo conducto ☐ Permiso por protección temporal ☐ Sin identificación ☐				10. Número de documento de identificación: 1117360893		11. Municipio nacimiento: TOLUA	
12. Departamento nacimiento: VALLE DEL CAUCA		13. País nacimiento: Colombia		14. Sexo de nacimiento: Hombre ☐ Mujer ☒ Interssexual ☐		15. Fecha de nacimiento (según su documento de identidad): 10 07 1944	
16. Estado civil: Soltero/a ☒ Casado/a ☐ Unión libre ☐ Separado/a ☐ Divorciado/a ☐ Viudo/a ☐ Unión marital de hecho ☐		17. Nivel educativo actual: Educación inicial modalidad familiar ☐ Preescolar ☐ Básica secundaria y media ☐ Tecnológico ☐ Universitaria completa (con título) ☐ Postgrado completo (con título) ☐ Educación inicial modalidad institucional ☐ Básica primaria ☐ Técnico ☐ Universitaria incompleta (sin título) ☐ Postgrado incompleto (sin título) ☐ Educación desde lo propio ☐ Ninguno ☐		18. Años aprobados: 1		19. ¿Es persona cuidadora? (pregunta para mayores de 14 años): Sí ☐ No ☒ (pase a la pregunta 25)	
20. ¿Es cuidador/a de niños, niñas menores de 5 años? (Aplica para personas mayores de 14 años): Sí ☐ No ☒		21. ¿Es cuidador/a de niños, niñas entre 06 a 10 años?: Sí ☐ No ☒		22. ¿Es cuidador/a de personas con discapacidad?: Sí ☐ No ☒		23. ¿Es cuidador/a de personas mayores?: Sí ☐ No ☒	
24. ¿Dedica su tiempo a labores del cuidado de casa?: Sí ☐ No ☒		25. Actividad Principal: * (Esta pregunta aplica solo a personas mayores de 3 años): Buscando trabajo ☐ Trabajo no remunerado ☐ Sin actividad ☐ Estudiando ☐ Jubilado / pensionado ☐ Cuidador ☐ Trabajo Formal ☐ Trabajo Informal ☐ No aplica ☐		26. Rol ocupacional: * (Esta pregunta aplica solo a personas mayores de 14 años): Vendedor Informal ☐ Cachivachero ☐ Recicladore ☐ Cotero ☐ Actividades Sexuales pagadas ☐ Actividades Artísticas callejeras ☐ Carretero ☐ Mendicidad ☐ Vigilar o limpiar camos ☐ Cuidado directo ☐ Jornalero ☐ Actividades rurales ☐ Cuidado indirecto ☐ Vigilar finca o predio ☐ Otras ocupaciones ☐ Calibrar llantas ☐ Estudiante ☐ No aplica ☐		27. ¿Cuántas horas a la semana dedica al rol ocupacional seleccionado? (Esta pregunta aplica solo a mayores de 14 años): 1 Horas	
28. Valor de los ingresos mensuales: * (Esta pregunta aplica solo a personas mayores de 14 años): \$		29. Forma de percibir los ingresos: * (Aplica solo a personas mayores de 14 años): Diario ☐ Semanal ☐ Mensual ☐ Quincenal ☐ Esporádico ☐ No aplica ☐		30. Localidad donde desarrolla su rol ocupacional: * (Esta pregunta aplica solo a personas mayores de 14 años): Usaquén ☐ San Cristóbal ☐ Bosa ☐ Chapinero ☐ Usme ☐ Kennedy ☐ Santa fe ☐ Tunjuelito ☐ Fontibón ☐ Engativá ☐ Teusaquillo ☐ Puente Aranda ☐ Suba ☐ Los Mártires ☐ La Candelaria ☐ Barrios Unidos ☐ Antonio Nariño ☐ Rafael Uribe ☐ Ciudad Bolívar ☐ Sumapaz ☐ No Aplica ☐		31. ¿Está afiliado a seguridad social?: Sí ☒ No ☐ (pase a la pregunta 34)	
32. Régimen de seguridad social: Contributivo ☐ Subsidiado ☒ Especial ☐		33. Calidad del afiliado: Aplica solo si la respuesta en la pregunta 32 es "Contributivo" Beneficiario ☐ Cotizante ☐		34. ¿Tiene clasificación de Sisbén?: Sí ☐ No ☒		35. Clasificación Sisbén: 1	



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:

D	D	M	M	A	A	A	A
---	---	---	---	---	---	---	---

Número de ficha

2	0	2	4	1	0	7	7	4	4	1	0	9	4	4
Año					Localidad			Proyecto			Código unidad operativa			

SECCIÓN B. VARIABLES TRANSVERSALES

1. Persona con discapacidad: Si ☐ 1 No ☒ 2 Pase a 4		2. Tipo de discapacidad: Física ☐ 20 ☐ 31 ☐ 39 Psicosocial ☐ 40 ☐ 32 ☐ 10 Alteración del desarrollo ☐ 37 ☐ 42 ☐ 38 Trastornos del espectro autista (TEA)		3. Presenta alguna de las siguientes dificultades o limitaciones permanentes para: Acción / 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 ☐ 3 Hogar familiar amplio compuesto ☐ 2 ☐ 4 Hogar familiar amplio extenso ☐ 5 ☐ 6 Hogar no familiar unipersonal ☐ 5 ☐ 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				6. Identifique su nacionalidad con las siguientes opciones: Nacional ☒ 1 Otra nacionalidad ☐ 2 Binacional ☐ 3 Múltiple nacionalidad ☐ 4 Sin nacionalidad ☐ 5 No reporta ☐ 6			
7. ¿Es una persona migrante? Si ☐ 1 No ☒ 2		8. Grupo Étnico: ¿De acuerdo con su cultura, pueblo o rasgos físicos, es o se reconoce cómo? Indígena ☐ 1 Palenquero de San Basilio ☐ 4 Rrom (Gitano) ☐ 2 Negro/a, Mulato/a, afro colombiano/a, o afro descendiente ☐ 5 Rural del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina ☐ 3 Ninguno de los anteriores ☐ 6		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 Sikuani ☐ 5 Misak Misak ☐ 60 Wayuu ☐ 2 Uritoto ☐ 85 Tubu ☐ 67 Eperara-siapidara ☐ 30 Pastos ☐ 65 Senu ☐ 5 Yanacunas ☐ 7 Ingas ☐ 9 Cañamomos ☐ 10 Kichwas ☐ 15 Arhuacos ☐ 13 Muscas ☐ 16 Kankuamo ☐ 45 Pijao ☐ 14 Awa (Kwaiker) ☐ 11 Kogui ☐ 49 Kubeo ☐ 50 Embera Chami ☐ 35 Embera Dóbida ☐ 29 Embera Kallio ☐ 34 Ninguna de las anteriores ☐ 17 Otro ¿Cuál? ☐ 17 Digite código del instructivo ☐															
10. Parentesco con jefe/a de la familia: Jefe/a núcleo familiar ☐ 1 Padre/Madre ☐ 3 Hijo/a ☐ 5 Hermano/a ☐ 7 Primo/a ☐ 9 Nieto/a ☐ 11 Otro No pariente ☐ 13 Cónyuge o compañerío ☐ 2 Padrastro / Madrastra ☐ 4 Abuelo/a ☐ 6 Tío/a ☐ 8 Sobrino/a ☐ 10 Otro pariente ☐ 12 Hijastra ☐ 14														11. ¿Víctima de conflicto armado?: Si ☐ 1 No ☒ 2 Pase a 15		12. Número registro único de víctimas: <input type="text"/>		13. Año en que realizó la declaración: <input type="text"/>	
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 Pase a 16		16. ¿Se encuentra en riesgo de habitar en calle?: Si ☐ 1 No ☒ 2		17. ¿Ha recibido capacitación, formación o tiene experiencia en algún arte u oficio?: * (Esta pregunta aplica solo a personas mayores de 14 años) Si ☐ 1 No aplica ☒ 98 Si la respuesta es 2 o 98 Pase a 18	

 ALCALDÍA DE BOGOTÁ SECRETARÍA DE INFORMACIÓN 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: 3 de 5
---	--	--

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

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	No informa	3
----	---	----	---	------------	---

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)	\$ 700.000 =	Recreación	\$ 0 =
Servicios públicos domiciliarios (agua, energía, gas, teléfono fijo, internet, teléfono celular, televisión por cable)	\$ 150.000 =	Gastos en salud (consultas, medicamentos, etc.)	\$ 0 =
Pagos a terceros cuidadores	\$ 0 =	Transporte o movilidad de los integrantes del hogar	\$ 0 =
Artículos de aseo personal	\$ 200.000 =	Educación (útiles, pensión, transporte escolar, fotocopias, etc.)	\$ 0 =
Alimentación	\$ 200.000 =	Total	\$ 1250.000 =

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

Si	1	No	2	No informa	3
----	---	----	---	------------	---

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

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

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

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	No informa	☐ 3
----	----------------------------	----	---------------------------------------	------------	----------------------------

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 (Almuerzo y/o valor cuota)	\$ 700.000	Recreación	\$ 0 =
Servicios públicos domiciliarios (agua, energía, gas, teléfono fijo, internet, teléfono celular, televisión por cable)	\$ 150.000	Gastos en salud (consultas, medicamentos, etc.)	\$ 0 =
Pagos a terceros cuidadores	\$ 0 =	Transporte o movilidad de los integrantes del hogar	\$ 0 =
Artículos de aseo personal	\$ 200.000 =	Educación (útiles, pensión, transporte escolar, fotocopias, etc.)	\$ 0 =
Alimentación	\$ 200.000 =	Total	\$ 1.250.000

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

Si	☐ 1	No	☒ 2	No informa	☐ 3
----	----------------------------	----	---------------------------------------	------------	----------------------------

 MINISTERIO DEL INTERIOR DIRECCIÓN GENERAL DE REGISTRO CIVIL	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

D	D	M	M	A	A	A	A
---	---	---	---	---	---	---	---

Número de ficha

2	0	2	4	1	0	7	7	4	4	1	2	0	9	4	4
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

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		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							
	Tipo	Número	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	¿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	Actividad	Rol ocupacional	¿Cuántas horas a la semana dedica a esta ocupación?	Valor de los ingresos mensuales	Forma de percibir los ingresos	Localidad donde realiza actividad principal	SALUD		DISCAPACIDAD		Grupo étnico	Pueblo indígena	VÍCTIMA DE CONFLICTO ARMADO?	¿Es víctima del conflicto armado?	Motivo	¿Ha recibido capacitación, formación o tiene experiencia en algún arte u oficio?	De acuerdo con la respuesta anterior ¿En qué cree que puede desempeñarse?
									Dis	Mes	Año																			¿Afiliado al régimen de seguridad social?	¿Regimen de seguridad social	¿Calidad del afiliado	¿Persona con discapacidad?							
1	1	36292283	1 RIOS 2 ZOETA	1 MARTHA 2 LUCA	2	2		1	26	01	1982	42	1	1	8	Si	X	X	Si	Si	Si	Si	Si	11	32	56	1.300.000	5	10	X	2	Si		6	Si		Si	X		
2	1	1116.280 214	1 BOLANOS 2 RIOS	1 DERLY 2 YOLISA	2	2		1	02	09	1998	25	1	5	19	Si	X	X	Si	Si	Si	Si	Si	2	98				X		Si		6	Si		Si	X			
3	3	1.112.300 402	1 VILLEGAS 2 RIOS	1 SANTIAGO	1	1		1	15	07	2007	17	1	5	8	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	13	19	46	1.000.000	3	10	X	1	Si		6	Si		Si	X			
4	6	1.117.360 893	1 RIASCOS 2 BOLANOS	1 ELISA	2	98		98	09	10	2020	3	1	11	1	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si						X	2	Si		6	Si		Si	X				
5			1	1												Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si						Si		Si		Si		Si	No					
			2	2												No	No	No	No	No	No	No						No		No		No		No aplica						

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

Fecha de diligenciamiento:
 Número Ficha:

Año Localidad Proyecto Código Unidad Operativa

SECCION E. MODALIDAD DE ATENCION

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

Modalidades Familiares: ☐ Creciendo Juntos ☐ Creemos en la Ruralidad ☐ Jardines Infantiles ☒ Jardines Infantiles Nocturnos ☐ Casas De Pensamiento Intercultural ☐ Espacios Rurales ☐

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

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 LA FLORIDA

SECCION F. A QUIEN VA DIRIGIDA LA MODALIDAD FAMILIAR:

1. La modalidad se solicita para:

Gestante: Pase a sección G Niña - niño: Si: Nombre de la madre: _____ N°. Identificación de la madre: _____ No: Si: Pase a sección H No: Pase a sección I

SECCION G. CONCEPCION Y GESTACION

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

2. ¿Asiste a control prenatal?

3. ¿Fecha del último control médico?

4. ¿Número de hijas-hijos nacidos vivos?

5. ¿Qué edad tiene el padre de la hija- hijo que espera?

6. ¿Cuenta con el apoyo del padre de su hija-hijo para el cuidado de su embarazo?

7. ¿Quién cuidará principalmente a su hija-hijo después del nacimiento?

8. ¿Recibió información o capacitación sobre sus derechos sexuales y reproductivos, antes de quedar embarazada?

9. ¿Quién le brindó la información sobre sus derechos?

10. ¿Ha recibido información o capacitación acerca de algunos de estos temas?: (selección múltiple)

11. ¿Quién le brindó la información sobre los temas anteriores?

12. ¿Usted deseaba quedar en embarazo?

13. ¿Cuál es el estado nutricional actual de la persona gestante según el control prenatal o concepto de salud?

14. El embarazo es múltiple?

15. ¿El embarazo ha sido clasificado como de alto riesgo?

16. ¿Cómo piensa alimentar a su hija-hijo cuando nazca?

17. Después de la hija-hijo que está esperando, le gustaría:

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

1. ¿Qué tipo de parto tuvo?

2. ¿Para el parto tuvo la oportunidad de elegir (selección múltiple)?

3. ¿Está usando un método anticonceptivo?

4. ¿En cuánto tiempo desea tener otro embarazo?

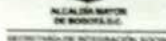
5. ¿Ha recibido información o capacitación acerca de algunos de estos temas?: (selección múltiple)

6. ¿Quién le brindó la información sobre los temas anteriores?

7. ¿Qué opina sobre esta afirmación: "Se debe amamantar a su hijo e hija durante los primeros 6 meses de vida de forma exclusiva"?

8. ¿Tiene información sobre como iniciar la alimentación complementaria?

9. ¿Tiene acompañamiento para su cuidado durante la lactancia?



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

Página: 1 de 4

Numero Fichas

Ans

Localidad

Proyecto

Código Unidad Operativa

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

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

Creciendo Juntos ☐ Crecemos en la Ruralidad ☐ Jardines Infantiles ☒ 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 LA FLORIDA

1. La modalidad se solicita para:		2. ¿La atención de la niña-niño en la modalidad se ha realizado desde la gestación?		3. ¿La niña o niño es menor de 8 meses y está lactando?	
Gestante	1 ☐ Pase a sección G Niña - niño 2 ☐	Si 1 ☐ Nombre de la madre:	Nº. Identificación de la madre:	No 2 ☐	Si 1 ☐ Pase a sección H No 2 ☐ Pase a sección I

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

--	--	--	--	--	--	--	--

2. ¿Asiste a control prenatal?:

Si...

No... *Pase a la pregunta 4*

3. ¿Fecha del último control médico?:

--	--	--	--	--	--	--	--

4. ¿Número de hijas-hijos nacidos vivos?:

Entre 1 y 3... Más de 6...

Entre 4 y 6... Ninguna...

5. ¿Qué edad tiene el padre de la hija-hijo que espera?:

Entre 14 y 16 años Entre 21 y 40 años

Entre 17 y 20 años Más de 41 años... Menor de 14 años

6. ¿Cuenta con el apoyo del padre de su hijo-hija para el cuidado de su embarazo?		7. ¿Quién cuidará principalmente a su hija-hijo después del nacimiento?				8. ¿Recibió información o capacitación sobre sus derechos sexuales y reproductivos, antes de quedar embarazada?				9. ¿Quiénes le brindó la información sobre sus derechos?			
Si [1] No [2]		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]		Si [1] No [2]		Pase a la pregunta 10	
												Hospital [1] Colegio [3] Amigos-as [5] Madre [7] SDIS [2] ONG [4] Hermanos-as [6] Padre [8] Docentes/doces [9]	

10. ¿Ha recibido información o capacitación acerca de algunos de estos temas?: (selección múltiple)

Cuidados durante la gestación	<input type="text" value="1"/>	Lactancia materna	<input type="text" value="3"/>	Construcción del vínculo afectivo madre-hijo	<input type="text" value="6"/>	Ninguna <input type="text" value="93"/>	Pase a la pregunta 12
Sus derechos y los de su pareja en el momento del parto	<input type="text" value="2"/>	Desarrollo infantil	<input type="text" value="5"/>	Prevención de accidentes en el hogar	<input type="text" value="4"/>		

11. ¿Quién le brindó la información sobre los temas anteriores?:

Hospital	<input type="text" value="1"/>	Colegio	<input type="text" value="3"/>	Otra entidad	<input type="text" value="5"/>	Otra persona <input type="text" value="6"/>
SCIS	<input type="text" value="2"/>	ONG	<input type="text" value="4"/>	Partera/doula	<input type="text" value="9"/>	

<p>12. ¿Usted deseaba quedar en embarazo?</p> <p>Si <input type="text" value="1"/> No <input type="text" value="2"/></p>	<p>13. ¿Cuál es el estado nutricional actual de la persona gestante según el control prenatal o concepto de salud?</p> <p>Bajo peso <input type="text" value="1"/> Peso adecuado <input type="text" value="2"/></p> <p>Exceso de peso <input type="text" value="3"/> Sin información <input type="text" value="4"/></p>	<p>14. El embarazo es múltiple?</p> <p>Si <input type="text" value="1"/> No <input type="text" value="2"/></p>	<p>15. ¿El embarazo ha sido clasificado como de alto riesgo?</p> <p>Si <input type="text" value="1"/> No <input type="text" value="2"/></p>	<p>16. ¿Cómo piensa alimentar a su hija-hijo cuando nazca?</p> <p>Leche materna <input type="text" value="1"/> Leche de fórmula <input type="text" value="2"/></p> <p>Leche de vaca <input type="text" value="3"/> Otros alimentos <input type="text" value="4"/></p>	<p>17. Después de la hija-hijo que está esperando, le gustaría tener otro?</p> <p>Tener otro <input type="text" value="1"/> No tener otro <input type="text" value="2"/></p> <p>Está indecisa/o Insegura/o <input type="text" value="3"/> Pase sección A</p>
--	---	--	---	---	--

[illegible]

	PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL		Código: FOR-PSS-334
	PROYECTO 7744 GENERACION DE OPORTUNIDADES PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA DE BOGOTÁ		Versión: 2
	FORMATO FICHA SIRBE SERVICIOS JARDINES INFANTILES Y CRECIENDO JUNTOS		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 ☒ Casa ☒ Ambulancia ☐ Centro de salud ☐ Espacio público ☐		2. Quien atendió el nacimiento de la niña o el niño? Médico ☒ Partera/doula ☐ Enfermera ☐ Personal no médico ☐		3. ¿El primer contacto piel a piel con su hija-o, después de nacer, fue? 1/2 hora o antes ☒ 2 horas ☐ 1 hora ☐ Más de 4 horas ☐		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? 3190 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 95			
7. La niña o el niño recibió leche materna alguna vez? Si ☒ No ☐		8. ¿Después de cuánto tiempo de nacido su hija-o inicio la lactancia materna? Inmediatamente ☒ Menos de 24 horas ☐ Menos de 1 hora ☐ Más de 24 horas ☐		9. ¿Actualmente el niño-o recibe leche materna? Si ☐ No ☒		10. La niña o el niño recibe algún alimento diferente a la leche materna? Si ☐ No ☐		11. ¿Qué edad tenía su hija-o cuando recibió un alimento diferente a la leche materna? Meses ☐		12. ¿Qué edad tenía su hija-o cuando dejó de darle leche materna completamente? 6 Meses			
13. ¿Asiste a valoración integral de la salud y el desarrollo (crecimiento y desarrollo)? Si ☒ No ☐		14. ¿Fecha del último control? 12/04/2024		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 ☐ Sin servicio de salud ☐ Desconocimiento ☐ Falta de tiempo ☐		16. ¿La niña o el niño cuenta con el esquema de vacunación al día? Si ☒ No ☐		17. ¿Por qué la niña o el niño no cuenta con el esquema de vacunación al día? Creencias religiosas o culturales ☐ Olvido ☐ Pérdida del carné ☐ Desconocimiento ☐ Falta de tiempo ☐		18. ¿Actualmente, la niña o el niño tiene una condición de salud? Si ☐ No ☐			
19. ¿La condición de salud de la niña o el niño, implica? (Selección múltiple) Uso de oxígeno durante el sueño ☐ Alimentación por sonda ☐ Procedimientos invasivos ☐ Toma de medicamentos ☐ Condiciones osteomusculares ☐ Uso de oxígeno permanente ☐ Traqueotomía ☐ Inmunodeficiencia ☐ Alteraciones en la piel ☐ Ninguno de los anteriores ☒		20. ¿La condición de salud de la niña o el niño pone en riesgo su vida al ingresar al entorno institucional? Si ☐ Requiere verificación ☐ No ☐		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 ☐ Realiza actividades sexuales pagas ☐ Ninguna ☒ Consumo de sustancias psicoactivas ☐		22. ¿Actualmente, la niña o el niño se encuentra expuesto a condiciones de?: (Selección múltiple) Habitabilidad en calle ☐ Espacios donde se desarrollan actividades sexuales pagas ☐ Consumo de sustancias psicoactivas ☐ Trabajo infantil ☐ Mendicidad ☐ Ninguna ☒		23. El padre o madre de la niña o niño es?: (Selección múltiple) Desmovilizado ☐ Militar con discapacidad ☐ Ninguna de las anteriores ☒ Desvinculado ☐ Militar fallecido ☐		24. El padre o madre de la niña o el niño trabaja en reciclaje? Si ☐ No ☒			
25. ¿Ha presentado solicitud de ingreso a?: (Selección múltiple) Jardín infantil Diurno ☐ Casas de pensamiento interculturales ☐ Hogar comunitario ICBF ☐ Institución privada ☐ Jardín infantil Nocturno ☐ Creemos en la ruralidad o espacios rurales ☐ Hogar infantil ICBF ☐ Institución Educativa distrital ☐ Creando juntos ☐ Centros Amar ☐ FAMI del ICBF ☐ Ninguno ☒		26. ¿Actualmente, el niño o la niña recibe atención en?: Jardín infantil Diurno ☐ Casas de pensamiento interculturales ☐ Hogar comunitario ICBF ☐ Institución privada ☐ Jardín infantil Nocturno ☐ Creemos en la ruralidad o espacios rurales ☐ Hogar infantil ICBF ☐ Institución Educativa distrital ☐ Creando juntos ☐ Centros Amar ☐ FAMI del ICBF ☐ Ninguno ☒		27. ¿Ha estado vinculado a modalidades familiares o institucionales de Educación inicial de la SDIS? Si ☐ No ☒		28. ¿En qué localidad? Usaquén ☐ Santa fe ☐ Usme ☐ Bosa ☐ Fontibón ☐ Suba ☐ Teusaquillo ☐ Antonio Nariño ☐ La Candelaria ☐ Ciudad Bolívar ☐ Chapinero ☐ San Cristóbal ☐ Tunjuelito ☐ Kennedy ☐ Engativá ☐ Barrios Unidos ☐ Los Mártires ☐ Puente Aranda ☐ Rafael Uribe ☐ Sumapaz ☐		29. ¿Cuál es el principal motivo por el que solicitó el servicio? Nuevas oportunidades para su calidad de vida ☐ Superar condiciones de segregación y discriminación ☐ Desarrollo integral para su hija-o ☒ Responde a las necesidades de la niña-o y su familia ☐ Fortalecimiento cultural ☐ Cuidado de su hija o hijo mientras trabaja ☐		30. ¿Considera importante fortalecer sus conocimientos sobre crianza y desarrollo integral de su hija-hijo? Si ☒ No ☐		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 ☐ No ☒	

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

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

1. ¿La niña o el niño en algún momento queda solo-a?: Si: ☐ 1 No: ☒ 2 <i>Pase a la pregunta 4</i>	2. ¿En qué momento: Mañana: ☐ 1 Tarde: ☐ 2 Noche: ☐ 3	3. ¿Cuánto tiempo queda solo-a?: 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 Madrasta: ☐ 4 Abuelo-a: ☐ 7 Hermano-a: ☐ 5 Tío-a: ☐ 6 Otro No pariente: ☐ 9	5. ¿Quién cuida a la niña o al niño en la mañana?: Papá: ☐ 1 Mamá: ☒ 2 Padrastro: ☐ 3 Madrasta: ☐ 4 Hermano-a: ☐ 5 Tío-a: ☐ 6 Abuelo-a: ☐ 7 Nadie: ☐ 10	6. ¿Quién cuida a la niña o al niño en la tarde?: Papá: ☐ 1 Mamá: ☒ 2 Padrastro: ☐ 3 Madrasta: ☐ 4 Hermano-a: ☐ 5 Tío-a: ☐ 6 Abuelo-a: ☐ 7 Nadie: ☐ 10
7. ¿Quién cuida a la niña o al niño en la noche?: Papá: ☐ 1 Mamá: ☒ 2 Padrastro: ☐ 3 Madrasta: ☐ 4 Hermano-a: ☐ 5 Tío-a: ☐ 6 Abuelo-a: ☐ 7 Nadie: ☐ 10	8. ¿Cuál es la edad en años del cuidador o la cuidadora principal?: <input type="text"/> 25	9. ¿Cuál es el sexo del cuidador o cuidadora principal?: Hombre: ☐ 1 Mujer: ☒ 2 Intersexual: ☐ 3	10. ¿Cuál es el género del cuidador o la cuidadora principal?: Masculino: ☐ 1 Femenino: ☒ 2 Transgénero: ☐ 3 No binario: ☐ 5 No informa: ☐ 4 No aplica: ☐ 98	11. ¿Cuál es la orientación sexual del cuidador -ra principal?: Heterosexual: ☒ 1 Bisexual: ☐ 3 No informa: ☐ 4 No aplica: ☐ 98 Lesbiana: ☐ 5 Gay: ☐ 6	12. Nivel educativo actual del cuidador o la cuidadora principal: Básica primaria: ☐ 7 Básica secundaria y media: ☐ 8 Técnico: ☐ 18 Tecnológico: ☐ 19 Universitaria incompleta (sin título): ☐ 21 Universitaria completa (con título): ☐ 12 Postgrado incompleto (sin título): ☐ 22 Postgrado completo (con título): ☐ 15
13. A qué se dedica el cuidador -ra principal?: Estudia: ☐ 1 Trabaja: ☐ 2 Otro: ☒ 3 <i>Cual? HOGAR</i>	14. En qué momento (selección múltiple): Mañana: ☒ 1 Tarde: ☒ 2 Noche: ☐ 3	15. El cuidador-ra principal presenta una discapacidad?: Si: ☐ 1 No: ☒ 2	16. El cuidador-ra principal presenta una enfermedad de alto costo: Si: ☐ 1 No: ☒ 2	17. Tipo de documento de identidad del cuidador-ra: Cédula de ciudadanía: ☒ 1 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: <input type="text"/> 11162802114
Nombres y apellidos del cuidador-ra principal (según documento identidad):		19. Primer Apellido: <input type="text"/> BOLANOS	20. Segundo Apellido: <input type="text"/> RIOS	21. Primer Nombre: <input type="text"/> DEOLY	22. Segundo Nombre: <input type="text"/> YOLISA
23. ¿La niña-niño se encuentra bajo medida de protección legal?: Si: ☐ 1 No: ☒ 2 <i>Pase a sección K</i>		24. ¿El niño o la niña ha estado bajo medida de protección legal?: Si: ☐ 1 No: ☒ 2 <i>Pase a sección K</i>		25. ¿En qué fecha el niño o la niña tuvo la medida de protección legal?: <input type="text"/> 0 0 0 0 0 0 0 0	

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 <i>pase a la sección L</i>	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 hijo o hija?: 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 diligencie 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 <i>Pase a sección H</i>	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 diligencie 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 mudo: ☐ Del comportamiento e hiperquinéticos: ☐ De los procesos cognitivos: ☐ TRANS ESPECTRO AUTISTA (TEA): TEA: ☐ AUDITIVA: Hipoacusia: ☐ Sordera: ☐ VISUAL: Baja visión: ☐ Ceguera: ☐ INTELLECTUAL: Síndrome de Down: ☐ Intelectual: ☐ FISICA: Osteomuscular: ☐ Neuromuscular: ☐ Parálisis cerebral (EMOC): ☐ PSICOSOCIAL: Psicosocial: ☐	2. Tiene diagnóstico clínico relacionado con la discapacidad?: Si: ☐ 1 No: ☒ 2 <i>Pase a la pregunta 5</i>	3. Cuenta con el certificado de discapacidad?: Si: ☐ 1 No: ☒ 2 <i>Pase a la pregunta 5</i>	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 <i>Pase a la pregunta 7</i>	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 <i>Pase a la sección N</i>	10. De qué tipo: Fonoaudiología: ☐ 1 Fisioterapia: ☐ 2 Terapia ocupacional: ☐ 3 Neurología: ☐ 4 Otro: ☐ 5 <i>-cual?</i>						

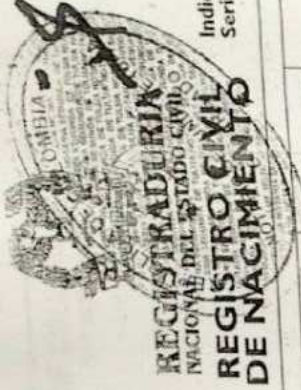
	PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL	Código: FOR-PSS-334
	PROYECTO 7744 GENERACION DE OPORTUNIDADES PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA DE BOGOTÁ	Versión: 2
	FORMATO FICHA SIRBE SERVICIOS JARDINES INFANTILES Y CRECIENDO JUNTOS	Fecha: Memo 12023015020-24/05/2023
		Página: 4 de 4

SECCIÓN N. DESCRIPCIÓN Y REFERENCIACIÓN

1. Descripción de la problemática: LA MADRE MANIFIESTA QUE NO CUENTA CON REDES DE APOYO PARA EL CUIDADO DE LA NIÑA, SE ENCUENTRA EN LA BUSQUEDA DE UNA ESTABILIDAD LABORAL Y ASI PODER AYUDAR ECONOMICAMENTE CON LOS GASTOS DEL HOGAR MOTIVO POR EL CUAL SOLICITA EL CUPO, EL PAPA DE LA NIÑA NO RESIDE EN BOGOTÁ, PERO RESPONDE ECONOMICAMENTE POR LOS GASTOS DE LA MENOR.	2. Concepto técnico: HOGAR FAMILIAR NUCLEAR CON JEFAURA FEMENINA Y UNICO PROVEEDOR ECONOMICO, LA NIÑA QUEDA EN LISTA DE ESPERA TAN PRONTO SE CUENTE CON EL CUPO SE LE BRINDARA UN CUIDADO CALIFICADO CON EL PROFESIONAL DE ATENCION IDONEO.	3. Acciones a seguir: Ingreso prioritario: ☐ 1 Lista de espera - Cumple criterios de ingreso: ☒ 2 X No cumple criterios de ingreso: ☐ 3 4. ¿Requiere visita domiciliaria? - Si: ☐ 1 No: ☒ 2 X <i>Pass a la pregunta 5</i> 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 X <i>Pass a la pregunta 8</i> Integrante: Proyecto: Modalidad: Integrante: Proyecto: Modalidad: Integrante: Proyecto: Modalidad: Integrante: Proyecto: Modalidad: 8. Referenciación a otra entidad: - Si: ☐ 1 - No: ☒ 2 <i>Finalice</i> Integrante: 2 ¿Cuál?: SISBEN - PORTABILIDAD Integrante: 4 ¿Cuál?: SISBEN - PORTABILIDAD Integrante: ¿Cuál?: Integrante: ¿Cuál?:
---	---	---

	PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES	Código: FOR-PSS-743
	FORMATO REGISTRO DE DILIGENCIAMIENTO DE FICHA SIRBE EN FÍSICO	Versión: 0
		Fecha: Memo 12024000787 - 12/01/2024
		Página: 1 de 1

LOCALIDAD: Bogotá	UNIDAD OPERATIVA: JIC La Florida	RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA: Jennifer Cardona
NOMBRE DEL RECOLECTOR: Alejandra Sencato S.	DOCUMENTO DE IDENTIDAD CC X CE OTRO CUAL? Número # 52911443	
NOMBRE SOLICITANTE / BENEFICIARIO: Elisa Rioscos B.	DOCUMENTO DE IDENTIDAD CC CE OTRO X CUAL? RC Número # 1117360893	
FECHA DE ENTREGA PARA DIGITACIÓN: 10/01/2024	NOMBRE DEL DIGITADOR AL QUE SE ENTREGA LA FICHA: Cesar F. Peña	



UIP 1117360893

REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial

58383591

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría	☐	Notaría	☒	Número	☐	Consulado	☐	Corregimiento	☐	Inspección de Policía	☐	Código	W	B	A
---------------	--------------------------	---------	-------------------------------------	--------	--------------------------	-----------	--------------------------	---------------	--------------------------	-----------------------	--------------------------	--------	---	---	---

País - Departamento - Municipio - Corregimiento o Inspección de Policía

COLOMBIA - VALLE DEL CAUCA - TULUA NOTARIA 2 TULUA

Datos del inscrito

Primer Apellido	BOLAÑOS										Segundo Apellido			
RIASCOS														
ELISA														
Nombre(s)														
Sexo (en letras)														
FEMENINO														
Grupo sanguíneo														
O														
Factor RH														
POSITIVO														
Fecha de nacimiento														
Año 2020 Mes OCT Día 09														
Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento o Inspección)														
COLOMBIA - VALLE DEL CAUCA - TULUA														

Número certificado de nacido vivo

15933195-9

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigo

CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO

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

Apellidos y nombres completos

BOLAÑOS RIOS DERLY YULISA											Nacionalidad	COLOMBIA		
Documento de identificación (Clase y número)														
CC No. 1116280214														

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

Apellidos y nombres completos

RIASCOS MONTAÑO JESUS ALBERTO											Nacionalidad	COLOMBIA		
Documento de identificación (Clase y número)														
CC No. 1113700044														

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

BOLAÑOS RIOS DERLY YULISA											Firma	Derly Yulisa Bolaños Rios		
Documento de identificación (Clase y número)														
CC No. 1116280214														

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número)												
Firma												

Documento de identificación (Clase y número)

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número)												
Firma												

Documento de identificación (Clase y número)

Fecha de inscripción

Nombre y firma del funcionario que autoriza el registro

Año 2020 Mes OCT Día 15											Nombre y firma	ANDRES FELIPE SOLANO		
-------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	----------------	----------------------	--	--

Reconocimiento paterno

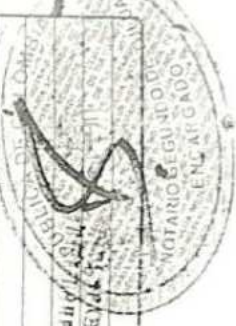
Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

Firma												
Nombre y firma												

ESPACIO PARA NOTAS

LIBRO DE VARIOS: FOLIO 308; OTRO: L.V. 196, F. 214. NO SE TOMAN HUELLAS PLANTARES DE ACUERDO A CIRCULAR NO. 37 27/03/2020 DE LA R.N.E.C.; 15/10/2020

Notario Segundo (EVIDENCIA)												
Andrés Felipe Solano												
Notario Segundo (EVIDENCIA)												



- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUP **36.292.263**

RIBOT ZULETA

MARTHA LUCIA

COL

28 ENE 1962

RIOFRIO (VALLE)

12 JUN 2000, MITALTO

19 NOV 2032

008964537

REGISTRATION CARD
Registration Page Three

ICCOL008964537419061<<<<<<<<<<<<
8201261F3211197COL36292283<<<8
RIOS<ZULETA<<MARTHA<LUCIA<<<<<

3

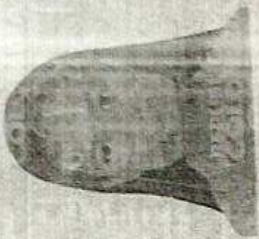
REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NÚMERO 1.116.280.214
BOLAÑOS RIOS

APELLIDOS
DERLY YULISA

NOMBRES
Derly Yulisa Bolaños Rios

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 02-SEP-1998
PITALITO (HUILA)

LUGAR DE NACIMIENTO
ESTATURA 1.59
G.S. RH O+

SEXO F

14-SEP-2016 TULUA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

INDICE DERECHO

REGISTRO NACIONAL
ANEXOS DE SALUD Y C.A.

P-3110000-00054602-F-1116280214-20161008 0051770613A 1 49950695



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO 1.112.300.402

VILLEGAS RIOS

APELLIDOS

SANTIAGO

NOMBRES

Santiago Villegas

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 15-MAY-2007

RIOFRIO
(VALLE)

LUGAR DE NACIMIENTO

15-MAY-2025

FECHA DE VENCIMIENTO

O+

G S RH

M

SEXO

03-SEP-2014 BUENAVENTURA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Santiago Villegas Rios
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ABEL SANCHEZ TORRES

CÓDIGO DE IDENTIFICACION



P-3101900-00652201-M-1112300402-20141212

0041910491A 3

2873047277

Edad	Me protege de	Dosis	Aplicación	Laboratorio	Numero de lote	IPS vacunadora	Proxima cita	Nombre del Vacunador
Recien Nacido	Lactancia materna exclusiva	☐ SI ☒ No	Unica	04/1/20	Serum	0379605	03/04/20	San Francisco
	Tuberculosis B.C.G.		Recien nacido	04/04/20	Serum	0329005	03/04/20	San Francisco
	Hepatitis B							
2 Meses	Lactancia materna exclusiva	☐ SI ☒ No		04-12-2005	04/12/2005	04/12/2005	04/12/2005	04/12/2005
	Polio (Oral - IM)	1°		04-12-2005	04/12/2005	04/12/2005	04/12/2005	04/12/2005
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus	1°		04-12-2005	04/12/2005	04/12/2005	04/12/2005	04/12/2005
	Influenza Tipo B y Difteria - Tétano (DPT)	1°		04-12-2005	04/12/2005	04/12/2005	04/12/2005	04/12/2005
	Rotavirus	1°		04-12-2005	04/12/2005	04/12/2005	04/12/2005	04/12/2005
	Neumococo	1°		04-12-2005	04/12/2005	04/12/2005	04/12/2005	04/12/2005
4 Meses	Lactancia materna exclusiva	☐ SI ☒ No		09-02-2021	09/02/2021	09/02/2021	09/02/2021	09/02/2021
	Polio (Oral - IM)	2°		09-02-2021	09/02/2021	09/02/2021	09/02/2021	09/02/2021
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus	2°		09-02-2021	09/02/2021	09/02/2021	09/02/2021	09/02/2021
	Influenza Tipo B y Difteria - Tétano (DPT)	2°		09-02-2021	09/02/2021	09/02/2021	09/02/2021	09/02/2021
	Rotavirus	2°		09-02-2021	09/02/2021	09/02/2021	09/02/2021	09/02/2021
	Neumococo	2°		09-02-2021	09/02/2021	09/02/2021	09/02/2021	09/02/2021
6 Meses	Polio (Oral - IM)	3°		04-04-2021	04/04/2021	04/04/2021	04/04/2021	04/04/2021
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus	3°		04-04-2021	04/04/2021	04/04/2021	04/04/2021	04/04/2021
	Influenza Tipo B y Difteria - Tétano (DPT)	3°		04-04-2021	04/04/2021	04/04/2021	04/04/2021	04/04/2021
	Influenza	1°		02-08-2021	02/08/2021	02/08/2021	02/08/2021	02/08/2021
	Influenza	2°		10-09-21	10/09/21	10/09/21	10/09/21	10/09/21
	Sarampión Rubéola Paperas (SRP)	1°		11-10-21	11/10/21	11/10/21	11/10/21	11/10/21
7 Meses	Fiebre Amarilla	1°		11-10-21	11/10/21	11/10/21	11/10/21	11/10/21
	Neumococo	Refuerzo		11-10-21	11/10/21	11/10/21	11/10/21	11/10/21
	Influenza	Refuerzo		11-10-21	11/10/21	11/10/21	11/10/21	11/10/21
	Hepatitis A	UNICA		11-10-21	11/10/21	11/10/21	11/10/21	11/10/21
12 Meses	Difteria - Tostferina - Tétano (DPT)	1° Refuerzo		19-04-22	19/04/22	19/04/22	19/04/22	19/04/22
	Polio (Oral - IM)	1° Refuerzo		19-04-22	19/04/22	19/04/22	19/04/22	19/04/22
	Polio (Oral - IM)	2° Refuerzo		19-04-22	19/04/22	19/04/22	19/04/22	19/04/22
	Difteria - Tostferina - Tétano (DPT)	2° Refuerzo		19-04-22	19/04/22	19/04/22	19/04/22	19/04/22
18 Meses	Sarampión Rubéola Paperas (SRP)	Refuerzo		20-04-23	20/04/23	20/04/23	20/04/23	20/04/23
5 Años	Polio (Oral - IM)	1°		20-04-23	20/04/23	20/04/23	20/04/23	20/04/23
	Difteria - Tostferina - Tétano (DPT)	1°		20-04-23	20/04/23	20/04/23	20/04/23	20/04/23
	Polio (Oral - IM)	2°		20-04-23	20/04/23	20/04/23	20/04/23	20/04/23
	Polio (Oral - IM)	3°		20-04-23	20/04/23	20/04/23	20/04/23	20/04/23
Vacunas complementarias y otras dosis	Bivalente 52	U		11-11-21	11/11/21	11/11/21	11/11/21	11/11/21
	Difteria - Tostferina - Tétano (DPT)	U		11-11-21	11/11/21	11/11/21	11/11/21	11/11/21

La leche materna es el mejor y único alimento que deben recibir los niños durante los primeros 6 meses de vida; a partir de esta edad y hasta que cumplan dos años se debe continuar la lactancia materna y complementar con otros alimentos nutritivos.

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL PBS EPS EMISSANAR EPS SAS

Régimen Subsidiado

La EPS EMISSANAR EPS SAS, CERTIFICA que el afiliado relacionado a continuación, presenta la siguiente información a la fecha de su expedición:

Tipo y Número de identificación:

Apellidos: RC 1117360893
Nombres: RIASCOS BOLANOS
Ficha Sisben: ELISA
Nivel Sisben: 76834563954800003494
Grupo Sisben: Nivel I
Tipo de discapacidad: B03
Plan de salud: Ninguna
Estado de servicio: Régimen Subsidiado
Fecha de Afiliación: Vigente
Departamento de Afiliación: 24/07/2022
Municipio de Afiliación: VALLE DEL CAUCA
Zona: TULUA
Urbana

IV - Afiliado cumple con metodología IV SISBEN.

IPS de atención de primer nivel

IPS	Dirección	Servicio
ESE HOSPITAL RUBEN CRUZ VELEZ - TULUA (VALLE)	CL 20 # 14 - 45	MEDICINA GENERAL

Tiene derecho a recibir los servicios contemplados en el Plan de Beneficios en Salud. Valida únicamente para comprobación de derechos de la red prestadora, en la fecha de expedición. No es válido para aclarar multifiliación ni para traslados (Decreto 806 Artículo 55 y 56).

Señores Prestadores: Esta certificación es válida únicamente para corroborar el estado del afiliado en el momento de la prestación del servicio, de la población contratada y remitida periódicamente por la institución según normatividad. En ningún momento esta certificación puede ser empleada para reemplazar las autorizaciones necesarias para la prestación de servicios en los niveles superiores de complejidad.

En constancia se firma el 8 de Julio de 2024 a solicitud del interesado.



**JEFE COMERCIAL
EMSSANAR EPS SAS**

Toda certificación generada es almacenada en base de datos para su verificación, la modificación parcial o total de este documento puede incurrir en un delito.



acueducto

AGUA Y ALCANTARILLADO DE BOGOTÁ

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



Escanea y paga tu factura

CUENTA CONTRATO
Número para cualquier consulta
10426255

Factura de Servicios Públicos No.
Número para pagos
40600625715

TOTAL A PAGAR
Agua + Alcantarillado + Asco (si aplica ver al respaldo)
+ Gastos Terceros (si aplica ver al respaldo)
\$618.240

Fecha de pago oportuno
ENE/22/2024
Fecha de suspensión
ENE/25/2024

Resumen de su cuenta

FECHA DE EXPEDICIÓN: ENE/10/2024
RANGO CMO BASICO

Descripción	Cant. Med	Costo		Subsidio (V) Aporte	Tarifa Valor Unitario
		Valor Unitario	Valor Total		
Acueducto	1	\$17.263,66	\$17.264	\$2.590	\$14.674,12
Cargo fijo residencial	22	\$3.273,95	\$72.071	\$10.811	\$2.784,56
Consumo residencial básico	46	\$3.273,95	\$150.694	\$0	\$3.273,95
Cargo fijo no residencial					
Consumo no residencial					
Subtotal Acueducto			\$240.029	\$13.401	
Alcantarillado	1	\$6.205,80	\$6.206	\$1.231	\$5.974,94
Cargo fijo residencial	22	\$3.502,01	\$77.044	\$11.556	\$2.976,71
Consumo residencial básico	46	\$3.502,01	\$161.062	\$0	\$3.502,00
Cargo fijo no residencial					
Consumo no residencial					
Subtotal Alcantarillado			\$246.342	\$12.787	

Beneficio Mínimo Vital hasta 12 m³
Periodo actual
\$0

TOTAL AGUA, ALCANTARILLADO Y OTROS COBROS \$460.180

CONSUMO MES \$230.092
CONSUMO-DIA \$7.670



INSTITUTO TECNISISTEMAS

Haga Efectivo este BONO en cualquiera de nuestros Programas

\$90.000

Pbx: 601 7456382

301 3337699
<https://institutoecnisistema.com/>



SEDES:

Fortitón - Suba - Ferias - Vereda
Bosa - Kennedy y Funza

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

Fecha de diligenciamiento:

02072024
D D M M A A A A

Número de ficha

20241079A110949
Año Localidad Proyecto Código unidad operativa

SECCIÓN A. VARIABLES BÁSICAS

1. Primer Apellido, según su documento de identidad: <u>Comas.</u>			2. Segundo Apellido, según su documento de identidad: <u>Gutierrez.</u>			3. Primer Nombre, según su documento de identidad: <u>Josue.</u>			4. Segundo Nombre, según su documento de identidad: <u>David.</u>		
5. ¿Con cuál género se identifica? * (Esta pregunta aplica solo a personas mayores de 14 años): Masculino ☐ Femenino ☐ Transgénero ☐ (Travesti, transexual, transformista) No binario ☐ No informa ☐ No Aplica ☒			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 ☐ Transgénero Femenina ☐			8. ¿Cuál es su orientación sexual? * (Esta pregunta aplica solo a personas mayores de 14 años): Heterosexual ☐ Bisexual ☐ Otro, ¿Cuál? _____ Lesbiana ☐ No informa ☐ No Aplica ☒ Gay ☐		
9. Tipo de documento de identificación: Cédula de ciudadanía ☐ Cédula de extranjería ☐ Tarjeta de identidad ☐ Registro civil ☒ Pasaporte ☐ Permiso especial de permanencia ☐ Salvo conducto ☐ Permiso por protección temporal ☐ Sin identificación ☐			10. Número de documento de identificación: <u>1233699999</u>			11. Municipio nacimiento: <u>Bogotá</u>			12. Departamento nacimiento: <u>Cundinamarca</u>		
13. País nacimiento: <u>Colombia.</u>			14. Sexo de nacimiento: Hombre ☒ Mujer ☐ Intersexual ☐			15. Fecha de nacimiento (según su documento de identidad): <u>01/01/2001</u>			16. Estado civil: Soltero/a ☒ Casado/a ☐ Unión libre ☐ Separado/a ☐ Divorciado/a ☐ Viudo/a ☐ Unión marital de hecho ☐		
17. Nivel educativo actual: Educación inicial modalidad familiar ☐ Educación inicial modalidad institucional ☐ Preescolar ☐ Básica primaria ☐ Técnico ☐ Básica secundaria y media ☐ Universitaria incompleta (sin título) ☐ Tecnológico ☐ Postgrado incompleto (sin título) ☐ Universitaria completa (con título) ☐ Postgrado completo (con título) ☐ Educación desde lo propio ☐ Ninguno ☒			18. Años aprobados: <u>0</u>			19. ¿Es persona cuidador/a? (pregunta para mayores de 14 años): Sí ☐ No ☒ (pase a la pregunta 25)			20. ¿Es cuidador/a de niños, niñas menores de 5 años? (Aplica para personas mayores de 14 años): Sí ☐ No ☒		
21. ¿Es cuidador/a de niños, niñas entre 06 a 10 años?: Sí ☐ No ☒			22. ¿Es cuidador/a de personas con discapacidad?: Sí ☐ No ☒			23. ¿Es cuidador/a de personas mayores?: Sí ☐ No ☒			24. ¿Dedica su tiempo a labores del cuidado de casa?: Sí ☐ No ☒		
25. Actividad Principal: * (Esta pregunta aplica solo a personas mayores de 3 años): Buscando trabajo ☐ Trabajo no remunerado ☐ Sin actividad ☐ Estudiando ☐ Jubilado / pensionado ☐ Cuidador ☐ Trabajo Formal ☐ Trabajo Informal ☐ No aplica ☒			26. Rol ocupacional: * (Esta pregunta aplica solo a personas mayores de 14 años): Vendedor Informal ☐ Cachivachero ☐ Recicladore ☐ Cuidado directo ☐ Jornalero ☐ Actividades rurales ☐ Cotero ☐ Actividades Sexuales pagadas ☐ Actividades Artísticas callejeras ☐ Cuidado indirecto ☐ Vigilar finca o predio ☐ Otras ocupaciones ☐ Carretero ☐ Mendicidad ☐ Vigilar o limpiar carros ☐ Calibrar llantas ☐ Estudiante ☐ No aplica ☒			27. ¿Cuántas horas a la semana dedica al rol ocupacional seleccionado? (Esta pregunta aplica solo a mayores de 14 años): <u>0</u> Horas					
28. Valor de los ingresos mensuales: * (Esta pregunta aplica solo a personas mayores de 14 años): <u>0</u>			29. Forma de percibir los ingresos: * (Aplica solo a personas mayores de 14 años): Diario ☐ Semanal ☐ Mensual ☐ Quincenal ☐ Esporádico ☐ No aplica ☒			30. Localidad donde desarrolla su rol ocupacional: * (Esta pregunta aplica solo a personas mayores de 14 años): Usaquén ☐ San Cristóbal ☐ Bosa ☐ Engativá ☐ Teusaquillo ☐ Puente Aranda ☐ Ciudad Bolívar ☐ Chapinero ☐ Usme ☐ Kennedy ☐ Suba ☐ Los Mártires ☐ La Candelaria ☐ Sumapaz ☐ Santa fe ☐ Tunjuelito ☐ Fontibón ☐ Barrios Unidos ☐ Antonio Nariño ☐ Rafael Uribe ☐ No Aplica ☒					
31. ¿Está afiliado a seguridad social?: Sí ☒ No ☐ (pase a la pregunta 34)			32. Régimen de seguridad social: Contributivo ☒ Subsidiado ☐ Especial ☐			33. Calidad del afiliado: Aplica solo si la respuesta en la pregunta 32 es "Contributivo" Beneficiario ☒ Cotizante ☐			34. ¿Tiene clasificación de Sisben?: Sí ☐ No ☒		
						35. Clasificación Sisben: <u>0</u>					

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

D D M M A A A A

Número de ficha

2 0 2 4 1 0 7 7 4 4 1 1 0 9 4 4

Año

Localidad

Proyecto

Código unidad operativa

SECCIÓN B. VARIABLES TRANSVERSALES

<p>1. Persona con discapacidad</p> <p>Si ☐ 1</p> <p>No ☒ 2 <i>Pase a 4</i></p>		<p>2. Tipo de discapacidad</p> <p>Física ☐ 20 Auditiva ☐ 31 Intelectual ☐ 39</p> <p>Psicosocial ☐ 40 Visual ☐ 32 Sordo ciego ☐ 10</p> <p>Alteración del desarrollo ☐ 37 Múltiple ☐ 42 Trastornos del espectro autista (TEA) ☐ 38</p>		<p>3. Presenta alguna de las siguientes dificultades o limitaciones permanentes para:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Acción / Dificultad</th> <th>No puedo hacerlo</th> <th>Si, con mucha dificultad</th> <th>Si, con alguna dificultad</th> <th>Puedo hacerlo sin dificultad</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. ¿Relacionarse o interactuar con las demás personas?</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2. ¿Hablar o conversar?</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>3. ¿Agarrar o mover objetos con las manos?</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>4. ¿Entender, aprender, recordar o tomar decisiones por sí mismo(a)?</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>5. ¿Oír la voz o los sonidos?</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>6. ¿Mover el cuerpo, caminar o subir y bajar escaleras?</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>7. ¿Ver de cerca, de lejos o alrededor?</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>8. ¿Comer, vestirse o bañarse por sí mismo(a)?</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>				Acción / Dificultad	No puedo hacerlo	Si, con mucha dificultad	Si, 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)?					<p>4. Tipología de estructura familiar</p> <p>Hogar familiar Nuclear ☒ 1 Hogar familiar amplio compuesto ☐ 3</p> <p>Hogar familiar extenso ☐ 2 Hogar familiar sin núcleo ☐ 4</p> <p>Hogar no familiar unipersonal ☐ 5 Hogar no familiar sin núcleo ☐ 6</p>		<p>5. Situaciones y/o condiciones diferenciadas de las familias</p> <p>Familia con pertenencia étnica ☐ 1</p> <p>Familia transgeneracional ☐ 2</p> <p>Familia víctimas del conflicto armado ☐ 3</p> <p>No aplica ☒ 98</p>		<p>6. Identifique su nacionalidad con las siguientes opciones:</p> <p>Nacional ☒ 1</p> <p>Otra nacionalidad ☐ 2</p> <p>Binacional ☐ 3</p> <p>Múltiple nacionalidad ☐ 4</p> <p>Sin nacionalidad ☐ 5</p> <p>No reporta ☐ 6</p>	
Acción / Dificultad	No puedo hacerlo	Si, con mucha dificultad	Si, 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)?																																																										
<p>7. ¿Es una persona migrante?</p> <p>Si ☐ 1</p> <p>No ☒ 2 <i>Pase a 4</i></p>		<p>8. Grupo étnico: ¿De acuerdo con su cultura, pueblo o rasgos físicos, es o se reconoce como?</p> <p>Indígena ☐ 1 Palenquero de San Basilio ☐ 4</p> <p>Rrom (Gitano) ☐ 2 Negro/a, Mulato/a, afro colombiano/a, o afro descendiente ☐ 5</p> <p>Rasos del Antipalio de San Andrés, Providencia y Santa Catalina ☐ 3 Ninguno de los anteriores ☐ 6</p>		<p>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 refiere el instructivo)</p> <p>Nasa (Paéz) ☐ 1 Quillaseño ☐ 4 Sikuani ☐ 6 Misak Misak ☐ 60</p> <p>Wayuu ☐ 2 Uitoto ☐ 85 Tubu ☐ 67 Eperara-sapidara ☐ 30</p> <p>Pastos ☐ 85 Senú ☐ 5 Yanacunas ☐ 7 Ingas ☐ 9</p> <p>Cañamomo ☐ 10 Kichwas ☐ 15 Arhuacos ☐ 13 Embera Chami ☐ 35</p> <p>Muscas ☐ 16 Kankuamo ☐ 45 Piya ☐ 14 Embera Dobida ☐ 29</p> <p>Awa (Kwaker) ☐ 11 Kogua ☐ 49 Kubeo ☐ 50 Embera Katio ☐ 34</p> <p>Ninguno de los anteriores ☐ 17</p>				<p>10. Parentesco con jefe/a de la familia</p> <p>Jefe/a núcleo familiar ☐ 1 Padre/Madre ☐ 3 Hija/o ☒ 5 Hermano/a ☐ 7 Primo/a ☐ 9 Nieto/a ☐ 11 Otro No parente ☐ 13</p> <p>Cónyuge o compañero/a ☐ 2 Padrastro / Madrastra ☐ 4 Abuelo/a ☐ 6 Tío/a ☐ 8 Sobrino/a ☐ 10 Otro parente ☐ 12 Hijastra ☐ 14</p>		<p>11. ¿Víctima de conflicto armado?</p> <p>Si ☐ 1</p> <p>No ☒ 2 <i>Pase a 15</i></p>		<p>12. Número registro único de víctimas</p> <p>_____</p>		<p>13. Año en que realiza la declaración:</p> <p>_____</p>																																												
<p>14. Si respondió afirmativamente la pregunta 11, indique los motivos: (Selección múltiple)</p> <p>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</p> <p>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</p> <p>Orfandad ☐ 10 No informa ☐ 17</p>												<p>15. ¿Habita en calle?</p> <p>Si ☐ 1 <i>Pase a 17</i></p> <p>No ☒ 2 <i>Pase a 18</i></p>		<p>16. ¿Se encuentra en riesgo de habitar en calle?</p> <p>Si ☐ 1</p> <p>No ☒ 2</p>		<p>17. ¿Ha recibido capacitación, formación o tiene experiencia en algún arte u oficio? (Esta pregunta aplica solo a personas mayores de 14 años)</p> <p>Si ☐ 1</p> <p>No ☐ 2</p> <p>No aplica ☒ 98</p> <p><i>Si la respuesta es 2 o 98 Pase a 18</i></p>																																										

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

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

Agricultura y labores del campo	☐ 1	Reciclaje	☐ 5	Cuidado de personas mayores	☐ 9	Mecánica	☐ 13	Cocina	☐ 17	Carpintería	☐ 21
Artesanías	☐ 2	Ventas ambulantes	☐ 6	Cuidado de personas enfermas	☐ 10	Jardinería	☐ 14	Sistemas	☐ 18	Plomería	☐ 22
Construcción	☐ 3	Cuidado de personas con discapacidad	☐ 7	Confección	☐ 11	Electricidad	☐ 15	Operano 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

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	No informa	☐ 3
----	----------------------------	----	---------------------------------------	------------	----------------------------

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)	\$ 330.000 =	Recreación	\$ 0 =
Servicios públicos domiciliarios (agua, energía, gas, teléfono fijo, internet, teléfono celular, televisión por cable)	\$ 70.000 =	Gastos en salud (consultas, medicamentos, etc.)	\$ 0 =
Pagos a terceros cuidadores	\$ 0 =	Transporte o movilidad de los integrantes del hogar	\$ 0 =
Artículos de aseo personal	\$ 50.000 =	Educación (útiles, pensión, transporte escolar, fotocopias, etc.)	\$ 0 =
Alimentación	\$ 150.000 =	Total	\$ 600.000 =

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

Si	☐ 1	No	☒ 2	No informa	☐ 3
----	----------------------------	----	---------------------------------------	------------	----------------------------

 GOBIERNO DE BOGOTÁ SECRETARÍA DE DESARROLLO 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:

D	D	M	M	A	A	A	A
---	---	---	---	---	---	---	---

Número de ficha

2	0	2	4	1	0	7	7	4	4	1	2	0	9	4	4
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Año

Localidad

Proyecto

Código unidad operativa

SECCION C. UBICACIÓN GEOGRÁFICA

1. Localidad donde habita Usaquén <input type="text" value="1"/> Santa fe <input type="text" value="3"/> Usme <input type="text" value="5"/> Bosa <input type="text" value="7"/> Fontibón <input type="text" value="9"/> Suba <input type="text" value="11"/> Teusaquillo <input type="text" value="13"/> Antonio Nariño <input type="text" value="15"/> La Candelaria <input type="text" value="17"/> Ciudad Bolívar <input type="text" value="19"/> Chapinero <input type="text" value="2"/> San Cristóbal <input type="text" value="4"/> Tunjuelito <input type="text" value="6"/> Kennedy <input type="text" value="8"/> Engativá <input type="text" value="10"/> Barrios Unidos <input type="text" value="12"/> Los Mártires <input type="text" value="14"/> Puente Aranda <input type="text" value="16"/> Rafael Uribe <input type="text" value="18"/> Sumapaz <input type="text" value="20"/>								2. UPZ o UPR: <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; text-align: center;">30</div>		3. Nombre del barrio / Vereda: <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">Florencia Blanca</div>			
4. Escriba su dirección completa: Calle <input type="text" value="CL"/> <input type="text" value="Y"/> Transversal <input type="text" value="TV"/> <input type="text" value=""/> Avenida <input type="text" value="AV"/> <input type="text" value=""/> Carrera <input type="text" value="KR"/> <input type="text" value=""/> Avenida calle <input type="text" value="AC"/> <input type="text" value=""/> Diagonal <input type="text" value="DG"/> <input type="text" value=""/> Avenida carrera <input type="text" value="AK"/> <input type="text" value=""/>				Número de la vía principal: <input type="text" value="68"/> Nombre de la vía principal: <input type="text"/> Nombre sinónimo de la vía principal: <input type="text"/>		Alfabetico <input type="text" value="A"/> BIS <input type="text"/> Cuadrante <input type="text" value="S"/> <input type="text" value="S"/> Número vía generadora <input type="text" value="91"/> Alfabetico <input type="text"/> Número placa <input type="text" value="42"/> Cuadrante <input type="text" value="S"/> <input type="text" value="S"/> <input type="text" value="E"/> <input type="text" value="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 PL. 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. Celula 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 <input type="text" value="1"/> ☒ Rural <input type="text" value="2"/> ☐ Urbana sin dirección <input type="text" value="3"/> ☐		7. Estrato socio - económico del predio Uno <input type="text" value="1"/> ☐ Tres <input type="text" value="3"/> ☒ Cinco <input type="text" value="5"/> ☐ Dos <input type="text" value="2"/> ☐ Cuatro <input type="text" value="4"/> ☐ Cero <input type="text" value="0"/> ☐		8. Teléfono fijo de contacto: <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; text-align: center;">0</div>		9. Teléfono celular de contacto: <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; text-align: center;">311 841 4515</div>							
10. Correo electrónico de contacto: <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; text-align: center;">O</div>		11. ¿Habita en una vivienda?: Si <input type="text" value="1"/> ☒ No <input type="text" value="2"/> ☐ <small>pase a la pregunta 16</small>		12. Tipo de vivienda Casa o apartamento <input type="text" value="1"/> ☐ Vivienda móvil <input type="text" value="4"/> ☐ Lugar de trabajo <input type="text" value="7"/> ☐ Cuarto o cuartos <input type="text" value="2"/> ☒ Casa lote <input type="text" value="5"/> ☐ Rancho <input type="text" value="8"/> ☐ Inquilinato <input type="text" value="3"/> ☐ Residencia <input type="text" value="6"/> ☐ Finca <input type="text" value="9"/> ☐ Paga diario <input type="text" value="10"/> ☐		13. Condición de la vivienda Ruina <input type="text" value="1"/> ☐ Demolición <input type="text" value="2"/> ☐ Buen estado <input type="text" value="3"/> ☐ Aceptable <input type="text" value="4"/> ☒ Mal Estado <input type="text" value="5"/> ☐		14. Tenencia de la vivienda Propia <input type="text" value="1"/> ☐ otra forma <input type="text" value="3"/> ☐ Amortizado <input type="text" value="4"/> ☐ Arrendada <input type="text" value="2"/> ☒		15. Forma de pago Diaria <input type="text" value="1"/> ☐ Mensual <input type="text" value="2"/> ☒ Quincenal <input type="text" value="3"/> ☐ Semanal <input type="text" value="4"/> ☐ Contributivo <input type="text" value="5"/> ☐		16. Lugar diferente a vivienda donde habita: Equipamiento Urbano <input type="text" value="1"/> ☐ Refugio natural <input type="text" value="2"/> ☐	

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

Fecha de diligenciamiento:

D	D	M	M	A	A	A	A
---	---	---	---	---	---	---	---

 Número Ficha:

2	0	2	4	1	0	7	7	4	4	1	2	0	9	4	4
Año					Localidad			Proyecto			Código Unidad Operativa				

SECCION E. MODALIDAD DE ATENCION

1. Indique la modalidad en la cual se diligencia la ficha SIRBE Modalidades Familiares: <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> Creciendo Juntos ☐ Creemos en la Ruralidad ☐ </div>										Modalidades institucionales: Si selecciona alguna de las modalidades institucionales diligencie la pregunta 2 y pase a la seccion I. <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> Jardines Infantiles ☒ Jardines Infantiles Nocturnos ☐ Casas De Pensamiento Intercultural ☐ Espacios Rurales ☐ </div>									
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 LA FLORIDA.									

SECCION F. A QUIEN VA DIRIGIDA LA MODALIDAD FAMILIAR:

1. La modalidad se solicita para:		2. ¿La atención de la niña-niño en la modalidad se ha realizado desde la gestación?:		3. ¿La niña o niño es menor de 6 meses y está lactando?	
Gestante... <input type="text" value="1"/>	Pase a sección G	Niña - niño... <input type="text" value="2"/>	Si... <input type="text" value="1"/>	Nombre de la madre: _____	Nº. Identificación de la madre: _____
				No... <input type="text" value="2"/>	
				Si... <input type="text" value="1"/>	Pase a sección H
				No... <input type="text" value="2"/>	Pase a sección I

SECCIÓN G. CONCEPCIÓN Y GESTACIÓN:

1. ¿Cuál fue la fecha de inicio de su última menstruación FUM?: <div> <div>D</div> <div>D</div> <div>M</div> <div>M</div> <div>A</div> <div>A</div> <div>A</div> <div>A</div> </div>		2. ¿Asiste a control prenatal?: Si... <div><div>1</div></div> No... <div><div>2</div></div> <i>Pase a la pregunta 4</i>		3. ¿Fecha del último control médico?: <div> <div>D</div> <div>D</div> <div>M</div> <div>M</div> <div>A</div> <div>A</div> <div>A</div> <div>A</div> </div>		4. ¿Número de hijas-hijos nacidos vivos?: Entre 1 y 3... <div><div>1</div></div> Más de 6... <div><div>3</div></div> Entre 4 y 6... <div><div>2</div></div> Ninguna... <div><div>93</div></div>		5. ¿Qué edad tiene el padre de la hija-hijo que espera?: Entre 14 y 16 años <div><div>1</div></div> Entre 21 y 40 años <div><div>3</div></div> Menor de 14 años <div><div>5</div></div> Entre 17 y 20 años <div><div>2</div></div> Más de 41 años... <div><div>4</div></div>			
6. ¿Cuenta con el apoyo del padre de su hija-hijo para el cuidado de su embarazo?: Si... <div><div>1</div></div> No... <div><div>2</div></div>		7. ¿Quién cuidará principalmente a su hija-hijo después del nacimiento?: Padres... <div><div>1</div></div> Sólo Padre... <div><div>3</div></div> Otros parientes... <div><div>5</div></div> Modalidad institucional para la Primera infancia... <div><div>7</div></div> Sólo Madre... <div><div>2</div></div> Abuelo-a... <div><div>4</div></div> Otros no parientes... <div><div>6</div></div>		8. ¿Recibió información o capacitación sobre sus derechos sexuales y reproductivos, antes de quedar embarazada?: Si... <div><div>1</div></div> No... <div><div>2</div></div> <i>Pase a la pregunta 10</i>		9. ¿Quién le brindó la información sobre sus derechos?: Hospital... <div><div>1</div></div> Colegio... <div><div>3</div></div> Amigos-as... <div><div>5</div></div> Madre... <div><div>7</div></div> SDIS... <div><div>2</div></div> ONG... <div><div>4</div></div> Hermanos-as... <div><div>6</div></div> Padre... <div><div>8</div></div> Partera/ doula... <div><div>9</div></div>					
10. ¿Ha recibido información o capacitación acerca de algunos de estos temas?: (selección múltiple) Cuidados durante la gestación... <div><div>1</div></div> Lactancia materna... <div><div>3</div></div> Construcción del vínculo afectivo madre-hijo... <div><div>6</div></div> Ninguna... <div><div>93</div></div> <i>Pase a la pregunta 12</i> Sus derechos y los de su pareja en el momento del parto... <div><div>2</div></div> Desarrollo infantil... <div><div>5</div></div> Prevención de accidentes en el hogar... <div><div>4</div></div>						11. ¿Quién le brindó la información sobre los temas anteriores?: Hospital... <div><div>1</div></div> Colegio... <div><div>3</div></div> Otra entidad... <div><div>5</div></div> Otra persona... <div><div>6</div></div> SDIS... <div><div>2</div></div> ONG... <div><div>4</div></div> Partera/ doula... <div><div>9</div></div>					
12. ¿Usted deseaba quedar en embarazo?: Si... <div><div>1</div></div> No... <div><div>2</div></div>		13. ¿Cuál es el estado nutricional actual de la persona gestante según el control prenatal o concepto de salud? Bajo peso... <div><div>1</div></div> Peso adecuado... <div><div>2</div></div> Exceso de peso... <div><div>3</div></div> Sin información... <div><div>4</div></div>		14. El embarazo es múltiple? Si... <div><div>1</div></div> No... <div><div>2</div></div>		15. ¿El embarazo ha sido clasificado como de alto riesgo?: Si... <div><div>1</div></div> No... <div><div>2</div></div>		16. ¿Cómo piensa alimentar a su hija-hijo cuando nazca?: Leche materna... <div><div>1</div></div> Leche de fórmula... <div><div>2</div></div> Leche de vaca... <div><div>3</div></div> Otros alimentos... <div><div>4</div></div>		17. Después de la hija-hijo que está esperando, le gustaría: Tener otro... <div><div>1</div></div> No tener otro... <div><div>2</div></div> Está indecisa/o Insegura/o... <div><div>3</div></div> <i>Pase sección 4</i>	

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

<p>1. ¿Qué tipo de parto tuvo?</p> <p>Vaginal..... <input type="text" value="1"/></p> <p>Cesárea..... <input type="text" value="2"/></p>		<p>2. ¿Para el parto tuvo la oportunidad de elegir (selección múltiple)?</p> <p>Lugar donde se producirá el parto..... <input type="text" value="1"/></p> <p>Tipo de parto..... <input type="text" value="2"/> Ninguna..... <input type="text" value="93"/></p> <p>La posición de parir..... <input type="text" value="3"/></p> <p>La elección del acompañante..... <input type="text" value="4"/></p>		<p>3. ¿Está usando un método anticonceptivo?</p> <p>Si..... <input type="text" value="1"/></p> <p>No..... <input type="text" value="2"/></p>		<p>4. ¿En cuánto tiempo desea tener otro embarazo?</p> <p>Antes de 1 año..... <input type="text" value="1"/></p> <p>Antes de 2 años..... <input type="text" value="2"/></p> <p>Después de 2 años o más..... <input type="text" value="3"/></p> <p>No tendrá más embarazos..... <input type="text" value="4"/></p>		<p>5. ¿Ha recibido información o capacitación acerca de algunos de estos temas?: (selección múltiple)</p> <p>Lactancia materna..... <input type="text" value="3"/></p> <p>Desarrollo infantil..... <input type="text" value="5"/></p> <p>Construcción del vínculo afectivo madre-hijo..... <input type="text" value="6"/></p> <p>Prevención de accidentes en el hogar..... <input type="text" value="4"/></p> <p>Ninguna..... <input type="text" value="93"/></p>				
<p>6. ¿Quién le brindó la información sobre los temas anteriores?:</p> <p>Hospital..... <input type="text" value="1"/></p> <p>SDIS..... <input type="text" value="2"/></p> <p>Colegio..... <input type="text" value="3"/></p> <p>ONG..... <input type="text" value="4"/></p> <p>Otra entidad..... <input type="text" value="5"/></p> <p>Partera/ doula..... <input type="text" value="9"/></p> <p>Otra persona..... <input type="text" value="6"/></p>						<p>7. ¿Qué opina sobre esta afirmación: "Se debe amamantar a su hijo e hija durante los primeros 6 meses de vida de forma exclusiva":</p> <p>Totalmente de acuerdo..... <input type="text" value="1"/></p> <p>Parcialmente de acuerdo..... <input type="text" value="2"/></p> <p>En desacuerdo..... <input type="text" value="3"/></p>			<p>8. ¿Tiene información sobre cómo iniciar la alimentación complementaria?</p> <p>Si..... <input type="text" value="1"/></p> <p>No..... <input type="text" value="2"/></p>		<p>9. ¿Tiene acompañamiento para su cuidado durante la lactancia?</p> <p>Si..... <input type="text" value="1"/></p> <p>No..... <input type="text" value="2"/></p>	

	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 Casa... ☐ 3 Ambulancia... ☐ 5 Centro de salud... ☐ 2 Espacio público... ☐ 4		2. Quien atendió el nacimiento de la niña o el niño? Médico... ☐ 1 Partera/doula... ☐ 3 Enfermera... ☐ 2 Personal no médico... ☐ 4		3. ¿El primer contacto piel a piel con su hija-o, después de nacer, fue?: ½ hora o antes... ☐ 1 2 horas... ☐ 3 1 hora... ☐ 2 Más de 4 horas... ☐ 4		4. ¿En qué semana de gestación nació su hija-o?: 39 Semanas DATO VALIDO ENTRE 22 Y 42		5. ¿Cuál fue el peso de su hija-o al nacer?: 2990 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 No... ☐ 2		8. ¿Después de cuánto tiempo de nacido su hija-o inicio la lactancia materna?: Inmediatamente... ☐ 1 Menos de 24 horas... ☐ 3 No sabe/No responde... ☐ 5 Menos de 1 hora... ☐ 2 Más de 24 horas... ☐ 4		9. ¿Actualmente el niño-o recibe leche materna?: Si... ☐ 1 No... ☐ 2		10. La niña o el niño recibe algún alimento diferente a la leche materna?: Si... ☐ 1 No... ☐ 2		11. ¿Qué edad tenía su hija-o cuando recibió un alimento diferente a la leche materna?: _____ Meses.		12. ¿Qué edad tenía su hija-o cuando dejó de darle leche materna completamente?: 11 Meses			
13. ¿Asiste a valoración integral de la salud y el desarrollo (crecimiento y desarrollo)?: Si... ☐ 1 No... ☐ 2		14. ¿Fecha del último control?: 19/11/2023		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 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			
19. ¿La condición de salud de la niña o el niño, implica?: (Selección múltiple) Uso de oxígeno durante el sueño... ☐ 1 Alimentación por sonda... ☐ 3 Procedimientos invasivos... ☐ 5 Toma de medicamentos... ☐ 7 Condiciones osteomusculares... ☐ 9 Uso de oxígeno permanente... ☐ 2 Traqueotomía... ☐ 4 Inmunodeficiencia... ☐ 6 Alteraciones en la piel... ☐ 8 Ninguno de los anteriores... ☐ 96		20. ¿La condición de salud de la niña o el niño pone en riesgo su vida al ingresar al entorno institucional?: Si... ☐ 1 Requiere verificación... ☐ 3 No... ☐ 2		21. ¿Actualmente, el padre, la madre o el cuidador de la niña o el niño presenta alguna de las siguientes condiciones?: (Selección múltiple) Habitabilidad en calle... ☐ 1 Realiza actividades sexuales pagas... ☐ 2 Ninguna... ☐ 93 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		23. El padre o madre de la niña o niño es?: (Selección múltiple) Desmovilizado... ☐ 1 Militar con discapacidad... ☐ 3 Ninguna de las anteriores... ☐ 96 Desvinculado... ☐ 2 Militar fallecido... ☐ 4		24. El padre o madre de la niña o el niño trabaja en reciclaje?: Si... ☐ 1 No... ☐ 2			
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 Creemos 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		26. ¿Actualmente, el niño o la niña recibe atención en?: Jardín Infantil Diurno... ☐ 1 Casas de pensamiento interculturales... ☐ 4 Hogar comunitario ICBF... ☐ 7 Institución privada... ☐ 10 Jardín Infantil Nocturno... ☐ 2 Creemos 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		28. ¿En qué localidad?: Usaquén... ☐ 1 Santa fe... ☐ 3 Usme... ☐ 5 Bosa... ☐ 7 Fontibón... ☐ 9 Suba... ☐ 11 Teusaquillo... ☐ 13 Antonio Nariño... ☐ 15 La Candelaria... ☐ 17 Ciudad Bolívar... ☐ 19 Chapinero... ☐ 2 San Cristóbal... ☐ 4 Tunjuelito... ☐ 6 Kennedy... ☐ 8 Engativá... ☐ 10 Barrios Unidos... ☐ 12 Los Mártires... ☐ 14 Puente Aranda... ☐ 16 Rafael Uribe... ☐ 18 Sumapaz... ☐ 20		29. ¿Cuál es el principal motivo por el que solicitó el servicio?: Nuevas oportunidades para su calidad de vida... ☐ 1 Superar condiciones de segregación y discriminación... ☐ 2 Desarrollo integral para su hija-o... ☐ 3 Responde a las necesidades de la niña-o y su familia... ☐ 4 Fortalecimiento cultural... ☐ 5 Cuidado de su hija o hijo mientras trabaja... ☐ 6		30. ¿Considera importante fortalecer sus conocimientos sobre crianza y desarrollo integral de su hija-hijo?: Si... ☐ 1 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	

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

Fecha de diligenciamiento:

D	D	M	M	A	A	A	A
---	---	---	---	---	---	---	---

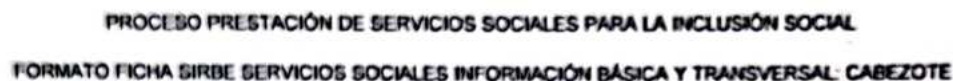
Número de ficha

2	0	2	4	1	0	7	7	4	4	1	1	0	9	4	4
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		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		
	Tipo	Número	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 ¿Es víctima del conflicto armado?	Motivo	¿Ha recibido capacitación, formación o tiene experiencia en algún arte u oficio?	De acuerdo con la respuesta anterior ¿En qué cree que puede desempeñarse?
								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	Afiado al régimen de seguridad social	Régimen de seguridad social						Calidad del afiliado	¿Persona con discapacidad?	Tipo							
																													Años aprobados						
1	1	39024168	1 Gutierrez 2 Rojas	1 Edith. 2	2	2	1	18	11	1984	40	1	1	8	Si	Si	Si	X	Si	Si	X	12	32	48	1.000.000	5	10	X	2	Si	6	Si	Si	No	
2	6	1.133.699 999	1 Comas 2 Gutierrez	1 Josue 2 David	1	98	98	01	01	1021	3	1	5	1	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	78	78				X	2	Si	6	Si	Si	No		
3			1 2	1 2											Si	Si	Si	Si	Si	Si						Si		Si		Si	Si	No			
4			1 2	1 2											Si	Si	Si	Si	Si	Si						Si		Si		Si	Si	No			
5			1 2	1 2											Si	Si	Si	Si	Si	Si						Si		Si		Si	Si	No			
															No	No	No	No	No	No						No		No		No	No	No aplica			



Página: 6 de 6

[illegible]

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 de la SOG no divulgar información alguna en propósitos diferentes a la de este registro ni poner a los sancionados íntegros a que haya lugar de acuerdo con la Ley 1248 de 2012 y Decreto 1077 de 2015.

	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 ☐ No ☒ <i>Pase a la pregunta 4</i>	2. ¿En qué momento: Mañana ☐ Tarde ☒ Noche ☐	3. ¿Cuánto tiempo queda sólo-a?: Menos de una (1) hora ☐ Entre 1 y 3 horas ☒ Más de tres (3) horas ☐	4. ¿Quién es el cuidador principal de la niña o el niño: Papá ☐ Madrastra ☐ Abuelo-a ☐ Mamá ☒ Hermano-a ☐ Otro pariente ☐ Padrastro ☐ Tío-a ☐ Otro No pariente ☐	5. ¿Quién cuida a la niña o al niño en la mañana?: Papá ☐ Hermano-a ☐ Otro pariente ☐ Mamá ☒ Tío-a ☐ Otro No pariente ☐ Padrastro ☐ Abuelo-a ☐ Nadie ☐ Madrastra ☐	6. ¿Quién cuida a la niña o al niño en la tarde?: Papá ☐ Hermano-a ☐ Otro pariente ☐ Mamá ☒ Tío-a ☐ Otro No pariente ☐ Padrastro ☐ Abuelo-a ☐ Nadie ☐ Madrastra ☐
7. ¿Quién cuida a la niña o al niño en la noche?: Papá ☐ Hermano-a ☐ Otro pariente ☐ Mamá ☒ Tío-a ☐ Otro No pariente ☐ Padrastro ☐ Abuelo-a ☐ Nadie ☐ Madrastra ☐		8. ¿Cuál es la edad en años del cuidador o la cuidadora principal?: 40		9. ¿Cuál es el sexo del cuidador o cuidadora principal?: Hombre ☐ Mujer ☒ Intersexual ☐	
10. ¿Cuál es el género del cuidador o la cuidadora principal?: Masculino ☐ Transgénero ☐ No binario ☐ Femenino ☒ No informa ☐ No aplica ☐		11. ¿Cuál es la orientación sexual del cuidador -ra principal?: Heterosexual ☒ Lesbiana ☐ Bisexual ☐ Gay ☐ No informa ☐ No aplica ☐		12. Nivel educativo actual del cuidador o la cuidadora principal: Básica primaria ☐ Básica secundaria y media ☒ Técnico ☐ Tecnológico ☐	
13. A qué se dedica el cuidador -ra principal? Estudia ☐ Trabaja ☒ Otro ☐ ¿Cuál?:		14. En qué momento (selección múltiple): Mañana ☒ Tarde ☒ Noche ☐		15. El cuidador-ra principal presenta una discapacidad?: Si ☐ No ☒	
16. El cuidador-ra principal presenta una enfermedad de alto costo: Si ☐ No ☒		17. Tipo de documento de identidad del cuidador-ra: Cédula de ciudadanía ☒ Registro civil ☐ Cédula de extranjería ☐ Pasaporte ☐ Tarjeta de identidad ☐ PEP ☐		18. Número de documento de identidad del cuidador-ra principal: 39024-166	
19. Primer Apellido: GUTIERREZ 20. Segundo Apellido: ROJAS 21. Primer Nombre: EDITH 22. Segundo Nombre:					
23. ¿La niña-niño se encuentra bajo medida de protección legal?: Si ☐ No ☒ 24. ¿El niño o la niña ha estado bajo medida de protección legal?: Si ☐ No ☒ <i>Pase a sección K</i> 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 ☐ Rural disperso ☒	2. La familia de la niña o el niño o la gestante a partir de sus prácticas culturales se reconoce como: Campesino/a ☐ Rural ☒ <i>pase a la sección L</i>	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 hijo o hija?: Si ☐ No ☒
4. ¿La familia de la niña o el niño o gestante conserva tradiciones campesinas?: Si ☐ No ☒		5. ¿Para la familia es importante conservar las tradiciones campesinas, en su vida cotidiana?: Si ☐ No ☒

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 diligencie 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 ☐ No ☒	3. ¿Para la familia es importante que en la atención se conserven las tradiciones del grupo étnico al que pertenece?: Si ☐ No ☒
2. ¿El niño o la niña, la persona gestante, conserva tradiciones del grupo étnico al que pertenece?: Si ☐ No ☒ <i>Pase a sección H</i>	4. ¿Para la familia es importante conservar en su vida cotidiana las tradiciones del grupo étnico al que pertenece?: Si ☐ No ☒

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 diligencie 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): <table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 33%;"> ALTERACIONES EN EL DESARROLLO Del habla y del lenguaje ☐ De la función motriz ☐ Del desarrollo mixto ☐ Del comportamiento e hiperquintéticos ☐ De los procesos cognitivos ☐ </td> <td style="width: 33%;"> TRANS. ESPECTRO AUTISTA (TEA) TEA ☐ AUDITIVA Hipoacusia ☐ Sordera ☐ </td> <td style="width: 33%;"> VISUAL Baja visión ☐ Ceguera ☐ INTELLECTUAL Síndrome de Down ☐ Intelectual ☐ </td> </tr> <tr> <td colspan="3"> FISICA Osteomuscular ☐ Neuromuscular ☐ Parálisis cerebral (EMOC) ☐ PSICOSOCIAL Psicosocial ☐ </td> </tr> </table>	ALTERACIONES EN EL DESARROLLO Del habla y del lenguaje ☐ De la función motriz ☐ Del desarrollo mixto ☐ Del comportamiento e hiperquintéticos ☐ De los procesos cognitivos ☐	TRANS. ESPECTRO AUTISTA (TEA) TEA ☐ AUDITIVA Hipoacusia ☐ Sordera ☐	VISUAL Baja visión ☐ Ceguera ☐ INTELLECTUAL Síndrome de Down ☐ Intelectual ☐	FISICA Osteomuscular ☐ Neuromuscular ☐ Parálisis cerebral (EMOC) ☐ PSICOSOCIAL Psicosocial ☐			2. Tiene diagnóstico clínico relacionado con la discapacidad?: Si ☐ No ☒ <i>Pase a la pregunta 5</i> 3. Cuenta con el certificado de discapacidad?: Si ☐ No ☒ <i>Pase a la pregunta 5</i> 4. La niña o el niño está inscrito en el RLCPD?: Si ☐ No ☒ 5. Requiere ayuda técnica para las actividades de la vida diaria?: Si ☐ No ☒ <i>Pase a la pregunta 7</i> 6. Cuenta con ella?: Si ☐ No ☒ 7. Es independiente para el desplazamiento?: Si ☐ No ☒
ALTERACIONES EN EL DESARROLLO Del habla y del lenguaje ☐ De la función motriz ☐ Del desarrollo mixto ☐ Del comportamiento e hiperquintéticos ☐ De los procesos cognitivos ☐	TRANS. ESPECTRO AUTISTA (TEA) TEA ☐ AUDITIVA Hipoacusia ☐ Sordera ☐	VISUAL Baja visión ☐ Ceguera ☐ INTELLECTUAL Síndrome de Down ☐ Intelectual ☐					
FISICA Osteomuscular ☐ Neuromuscular ☐ Parálisis cerebral (EMOC) ☐ PSICOSOCIAL Psicosocial ☐							
8. Apoyos requeridos en el servicio?: Intermitente o Limitado ☐ Extenso o Generalizado ☒ En observación ☐							
9. Cuenta con habilitación o rehabilitación en salud?: Si ☐ No ☒ <i>Pase a la sección N</i>							
10. De qué tipo: Fonoaudiología ☐ Fisioterapia ☐ Terapia ocupacional ☐ Neurología ☐ Otro ☐ -cuál?							

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

SECCIÓN N. DESCRIPCIÓN Y REFERENCIACIÓN:

1. Descripción de la problemática: <p>La mamá manifiesta que no cuenta con redes de apoyo para el cuidado del niño ya que hace poco llegó de Soledad - Atlántico, manifiesta que vive en un solo cuarto con el niño en donde trabaja no cuenta con las prestaciones sociales, manifiesta que solicita el cupo para poder buscar una mejor estabilidad laboral y así brindarle una mejor calidad de vida a su hijo.</p>	2. Concepto técnico: <p>Hogar familiar nuclear, con Jefa de familia femenina y único proveedor económico, fragilidad social alta ya que sus ingresos en ocasiones no alcanzan a cubrir las necesidades básicas del hogar. El niño queda en lista de espera y tan pronto se cuente con el cupo de lebrndar una atención integral con el profesional de atención idóneo</p>	3. Acciones a seguir: Ingreso prioritario: ☐ 1 Lista de espera - Cumple criterios de ingreso: ☒ 2 No cumple criterios de ingreso: ☐ 3
		4. ¿Requiere visita domiciliar? - Si... ☐ 1 No... ☒ 2 <i>Pase a la pregunta 5</i> 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 <i>Pase a la pregunta 8</i> Integrante: _____ Proyecto: _____ Modalidad: _____ Integrante: _____ Proyecto: _____ Modalidad: _____ Integrante: _____ Proyecto: _____ Modalidad: _____ Integrante: _____ Proyecto: _____ Modalidad: _____
		8. Referenciación a otra entidad: - Si... ☒ 1 - No... ☐ 2 <i>Finalice</i> Integrante: <u>1</u> ¿Cuál?: <u>SISEN - PORTABILDA</u> Integrante: <u>1</u> ¿Cuál?: <u>SISEN - PORTABILDA</u> Integrante: _____ ¿Cuál?: _____ Integrante: _____ ¿Cuál?: _____

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

LOCALIDAD: <u>Bogotá</u>	UNIDAD OPERATIVA: <u>JU La Florida</u>	RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA: <u>Jennifer Calderón</u>
NOMBRE DEL RECOLECTOR: <u>Juan Domínguez Ibáñez</u>	DOCUMENTO DE IDENTIDAD CC ☒ CE ☐ OTRO ☐ CUAL? _____	Número # <u>10262591022</u>
NOMBRE SOLICITANTE / BENEFICIARIO: <u>Josue Comas G</u>	DOCUMENTO DE IDENTIDAD CC ☐ CE ☒ OTRO ☐ CUAL? <u>RC</u>	Número # <u>1233694949</u>
FECHA DE ENTREGA PARA DIGITACIÓN: <u>16/02/2024</u>	NOMBRE DEL DIGITADOR AL QUE SE ENTREGA LA FICHA: <u>Edson Peréz</u>	

NUPI 1.233.638.993

REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO

Indicativo 61421071
Serial

Datos de la oficina de registro - Clave de oficina

Registro ☒ Nacimiento ☐ Nacimiento ☐ Contratación ☐ Inscripción de Faltas ☐ Código E T Y
REGISTRADURIA DE AUXILIAR ENGATIVA SEOR 2 COLOMBIA CUNDINAMARCA

Datos del inscrito

Primer Apellido: CORIAS Segundo Apellido: GUTIERREZ
Nombre: JOSE DAVID
Fecha de nacimiento: Año 2021 Mes ENE Día 01 Sexo (en letras): MASCULINO Grupo sanguíneo: A Factor Rh: POSITIVO
Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Estrato según la ley 1612 de 2013): COLOMBIA CUNDINAMARCA BOGOTA D.C.

Tipo de documento anterior a la inscripción o declaración de nacimiento: CERTIFICADO MEDICO O DE HACIDO VIVO. Número certificado de nacimiento: 16289344-0.

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: GUTIERREZ ROJAS EDITH.

Documento de identificación (Clase y número): CC 39.024.168. Nacionalidad: 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: COMAS HERNANDEZ CARLOS MARIO.

Documento de identificación (Clase y número): CC 1.085.167.520. Nacionalidad: COLOMBIA.

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: COMAS HERNANDEZ CARLOS MARIO
Documento de identificación (Clase y número): CC 1.085.167.520
Firma: Carlos Mario Comas H

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

Año 2021 Mes FEB Día 01
Nombre y firma del funcionario que autoriza: CLARA MARCELA VARIAS ASCENCIO - R
Firma: Clara Marcela Varias Ascencio

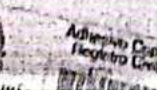
Reconocimiento paterno

Firma: Carlos Mario Comas H
Nombre y firma del funcionario que hace el reconocimiento: Clara Marcela Varias Ascencio - R
Firma: Clara Marcela Varias Ascencio

04 FEB 2021 - LIBRO DE VARIOS PARA NOTAR FOLIO 11219
Firma: Clara Marcela Varias Ascencio



ESTE REGISTRO ES FOTOCOPIA AUTENTICA DEL ORIGINAL, EL CUAL REPOSA EN LOS ARCHIVOS DE ESTA OFICINA. ART. 115 DECRETO LEY 1260 DE 1970 Y ART. 1 DECRETO 278 DE 1972, TIENE VIGENCIA PERMANENTE. ART. 2 DECRETO 2189 DE 1983; SE OMITE SELLO SEGUN ART. 11 DECRETO 2150 DE 1995. SE EXPIDE PARA ACREDITAR PARENTES PARENTESCO.



Adaptado para el Registro Civil
WILLIAM ERNESTO LANCHEROS RUIZ
FECHA DE EXPEDICION: 20 OCT 2022
IDOR AUXILIAR DEL ESTADO CIVIL ENGATIVA CENTRO - BOGOTA D.C. L-10-2

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

39 024.168

GUTIERREZ ROJAS
APELLIDOS

EDITH
NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 18-NOV-1984

EL BANCO
(MAGDALENA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.65
ESTATURA

A+
G.S. RH

F
SEXO

07-JUN-2003 EL BANCO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS SALAS VALE

INDICE DERECHO

P-2102500-51118291-F-0039024168-20071005

00292 07281L 02 140072461

Tel 311.8414515:

**PROGRAMA DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO GRATUITO
IDENTIFICACIÓN E INSCRIPCIÓN TEMPRANA**

Al momento de nacer Fecha

PRIMER CONTROL MEDICO

Durante el primer mes de vida Fecha

SEGUIMIENTO POR ENFERMERIA

Edad	Fecha de cita programada	Fecha en que asistió	Profesional que atendió
1 a 3 meses			
4 a 6 meses			
7 a 9 meses			
10 a 12 meses			
13 a 16 meses			
17 a 20 meses			
21 a 24 meses			
25 a 30 meses			
31 a 36 meses			
37 a 48 meses			
49 a 60 meses			
61 a 66 meses			
67 a 72 meses			
73 a 78 meses			
79 a 84 meses			
8 años (1)			
8 años (2)			
9 años			

Todos los niños deben recibir suplementos con Hierro y Vitamina A, cada 6 meses desde los 6 meses hasta los 3 años de edad, de acuerdo al protocolo de la estrategia AIEPI.

Edad	Fecha	Edad	Fecha
6 meses		42 meses	
12 meses		48 meses	
18 meses		54 meses	
24 meses		60 meses	
36 meses		66 meses	

En todos los niños se debe realizar toma de TSH al momento de nacer para estudio de hipotiroidismo.

Valor reportado TSH:

Fecha verificación:

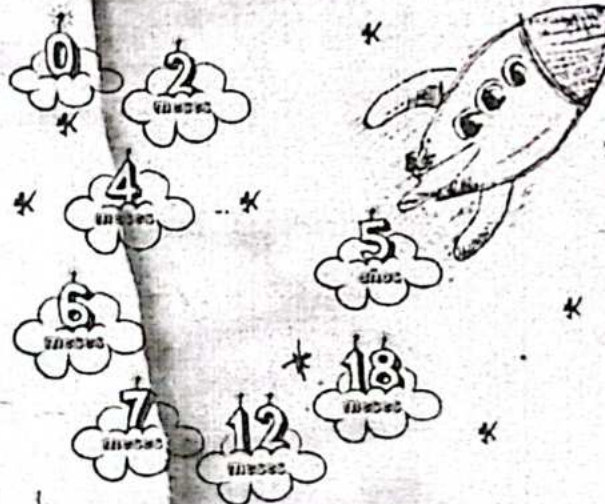
Profesional que verificó:

Exíjalo

Vacunar oportunamente con todas las dosis a sus hijos, garantiza la protección frente a enfermedades como:

Poliomielitis, Difteria, Tétanos, Tosferina, Hepatitis, Enfermedad diarreica producida por rotavirus, Neumonías, Meningitis tuberculosa, Fiebre amarilla, Sarampión, Paperas, Meningitis por Haemophilus, Influenza tipo B, Rubéola e Influenza.

**Edad de aplicación de las vacunas
a los niños y niñas menores de 6 años**



- * Cualquier día es bueno para vacunar a sus hijos.
- * En Colombia todos los días son días de vacunación.
- * Es fácil, gratis y sobre todo muy importante.

República de Colombia
Ministerio de Salud y Protección Social
Dirección de Promoción y Prevención
Subdirección de Enfermedades Transmisibles
Programa Ampliado de Inmunizaciones

www.minsalud.gov.co
Atención al Ciudadano: 018000 95 25 25



**de cero
siempre**



MinSalud

Ministerio de Salud y Protección Social

**Vacunas al día,
se la ponemos fácil**

CARNÉ DE VACUNACIÓN

Nombre: Josue David Carrasquilla

Fecha de nacimiento: 01-01-2021

Nº de certificado de nacido vivo: 449

Registro civil: 1233699999

Sexo: Masculino

Grupo sanguíneo: A (+)

Peso al nacer: _____

Dirección: 3202807431

Teléfono: _____

Responsable: Edith Gutierrez Rojas

Municipio de residencia: Bogotá

Departamento: Cundinamarca

**Recuerda:
Estas vacunas son gratuitas**



**PROSPERIDAD
PARA TODOS**

Nombre:

Registro Civil:

Edad	Me protege de	Dosis	Fecha de Aplicación			Laboratorio	Número de lote	IPS vacunadora	Fecha próxima cita			Nombre del Vacunador
			Día	Mes	Año				Día	Mes	Año	
Recien Nacido	Lactancia materna exclusiva	SI No	2-01-21			Serum	0399215					
	Tuberculosis B.C.G.	Única	01-01-21			Serum	0200051					
	Hepatitis B	Recién nacido										
2 Meses	Lactancia materna exclusiva	SI No	01 MAR 2021			Sanofi	T308					
	Polio (Oral - IM)	1*	01 MAR 2021			Serum	28590313					
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus	1*	01 MAR 2021			GSK	AROL 70010					
	Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tetano (DPT)	1*	01 MAR 2021			GSK	ASP 3772A					
	Rotavirus	1*										
	Neumococo	1*										
4 Meses	Lactancia materna exclusiva	SI No	03-05-21			Biological	2071004					
	Polio (Oral - IM)	2*	03-05-21			Serum	28000080					
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus	2*				GSK	AROL 70010					
	Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tetano (DPT)	2*				GSK	ASP 3772A					
	Rotavirus	2*										
	Neumococo	2*										
	Continúe la lactancia materna hasta que cumpla dos años e inicie alimentación complementaria nutritiva.											
6 Meses	Polio (Oral - IM)	3*	03-07-21			Billhaven	2021007					
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus	3*	03-07-21			Serum	2800018E					
	Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tetano (DPT)	3*	03-07-21			Sanofi	V33871					
	Influenza	1*	03-07-21			Sanofi	V33871					
7 Meses	Influenza	2*	03-08-21			Sanofi	V33871					
	Sarampión Rubéola Paperas (SRP)	1*	3-01-22			Serum	01010174A					
	Fiebre Amarilla	1*	20-12-22			Sanofi	V3305 ESE					
12 Meses	Neumococo	Reforzo	3-01-22			GSK	AROL 70010					
	Influenza	Annual	22-7-22			GSK	AROL 70010					
	Hepatitis A	UNICA	3-01-22			MSD	01010174A					
18 Meses	Difteria - Tosferina - Tetano (DPT)	1° Refuerzo	22/7/22			GSK	AROL 70010					
	Polio (Oral - IM)	1° Refuerzo										
	Polio (Oral - IM)	2° Refuerzo										
5 Años	Difteria - Tosferina - Tetano (DPT)	2° Refuerzo	11-04-2023			Serum	01310174A					
	Sarampión Rubéola Paperas (SRP)	Reforzo										
Niñas	VPH	1*										
9 Años o más	VPH	2*										
	VPH	3*										
	Sarampión-Rubéola	0	03-07-21			Serum	01010174A					
	Varicela	1	3-01-22			MSD	01010174A					
	Covid-19	2ª	01-02-23			Moderna	01310174A					
	Covid-19	3ª										

La leche materna es el mejor y único alimento que deben recibir los niños durante los primeros 6 meses de vida; a partir de esta edad y hasta que cumplan dos años se debe continuar la lactancia materna y complementar con otros alimentos nutritivos.

**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

Afiliado:

COLUMNA	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	RC
NUMERO DE IDENTIFICACIÓN	1233000000
NOMBRES	JOSUE DAVID
APELLIDOS	COMAS GUTIERREZ
FECHA DE NACIMIENTO	12/12/1999
DEPARTAMENTO	BOGOTÁ D.C.
MUNICIPIO	BOGOTÁ D.C.

ENTIDAD	RÉGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
SALUD TOTAL ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO Y DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO S.A.	CONTRIBUTIVO	01/01/2021	31/12/2000	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión: 05/23/2024 10:02:25 | Estación de origen: 192.168.70.220

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 y 2154 de 2021 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.

En relación con la afiliación contenida 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 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 novedad que haya presentado la EPS o EOC. A su vez, la Fecha de Finalización de Afiliación (31/12/2000) determina que el afiliado se encuentra vinculado con la entidad que genera la consulta.

La calidad de los datos y la información reportada a la Base de Datos Única de Afiliados - BDUA, junto con el reporte oportuno de las novedades para actualizar la base de datos, corresponde directamente a su fuente de información: la EPS o EOC.

Se utilizará por parte de las EPS y los prestadores de servicios de salud, como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como motivo para denegar la prestación de los servicios de salud a los usuarios.

Al solicitar, modificar sus datos o su estado de afiliación en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, se aclara que estas actualizaciones dependen netamente de las EPS y no de la ADRES, por lo cual la solicitud debe ser enviada a la EPS donde se presenta la afiliación.

[IMPRIMIR](#) [CERRAR VENTANA](#)

Activar Windows

enel

Bogotá



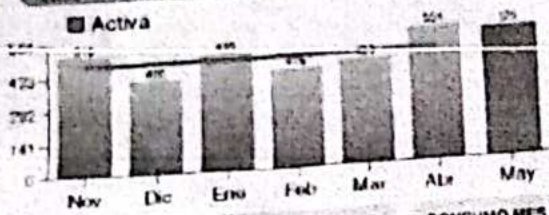
ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P.
NIT 900.000.000
Calle 84 No. 13 - 41 Piso 1

OSCAR ENRIQUE AGUILERA SARMIENTO
KR 78 NO 69 A 38
BOGOTÁ, D.C. - SANTA HELENITA



18 503 0744 / 074 640407

COMPORTAMIENTO CONSUMO



VALOR kWh APLICADO
\$890.27

CONSUMO DIARIO
16.94 kWh

VALOR DIARIO
\$14.516

PERIODO FACTURADO:
23 ABR 2024 A 23 MAY 2024

DÍAS FACTURADOS:
31

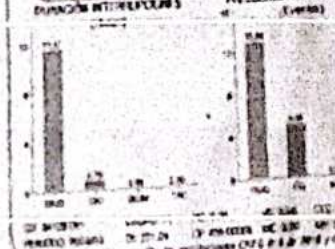
CONSUMO MES
525 kWh

Este mes tuvimos acortito a la LECTURA DE TU MEDIDOR y el CONSUMO de energía en consecuencia dentro de lo habitual.

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO: Residencial
ESTRATO: 13.90
CARGA kW: 1
FACTOR: 3000510500744
RUTA REPARTO: 35195070391
RUTA LECTURA: 15000560627
MANZANA DE LECTURA: 074-640427
MEDIDOR NO: 074-640427

CALIDAD DEL SERVICIO



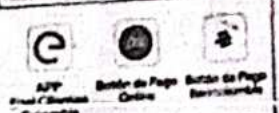
USO EFICIENTE DE LA ENERGÍA

Utiliza el microondas para calentar tus comidas, ya que este consume 50% menos energía que un horno convencional.

¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?



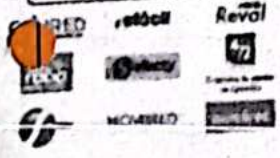
Medios virtuales de Pago



Billetera Virtual



Corresponsales Bancarios



Red Distrital

RED CADI

Centros de Servicio

enel

Almacenes de Cadena



Código QR



Inscríbete a la factura virtual Enel y aprovecha los beneficios.



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



0573678-9
FACTURA DE SERVICIOS PUBLICOS No. 142076599-7

Tenemos información importante para ti.

A partir del 6 de mayo de 2024 las condiciones de cobro de cuenta de utilización de Crédito Fácil COGENSA se modificarán en www.creditofacilcogensa.com sección tasas y tarifas.

CONTÁCTANOS

Correo electrónico: atencioncliente@enel.com
Chat de servicio en www.enel.com.co/soporte/
226 880 8003 (línea gratuita para Bogotá)

Regístrate gratis

Zona privada en la página Web

App Enel Clientes Online

¿Necesitas servicio al cliente?
Bogotá, Sabana y Cundinamarca
601 5 115 115

EMERGENCIAS

115 Gratuito las 24 horas

DESIGNACIÓN

001 5 854 804

DEFENSOR DEL CLIENTE

<https://www.enel.com.co/soporte/>

denefensor@enel.com

COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo:
\$384.34 T. \$44.27 O. \$24.12 CV. \$107.85 PR. \$72.48 R. \$7.16 CP. \$0.00 / \$890.27 Costo kWh Mes

Vigencia: ABR/2024
La factura de este periodo incluye el valor de conformidad con el Artículo 180 de la ley 142 de 1994.

La factura de este periodo incluye el valor de conformidad con el Artículo 180 de la ley 142 de 1994.

FECHA DE EMISIÓN DE LA FACTURA: 27 MAY 2024



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 8

Fecha de diligenciamiento: 10/06/2024

Número de ficha: 2024107744120944
Año Localidad Proyecto Código unidad operativa

SECCIÓN A. VARIABLES BÁSICAS

1. Primer Apellido, según su documento de identidad: CONZALEZ		2. Segundo Apellido, según su documento de identidad: CASTILLO		3. Primer Nombre, según su documento de identidad: THIAGO		4. Segundo Nombre, según su documento de identidad: JOSE							
5. ¿Con cuál género se identifica?: * (Esta pregunta aplica solo a personas mayores de 14 años): Masculino ☐ Femenino ☐ Transgénero ☐ (Travesti, transexual, transformista) No binario ☐ No informa ☐ No Aplica ☐		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 ☐ Transgénero Femenina ☐		8. ¿Cuál es su orientación sexual?: * (Esta pregunta aplica solo a personas mayores de 14 años): Heterosexual ☐ Bisexual ☐ Otro, ¿Cuál? _____ Lesbiana ☐ No informa ☐ Gay ☐ No Aplica ☐							
9. Tipo de documento de identificación: Cédula de ciudadanía ☐ Cédula de extranjería ☐ Tarjeta de identidad ☐ Registro civil ☐ Pasaporte... ☐ Permiso especial de permanencia ☐ Salvo conducto ☐ Permiso por protección temporal... ☐ Sin identificación ☒				10. Número de documento de identificación: CD 54923		11. Municipio nacimiento: _____		12. Departamento nacimiento: _____					
13. País nacimiento: VENEZUELA		14. Sexo de nacimiento: Hombre ☒ Mujer ☐ Intersexual ☐		15. Fecha de nacimiento: (según su documento de identidad) 22/06/2024		16. Estado civil: Soltero/a ☒ Casado/a ☐ Unión libre ☐ Separado/a ☐ Divorciado/a ☐ Viudo/a ☐ Unión marital de hecho ☐		18. Años aprobados: 0					
17. Nivel educativo actual Educación inicial modalidad familiar ☐ Preescolar ☐ Básica secundaria y media ☐ Tecnológico ☐ Universitaria completa (con título) ☐ Postgrado completo (con título) ☐ Educación inicial modalidad institucional ☐ Básica primaria ☐ Técnico ☐ Universitaria incompleta (sin título)... ☐ Postgrado incompleto (sin título) ☐ Educación desde lo propio ☐ Ninguno ☒		19. ¿Es persona cuidadora? (pregunta para mayores de 14 años) Si ☐ No ☒ (pase a la pregunta 25)		20. ¿Es cuidador/a de niños, niñas menores de 5 años? (Aplica para personas mayores de 14 años) Si ☐ No ☐		21. ¿Es cuidador/a de niños, niñas entre 06 a 10 años? Si ☐ No ☒		22. ¿Es cuidador/a de personas con discapacidad? Si ☐ No ☒		23. ¿Es cuidador/a de personas mayores? Si ☐ No ☐		24. ¿Dedica su tiempo a labores del cuidado de casa? Si ☐ No ☒	
25. Actividad Principal: * (Esta pregunta aplica solo a personas mayores de 3 años) Buscando trabajo ☐ Trabajo no remunerado ☐ Sin actividad ☐ Estudiando ☐ Jubilado / pensionado ☐ Cuidador ☐ Trabajo Formal ☐ Trabajo Informal ☐ No aplica ☒				26. Rol ocupacional: * (Esta pregunta aplica solo a personas mayores de 14 años) Vendedor Informal ☐ Cachivachero ☐ Reciclador ☐ Cuidado directo ☐ Jornalero ☐ Actividades rurales ☐ Colero ☐ Actividades Sexuales pagadas ☐ Actividades Artísticas callejeras ☐ Cuidado Indirecto ☐ Vigilar finca o predio ☐ Otras ocupaciones ☐ Carretero ☐ Mendicidad ☐ Vigilar o limpiar carros ☐ Calibrar llantas ☐ Estudiante ☐ No aplica ☒				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) \$ _____		29. Forma de percibir los ingresos: * (Aplica solo a personas mayores de 14 años): Diario ☐ Semanal ☐ Mensual ☐ Quincenal ☐ Esporádico ☐ No aplica ☒		30. Localidad donde desarrolla su rol ocupacional: * (Esta pregunta aplica solo a personas mayores de 14 años): Usaquén ☐ San Cristóbal ☐ Bosa ☐ Engativá ☐ Teusaquillo ☐ Puente Aranda ☐ Ciudad Bolívar ☐ Chapinero ☐ Usme ☐ Kennedy ☐ Suba ☐ Los Mártires ☐ La Candelaria ☐ Sumapaz ☐ Santa fe ☐ Tunjuelito ☐ Fontibón ☐ Barrios Unidos ☐ Antonio Nariño ☐ Rafael Uribe ☐ No Aplica ☒									
31. ¿Está afiliado a seguridad social?: Si ☐ No ☒ (pase a la pregunta 34)		32. Régimen de seguridad social: Contributivo ☐ Subsidiado ☐ Especial ☐		33. Calidad del afiliado: Aplica solo si la respuesta en la pregunta 32 es "Contributivo" Beneficiario ☐ Cotizante ☐		34. ¿Tiene clasificación de Sisben? Si ☐ No ☒		35. Clasificación Sisben: _____					



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:

9 0 0 0 7 M 2 0 0 2 4

Número de ficha

2 0 2 4 1 0 7 7 4 4 1 2 0 9 4 4

Año Localidad Proyecto Código unidad operativa

SECCIÓN B. VARIABLES TRANSVERSALES

1. Persona con discapacidad: Si ☐ 1 No ☒ 2 <i>Pase a 4</i>		2. Tipo de discapacidad: Física ☐ 20 ☐ Auditiva ☐ 31 ☐ Intelectual ☐ 39 Psicosocial ☐ 40 ☐ Visual ☐ 32 ☐ Sordo ciego ☐ 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 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 ☐ 3 Hogar familiar amplio extenso ☐ 2 ☐ 4 Hogar no familiar unipersonal ☐ 5 ☐ 6		5. Situaciones y/o condiciones diferenciales de las familias: Familia con pertenencia étnica ☒ 1 ☐ 2 Familia transgenero ☐ 3 Familia víctimas del conflicto armado ☐ 98 No aplica ☐ 98		6. Identifique su nacionalidad con las siguientes opciones: Nacional ☐ 1 Otra nacionalidad ☒ 2 Binacional ☐ 3 Múltiple nacionalidad ☐ 4 Sin nacionalidad ☐ 5 No reporta ☐ 6	
7. ¿Es una persona migrante? Si ☒ 1 ☐ 2 No ☐ 2		8. Grupo Étnico: ¿De acuerdo con su cultura, pueblo o rasgos físicos, es o se reconoce como? Indígena ☐ 1 ☐ Palenquero de San Basilio ☐ 4 Rrom (Gitano) ☐ 2 ☐ Negra/o, Mulato/a, afro colombiano/a, o afro descendiente ☐ 5 Raíz del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina ☐ 3 ☐ Ninguno de los anteriores ☐ 6		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 ☐ Sikuani ☐ 6 ☐ Misak Misak ☐ 60 ☐ Cañamomos ☐ 10 ☐ Kichwas ☐ 15 ☐ Arhuacos ☐ 13 ☐ Embera Chamí ☐ 35 ☐ Ninguna de las anteriores ☐ 17 Wayuu ☒ 2 ☐ U'itoto ☐ 85 ☐ Tubu ☐ 67 ☐ Eperara-slapidara ☐ 30 ☐ Muisca ☐ 16 ☐ Kankuamo ☐ 45 ☐ Pijao ☐ 14 ☐ Embera Dóbida ☐ 29 ☐ Otro ¿cuál? Digite código del instructivo <input type="text"/> Pastos ☐ 65 ☐ Senú ☐ 5 ☐ Yanaconas ☐ 7 ☐ Ingas ☐ 9 ☐ Awa (Kwaiker) ☐ 11 ☐ Kogui ☐ 49 ☐ Kubeo ☐ 50 ☐ Embera Katío ☐ 34							
10. Parentesco con jefe/a de la familia: Jefe/a núcleo familiar ☐ 1 ☐ Padre/Madre ☐ 3 ☐ Hija/o ☒ 5 ☐ 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 <i>Pase a 15</i>		12. Número registro único de víctimas <input type="text"/>		13. Año en que realizó la declaración: <input type="text"/>					
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 informe ☐ 17		15. ¿Habita en calle? Si ☐ 1 ☐ Pase a 17 No ☒ 2 <i>Pase a 16</i>		16. ¿Se encuentra en riesgo de habitar en calle? Si ☐ 1 No ☒ 2		17. ¿Ha recibido capacitación, formación o tiene experiencia en algún arte u oficio?: * (Esta pregunta aplica solo a personas mayores de 14 años): Si ☐ 1 ☐ No aplica ☒ 98 ☐ 99 <i>Si la respuesta es 2 o 98 Pase a 18</i>					

2022

 <p>MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL</p>	<p>PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL</p> <p>FORMATO FICHA SIRBE SERVICIOS SOCIALES INFORMACIÓN BÁSICA Y TRANSVERSAL: CABEZOTE</p>	<p>Código: FOR-PSS-321</p> <p>Versión: 1</p> <p>Fecha: Memo 2023015255 - 25/05/2023</p> <p>Página: 4 de 5</p>
--	---	---

Fecha de diligenciamiento:

01 00 MO M7 A2 A0 A2 A4

Número de ficha

2024107744120944

Año

Localidad

Proyecto

Código unidad operativa

SECCION C. UBICACIÓN GEOGRÁFICA

<p>1. Localidad donde habita</p> <p>Usaquén <input type="text" value="1"/> Santa fe <input type="text" value="3"/> Usme <input type="text" value="5"/> Bosa <input type="text" value="7"/> Fontibón <input type="text" value="9"/> Suba <input type="text" value="11"/> Teusaquillo <input type="text" value="13"/> Antonio Nariño <input type="text" value="15"/> La Candelaria <input type="text" value="17"/> Ciudad Bolívar <input type="text" value="19"/></p> <p>Chapinero <input type="text" value="2"/> San Cristóbal <input type="text" value="4"/> Tunjuelito <input type="text" value="6"/> Kennedy <input type="text" value="8"/> Engativá <input type="text" value="10"/> Barrios Unidos <input type="text" value="12"/> Los Mártires <input type="text" value="14"/> Puente Aranda <input type="text" value="16"/> Rafael Uribe <input type="text" value="18"/> Sumapaz <input type="text" value="20"/></p>										<p>2. UPZ o UPR:</p> <p>30</p>		<p>3. Nombre del barrio / Vereda:</p> <p>Fuquía Borca</p>																																														
<p>4. Escriba su dirección completa:</p> <p>Calle <input type="text" value="CL"/> Transversal <input type="text" value="TV"/> Avenida <input type="text" value="AV"/></p> <p>Carrera <input type="text" value="KR"/> Avenida calle <input type="text" value="AC"/></p> <p>Diagonal <input type="text" value="DG"/> Avenida carrera <input type="text" value="AK"/></p>			<p>Número de la vía principal:</p> <p>69</p>		<p>Alfabetico</p> <p>BIS</p> <p>Cuadrante</p> <p>S <input type="text" value="S"/> E <input type="text" value="E"/></p>		<p>Número vía generadora</p> <p>87</p>		<p>Alfabetico</p> <p>A</p>		<p>Número placa</p> <p>59</p>		<p>Cuadrante</p> <p>S <input type="text" value="S"/> E <input type="text" value="E"/></p>																																													
<p>5. Escriba el complemento de la dirección: (dirección rural, interior, apartamento, oficina)</p> <p>* vea las convenciones a continuación, y/o en las instrucciones de el instructivo de diligenciamiento</p> <table border="1"> <tr> <td>AD. Administración</td> <td>BQ. Bloque</td> <td>CONJ. Conjunto</td> <td>ESQ. Esquina</td> <td>LC. Local</td> <td>MZ. Manzana</td> <td>PI. Piso</td> <td>SL. Solar</td> <td>TR. Terraza</td> </tr> <tr> <td>AG. Agrupación</td> <td>CA. Casa</td> <td>DP. Depósito</td> <td>GJ. Garaje</td> <td>LM. Local Mezzanine</td> <td>OF. Oficina</td> <td>PN. Puente</td> <td>SM. Super manzana</td> <td>UN. Unidad</td> </tr> <tr> <td>AL. Altillo</td> <td>CEL. Célula</td> <td>DS. Depósito sótano</td> <td>GS. Garaje sótano</td> <td>LS. Local sótano</td> <td>OS. Oficina sótano</td> <td>PS. Paseo</td> <td>SR. Sector</td> <td>UR. Unidad residencial</td> </tr> <tr> <td>AP. Apartamento</td> <td>CM. Camino</td> <td>ED. Edificio</td> <td>IN. Interior</td> <td>MD. Módulo</td> <td>PA. Parcela</td> <td>PT. Porteria</td> <td>SS. Semi sótano</td> <td>URB. Urbanización</td> </tr> <tr> <td>AS. Apartamento sótano</td> <td>CN. Consultorio</td> <td>EN. Entrada</td> <td>KM. Kilometro</td> <td>MN. Mezzanine</td> <td>PD. Predio</td> <td>SA. Salón</td> <td>SU. Suite</td> <td>ZN. Zona</td> </tr> </table>														AD. Administración	BQ. Bloque	CONJ. Conjunto	ESQ. Esquina	LC. Local	MZ. Manzana	PI. Piso	SL. Solar	TR. Terraza	AG. Agrupación	CA. Casa	DP. Depósito	GJ. Garaje	LM. Local Mezzanine	OF. Oficina	PN. Puente	SM. Super manzana	UN. Unidad	AL. Altillo	CEL. Célula	DS. Depósito sótano	GS. Garaje sótano	LS. Local sótano	OS. Oficina sótano	PS. Paseo	SR. Sector	UR. Unidad residencial	AP. Apartamento	CM. Camino	ED. Edificio	IN. Interior	MD. Módulo	PA. Parcela	PT. Porteria	SS. Semi sótano	URB. Urbanización	AS. Apartamento sótano	CN. Consultorio	EN. Entrada	KM. Kilometro	MN. Mezzanine	PD. Predio	SA. Salón	SU. Suite	ZN. Zona
AD. Administración	BQ. Bloque	CONJ. Conjunto	ESQ. Esquina	LC. Local	MZ. Manzana	PI. Piso	SL. Solar	TR. Terraza																																																		
AG. Agrupación	CA. Casa	DP. Depósito	GJ. Garaje	LM. Local Mezzanine	OF. Oficina	PN. Puente	SM. Super manzana	UN. Unidad																																																		
AL. Altillo	CEL. Célula	DS. Depósito sótano	GS. Garaje sótano	LS. Local sótano	OS. Oficina sótano	PS. Paseo	SR. Sector	UR. Unidad residencial																																																		
AP. Apartamento	CM. Camino	ED. Edificio	IN. Interior	MD. Módulo	PA. Parcela	PT. Porteria	SS. Semi sótano	URB. Urbanización																																																		
AS. Apartamento sótano	CN. Consultorio	EN. Entrada	KM. Kilometro	MN. Mezzanine	PD. Predio	SA. Salón	SU. Suite	ZN. Zona																																																		
<p>6. Tipo de zona</p> <p>Urbana <input type="text" value="1"/> Rural <input type="text" value="2"/> Urbana sin dirección <input type="text" value="3"/></p>			<p>7. Estrato socio - económico del predio</p> <p>Uno <input type="text" value="1"/> Tres <input type="text" value="3"/> Cinco <input type="text" value="5"/></p> <p>Dos <input type="text" value="2"/> Cuatro <input type="text" value="4"/> Cero <input type="text" value="0"/></p>			<p>8. Teléfono fijo de contacto:</p> <p>0</p>		<p>9. Teléfono celular de contacto:</p> <p>3203307487</p>		<p>10. Correo electrónico de contacto</p> <p>0</p>		<p>11. ¿Habita en una vivienda?:</p> <p>Si <input type="text" value="1"/> No <input type="text" value="2"/></p>																																														
<p>12. Tipo de vivienda</p> <p>Casa o apartamento <input type="text" value="1"/> Vivienda móvil <input type="text" value="4"/> Lugar de trabajo <input type="text" value="7"/></p> <p>Cuarto o cuartos <input type="text" value="2"/> Casa lote <input type="text" value="5"/> Rancho <input type="text" value="8"/></p> <p>Inquilinato <input type="text" value="3"/> Residencia <input type="text" value="6"/> Finca <input type="text" value="9"/></p> <p>Paga diario <input type="text" value="10"/></p>			<p>13. Condición de la vivienda</p> <p>Ruina <input type="text" value="1"/> Demolición <input type="text" value="2"/> Buen estado <input type="text" value="3"/> Aceptable <input type="text" value="4"/> Mal Estado <input type="text" value="5"/></p>			<p>14. Tenencia de la vivienda</p> <p>Propia <input type="text" value="1"/> otra forma <input type="text" value="3"/></p> <p>Amortizado <input type="text" value="4"/> Arrendada <input type="text" value="2"/></p>		<p>15. Forma de pago</p> <p>Diaria <input type="text" value="1"/> Mensual <input type="text" value="2"/> Quincenal <input type="text" value="3"/> Semanal <input type="text" value="4"/> Contributivo <input type="text" value="5"/></p>		<p>16. Lugar diferente a vivienda donde habita:</p> <p>Equipamiento Urbano <input type="text" value="1"/> Refugio natural <input type="text" value="2"/></p>																																																



AGENCIA SERVICIOS
SOCIALES
FORMATO FICHA SIRBE SERVICIOS SOCIALES INFORMACIÓN BÁSICA Y TRANSVERSAL: CABEZOTE

PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL

FORMATO FICHA SIRBE SERVICIOS SOCIALES INFORMACIÓN BÁSICA Y TRANSVERSAL: CABEZOTE

Código: FOR-PSS-321

Versión: 1

Fecha: Memo 2023015255 - 25/05/2023

Página: 3 de 6

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

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

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

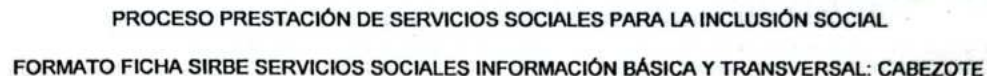
Si	1	No	2	X	No informa	3
----	---	----	---	---	------------	---

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)	\$ 400.000	Recreación	\$ 100.000
Servicios públicos domiciliarios (agua, energía, gas, teléfono fijo, internet, teléfono celular, televisión por cable)	\$ 100.000	Gastos en salud (consultas, medicamentos, etc.)	\$ 0.
Pagos a terceros cuidadores	\$ 360.000	Transporte o movilidad de los integrantes del hogar	\$ 0.
Artículos de aseo personal	\$ 150.000	Educación (útiles, pensión, transporte escolar, fotocopias, etc.)	\$ 0.
Alimentación	\$ 250.000	Total	\$ 1.360.000

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

Si	1	No	2	X	No informa	3
----	---	----	---	---	------------	---



Página: 5 de 6

D1	D0	M0	M7	A2	A0	A2	A4
----	----	----	----	----	----	----	----

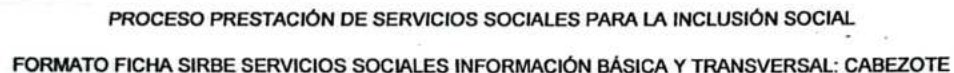
2	0	2	4	1	0	7	7	4	4	1	2	0	9	4	4
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

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		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 cual género se identifica? ¿Transgénero masculino o transgénero 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						Rol ocupacional ¿Cuántas horas a la semana dedica a esta ocupación?	Valor de los ingresos mensuales	Forma de percibir los Ingresos	Localidad donde realiza actividad principal	SALUD		DISCAPACIDAD		Grupo étnico	Pueblo indígena	¿Ha recibido capacitación, formación o tiene experiencia en algún arte u oficio?	Motivo	¿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						Nivel	¿Asiste actualmente?	¿Es persona cuidadora/a?				Niños/as de 0 a 3 años	Niños/as de 4 a 5 años	Persona con discapacidad	Persona mayor	Cuidado de casa	Actividad	Alfiliado al régimen de seguridad social					Régimen de seguridad social	Calidad del afiliado	¿Persona con discapacidad?	Tipo							
1	8	CD 577936	1 GONZALEZ 2 GONZALEZ	1 REMIGIO 2 RICARDO	1	1	1	07/09/1997	26	3	1	8	SI	X	X	SI	SI	X	X	13	32	48	1'800.000	5	10	SI		SI		1	2	SI		SI	X
2	8	CD 577927	1 CASTILLO 2 GONZALEZ	1 CRISMARY 2 ARIEL	2	2	1	05/01/2003	21	3	2	8	SI	X	X	SI	SI	X	X	13	32	48	1'344.000	1	10	SI		SI		1	2	SI		SI	X
3	8	CD 577933	1 GONZALEZ 2 CASTILLO	1 THIAGO 2 JOSE	1	98	98	22/10/2021	2	1	5	1	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	98	98					X		SI		6		SI		SI	No
4			1 2	1 2									SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI							SI		SI				SI		SI	No
5			1 2	1 2									No	No	No	No	No	No	No							No		No				No		No aplica	



Página: 6 de 6

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.

Fecha de diligenciamiento: 4 0 0 0 2 0 2 4 Número Ficha: 2 0 2 4 1 0 7 7 4 4 1 2 0 9 4 4
Año Localidad Proyecto Código Unidad Operativa

SECCION E. MODALIDAD DE ATENCION

1. Indique la modalidad en la cual se diligencia la ficha SIRBE
Modalidades Familiares: ☐ Creciendo Juntos ☐ Creemos en la Ruralidad ☐ Jardines Infantiles ☒ Jardines Infantiles Nocturnos ☐ Casas De Pensamiento Intercultural ☐ Espacios Rurales ☐
Modalidades institucionales: Si selecciona alguna de las modalidades institucionales diligencie la pregunta 2 y pase a la seccion I.

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 IA FICRIDA

SECCION F. A QUIEN VA DIRIGIDA LA MODALIDAD FAMILIAR:

1. La modalidad se solicita para:
Gestante... ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3

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 ☒ Casa ☒ Centro de salud ☒ Espacio público ☒ Ambulancia ☒		2. Quien atendió el nacimiento de la niña o el niño? Médico ☒ Partera/doula ☒ Enfermera ☒ Personal no médico ☒		3. ¿El primer contacto piel a piel con su hija-o, después de nacer, fue?: 1/2 hora o antes ☒ 2 horas ☒ 1 hora ☒ Más de 4 horas ☒		4. ¿En qué semana de gestación nació su hija-o?: 39 Semanas DATO VALIDO ENTRE 22 Y 42		5. ¿Cuál fue el peso de su hija-o al nacer?: 3300 Gramos DATO VALIDO ENTRE 450 Y 8000		6. ¿Cuál fue la talla de su hija-o al nacer?: 52 Centímetros DATO VALIDO ENTRE 22 Y 90	
7. La niña o el niño recibió leche materna alguna vez? Si ☒ No ☒		8. ¿Después de cuánto tiempo de nacido su hija-o inició la lactancia materna?: Inmediatamente ☒ Menos de 24 horas ☒ Menos de 1 hora ☒ Más de 24 horas ☒ No sabe/No responde ☒		9. ¿Actualmente el niño-o recibe leche materna?: Si ☒ No ☒		10. La niña o el niño recibe algún alimento diferente a la leche materna?: Si ☒ No ☒		11. ¿Qué edad tenía su hija-o cuando recibió un alimento diferente a la leche materna?: 11 Meses		Pase a la pregunta 13	
12. ¿Qué edad tenía su hija-o cuando dejó de darle leche materna completamente?: 11 Meses		13. ¿Asiste a valoración integral de la salud y el desarrollo (crecimiento y desarrollo)?: Si ☒ No ☒		14. ¿Fecha del último control?: D D M M A A A A		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 ☒ Sin servicio de salud ☒ Desconocimiento ☒ Falta de tiempo ☒		Pase a la pregunta 16		Pase a la pregunta 13	
16. ¿La niña o el niño, cuenta con el esquema de vacunación al día?: Si ☒ No ☒		17. ¿Por qué la niña o el niño no cuenta con el esquema de vacunación al día?: Creencias religiosas o culturales ☒ Olvido ☒ Pérdida del carné ☒ Desconocimiento ☒ Falta de tiempo ☒		18. ¿Actualmente, la niña o el niño tiene una condición de salud?: Si ☒ No ☒		19. ¿La condición de salud de la niña o el niño, implica?: (Selección múltiple) Uso de oxígeno durante el sueño ☒ Alimentación por sonda ☒ Procedimientos invasivos ☒ Toma de medicamentos ☒ Condiciones osteomusculares ☒ Uso de oxígeno permanente ☒ Traqueotomía ☒ Inmunodeficiencia ☒ Alteraciones en la piel ☒ Ninguno de los anteriores ☒		20. ¿La condición de salud de la niña o el niño pone en riesgo su vida al ingresar al entorno institucional?: Si ☒ Requiere verificación ☒ No ☒		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 ☒ Realiza actividades sexuales pagas ☒ Ninguna ☒ Consumo de sustancias psicoactivas ☒	
22. ¿Actualmente, la niña o el niño se encuentra expuesto a condiciones de?: (Selección múltiple) Habitabilidad en calle ☒ Espacios donde se desarrollan actividades sexuales pagas ☒ Consumo de sustancias psicoactivas ☒ Trabajo infantil ☒ Mendicidad ☒ Ninguna ☒		23. El padre o madre de la niña o niño es?: (Selección múltiple) Desmovilizado ☒ Militar con discapacidad ☒ Desvinculado ☒ Militar fallecido ☒ Ninguna de las anteriores ☒		24. El padre o madre de la niña o el niño trabaja en reciclaje?: Si ☒ No ☒		25. ¿Ha presentado solicitud de ingreso a?: (Selección múltiple) Jardín infantil Diurno ☒ Casas de pensamiento interculturales ☒ Hogar comunitario ICBF ☒ Institución privada ☒ Jardín infantil Nocturno ☒ Creemos en la ruralidad o espacios rurales ☒ Hogar infantil ICBF ☒ Institución Educativa distrital ☒ Creciendo juntos ☒ Centros Amar ☒ FAMI del ICBF ☒ Ninguno ☒		26. ¿Actualmente, el niño o la niña recibe atención en?: Jardín infantil Diurno ☒ Casas de pensamiento interculturales ☒ Hogar comunitario ICBF ☒ Institución privada ☒ Jardín infantil Nocturno ☒ Creemos en la ruralidad o espacios rurales ☒ Hogar infantil ICBF ☒ Institución Educativa distrital ☒ Creciendo juntos ☒ Centros Amar ☒ FAMI del ICBF ☒ Ninguno ☒			
27. ¿Ha estado vinculado a modalidades familiares o institucionales de Educación inicial de la SDIS?: Si ☒ No ☒		28. ¿En qué localidad?: Usaquén ☒ Santa fe ☒ Usme ☒ Bosa ☒ Fontibón ☒ Suba ☒ Teusaquillo ☒ Antonio Nariño ☒ La Candelaria ☒ Ciudad Bolívar ☒ Chapinero ☒ San Cristóbal ☒ Tunjuelito ☒ Kennedy ☒ Engativá ☒ Barrios Unidos ☒ Los Mártires ☒ Puente Aranda ☒ Rafael Uribe ☒ Sumapaz ☒		29. ¿Cuál es el principal motivo por el que solicitó el servicio?: Nuevas oportunidades para su calidad de vida ☒ Superar condiciones de segregación y discriminación ☒ Desarrollo integral para su hija-o ☒ Responde a las necesidades de la niña-o y su familia ☒ Fortalecimiento cultural ☒ Cuidado de su hija o hijo mientras trabaja ☒		30. ¿Considera importante fortalecer sus conocimientos sobre crianza y desarrollo integral de su hija-hijo?: Si ☒ No ☒		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 ☒ No ☒			

Página: 2 de 4
Fecha: Memo 1203015020-24/05/2023

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

Versión: 2
Fecha: Memo 1203015020-24/05/2023
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... ☐ No... ☒ <i>Pase a la pregunta 4</i>		2. ¿En qué momento: Mañana... ☐ Tarde... ☐ Noche... ☐		3. ¿Cuánto tiempo queda sólo-a?: Menos de una (1) hora... ☐ Entre 1 y 3 horas... ☐ Más de tres (3) horas... ☐		4. ¿Quién es el cuidador principal de la niña o el niño: Papá... ☐ Madrastra... ☐ Abuelo-a... ☐ Mamá... ☐ Hermano-a... ☐ Otro pariente... ☐ Padrastro... ☐ Tío-a... ☐ Otro No pariente... ☐		5. ¿Quién cuida a la niña o al niño en la mañana?: Papá... ☐ Hermano-a... ☐ Otro pariente... ☐ Mamá... ☐ Tío-a... ☐ Otro No pariente... ☐ Padrastro... ☐ Abuelo-a... ☐ Nadie... ☐ Madrastra... ☐		6. ¿Quién cuida a la niña o al niño en la tarde?: Papá... ☐ Hermano-a... ☐ Otro pariente... ☐ Mamá... ☐ Tío-a... ☐ Otro No pariente... ☐ Padrastro... ☐ Abuelo-a... ☐ Nadie... ☐ Madrastra... ☐	
7. ¿Quién cuida a la niña o al niño en la noche?: Papá... ☐ Hermano-a... ☐ Otro pariente... ☐ Mamá... ☐ Tío-a... ☐ Otro No pariente... ☐ Padrastro... ☐ Abuelo-a... ☐ Nadie... ☐ Madrastra... ☐		8. ¿Cuál es la edad en años del cuidador o la cuidadora principal?: <u>32</u>		9. ¿Cuál es el sexo del cuidador o cuidadora principal?: Hombre... ☐ Mujer... ☒ Intersexual... ☐		10. ¿Cuál es el género del cuidador o la cuidadora principal?: Masculino... ☐ Transgénero... ☐ No binario... ☐ Femenino... ☒ No informa... ☐ No aplica... ☐		11. ¿Cuál es la orientación sexual del cuidador -ra principal?: Heterosexual... ☒ Lesbiana... ☐ Bisexual... ☐ Gay... ☐ No informa... ☐ No aplica... ☐		12. Nivel educativo actual del cuidador o la cuidadora principal: Básica primaria... ☐ Básica secundaria y media... ☒ Técnico... ☐ Tecnológico... ☐ Universitaria incompleta (sin título)... ☐ Universitaria completa (con título)... ☐ Postgrado incompleto (sin título)... ☐ Postgrado completo (con título)... ☐	
13. A qué se dedica el cuidador -ra principal? Estudia... ☐ Trabaja... ☐ Otro... ☒ <i>¿Cuál? AMA CASA</i>		14. En qué momento (selección múltiple): Mañana... ☐ Tarde... ☐ Noche... ☐		15. El cuidador-ra principal presenta una discapacidad? Si... ☐ No... ☒		16. El cuidador-ra principal presenta una enfermedad de alto costo Si... ☐ No... ☒		17. Tipo de documento de identidad del cuidador-ra principal: Cédula de ciudadanía... ☐ Registro civil... ☐ Cédula de extranjería... ☐ Tarjeta de identidad... ☐		18. Número de documento de identidad del cuidador-ra principal: <u>6983067</u>	
Nombres y apellidos del cuidador-ra principal (según documento identidad): 19. Primer Apellido: <u>MORENO</u>				20. Segundo Apellido: <u>FAGUNDEZ</u>		21. Primer Nombre: <u>CRISTIAN</u>		22. Segundo Nombre: <u>FAROLA</u>			
23. ¿La niña-niño se encuentra bajo medida de protección legal?: Si... ☐ No... ☒				24. ¿El niño o la niña ha estado bajo medida de protección legal?: Si... ☐ No... ☒ <i>Pase a sección K</i>				25. ¿En qué fecha el niño o la niña tuvo la medida de protección legal?: <u>D D M M A A A A</u>			

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... ☐ Rural disperso... ☐		2. La familia de la niña o el niño o la gestante a partir de sus prácticas culturales se reconoce como: Campesino /a... ☐ Rural... ☐ <i>pase a la sección L</i>		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 hijo o hija?: Si... ☐ No... ☐		4. ¿La familia de la niña o el niño o gestante conserva tradiciones campesinas?: Si... ☐ No... ☐		5. ¿Para la familia es importante conservar las tradiciones campesinas, en su vida cotidiana?: Si... ☐ No... ☐	
---	--	--	--	---	--	---	--	---	--

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 diligencie 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... ☐ No... ☐		3. ¿Para la familia es importante que en la atención se conserven las tradiciones del grupo étnico al que pertenece?: Si... ☐ No... ☐	
2. ¿El niño o la niña, la persona gestante, conserva tradiciones del grupo étnico al que pertenece?: Si... ☐ No... ☐ <i>Pase a sección H</i>		4. ¿Para la familia es importante conservar en su vida cotidiana las tradiciones del grupo étnico al que pertenece?: Si... ☐ No... ☐	

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 diligencie 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)				2. Tiene diagnóstico clínico relacionado con la discapacidad?: Si... ☐ No... ☐ <i>Pase a la pregunta 5</i>				8. Apoyos requeridos en el servicio? Intermitente o Limitado... ☐ Extenso o Generalizado... ☐ En observación... ☐	
ALTERACIONES EN EL DESARROLLO		TRANSPECTRO AUTISTA (TEA)		VISUAL		FISICA		3. Cuenta con el certificado de discapacidad?: Si... ☐ No... ☐ <i>Pase a la pregunta 5</i>	
Del habla y del lenguaje... ☐		TEA... ☐		Baja visión... ☐		Osteomuscular... ☐		4. La niña o el niño está inscrito en el RLCPD?: Si... ☐ No... ☐ <i>Pase a la pregunta 7</i>	
De la función motriz... ☐		AUDITIVA		Ceguera... ☐		Neuromuscular... ☐		5. Requiere ayuda técnica para las actividades de la vida diaria?: Si... ☐ No... ☐ <i>Pase a la pregunta 7</i>	
Del desarrollo mixto... ☐		Hipoacusia... ☐		INTELLECTUAL		Parálisis cerebral (EMOC)... ☐		6. Cuenta con ella?: Si... ☐ No... ☐	
Del comportamiento e hiperquinéticos... ☐		Sordera... ☐		Síndrome de Down... ☐		PSICOSOCIAL		7. Es independiente para el desplazamiento?: Si... ☐ No... ☐	
De los procesos cognitivos... ☐		Intellectual... ☐		Psicosocial... ☐					
9. Cuenta con habilitación o rehabilitación en salud? Si... ☐ No... ☐ <i>Pase a la sección N</i>				10. De qué tipo: Fonoaudiología... ☐ Fisioterapia... ☐ Terapia ocupacional... ☐ Neurología... ☐ Otro... ☐ -cuál?					

SECCIÓN N. DESCRIPCIÓN Y REFERENCIACIÓN:

1. Descripción de la problemática:

LA MADRE DE FAMILIA REFIERE QUE SOLICITA EL CUPO PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE SU HIJO, EN EL 2022 LLEGARON DEL PAÍS DE VENEZUELA A LA CIUDAD DE BOGOTÁ, NO CUENTAN CON SERVICIO DE EPS Y SE CONSIDERAN COMO WAYÚN. CUENTAN CON UNA RED DE APOYO, QUE ES LA TÍA DEL NIÑO, PERO ESTA IMPLICA UN GASTO ECONÓMICO POR LO QUE AL TENER EL CUPO SE VERÍAN BENEFICIADOS. TAMBIÉN MANIFIESTA QUE LOS 3 VIVEN EN UN CUARTO DE UNA CASA FAMILIAR. AMBOS PADRES TRABAJAN POR LO QUE SERÍA DE GRAN APOYO OBTENER EL CUPO.

2. Concepto técnico:

HOGAR FAMILIAR NUCLEAR CON FRAGILIDAD SOCIAL MEDIA, APEAR QUE AMBOS RECIBEN UN SALARIO EN OCASIONES NO ALCANZA PARA CUBRIR LAS NECESIDADES BÁSICAS DEL HOGAR EL NIÑO QUEDA EN LISTA DE ESPERA Y TAN PRONTO SE CUENTE CON EL CUPO SE LE BRINDARÁ UNA ATENCIÓN INTEGRAL CON EL PROFESIONAL IDÓNEO.

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 ☐ 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 12024000787 - 12/01/2024 Página: 1 de 1
LOCALIDAD: <u>Engativá</u>	UNIDAD OPERATIVA: <u>DIG La Florida</u>	RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA: <u>Jennifer Calderón Parra</u>		
NOMBRE DEL RECOLECTOR: <u>Natalia Garzón</u>	DOCUMENTO DE IDENTIDAD CC <u>X</u> CE <u></u> OTRO <u>CUAL?</u>	Número #	<u>1014242517</u>	
NOMBRE SOLICITANTE / BENEFICIARIO: <u>Thiago Ore González</u>	DOCUMENTO DE IDENTIDAD CC <u></u> CE <u>X</u> OTRO <u>CUAL?</u>	Número #	<u>577933</u>	
FECHA DE ENTREGA PARA DIGITACIÓN: <u>25/01/2024</u>	NOMBRE DEL DIGITADOR AL QUE SE ENTREGA LA FICHA: <u>Edwin Veroz</u>			

República Bolivariana de Venezuela

Acta N° 340. EBERTH DANIEL GALICIA, en el carácter de Registrador Civil de la Unidad de Registro Civil en Establecimiento de Salud del Municipio Maracaibo, Estado Zulia, hago constar que en la Unidad Hospitalaria de Registro Civil de Nacimientos del Hospital Dr. Adolfo Pons, hoy veintisiete de octubre de dos mil veintiuno, me ha sido presentado un niño por REMIGIO RICARDO GONZALEZ GONZALEZ, Cédula de Identidad Número V-28145987, de veinticuatro años de edad, obrero, de nacionalidad venezolana, de estado civil soltero, domiciliado en cardenal norte calle 35-62 y por CRISMARY ARIEL CASTILLO GONZALEZ, Cédula de Identidad Número V-30763390, de dieciocho años de edad, bachiller, de nacionalidad venezolana, de estado civil soltera, de la misma dirección, quienes manifestaron que el niño cuya presentación hacen, nació el día veintidos de octubre de dos mil veintiuno, a las nueve horas con cero minutos de la mañana, en este Hospital Dr. Adolfo Pons, ubicado en Av. 100 Fuerzas Armadas, Parroquia Coquivacoa del mismo municipio, siendo único nacido y tiene por nombre THIAGO JOSE, quien es hijo de ambos. Los presentantes consignaron la constancia de nacimiento expedida por este mismo Hospital número 10142651. Fueron testigos presenciales de este acto: Douglas Fuenmayor, Cédula de Identidad Número V-5169468, de sesenticinco años de edad, obrero, de nacionalidad venezolana, de estado civil soltero, domiciliado en de esta jurisdicción y Luciana Vilchez, Cédula de Identidad Número V-23461642, de treinta años de edad, ama de casa, de nacionalidad venezolana, de estado civil soltera, domiciliada en de esta jurisdicción. La presente acta quedó inserta bajo el Número 340, Tomo Nro. 2, de 1 folio, del cuarto trimestre del año dos mil veintiuno, de los libros del Registro Civil de Nacimientos llevados por esta Unidad Hospitalaria de Registro Civil de Nacimientos. Leída la presente acta a los presentantes y los testigos presenciales dan su conformidad y firman.-

TSU EBERTH DANIEL GALICIA

REGISTRADOR CIVIL DE LA UNIDAD DE REGISTRO CIVIL

EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD DEL MUNICIPIO MARACAIBO, ESTADO ZULIA

Los Presentantes:

Remigio Ricardo Gonzalez Gonzalez

Crismary Ariel Castillo Gonzalez

Los Testigos:

Eberth Daniel Galicia
Secretario (a)

Douglas Fuenmayor

Luciana Vilchez



TIA 3123940524

REPUBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
CEDULA DE IDENTIDAD
V 28.145.087 041
APELLIDO **GONZALEZ GONZALEZ** Gustavo Vizcaino
NOMBRE **REMIGIO RICARDO** Director
07/09/1997 **SOLTERO**
F. NACIMIENTO F. CIVIL
15/07/2021 - 07/2031
F. EXPIRACION F. VENCIMIENTO
VENEZOLANO



OPS



Organización Panamericana de la Salud



Organización Mundial de la Salud

BAJERO AL CENTRO

TARJETA DE VACUNACIÓN

Dirección de **IMUNIZACIONES**
Dirección General de Epidemiología

CÓDIGO DEL CENTRO DE VACUNACIÓN: 200323

FECHA DE EXPEDICIÓN: 10 / 11 / 21

ESTE DOCUMENTO SE EXPIDE A NOMBRE DE:

Thiago Gonzalez

Nº DE CÉDULA: _____

NACIONALIDAD: ☒ _____

SELLO DEL ORGANISMO QUE EXPIDE

SISPAI-01 VERSIÓN 2019

S.C.G.	Tuberculosis
POLIO INACTIVA POLIO ORAL	Poliomielitis
PENTAVALENTE	Difteria Tétanos Tosferina Meningitis y neumonías por Hib Hepatitis B
ROTAVIRUS	Diarreas graves por rotavirus
NEUMOCOCO CONJUGADA	Neumonías por neumococos
HEPATITIS B	Hepatitis B
SRP	Sarampión, rubeola y parotiditis
FIEBRE AMARILLA	Fiebre amarilla
MENINGOCÓCICA BC	Meningitis meningocócica
TOXOIDE TETÁNICO DÍFTERICO	Difteria y tétanos
NEUMOCOCO POLISACÁRIDA	Enfermedad neumocócica
INFLUENZA ESTACIONAL	Complicaciones graves de la gripe estacional

Nombre: Alvaro González SEXO: M FECHA DE NACIMIENTO: 22.10.21 PUERTO INDIENAVETER: 39

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA		1ª DÍA	2ª DÍA	3ª DÍA	4ª DÍA	5ª DÍA	6ª DÍA	7ª DÍA
1. RCI	FECHA VACUNACIÓN							
	NÚMERO LOTE							
2. DIFTERIA	FECHA VACUNACIÓN							
	NÚMERO LOTE							
3. TOSASIRIS	FECHA VACUNACIÓN							
	NÚMERO LOTE							
4. NEUMOCOCCO CONJUGADA	FECHA VACUNACIÓN							
	NÚMERO LOTE							
5. POLIO INACTIVADA	FECHA VACUNACIÓN	6-01-22	25-2-22					
	NÚMERO LOTE							
6. POLIO ORAL	FECHA VACUNACIÓN							
	NÚMERO LOTE							
7. HEPATITE	FECHA VACUNACIÓN	6-01-22	25-2-22					
	NÚMERO LOTE							
8. SARAMPIÓN/RUBÉOLA/ PAROTIDITIS	FECHA VACUNACIÓN							
	NÚMERO LOTE							
9. FIEBRE AMARILLA	FECHA VACUNACIÓN							
	NÚMERO LOTE							
10. INFLUENZA ESTACIONAL	FECHA VACUNACIÓN							
	NÚMERO LOTE							
11. TETANOS DIFTERIA	FECHA VACUNACIÓN							
	NÚMERO LOTE							
12. NEUMOCOCCO POLISACÁRIDO	FECHA VACUNACIÓN							
	NÚMERO LOTE							
13. NEUMOCOCCO B-C	FECHA VACUNACIÓN							
	NÚMERO LOTE							
OTRA	FECHA VACUNACIÓN							
	NÚMERO LOTE							
OTRA	FECHA VACUNACIÓN							
	NÚMERO LOTE							

FECHA DE LA PRUEBA: ☐ ☐ FECHA AL NACER: ☐ TALLA AL NACER: ☐

OTRAS VACUNAS: ☐

¡Hola!

ADRIANA BOLANOS
CL 69A BIS 87A 59 - MARATU
BOGOTA

vanti ✓

Más formas de avanzar
Vanti S.A. ESP.
Medidor Gas No. 5057105-127287

Lote: P18GN Ruta: 0011390017450005000 Código del Sector: 316

Cuenta o referencia de pago 61241606

2°S

0011390017450005000

32650

P18GN

C1

vanti ✓ LISTO

Tu cupo de
crédito aprobado

Compra televisores, celulares, asientos,
motos, computadores y mucho más,
pagándolo a través de tu factura de gas.

Mamá
está
Lista
con
Vanti Listo

para remodelar el hogar de sus sueños
con el extra cupo de hasta

\$8.000.000



vanti ✓ LISTO

Usa tu cupo de crédito Vanti Listo
y compra los materiales de remodelación que necesitas para tu hogar.

Paga a cuotas a través de tu factura de gas



Publicidad a cargo de Vanti S.A. E.S.P. Gas Natural Cundiboyacense S.A. E.S.P., Gasoriental, S.A. E.S.P. y Gasnacer S.A. E.S.P.
Consulta términos y condiciones de financiación en grupovanti.com/vantilisto. Vanti Listo es un producto de las empresas del Grupo
Vanti. Conoce más en grupovanti.com/tienda-virtual

Comunícate con nosotros y solucionemos tus inquietudes



Atención telefónica

Lunes a viernes 7a.m. a 6 p.m.
Sábado 7 a.m. a 1 p.m.

Línea gratuita 01 8000 942 794

Bogotá (601) 307 8121
Bucaramanga (607) 685 4755



Atención virtual

Gestiona tus peticiones sin salir de casa

Línea de WhatsApp 315 416.4164

Mi Vanti en línea
<https://mi.grupovanti.com/>

Recuerda que puedes elegir tu canal de preferencia para comunicarnos de acuerdo a la Ley 2300 de 2023.

Fecha de diligenciamiento

NUMBER OF STUDENTS

2	0	2	4	1	0	7	7	4	2	1	2	0	9	4	4
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

SECCIÓN A. VARIABLES BÁSICAS

SECCIÓN A. VARIABLES BÁSICAS		SECCIÓN B. VARIABLES BÁSICAS		SECCIÓN C. VARIABLES BÁSICAS		SECCIÓN D. VARIABLES BÁSICAS	
1. Primer Apellido, según su documento de identidad Hodson		2. Segundo Apellido, según su documento de identidad Sandoval		3. Primer Nombre, según su documento de identidad Elizabeth		4. Segundo Nombre, según su documento de identidad	
5. ¿Con cuál género se identifica? * (Esta pregunta aplica solo a personas mayores de 14 años) Masculino ☐ Femenino ☒ Transgénero ☐ (Trans, transexual, transgénero)		6. Nombre Identitario * (Esta pregunta aplica solo a personas mayores de 14 años y que hayan marcado la opción 3 en 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 en la pregunta 5) Transgénero Masculino ☐ Transgénero Femenino ☒		8. ¿Cuál es su orientación sexual? * (Esta pregunta aplica solo a personas mayores de 14 años) Heterosexual ☐ Bisexual ☐ Otro ☐ Lesbiana ☐ No importa ☐ Gay ☐ No aplica ☐	
9. Tipo de documento de identificación Cédula de ciudadanía ☒ Cédula de extranjería ☐ Tarjeta de identidad ☐ Registro civil ☒ Pasaporte ☐ Permisos especiales de permanencia ☐ Salvo conducto ☐ Permisos por protección temporal ☐ Sin identificación ☐		10. Número de documento de identificación 1011267126		11. Municipio nacimiento Bogotá		12. Departamento nacimiento Cundinamarca	
13. País nacimiento Colombia		14. Sexo de nacimiento Hombre ☐ Mujer ☒ Intersexual ☐		15. Fecha de nacimiento (según su documento de identidad) 29/06/1926		16. Estado civil Soltero ☒ Casado ☐ Unión libre ☐ Separado ☐ Viudo ☐ Unión marital de hecho ☐	
17. Nivel educativo actual Educativo inicial modalidad familiar ☐ Preescolar ☐ Básica secundaria y media ☐ Tecnológico ☐ Universitaria completa (con título) ☐ Posgrado completo (con título) ☐ Educativo inicial modalidad institucional ☐ Básica primaria ☐ Técnico ☐ Universitaria incompleta (sin título) ☐ Posgrado incompleto (sin título) ☐ Educación desde el hogar ☐ Ninguno ☒		18. ¿Es persona custodiadora? (pregunta para mayores de 14 años) Sí ☐ No ☒ (pasar a la pregunta 25)		19. ¿Es custodiadora de niños, niñas menores de 5 años? (Aplica para personas mayores de 14 años) Sí ☐ No ☒		20. ¿Es custodiadora de niños, niñas entre 6 a 12 años? (Aplica para personas mayores de 14 años) Sí ☐ No ☒	
21. ¿Es custodiadora de personas con discapacidad? (Aplica para personas mayores de 14 años) Sí ☐ No ☒		22. ¿Es custodiadora de personas mayores? (Aplica para personas mayores de 14 años) Sí ☐ No ☒		23. ¿Cuenta su familia o persona de cuidado de casa? (Aplica para personas mayores de 14 años) Sí ☐ No ☒		24. ¿Cuenta su familia o persona de cuidado de casa? (Aplica para personas mayores de 14 años) Sí ☐ No ☒	
25. Actividad Principal * (Esta pregunta aplica solo a personas mayores de 14 años) Buscando trabajo ☐ Trabajo no remunerado ☐ Sin actividad ☐ Estudiante ☐ Jubilado - pensionado ☐ Cuidado ☐ Trabajo formal ☐ Trabajo informal ☐ No aplica ☒		26. Rol ocupacional * (Esta pregunta aplica solo a personas mayores de 14 años) Vendedor informal ☐ Cachibachero ☐ Reciclador ☐ Cuidado directo ☐ Artístico ☐ Actividad agrícola, ganadera, silvicultura ☐ Cuidado indirecto ☐ Actividades artesanales ☐ Cuidado remoto ☐ Ejecutante ☐ Comercio ☐ Mercadería ☐ Vigilante y control de acceso ☐ No aplica ☒		27. Localidad donde desarrolla su rol ocupacional * (Esta pregunta aplica solo a personas mayores de 14 años) Uniquén ☐ San Cristóbal ☐ Soacha ☐ Engativá ☐ Tumbaco ☐ Puente Aranda ☐ Ciudad Bolívar ☐ Chapinero ☐ Usmá ☐ Nemá ☐ Suba ☐ Los Mártires ☐ La Candelaria ☐ Suba ☐ Santa Fe ☐ Turbante ☐ Fontibón ☐ Santa Úrsula ☐ Amón ☐ Santa Úrsula ☐ No aplica ☒		28. ¿Tiene clasificación de Saber? (Esta pregunta aplica solo a personas mayores de 14 años) Saber 1 ☐ Saber 2 ☐ Saber 3 ☐ Saber 4 ☐ Saber 5 ☐ No aplica ☒	
29. ¿Tiene acceso a seguridad social? (Esta pregunta aplica solo a personas mayores de 14 años) Contributivo ☒ Subsidio ☐ No aplica ☐		30. ¿Tiene acceso a seguridad social? (Esta pregunta aplica solo a personas mayores de 14 años) Contributivo ☒ Subsidio ☐ No aplica ☐		31. ¿Tiene acceso a seguridad social? (Esta pregunta aplica solo a personas mayores de 14 años) Contributivo ☒ Subsidio ☐ No aplica ☐		32. ¿Tiene acceso a seguridad social? (Esta pregunta aplica solo a personas mayores de 14 años) Contributivo ☒ Subsidio ☐ No aplica ☐	

FORMATO FICHA SIRBE SERVICIOS SOCIALES INFORMACIÓN BÁSICA Y TRANSVERSAL CABEZOTE

Version 1

Fecha Memo 2023016256 - 25/05/2023

Página 2 de 6

Fecha de diligenciamiento:

D D M M A A A A

Número de ficha

2 0 2 4 1 0 7 7 4 4 1 2 0 9 4 4

Año

Localidad

Proyecto

Código unidad operativa

SECCIÓN B. VARIABLES TRANSVERSALES

<p>1. Persona con discapacidad</p> <p>Si ☐ 1</p> <p>No ☒ 2 Pase a 4</p>		<p>2. Tipo de discapacidad</p> <p>Física ☐ 20 ☐ 21 ☐ 22 ☐ 23 ☐ 24 ☐ 25 ☐ 26 ☐ 27 ☐ 28 ☐ 29 ☐ 30 ☐ 31 ☐ 32 ☐ 33 ☐ 34 ☐ 35 ☐ 36 ☐ 37 ☐ 38 ☐ 39 ☐ 40 ☐ 41 ☐ 42 ☐ 43 ☐ 44 ☐ 45 ☐ 46 ☐ 47 ☐ 48 ☐ 49 ☐ 50 ☐ 51 ☐ 52 ☐ 53 ☐ 54 ☐ 55 ☐ 56 ☐ 57 ☐ 58 ☐ 59 ☐ 60 ☐ 61 ☐ 62 ☐ 63 ☐ 64 ☐ 65 ☐ 66 ☐ 67 ☐ 68 ☐ 69 ☐ 70 ☐ 71 ☐ 72 ☐ 73 ☐ 74 ☐ 75 ☐ 76 ☐ 77 ☐ 78 ☐ 79 ☐ 80 ☐ 81 ☐ 82 ☐ 83 ☐ 84 ☐ 85 ☐ 86 ☐ 87 ☐ 88 ☐ 89 ☐ 90 ☐ 91 ☐ 92 ☐ 93 ☐ 94 ☐ 95 ☐ 96 ☐ 97 ☐ 98 ☐ 99 ☐ 100</p> <p>Psicosocial ☐ 40 ☐ 41 ☐ 42 ☐ 43 ☐ 44 ☐ 45 ☐ 46 ☐ 47 ☐ 48 ☐ 49 ☐ 50 ☐ 51 ☐ 52 ☐ 53 ☐ 54 ☐ 55 ☐ 56 ☐ 57 ☐ 58 ☐ 59 ☐ 60 ☐ 61 ☐ 62 ☐ 63 ☐ 64 ☐ 65 ☐ 66 ☐ 67 ☐ 68 ☐ 69 ☐ 70 ☐ 71 ☐ 72 ☐ 73 ☐ 74 ☐ 75 ☐ 76 ☐ 77 ☐ 78 ☐ 79 ☐ 80 ☐ 81 ☐ 82 ☐ 83 ☐ 84 ☐ 85 ☐ 86 ☐ 87 ☐ 88 ☐ 89 ☐ 90 ☐ 91 ☐ 92 ☐ 93 ☐ 94 ☐ 95 ☐ 96 ☐ 97 ☐ 98 ☐ 99 ☐ 100</p> <p>Alteración del desarrollo ☐ 37 ☐ 38 ☐ 39 ☐ 40 ☐ 41 ☐ 42 ☐ 43 ☐ 44 ☐ 45 ☐ 46 ☐ 47 ☐ 48 ☐ 49 ☐ 50 ☐ 51 ☐ 52 ☐ 53 ☐ 54 ☐ 55 ☐ 56 ☐ 57 ☐ 58 ☐ 59 ☐ 60 ☐ 61 ☐ 62 ☐ 63 ☐ 64 ☐ 65 ☐ 66 ☐ 67 ☐ 68 ☐ 69 ☐ 70 ☐ 71 ☐ 72 ☐ 73 ☐ 74 ☐ 75 ☐ 76 ☐ 77 ☐ 78 ☐ 79 ☐ 80 ☐ 81 ☐ 82 ☐ 83 ☐ 84 ☐ 85 ☐ 86 ☐ 87 ☐ 88 ☐ 89 ☐ 90 ☐ 91 ☐ 92 ☐ 93 ☐ 94 ☐ 95 ☐ 96 ☐ 97 ☐ 98 ☐ 99 ☐ 100</p> <p>Trastornos del espectro autista (TEA) ☐ 38 ☐ 39 ☐ 40 ☐ 41 ☐ 42 ☐ 43 ☐ 44 ☐ 45 ☐ 46 ☐ 47 ☐ 48 ☐ 49 ☐ 50 ☐ 51 ☐ 52 ☐ 53 ☐ 54 ☐ 55 ☐ 56 ☐ 57 ☐ 58 ☐ 59 ☐ 60 ☐ 61 ☐ 62 ☐ 63 ☐ 64 ☐ 65 ☐ 66 ☐ 67 ☐ 68 ☐ 69 ☐ 70 ☐ 71 ☐ 72 ☐ 73 ☐ 74 ☐ 75 ☐ 76 ☐ 77 ☐ 78 ☐ 79 ☐ 80 ☐ 81 ☐ 82 ☐ 83 ☐ 84 ☐ 85 ☐ 86 ☐ 87 ☐ 88 ☐ 89 ☐ 90 ☐ 91 ☐ 92 ☐ 93 ☐ 94 ☐ 95 ☐ 96 ☐ 97 ☐ 98 ☐ 99 ☐ 100</p>		<p>3. Presenta alguna de las siguientes dificultades o limitaciones permanentes para:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Acción / Dificultad</th> <th>No puedo hacerlo</th> <th>Si, con mucha dificultad</th> <th>Si, con alguna dificultad</th> <th>Puedo hacerlo sin dificultad</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. ¿Relacionarse o interactuar con las demás personas?</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2. ¿Hablar o conversar?</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>3. ¿Agarrar o mover objetos con las manos?</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>4. ¿Entender, aprender, recordar o tomar decisiones por sí mismo(a)?</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>5. ¿Oír la voz o los sonidos?</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>6. ¿Mover el cuerpo, caminar o subir y bajar escaleras?</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>7. ¿Ver de cerca, de lejos o alrededor?</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>8. ¿Comer, vestirse o bañarse por sí mismo(a)?</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		Acción / Dificultad	No puedo hacerlo	Si, con mucha dificultad	Si, 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)?					<p>4. Tipología de estructura familiar</p> <p>Hogar familiar Nuclear ☐ 1 ☒ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 ☐ 11 ☐ 12 ☐ 13 ☐ 14 ☐ 15 ☐ 16 ☐ 17 ☐ 18 ☐ 19 ☐ 20 ☐ 21 ☐ 22 ☐ 23 ☐ 24 ☐ 25 ☐ 26 ☐ 27 ☐ 28 ☐ 29 ☐ 30 ☐ 31 ☐ 32 ☐ 33 ☐ 34 ☐ 35 ☐ 36 ☐ 37 ☐ 38 ☐ 39 ☐ 40 ☐ 41 ☐ 42 ☐ 43 ☐ 44 ☐ 45 ☐ 46 ☐ 47 ☐ 48 ☐ 49 ☐ 50 ☐ 51 ☐ 52 ☐ 53 ☐ 54 ☐ 55 ☐ 56 ☐ 57 ☐ 58 ☐ 59 ☐ 60 ☐ 61 ☐ 62 ☐ 63 ☐ 64 ☐ 65 ☐ 66 ☐ 67 ☐ 68 ☐ 69 ☐ 70 ☐ 71 ☐ 72 ☐ 73 ☐ 74 ☐ 75 ☐ 76 ☐ 77 ☐ 78 ☐ 79 ☐ 80 ☐ 81 ☐ 82 ☐ 83 ☐ 84 ☐ 85 ☐ 86 ☐ 87 ☐ 88 ☐ 89 ☐ 90 ☐ 91 ☐ 92 ☐ 93 ☐ 94 ☐ 95 ☐ 96 ☐ 97 ☐ 98 ☐ 99 ☐ 100</p> <p>Hogar familiar amplio compuesto ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 ☐ 11 ☐ 12 ☐ 13 ☐ 14 ☐ 15 ☐ 16 ☐ 17 ☐ 18 ☐ 19 ☐ 20 ☐ 21 ☐ 22 ☐ 23 ☐ 24 ☐ 25 ☐ 26 ☐ 27 ☐ 28 ☐ 29 ☐ 30 ☐ 31 ☐ 32 ☐ 33 ☐ 34 ☐ 35 ☐ 36 ☐ 37 ☐ 38 ☐ 39 ☐ 40 ☐ 41 ☐ 42 ☐ 43 ☐ 44 ☐ 45 ☐ 46 ☐ 47 ☐ 48 ☐ 49 ☐ 50 ☐ 51 ☐ 52 ☐ 53 ☐ 54 ☐ 55 ☐ 56 ☐ 57 ☐ 58 ☐ 59 ☐ 60 ☐ 61 ☐ 62 ☐ 63 ☐ 64 ☐ 65 ☐ 66 ☐ 67 ☐ 68 ☐ 69 ☐ 70 ☐ 71 ☐ 72 ☐ 73 ☐ 74 ☐ 75 ☐ 76 ☐ 77 ☐ 78 ☐ 79 ☐ 80 ☐ 81 ☐ 82 ☐ 83 ☐ 84 ☐ 85 ☐ 86 ☐ 87 ☐ 88 ☐ 89 ☐ 90 ☐ 91 ☐ 92 ☐ 93 ☐ 94 ☐ 95 ☐ 96 ☐ 97 ☐ 98 ☐ 99 ☐ 100</p> <p>Hogar familiar sin núcleo ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 ☐ 11 ☐ 12 ☐ 13 ☐ 14 ☐ 15 ☐ 16 ☐ 17 ☐ 18 ☐ 19 ☐ 20 ☐ 21 ☐ 22 ☐ 23 ☐ 24 ☐ 25 ☐ 26 ☐ 27 ☐ 28 ☐ 29 ☐ 30 ☐ 31 ☐ 32 ☐ 33 ☐ 34 ☐ 35 ☐ 36 ☐ 37 ☐ 38 ☐ 39 ☐ 40 ☐ 41 ☐ 42 ☐ 43 ☐ 44 ☐ 45 ☐ 46 ☐ 47 ☐ 48 ☐ 49 ☐ 50 ☐ 51 ☐ 52 ☐ 53 ☐ 54 ☐ 55 ☐ 56 ☐ 57 ☐ 58 ☐ 59 ☐ 60 ☐ 61 ☐ 62 ☐ 63 ☐ 64 ☐ 65 ☐ 66 ☐ 67 ☐ 68 ☐ 69 ☐ 70 ☐ 71 ☐ 72 ☐ 73 ☐ 74 ☐ 75 ☐ 76 ☐ 77 ☐ 78 ☐ 79 ☐ 80 ☐ 81 ☐ 82 ☐ 83 ☐ 84 ☐ 85 ☐ 86 ☐ 87 ☐ 88 ☐ 89 ☐ 90 ☐ 91 ☐ 92 ☐ 93 ☐ 94 ☐ 95 ☐ 96 ☐ 97 ☐ 98 ☐ 99 ☐ 100</p> <p>Hogar no familiar unipersonal ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 ☐ 11 ☐ 12 ☐ 13 ☐ 14 ☐ 15 ☐ 16 ☐ 17 ☐ 18 ☐ 19 ☐ 20 ☐ 21 ☐ 22 ☐ 23 ☐ 24 ☐ 25 ☐ 26 ☐ 27 ☐ 28 ☐ 29 ☐ 30 ☐ 31 ☐ 32 ☐ 33 ☐ 34 ☐ 35 ☐ 36 ☐ 37 ☐ 38 ☐ 39 ☐ 40 ☐ 41 ☐ 42 ☐ 43 ☐ 44 ☐ 45 ☐ 46 ☐ 47 ☐ 48 ☐ 49 ☐ 50 ☐ 51 ☐ 52 ☐ 53 ☐ 54 ☐ 55 ☐ 56 ☐ 57 ☐ 58 ☐ 59 ☐ 60 ☐ 61 ☐ 62 ☐ 63 ☐ 64 ☐ 65 ☐ 66 ☐ 67 ☐ 68 ☐ 69 ☐ 70 ☐ 71 ☐ 72 ☐ 73 ☐ 74 ☐ 75 ☐ 76 ☐ 77 ☐ 78 ☐ 79 ☐ 80 ☐ 81 ☐ 82 ☐ 83 ☐ 84 ☐ 85 ☐ 86 ☐ 87 ☐ 88 ☐ 89 ☐ 90 ☐ 91 ☐ 92 ☐ 93 ☐ 94 ☐ 95 ☐ 96 ☐ 97 ☐ 98 ☐ 99 ☐ 100</p>		<p>5. Situaciones y/o condiciones diferenciales de las familias</p> <p>Familia con pertenencia étnica ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 ☐ 11 ☐ 12 ☐ 13 ☐ 14 ☐ 15 ☐ 16 ☐ 17 ☐ 18 ☐ 19 ☐ 20 ☐ 21 ☐ 22 ☐ 23 ☐ 24 ☐ 25 ☐ 26 ☐ 27 ☐ 28 ☐ 29 ☐ 30 ☐ 31 ☐ 32 ☐ 33 ☐ 34 ☐ 35 ☐ 36 ☐ 37 ☐ 38 ☐ 39 ☐ 40 ☐ 41 ☐ 42 ☐ 43 ☐ 44 ☐ 45 ☐ 46 ☐ 47 ☐ 48 ☐ 49 ☐ 50 ☐ 51 ☐ 52 ☐ 53 ☐ 54 ☐ 55 ☐ 56 ☐ 57 ☐ 58 ☐ 59 ☐ 60 ☐ 61 ☐ 62 ☐ 63 ☐ 64 ☐ 65 ☐ 66 ☐ 67 ☐ 68 ☐ 69 ☐ 70 ☐ 71 ☐ 72 ☐ 73 ☐ 74 ☐ 75 ☐ 76 ☐ 77 ☐ 78 ☐ 79 ☐ 80 ☐ 81 ☐ 82 ☐ 83 ☐ 84 ☐ 85 ☐ 86 ☐ 87 ☐ 88 ☐ 89 ☐ 90 ☐ 91 ☐ 92 ☐ 93 ☐ 94 ☐ 95 ☐ 96 ☐ 97 ☐ 98 ☐ 99 ☐ 100</p> <p>Familia transgenero ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 ☐ 11 ☐ 12 ☐ 13 ☐ 14 ☐ 15 ☐ 16 ☐ 17 ☐ 18 ☐ 19 ☐ 20 ☐ 21 ☐ 22 ☐ 23 ☐ 24 ☐ 25 ☐ 26 ☐ 27 ☐ 28 ☐ 29 ☐ 30 ☐ 31 ☐ 32 ☐ 33 ☐ 34 ☐ 35 ☐ 36 ☐ 37 ☐ 38 ☐ 39 ☐ 40 ☐ 41 ☐ 42 ☐ 43 ☐ 44 ☐ 45 ☐ 46 ☐ 47 ☐ 48 ☐ 49 ☐ 50 ☐ 51 ☐ 52 ☐ 53 ☐ 54 ☐ 55 ☐ 56 ☐ 57 ☐ 58 ☐ 59 ☐ 60 ☐ 61 ☐ 62 ☐ 63 ☐ 64 ☐ 65 ☐ 66 ☐ 67 ☐ 68 ☐ 69 ☐ 70 ☐ 71 ☐ 72 ☐ 73 ☐ 74 ☐ 75 ☐ 76 ☐ 77 ☐ 78 ☐ 79 ☐ 80 ☐ 81 ☐ 82 ☐ 83 ☐ 84 ☐ 85 ☐ 86 ☐ 87 ☐ 88 ☐ 89 ☐ 90 ☐ 91 ☐ 92 ☐ 93 ☐ 94 ☐ 95 ☐ 96 ☐ 97 ☐ 98 ☐ 99 ☐ 100</p> <p>Familia víctimas del conflicto armado ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 ☐ 11 ☐ 12 ☐ 13 ☐ 14 ☐ 15 ☐ 16 ☐ 17 ☐ 18 ☐ 19 ☐ 20 ☐ 21 ☐ 22 ☐ 23 ☐ 24 ☐ 25 ☐ 26 ☐ 27 ☐ 28 ☐ 29 ☐ 30 ☐ 31 ☐ 32 ☐ 33 ☐ 34 ☐ 35 ☐ 36 ☐ 37 ☐ 38 ☐ 39 ☐ 40 ☐ 41 ☐ 42 ☐ 43 ☐ 44 ☐ 45 ☐ 46 ☐ 47 ☐ 48 ☐ 49 ☐ 50 ☐ 51 ☐ 52 ☐ 53 ☐ 54 ☐ 55 ☐ 56 ☐ 57 ☐ 58 ☐ 59 ☐ 60 ☐ 61 ☐ 62 ☐ 63 ☐ 64 ☐ 65 ☐ 66 ☐ 67 ☐ 68 ☐ 69 ☐ 70 ☐ 71 ☐ 72 ☐ 73 ☐ 74 ☐ 75 ☐ 76 ☐ 77 ☐ 78 ☐ 79 ☐ 80 ☐ 81 ☐ 82 ☐ 83 ☐ 84 ☐ 85 ☐ 86 ☐ 87 ☐ 88 ☐ 89 ☐ 90 ☐ 91 ☐ 92 ☐ 93 ☐ 94 ☐ 95 ☐ 96 ☐ 97 ☐ 98 ☐ 99 ☐ 100</p> <p>No aplica ☐ 98 ☒ 99 ☐ 100</p>		<p>6. Identifique su nacionalidad con las siguientes opciones</p> <p>Nacional ☐ 1 ☒ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 ☐ 11 ☐ 12 ☐ 13 ☐ 14 ☐ 15 ☐ 16 ☐ 17 ☐ 18 ☐ 19 ☐ 20 ☐ 21 ☐ 22 ☐ 23 ☐ 24 ☐ 25 ☐ 26 ☐ 27 ☐ 28 ☐ 29 ☐ 30 ☐ 31 ☐ 32 ☐ 33 ☐ 34 ☐ 35 ☐ 36 ☐ 37 ☐ 38 ☐ 39 ☐ 40 ☐ 41 ☐ 42 ☐ 43 ☐ 44 ☐ 45 ☐ 46 ☐ 47 ☐ 48 ☐ 49 ☐ 50 ☐ 51 ☐ 52 ☐ 53 ☐ 54 ☐ 55 ☐ 56 ☐ 57 ☐ 58 ☐ 59 ☐ 60 ☐ 61 ☐ 62 ☐ 63 ☐ 64 ☐ 65 ☐ 66 ☐ 67 ☐ 68 ☐ 69 ☐ 70 ☐ 71 ☐ 72 ☐ 73 ☐ 74 ☐ 75 ☐ 76 ☐ 77 ☐ 78 ☐ 79 ☐ 80 ☐ 81 ☐ 82 ☐ 83 ☐ 84 ☐ 85 ☐ 86 ☐ 87 ☐ 88 ☐ 89 ☐ 90 ☐ 91 ☐ 92 ☐ 93 ☐ 94 ☐ 95 ☐ 96 ☐ 97 ☐ 98 ☐ 99 ☐ 100</p> <p>Otra nacionalidad ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 ☐ 11 ☐ 12 ☐ 13 ☐ 14 ☐ 15 ☐ 16 ☐ 17 ☐ 18 ☐ 19 ☐ 20 ☐ 21 ☐ 22 ☐ 23 ☐ 24 ☐ 25 ☐ 26 ☐ 27 ☐ 28 ☐ 29 ☐ 30 ☐ 31 ☐ 32 ☐ 33 ☐ 34 ☐ 35 ☐ 36 ☐ 37 ☐ 38 ☐ 39 ☐ 40 ☐ 41 ☐ 42 ☐ 43 ☐ 44 ☐ 45 ☐ 46 ☐ 47 ☐ 48 ☐ 49 ☐ 50 ☐ 51 ☐ 52 ☐ 53 ☐ 54 ☐ 55 ☐ 56 ☐ 57 ☐ 58 ☐ 59 ☐ 60 ☐ 61 ☐ 62 ☐ 63 ☐ 64 ☐ 65 ☐ 66 ☐ 67 ☐ 68 ☐ 69 ☐ 70 ☐ 71 ☐ 72 ☐ 73 ☐ 74 ☐ 75 ☐ 76 ☐ 77 ☐ 78 ☐ 79 ☐ 80 ☐ 81 ☐ 82 ☐ 83 ☐ 84 ☐ 85 ☐ 86 ☐ 87 ☐ 88 ☐ 89 ☐ 90 ☐ 91 ☐ 92 ☐ 93 ☐ 94 ☐ 95 ☐ 96 ☐ 97 ☐ 98 ☐ 99 ☐ 100</p> <p>Binacional ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 ☐ 11 ☐ 12 ☐ 13 ☐ 14 ☐ 15 ☐ 16 ☐ 17 ☐ 18 ☐ 19 ☐ 20 ☐ 21 ☐ 22 ☐ 23 ☐ 24 ☐ 25 ☐ 26 ☐ 27 ☐ 28 ☐ 29 ☐ 30 ☐ 31 ☐ 32 ☐ 33 ☐ 34 ☐ 35 ☐ 36 ☐ 37 ☐ 38 ☐ 39 ☐ 40 ☐ 41 ☐ 42 ☐ 43 ☐ 44 ☐ 45 ☐ 46 ☐ 47 ☐ 48 ☐ 49 ☐ 50 ☐ 51 ☐ 52 ☐ 53 ☐ 54 ☐ 55 ☐ 56 ☐ 57 ☐ 58 ☐ 59 ☐ 60 ☐ 61 ☐ 62 ☐ 63 ☐ 64 ☐ 65 ☐ 66 ☐ 67 <</p>	
Acción / Dificultad	No puedo hacerlo	Si, con mucha dificultad	Si, 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)?																																																								

PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL
 FORMATO FICHA SIRBE SERVICIOS SOCIALES INFORMACIÓN BÁSICA Y TRANSVERSAL: CABEZOTE

Código: FOR-PS-321
 Versión: 1
 Fecha: Memo 2023015255 - 25/05/2023
 Página: 4 de 8

Fecha de diligenciamiento:

D D M M A A A A

Número de ficha

2 0 2 4 1 0 7 7 4 4 1 2 0 9 4 4

Año Localidad Proyecto Código unidad operativa

SECCIÓN C. UBICACIÓN GEOGRÁFICA

1. Localidad donde habita

Usaquén 1 Santa Fe 2 Usmé 5 Bosa 7 Fontibón 9 Sube 11 Teusaquillo 13 Antonio Nariño 15 La Candelaria 17 Ciudad Bolívar 19

Chapero 2 San Cristóbal 4 Turquesa 6 Kennedy 8 Engativá 10 X Barrios Unidos 12 Los Mártires 14 Puente Aranda 16 Rafael Uribe 18 Sumapaz 20

2. UPR o UPR

3. Nombre del barrio / vereda

Florida Blanca

4. Escriba su dirección completa:

Calle 2 X Transversal TV Avenida AV

Carrera JK Avenida calle AC

Diagonal DG Avenida carrera JK

Número de la vía principal: 69

Nombre de la vía principal:

Nombre señalamiento de la vía principal:

Alfabético

BIS

Cuadrante

Número vía generadora

Alfabético

Número plaza

Cuadrante

5. Escriba el complemento de la dirección (dirección rural, interior, apartamento, oficina)

vea las convenciones y señalamientos, ya en las instrucciones de el instructivo de diligenciamiento

Complemento dirección:

BQ. Bodega

CONJ. Conjunto

ESQ. Esquina

LC. Local

MZ. Manzana

PL. Plaza

SL. Solar

TR. Troncal

AD. Administración

BQ. Bloque

CT. Carretera

ET. Elape

LM. Local Mezzanine

OF. Oficina

PH. Puente

SM. Super manzana

UN. Unidad

AG. Agrupación

CA. Casa

DP. Depósito

GJ. Garaje

LS. Local sótano

OS. Oficina sótano

PS. Paseo

SE. Sector

UN. Unidad multifamiliar

AL. Altillo

CEL. Célula

DS. Depósito sótano

GS. Garaje sótano

LT. Lote

PA. Parcela

PT. Pastero

SS. Suelo sótano

URB. Urbanización

AP. Apartamento

CM. Camino

ED. Edificio

IN. Interior

MD. Módulo

PD. Predio

SA. Salón

SU. Suelo

ZK. Zona

AS. Apartamento sótano

CN. Consultorio

EN. Entrada

KM. Kilómetro

MN. Mezzanine

PH. Pared-tienda

SC. Salón Comunal

TD. Torre

6. Tipo de zona

Urbana 1 X Rural 2 Urbana sin dirección 3

7. Estrato socio - económico del predio

Uno 1 Tres 3 X Cinco 5

Dos 2 Cuatro 4 Cero 0

8. Teléfono fijo de contacto:

0

9. Teléfono celular de contacto:

3208505026

10. Correo electrónico de contacto:

0

11. ¿Habita en una vivienda?

Si 1 X No 2

12. Tipo de vivienda

Casa o apartamento 1 X Vivienda móvil 4 Lugar de trabajo 7

Cuanto o cuartos 2 Casa sola 5 Rancho 8

Inquilinato 3 Residencia 6 Finca 9

Paga diario 10

13. Condición de la vivienda

Ruina 1

Demolición 2

Buen estado 3 X

Aceptable 4

Mal Estado 5

14. Tenencia de la vivienda

Propia 1 otra forma 3

Amortizado 4 Arrendada 2 X

15. Forma de pago

Diaria 1

Mensual 2 X

Quincenal 3

Semanal 4

Contributivo 5

16. Lugar diferente a vivienda donde habita:

Equipamiento Urbano 1

Refugio natural 2

PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL

FORMATO FICHA SIRBE SERVICIOS SOCIALES INFORMACIÓN BÁSICA Y TRANSVERSAL: CABEZOTE

Change POL-PS-3/1

Versuche 1

Fecha: Mayo 2023 A5255 - 250047023

Página: 5 de 5

Fecha de diligenciamiento

D	D	M	M	A	A	A	A
---	---	---	---	---	---	---	---

Murroto das Felhas

2	0	2	4	1	0	7	7	4	4	1	2	0	9	4	4
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Mr

Localities

Proposed:

Challenges involved operations

SECCIÓN D. INFORMACIÓN BÁSICA Y TRANSVERSAL SOBRE LA FAMILIA

Las informaciones televisivas son cruciales para el juicio de naciones hermanas

No. Ingresante	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				
	Tipo	Número	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?	¿Transgénero masculino o transgénero femenino?	¿Cuál es su orientación sexual?	FECHA NACIMIENTO			Edad aproximada	ESTADO CIVIL	PARENTESCO (Con quién/a del núcleo familiar)	NIVEL EDUCATIVO ACTUAL	SISTEMA DISTRICTAL DE CUIDADO						Actividad	Rol ocupacional	¿Cuántas horas a la semana dedica a esta ocupación?	Valor de los ingresos mensuales	Forma de percibir los ingresos	Localidad donde realiza actividad principal	Afilado al régimen de seguridad social	Régimen de seguridad social	Calidad del afiliado	¿Persona con discapacidad?	Tipo	Grupos étnicos	Pueblo indígena	¿Es víctima del conflicto armado?	Víctima de conflicto armado	¿Ha recibido capacitación, formación o tiene experiencia en algún área u oficio?	De acuerdo con la experiencia anterior ¿En qué cree que puede emplearse?	
									NIVEL	Años aprobados	¿Ajuste actualizante?				¿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																			
																					Día																		Mes
1	1	1014221743	1 Sandoval 2 Castañeda	1 Laura 2 Marcela	2	2		1	06	05	1991	33	3	1	18	Si	No	No	No	No	No	No	12	32	48	1700000	2	10	Si	No	1	2	Si	No	6	Si	No	Si	No aplica
2	1	1015421764	1 Hodson 2 Rodriguez	1 Alan 2 Fernando	1	1		1	28	12	1990	33	3	2	18	Si	Si	Si	Si	Si	Si	13	32	48	1500000	1	10	Si	No	1	1	Si	No	6	Si	No	Si	No aplica	
3	6	1243761836	1 Hodson 2 Sandoval	1 Alan 2	1	92		98	23	11	2021	2	1	5	1	Si	No	No	No	No	No	98	98					Si	No	1	1	Si	No	6	Si	No	No aplica	No aplica	
4	6	1011267126	1 Hodson 2 Sandoval	1 Elizabeth 2	2	98		98	24	01	2024	05	1	5	1	Si	No	No	No	No	No	98	98					Si	No	1	1	Si	No	6	Si	No	No aplica	No aplica	
5			1 2	1 2												Si	No	No	No	No	No						Si	No			Si	No		Si	No	No aplica	No aplica		

No.	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 Escribir: En el renglón 1, primer apellido En el renglón 2, segundo apellido	NOMBRES Escribir: En el renglón 1, primer nombre En el renglón 2, segundo nombre	Sexo ¿Con cuál género se identifica? ¿Transgénero masculino o transgénero femenino?	Fecha nacimiento sexual? ¿Cuál es su orientación sexual?	FECHA NACIMIENTO			Edad aproximada	ESTADO CIVIL	PARENTESCO (con jefe/a del núcleo familiar)	SISTEMA DISTRITAL DE CUIDADO								Actividad Ref ocupacional ¿Cuántas horas a la semana dedica a esta ocupación?	Valor de los ingresos mensuales Forma de percibir los Ingresos Localidad donde realiza actividad principal	Salud		Discapacidad	Grupo étnico	Pueblo indígena	VÍCTIMA DE CONFLICTO ARMADO	Mejoró	¿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 EDUCATIVO ACTUAL	NIVEL	Años aprobados	¿Ajuste 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							
6			1	1									Si	Si	Si	Si	Si	Si							Si				Si	Si	
			2	2									No	No	No	No	No	No							No				No aplica	No aplica	
7			1	1									Si	Si	Si	Si	Si	Si							Si				Si	Si	
			2	2									No	No	No	No	No	No							No				No aplica	No aplica	
8			1	1									Si	Si	Si	Si	Si	Si							Si				Si	Si	
			2	2									No	No	No	No	No	No							No				No aplica	No aplica	
9			1	1									Si	Si	Si	Si	Si	Si							Si				Si	Si	
			2	2									No	No	No	No	No	No							No				No aplica	No aplica	
10			1	1									Si	Si	Si	Si	Si	Si							Si				Si	Si	
			2	2									No	No	No	No	No	No							No				No aplica	No aplica	
11			1	1									Si	Si	Si	Si	Si	Si							Si				Si	Si	
			2	2									No	No	No	No	No	No							No				No aplica	No aplica	
12			1	1									Si	Si	Si	Si	Si	Si							Si				Si	Si	
			2	2									No	No	No	No	No	No							No				No aplica	No aplica	
13			1	1									Si	Si	Si	Si	Si	Si							Si				Si	Si	
			2	2									No	No	No	No	No	No							No				No aplica	No aplica	
14			1	1									Si	Si	Si	Si	Si	Si							Si				Si	Si	
			2	2									No	No	No	No	No	No							No				No aplica	No aplica	
15			1	1									Si	Si	Si	Si	Si	Si							Si				Si	Si	
			2	2									No	No	No	No	No	No							No				No aplica	No	

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

Tratamiento de datos personales: Los datos personales aquí suministrados tienen carácter confidencial, están por el hecho en un deber y un compromiso de los asistentes y de la SOPS en divulgar información alguna en propósitos diferentes a la de este registro así como de los sanciones legales a que haya lugar de acuerdo con la Ley 13481 de 2012 y Decreto 1877 de 2013.

Fecha de diligenciamiento: D D M M A A A A Año Localidad Proyecto Código Unidad Operativa

2 0 2 4 1 0 7 7 4 4 1 2 0 9 4 4

SECCIÓN E. MODALIDAD DE ATENCIÓN

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 sección I.

Jardines Infantiles ☒ 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 Cofinancado Lo Florida

SECCIÓN F. A QUIEN VA DIRIGIDA LA MODALIDAD FAMILIAR:

1. La modalidad se solicita para: Constante ☒ Pasó a sección G. Niña - niño ☒

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

3. ¿La niña o niño es menor de 6 meses y está lactando?: Si ☒ Pasó a sección H. No ☒ Pasó 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 ☒ No ☒ 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 ☒ Más de 6 ☒ Entre 4 y 6 ☒ Ninguna ☒ 93

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

6. ¿Cuenta con el apoyo del padre de su hijo-hijo para el cuidado de su embarazo?: Si ☒ No ☒

7. ¿Quién cuidará principalmente a su hijo-hijo después del nacimiento?: Padres ☒ Sólo Padre ☒ Otros parientes ☒ 5 Modalidad institucional para la Primera infancia ☒ 7 Sólo Madre ☒ Abuelo-a ☒ Otros no parientes ☒ 6

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

9. ¿Quién le brindó la información sobre sus derechos?: Hospital ☒ Colegio ☒ Amigos-as ☒ 5 Madre ☒ 7 Padres ☒ 8 Partera/doula ☒ 9 S.O.S. ☒ ONG ☒ 4 Hermanos-as ☒ 6

10. ¿Ha recibido información e capacitación acerca de algunos de estos temas?: (selección múltiple)

Cuidados durante la gestación ☒ 1 Lactancia materna ☒ 3 Construcción del vínculo afectivo madre-hijo ☒ 6 Ninguna ☒ 93 Pase a la pregunta 12

Sus derechos y los de su pareja en el momento del parto ☒ 2 Desarrollo infantil ☒ 5 Prevención de accidentes en el hogar ☒ 4

11. ¿Quién le brindó la información sobre los temas anteriores?: Hospital ☒ Colegio ☒ Otra entidad ☒ 5 Otra persona ☒ 6 S.O.S. ☒ 2 ONG ☒ 4 Partera/doula ☒ 9

12. ¿Usó desatada quedar en embarazo?: Si ☒ No ☒

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 ☒ No ☒

15. El embarazo ha sido clasificado como de alto riesgo?: Si ☒ No ☒

16. ¿Cómo piensa alimentar a su hijo-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 indeciso/a inseguro/a ☒ 3 Pase a sección I

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

1. ¿Qué tipo de parto tuvo?: Vaginal ☒ 1 Cesárea ☒ 2

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

3. ¿Está usando un método anticonceptivo?: Si ☒ 1 No ☒ 2

4. ¿En cuánto tiempo desea tener otro embarazo?: Antes de 1 año ☒ 1 Después de 2 años o más ☒ 3 Antes de 2 años ☒ 2 No tendrá más embarazos ☒ 4

5. ¿Ha recibido información o capacitación acerca de algunos de estos temas?: (selección múltiple)

Lactancia materna ☒ 3 Construcción del vínculo afectivo madre-hijo ☒ 6 Ninguna ☒ 93 Pase a la pregunta 7

Desarrollo infantil ☒ 5 Prevención de accidentes en el hogar ☒ 4

6. ¿Quién le brindó la información sobre los temas anteriores?: Hospital ☒ 1 Colegio ☒ 3 Otra entidad ☒ 5 Otra persona ☒ 6 S.O.S. ☒ 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 cómo iniciar la alimentación complementaria? Si ☒ 1 No ☒ 2

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

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?		2. ¿Quién atendió el nacimiento de la niña o el niño?		3. ¿El primer contacto piel a piel con su hijo-a, después de nacer, fue?		4. ¿En qué semana de gestación nació su hijo-a?		5. ¿Cuál fue el peso de su hijo-a al nacer?		6. ¿Cuál fue la talla de su hijo-a al nacer?	
Hospital ☐ Casa ☒	Centro de salud ☐ Espacio público ☐	Atendimiento ☐	Médico ☒ Partera/traducida ☐ Enfermera ☐ Personal no médico ☐	1 hora o antes ☒ 2 horas ☐ 1 hora ☐ Más de 4 horas ☐	40 Semanas	3595 Gramos	46 Centímetros				
7. La niña o el niño recibió leche materna alguna vez?		8. ¿Cuántos días de lactancia tuvo su hijo-a antes de la lactancia materna?		9. ¿Actualmente el niño-a recibe leche materna?		10. La niña o el niño recibe algún alimento diferente a la leche materna?		11. ¿Qué edad tenía su hijo-a cuando recibió un alimento diferente a la leche materna?			
Si ☒ No ☐	Si ☐ No ☐	Si ☒ No ☐	Si ☐ No ☐	Si ☒ No ☐	Si ☐ No ☐	Si ☐ No ☐	Si ☐ No ☐	Pasó a la pregunta 13			
12. ¿Qué edad tenía su hijo-a cuando dejó de darle leche materna completamente?		13. ¿Recibió la información integral de la salud y el desarrollo (crecimiento y desarrollo)?		14. ¿Recibió del último control?		15. Por qué la niña o el niño no ha recibido la información integral de la salud y el desarrollo?		16. ¿La niña o el niño cuenta con el esquema de vacunación al día?			
Si ☐ No ☐		Si ☒ No ☐		Si ☒ No ☐		Dificultad en la asignación de la cita ☐ Sin servicio de salud ☐ Desconocimiento ☐ Falta de tiempo ☐		Si ☒ No ☐			
17. ¿Por qué la niña o el niño no cuenta con el esquema de vacunación al día?		18. ¿Actualmente, la niña o el niño tiene una condición de salud?		19. ¿La condición de salud de la niña o el niño, impide?		20. ¿La condición de salud de la niña o el niño pone en riesgo su vida al ingresar al entorno institucional?		21. ¿Actualmente, el padre, la madre o el cuidador de la niña o el niño presenta alguna de las siguientes condiciones? (Seleccione múltiples)			
Comunicación restringida o cultural ☐ Ocho ☐ Falta de tiempo ☐ Desconocimiento ☐ Falta de tiempo ☐		Si ☐ No ☐		Si ☐ No ☐		Si ☐ No ☐		Si ☐ No ☐			
22. ¿Actualmente, la niña o el niño se encuentra sujeta a condiciones de? (Seleccione múltiples)		23. El padre o madre de la niña o niño es?		24. El padre o madre de la niña o niño trabaja en?		25. ¿Una persona adulta del hogar es?		26. ¿Actualmente, el niño o la niña recibe atención en?			
Institución en ☐ Espacios donde se desarrollan actividades recreativas ☐ Consumo de sustancias psicoactivas ☐ Trabajo infantil ☐ Mercaderías ☐ Ninguna ☒		Desempleado ☐ Militar con discapacidad ☐ Ninguna de las anteriores ☒		Desempleado ☐ Militar con discapacidad ☐ Ninguna de las anteriores ☒		Si ☐ No ☐		Si ☐ No ☐			
27. ¿Una persona adulta del hogar es?		28. ¿Actualmente, el niño o la niña recibe atención en?		29. ¿Una persona adulta del hogar es?		30. ¿Una persona adulta del hogar es?		31. La niña o niño presenta desnutrición aguda moderada o severa verificada por un nutricionista de la Subdirección Local de acuerdo con la resolución 2405 de 2016 del Ministerio de Salud y Protección Social			
Si ☐ No ☐		Si ☐ No ☐		Si ☐ No ☐		Si ☐ No ☐		Si ☐ No ☐			
32. ¿Cuál es el principal motivo por el que solicitó el servicio?		33. ¿Cuál es el principal motivo por el que solicitó el servicio?		34. ¿Cuál es el principal motivo por el que solicitó el servicio?		35. ¿Cuál es el principal motivo por el que solicitó el servicio?		36. ¿Cuál es el principal motivo por el que solicitó el servicio?			
Si ☐ No ☐		Si ☐ No ☐		Si ☐ No ☐		Si ☐ No ☐		Si ☐ No ☐			

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

1. ¿La niña o el niño en algún momento queda solo-a?		2. ¿En qué momento?		3. ¿Cuánto tiempo queda solo-a?		4. ¿Quién es el cuidador principal de la niña o el niño?		5. ¿Quién cuida a la niña o el niño en la mañana?		6. ¿Quién cuida a la niña o el niño en la tarde?	
Si: ☐ No: ☒		Mañana: ☐ Tarde: ☐ Noche: ☐		Menos de una (1) hora: ☐ Entre 1 y 3 horas: ☐ Más de tres (3) horas: ☐		Papá: ☐ Mamá: ☒ Padrastro: ☐ Madrastra: ☐ Abuelo-a: ☐ Hermano-a: ☐ Tio-a: ☐ Otro No parente: ☐		Papá: ☐ Mamá: ☒ Padrastro: ☐ Madrastra: ☐ Abuelo-a: ☐ Hermano-a: ☐ Tio-a: ☐ Otro No parente: ☐		Papá: ☐ Mamá: ☒ Padrastro: ☐ Madrastra: ☐ Abuelo-a: ☐ Hermano-a: ☐ Tio-a: ☐ Otro No parente: ☐	
7. ¿Quién cuida a la niña o el niño en la noche?		8. ¿Cuál es la edad en años del cuidador o la cuidadora principal?		9. ¿Cuál es el sexo del cuidador o cuidadora principal?		10. ¿Cuál es el género del cuidador o la cuidadora principal?		11. ¿Cuál es la orientación sexual del cuidador o la cuidadora principal?		12. Nivel educativo actual del cuidador o la cuidadora principal.	
Papá: ☐ Mamá: ☒ Padrastro: ☐ Madrastra: ☐ Abuelo-a: ☐ Hermano-a: ☐ Tio-a: ☐ Otro No parente: ☐		33		Hombre: ☐ Mujer: ☒ Intersexual: ☐		Masculino: ☐ Transgénero: ☐ No binario: ☐ Feminino: ☐ No informa: ☐ No aplica: ☐		Heterosexual: ☒ Lesbiana: ☐ Bisexual: ☐ Gay: ☐ No informa: ☐ No aplica: ☐		Básica primaria: ☐ Básica secundaria y media: ☐ Tercera: ☐ Tercerarios: ☐ Universitaria incompleta (sin título): ☐ Universitaria completa (con título): ☐ Posgrado incompleto (sin título): ☐ Posgrado completo (con título): ☐	
13. ¿A qué se dedica el cuidador o la cuidadora principal?		14. Es que momento (selección múltiple)		15. El cuidador o la cuidadora principal presenta una discapacidad?		16. El cuidador o la cuidadora principal presenta una enfermedad de alto costo?		17. Tipo de documento de identidad del cuidador o la cuidadora principal.		18. Número de documento de identidad del cuidador o la cuidadora principal.	
Especial: ☐ Trabajo: ☒ Otro: ☐ ¿Cuál?		Mañana: ☒ Tarde: ☐ Noche: ☐		Si: ☐ No: ☒		Si: ☐ No: ☒		Cédula de ciudadanía: ☒ Cédula de extranjería: ☐ Tarjeta de identidad: ☐ Registro civil: ☐ Pasaporte: ☐ PEP: ☐		1014 221 348	
Nombre y apellido del cuidador o la cuidadora principal (según documento de identidad):		19. Primer Apellido		20. Segundo Apellido		21. Primer Nombre		22. Segundo Nombre			
Sandoval		Castro		Laura		Marcela					
23. ¿La niña o el niño se encuentra bajo medida de protección legal?		24. ¿El niño o la niña ha estado bajo medida de protección legal?		25. ¿En qué fecha el niño o la niña tuvo la medida de protección legal?							
Si: ☐ No: ☒		Si: ☐ No: ☒		Pase a sección K							

SECCIÓN K. INFORMACIÓN RURALIDAD si en la pregunta 5 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:		2. La familia de la niña o el niño o la gestante a partir de sus prácticas culturales se reconoce como:		3. ¿Para la familia de la niña o el niño o gestante es importante mantener las tradiciones de su identidad campesina en la ciudad de su tipo o tipo?		4. ¿La familia de la niña o el niño o gestante conserva tradiciones campesinas?		5. ¿Para la familia es importante conservar las tradiciones campesinas en su vida cotidiana?	
Ciudad: ☐ Rural: ☒		Campesino-a: ☐ Rural: ☒		Si: ☐ No: ☒		Si: ☐ No: ☒		Si: ☐ No: ☒	

SECCIÓN L. INFORMACIÓN ADICIONAL ETNIA Si en la pregunta 4 de la sección B del cabezote indicó que se reconoce pertenencia a un grupo étnico diligencie esta sección, de lo contrario, pase a sección M.

1. ¿El niño, la niña, la persona gestante habla o sigue del grupo étnico al que pertenece?		2. ¿Para la familia es importante que en la ciudad se conserven las tradiciones del grupo étnico al que pertenece?	
Si: ☐ No: ☒		Si: ☐ No: ☒	
3. ¿El niño o la niña, la persona gestante, conserva tradiciones del grupo étnico al que pertenece?		4. ¿Para la familia es importante conservar en su vida cotidiana las tradiciones del grupo étnico al que pertenece?	
Si: ☐ No: ☒		Si: ☐ No: ☒	

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

1. ¿Cuál es la discapacidad? (seleccione la discapacidad con el tipo de discapacidad, si es múltiple marque las demás correspondientes, con excepción de las discapacidades físicas, que se marcan en la sección N).		2. Tiene diagnóstico clínico relacionado con la discapacidad?		3. ¿Cuente con el certificado de discapacidad?		4. ¿La niña o el niño está inscrito en el RUCOP?		5. ¿Pasa a la sección N?	
Discapacidad física: ☐ Discapacidad intelectual: ☐ Discapacidad sensorial: ☐ Discapacidad emocional: ☐ Discapacidad social: ☐		Si: ☐ No: ☒		Si: ☐ No: ☒		Si: ☐ No: ☒		Si: ☐ No: ☒	
6. ¿Cuente con el certificado de discapacidad?		7. ¿Cuente con el certificado de discapacidad?		8. ¿Cuente con el certificado de discapacidad?		9. ¿Cuente con el certificado de discapacidad?		10. ¿Cuente con el certificado de discapacidad?	
Si: ☐ No: ☒		Si: ☐ No: ☒		Si: ☐ No: ☒		Si: ☐ No: ☒		Si: ☐ No: ☒	
11. ¿Cuente con el certificado de discapacidad?		12. ¿Cuente con el certificado de discapacidad?		13. ¿Cuente con el certificado de discapacidad?		14. ¿Cuente con el certificado de discapacidad?		15. ¿Cuente con el certificado de discapacidad?	
Si: ☐ No: ☒		Si: ☐ No: ☒		Si: ☐ No: ☒		Si: ☐ No: ☒		Si: ☐ No: ☒	



SECCIÓN N. DESCRIPCIÓN Y REFERENCIACIÓN

1. Descripción de la problemática: Familia realiza solicitud de cupo en el jardín ya que la mamá trabaja desde casa pero ya le dijeron que a partir del 15 de julio debe empezar a ir al colegio donde labora y no es posible llevar la bebé. Su esposo trabaja de lunes a viernes y no cuenta con familia o amigos de confianza para dejar a la bebé bajo su cuidado.	2. Concepto Solicitante: Familia con fragilidad alta, no cuentan con redes de apoyo para el cuidado de sus hijos. La mamá queda en lista de espera, al contar con disponibilidad de cupo el jardín le asignará uno para brindar un cuidado calificado con un profesional idóneo.	3. Acciones a seguir: Ingreso prioritario: ☐ Lista de espera - Cumple criterios de ingreso: ☒ No cumple criterios de ingreso: ☐
		4. ¿Requiere visita domiciliar? - Si ☐ No ☒ Pase a la pregunta 5 Motivo: Verificación de las condiciones socio familiares: - Si ☐ - No ☒ Verificación otras condiciones: - Si ☐ - No ☒
		5. La modalidad en la que se atenderá la niña, el niño, persona gestante o lactante se encuentra en convenio interadministrativo con (selección múltiple): SED ☐ ICDF ☐ Ninguno de los anteriores ☒
		6. La unidad operativa ofrece nivel pre jardín o jardín porque se encuentra en una LPZ deficitaria para la SED? - Si ☐ - No ☒ No oferta niveles ☐
		7. Referenciación a un proyecto SERE: - Si ☐ - No ☒ Pase a la pregunta 8 Integrante: Proyecto: Modalidad: Integrante: Proyecto: Modalidad: Integrante: Proyecto: Modalidad: Integrante: Proyecto: Modalidad:
		8. Referenciación a otra entidad: - Si ☐ - No ☒ Finalice Integrante: ¿Cuál?: Integrante: ¿Cuál?: Integrante: ¿Cuál?: Integrante: ¿Cuál?:
	<small>El ingreso a un jardín infantil ofrece a niños de preescolar, educación al nivel en el que recibirá la atención, de acuerdo a la edad que la niña o niño tiene, hasta a través de 31 de marzo del año en curso, con excepción de los niños y las niñas con discapacidad que se hará de acuerdo con el concepto técnico, sin que esto implique para sus padres o tutores el correspondiente por falta de nacimiento.</small> MATERIALES ☒ CAMINADORES ☐ PATINAJES ☐ PREJARDIN ☐ JARDIN ☐ <small>De acuerdo con la oferta institucional de su municipio, indique si ingresa a atención presencial o algún esquema de atención flexible.</small> ATENCIÓN PRESENCIAL ☒ ALTERNANCIA ☐ SI EN CASA ☐ MULTIMODAL ☐	

		PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES		Código: FOR-PSS-143	
		FORMATO REGISTRO DE DILIGENCIAMIENTO DE FICHA SIRBE EN FÍSICO		Versión: 3	
LOCALIDAD: Empalme	UNIDAD OPERATIVA: JIC La Florida	RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA: Jennifer Carrion Viera		Fecha: Mayo 02/03/2024	
NOMBRE DEL RECOLECTOR: Juan Domínguez I.	DOCUMENTO DE IDENTIDAD CC X CE OTRO QUALT: 1006259002			Página: 1 de 1	
NOMBRE SOLICITANTE / BENEFICIARIO: Elizabeth Hobson S.	DOCUMENTO DE IDENTIDAD CC CE OTRO QUALT: RC 1011261126				
FECHA DE ENTREGA PARA DIGITACIÓN: 10/03/2024	NOMBRE DEL DIGITADOR AL QUE SE ENTREGA LA FICHA: Chiriz + Pina				