	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: 07/11/2024

Número de ficha: 2024 | 10 | 77 | 41 | 12 | 05 | 29
(Año | Localidad | Proyecto | Código unidad operativa)

SECCIÓN A. VARIABLES BÁSICAS

1. Primer Apellido, según su documento de identidad:	2. Segundo Apellido, según su documento de identidad:	3. Primer Nombre, según su documento de identidad:	4. Segundo Nombre, según su documento de identidad
Hernandez	Gomez	Erick	Santiago

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

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

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

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

9. Tipo de documento de identificación:	10. Número de documento de identificación:	11. Municipio nacimiento:	12. Departamento nacimiento
Cédula de ciudadanía [1] Cédula de extranjería [2] Tarjeta de identidad [3] Registro civil [6] X Pasaporte... [13] Permiso especial de permanencia [18] Salvo conducto [19] Permiso por protección temporal.. [21] Sin Identificación [8]	1233701655	Bogota D.c	Bogota D.c

13. País nacimiento:	14. Sexo de nacimiento:	15. Fecha de nacimiento: (según su documento de identidad)	16. Estado civil:
Colombia	Hombre [1] X Mujer [2] Intersexual [3]	16/07/2002	Soltero/a [1] X Casado/a [2] Unión libre [3] Separado/a Divorciado/a [4] Viudo/a [5] Unión marital de hecho [6]

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

18. Años aprobados: [ ]

19. ¿Es persona cuidadora? (pregunta para mayores de 14 años	20. ¿Es cuidadora de niños, niñas menores de 5 años? (Aplica para personas mayores de 14 años)	21. ¿Es cuidadora de niños, niñas entre 05 a 10 años?	22. ¿Es cuidadora de personas con discapacidad?	23. ¿Es cuidadora de personas mayores?	24. ¿Dedica su tiempo a labores del cuidado de casa?
Si [1] No [2] X (pase a la pregunta 25)	Si [1] No [2]	Si [1] No [2]	Si [1] No [2]	Si [1] No [2]	Si [1] No [2]

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

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

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

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

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

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

31. ¿Está afiliado a seguridad social?:	32. Regimen de seguridad social	33. Calidad del afiliado:	34. ¿Tiene clasificación de Sisbén?	35. Clasificación Sisben
Si [1] X No [2] (pase a la pregunta 34)	Contributivo [1] Subsidiado [2] X Especial [3]	Aplica solo si la respuesta en la pregunta 32 es "Contributivo" Beneficiario [1] X Cotizante [2]	Si [1] X No [2]	B3

	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: 07 MAR 2024

Número de ficha: 2024 10 7 44 1 2 05 29
(Año / Localidad / Proyecto / Código unidad operativa)

SECCIÓN B. VARIABLES TRANSVERSALES

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

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

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

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

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

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

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

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

8. Grupo Étnico: ¿De acuerdo con su cultura, pueblo o rasgos físicos, es o se reconoce cómo?
Indígena [1]
Rrom (Gitano) [2]
Raizal del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina [3]
Palenquero de San Basilio [4]
Negro/a, Mulato/a, afro colombiano/a, o afro descendiente. [5]
Ninguno de los anteriores [6] X

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

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

11. ¿Víctima de conflicto armado?
Si [1]
No [2] X — Pase a 15

12. Número registro único de víctimas

13. Año en que realizo la declaración

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

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

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

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

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: 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

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

Rubro	Valor del gasto en pesos	Rubro	Valor del gasto en pesos
Vivienda (Arriendo y/o valor cuota	$ 500000	Recreación	$ 20000
Servicios públicos domiciliarios (agua, energía, gas, teléfono fijo, internet, teléfono celular, televisión por cable	$ 150000	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	$ 50000	Educación (útiles, pensión, transporte escolar, fotocopias, etc.)	$ 0
Alimentación	$ 200000	Total	$ 920000

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

Sí 1 | No 2 X | No informa 3

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

Sí 1 | No 2 X | No informa 3

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

Fecha de diligenciamiento: 07/11/2024

Número de ficha: 2024 | 10 | 77 | 44 | 12 | 03 | 29
(Año | Localidad | Proyecto | Código unidad operativa)

SECCION C. UBICACIÓN GEOGRAFÍCA

1. Localidad donde habita

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

2. UPZ o UPR: 74

3. Nombre del barrio / Vereda: La Faena

4. Escriba su dirección completa:

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

Número de la vía principal:	Alfabético	BIS	Cuadrante	Número vía generadora	Alfabético		Número placa	Cuadrante
116	A	Alfabético	S S E E	67	A	-	19	S S E E

Nombre de la vía principal:

Nombre sinónimo de la vía principal:

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

PI 1

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

6. Tipo de zona

Urbana 1 X | Rural 2 | Urbana sin dirección 3

7. Estrato socio – económico del predio

Uno 1 | Tres 3 | Cinco 5
Dos 2 X | Cuatro 4 | Cero 0

8. Teléfono fijo de contacto: 0

9. Teléfono celular de contacto: 3003582896

10. Correo electrónico de contacto: miriamfabiolagonz314@gmail.com

11. ¿Habita en una vivienda?.

Si 1 X
No 2 (pase a la pregunta 16)

12. Tipo de vivienda

Casa o apartamento 1 X | Vivienda móvil 4 | Lugar de trabajo 7
Cuarto o cuartos 2 | Casa lote 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	Código: FOR-PSS-321 Versión: 1 Fecha: Memo 2023015255 - 25/05/2023 Página: 5 de 6

Fecha de diligenciamiento: 0 8 | 1 1 | 2 0 2 4

Número de ficha: 2 0 2 4 | 1 0 | 7 7 4 4 | 1 2 0 5 2 9
(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 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 NIVEL Años aprobados	¿Asiste actualmente?	SISTEMA DISTRITAL DE CUIDADO						Actividad	Rol ocupacional	¿Cuantas horas a la semana dedica a esta ocupación?	Valor de los ingresos mensuales	Forma de percibir los ingresos	Localidad donde realiza actividad principal	SALUD			DISCAPACIDAD		Grupo Étnico	Pueblo Indígena	VÍCTIMA DE CONFLICTO ARMADO		¿Ha recibido capacitación, formación o tiene experiencia en algún arte u oficio?	De acuerdo con la respuesta anterior ¿En qué cree que puede desempeñarse?
	Tipo	Número							Día	Mes	Año						¿Es persona cuidadora/a?	Niños/as de 0 a 5 años	Niños/as de 6 a 10 años	Persona con discapacidad	Persona mayor	Cuidado de casa							Afiliado al régimen de seguridad social	Régimen de seguridad social	Calidad del afiliado	¿Persona con discapacidad?	Tipo			¿Es víctima del conflicto armado?	Motivo		
1	1	79947089	1 Hernandez 2 Trujillo	1 Virgilio 2	1	1		1	19	03	1977	47	3	1	7 5	Si No	Si No	Si No	Si No	Si No	Si No	Si No	13	32	60	300000	1		Si No	2		Si No		6		Si No		Si No aplica	
2	1	1014240946	1 Gomez 2 Cruz	1 Miriam 2 Fabiola	2	2		1	12	11	1992	31	3	2	18 2	Si No	Si No	Si No	Si No	Si No	Si No	Si No	13	32	42	900000	1	10	Si No	2		Si No		6		Si No		Si No aplica	
3	6	1233701655	1 Hernandez 2 Gomez	1 Erick 2 Santiago	1	98		98	16	07	2022	2	1	5	1	Si No	Si No	Si No	Si No	Si No	Si No	Si No	98	98	0	0	98	98	Si No	2		Si No		6		Si No		Si No aplica	
4			1 2	1 2												Si No	Si No	Si No	Si No	Si No	Si No	Si No							Si No			Si No				Si No		Si No aplica	
5			1 2	1 2												Si No	Si No	Si No	Si No	Si No	Si No	Si No							Si No			Si No				Si No		Si No aplica	

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

No. integrante	A		B	C	D	E	F	G	H			I	J	K		L	M	N	O	P	Q	R	S	T	U	V	W	X			Y		Z	AA	AB		AC	AD
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD		APELLIDOS Escriba: En el renglón 1, primer apellido En el renglón 2, segundo apellido	NOMBRES Escriba: En el renglón 1, primer nombre En el renglón 2, segundo nombre	Sexo	¿Con cuál género se identifica?	¿Transgenero masculino o transgenero femenino?	¿Cuál es su orientación sexual?	FECHA NACIMIENTO			Edad aproximada	ESTADO CIVIL	PARENTESCO (Con jefe/a del núcleo familiar)	NIVEL EDUCATIVO ACTUAL	¿Asiste actualmente?	SISTEMA DISTRITAL DE CUIDADO						Actividad	Rol ocupacional	¿Cuantas horas a la semana dedica a esta ocupación?	Valor de los ingresos mensuales	Forma de percibir los ingresos	Localidad donde realiza actividad principal	SALUD			DISCAPACIDAD		Grupo étnico	Pueblo Indígena	VÍCTIMA DE CONFLICTO ARMADO		¿Ha recibido capacitación, formación o tiene experiencia en algún arte u oficio?	De acuerdo con la respuesta anterior ¿En qué cree que puede desempeñarse?
	Tipo	Número							Día	Mes	Año			NIVEL Años aprobados		¿Es persona cuidadora/a?	Niños/as de 0 a 5 años	Niños/as de 6 a 10 años	Persona con discapacidad	Persona mayor	Cuidado de casa							Afiliado al régimen de seguridad social	Régimen de seguridad social	Calidad del afiliado	¿Persona con discapacidad?	Tipo			¿Es víctima del conflicto armado?	Motivo		
6			1	1											Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí							Sí			Sí				Sí		Sí No	
			2	2											No	No	No	No	No	No	No							No			No				No		No aplica	
7			1	1											Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí							Sí			Sí				Sí		Sí No	
			2	2											No	No	No	No	No	No	No							No			No				No		No aplica	
8			1	1											Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí							Sí			Sí				Sí		Sí No	
			2	2											No	No	No	No	No	No	No							No			No				No		No aplica	
9			1	1											Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí							Sí			Sí				Sí		Sí No	
			2	2											No	No	No	No	No	No	No							No			No				No		No aplica	
10			1	1											Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí							Sí			Sí				Sí		Sí No	
			2	2											No	No	No	No	No	No	No							No			No				No		No aplica	
11			1	1											Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí							Sí			Sí				Sí		Sí No	
			2	2											No	No	No	No	No	No	No							No			No				No		No aplica	
12			1	1											Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí							Sí			Sí				Sí		Sí No	
			2	2											No	No	No	No	No	No	No							No			No				No		No aplica	
13			1	1											Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí							Sí			Sí				Sí		Sí No	
			2	2											No	No	No	No	No	No	No							No			No				No		No aplica	

Tratamiento de datos personales. Los datos personales aquí consignados tienen carácter confidencial, razón por la cual es un deber y un compromiso de los asistentes y de la SDIS no divulgar información alguna en propósito diferente a la de este registro so pena de las sanciones legales a que haya lugar de acuerdo con la Ley 1581 de 2012 y Decreto 1377 de 2013.

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

Fecha de diligenciamiento: 07/12/2024

Número Ficha: 2024 10 7744 12 05 29
(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 [ ] Crecemos en la Ruralidad [ ]

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

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

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

SECCION F. A QUIEN VA DIRIGIDA LA MODALIDAD FAMILIAR:

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

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

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

SECCIÓN G. CONCEPCIÓN Y GESTACIÓN:

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

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

3. ¿Fecha del último control médico?:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

SECCION I. INFORMACIÓN DEL NIÑO O LA NIÑA Si se desconoce la información de alguna(s) de la(s) pregunta(s) de 1 a la 12, por que el niño o la niña se encuentra en medida de protección o bajo custodia de familiares que desconocen la información relacionada con sus primeros años de vida, deje la(s) respuesta(s) en blanco e indique la situación en la descripción de la problemática

1. ¿Dónde fue atendido el parto de la niña o niño?
Hospital 1 X | Casa 3 | Ambulancia 5 | Centro de salud 2 | Espacio público 4

2. Quien atendió el nacimiento de la niña o el niño?
Médico 1 X | Partera/doula 3 | Enfermera 2 | Personal no médico 4

3. ¿El primer contacto piel a piel con su hija-o, después de nacer, fue?:
½ hora o antes 1 | 2 horas 3 X | 1 hora 2 | Más de 4 horas 4

4. ¿En qué semana de gestación nació su hija-o?: 37 Semanas
DATO VALIDO ENTRE 22 Y 42

5. ¿Cuál fue el peso de su hija-o al nacer?: 3380 Gramos
DATO VALIDO ENTRE 450 Y 6000

6. ¿Cuál fue la talla de su niña-o al nacer?: 52 Centimetros
DATO VALIDO ENTRE 22 Y 65

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

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

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

10. La niña o el niño recibe algún alimento diferente a la leche materna?: Si 1 | No 2 *Pase a la pregunta 12*

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

12. ¿Qué edad tenía su hija-o cuando dejo de darle leche materna completamente?: 22 Meses

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

14. ¿Fecha del último control?: 12/09/2024
Pase a la pregunta 16

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

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

17. ¿Por qué la niña o el niño no cuenta con el esquema de vacunación al día?:
Creencias religiosas o culturales 1 | Olvido 2 | Pérdida del carné 3 | Desconocimiento 4 | Falta de tiempo 5

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

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

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

21. ¿Actualmente, el padre, la madre o el cuidador de la niña o el niño presenta alguna de las siguientes condiciones?: *(Seleccion multiple)*
Habitabilidad en calle 1 | Realiza actividades sexuales pagas 2
Ninguna 93 X | Consumo de sustancias psicoactivas 3

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

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

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

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

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

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

28. ¿En qué localidad?:
Usaquén 1 | Santa fe 3 | Usme 5 | Bosa 7 | Fontibón 9 | Suba 11 | Teusaquillo 13 | Antonio Nariño 15 | La Candelaria 17 | Ciudad Bolivar 19
Chapinero 2 | San Cristóbal 4 | Tunjuelito 6 | Kennedy 8 | Engativá 10 | Barrios Unidos 12 | Los Mártires 14 | Puente Aranda 16 | Rafael Uribe 18 | Sumapaz 20

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

8. ¿Cuál es la edad en años del cuidador o la cuidadora principal?: 31

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

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

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

12. Nivel educativo actual del cuidador o la cuidadora principal: Básica primaria... 7 | Básica secundaria y media 8 | Técnico... 18 X | Tecnológico... 19 | Universitaria incompleta (sin título) 21 | Universitaria completa (con título).. 12 | Postgrado incompleto (sin título)... 22 | Postgrado completo (con título) ... 15 | Ninguno 93

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

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

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

16. El cuidador-ra principal presenta una enfermedad de alto costo Si... 1 | No... 2 X

17. Tipo de documento de identidad del cuidador-ra: Cédula de ciudadanía... 1 X | Cédula de extranjería... 2 | Tarjeta de identidad... 3 | Registro civil... 6 | Pasaporte... 13 | PEP... 18 | PPT... 21 | Salvo conducto... 9 | Sin identificación... 8

18. Número de documento de identidad del cuidador-ra principal: 1014240196

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

19. Primer Apellido: Gomez

20. Segundo Apellido: Cruz

21. Primer Nombre: Miriam

22. Segundo Nombre: Fabiola

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

TRANS ESPECTRO AUTISTA (TEA)
- TEA

AUDITIVA
- Hipoacusia
- Sordera

VISUAL
- Baja visión
- Ceguera

INTELECTUAL
- Síndrome de Down
- Intelectual ...

FISICA
- Osteomuscular
- Neuromuscular
- Parálisis cerebral (EMOC)

PSICOSOCIAL
- Psicosocial

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

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

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

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

6. Cuenta con ella?: Si... 1 | No... 2

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

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

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

10. De qué tipo: Fonoaudiología 1 | Fisioterapia... 2 | Terapia ocupacional 3 | Neurología... 4 | Otro... 5 -cuál?_____

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

SECCIÓN N. DESCRIPCIÓN Y REFERENCIACIÓN:

1. Descripción de la problemática:

Hogar familiar nuclear, el padre labora de forma independiente en una mina de esmeraldas, viene una vez al mes y se queda 10 días con su esposa e hijo, por el momento no tiene ingresos hasta que se enganche en su tiempo libre le colabora a su suegro en un expendio de carne en el municipio de San Cayetano (Cundinamarca) de este trabajo recibe un pequeño ingreso que lleva a su familia. La madre se encarga del cuidado de su hijo, labora realizando domicilios de manicure, pestañas, y todo lo relacionado con belleza, así mismo cuida una sobrina, a quien lleva junto con el niño a cumplir con estas labores. Sus ingresos son bajos, desea encontrar un mejor trabajo, ejercer el tecnico que posee en primera infancia.

2. Concepto técnico:

Grupo familiar con fragilidad social media, los ingresos cubren las necesidades básicas del hogar. Erick queda en lista de espera cuando se cuente con el cupo se avisara a la madre para que realice la matricula en el jardín; este ofrece una atención integral de alta calidad, en donde los niños y niñas que asisten allí, son valorados, respetados y tenidos en cuenta como protagonistas de su aprendizaje y desarrollo.

Si ingresa a un jardín infantil diurno o casa de pensamiento, seleccione el nivel en el que recibirá la atención, de acuerdo a la edad que la niña o niño tiene, tuvo o tendrá a 31 de marzo del año en curso; con excepción de las niñas y los niños con discapacidad que se hará de acuerdo con el concepto técnico, sin que esto sobre pase dos niveles anteriores al correspondiente por fecha de nacimiento

MATERNAL ☐ CAMINADORES ☒ PARVULOS ☐ PREJARDIN ☐ JARDIN ☐

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

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

3. Acciones a seguir:

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

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

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

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

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

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

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

LOCALIDAD ENGATIVA UNIDAD OPERATIVA: JARDIN INFANTIL COFINANCIADO PEPITOS RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA: DIANA MARCELA RUBIO CASTAÑO

NOMBRE DEL RECOLECTOR JACKELINE MENDOZA GONZALEZ DOCUMENTO DE IDENTIDAD CC X CE__ OTRO__ CUAL?_____ Número # 52.035.452

NOMBRE SOLICITANTE / BENEFICIARIO Erik Santiago Hernandez Gomez DOCUMENTO DE IDENTIDAD CC__ CE__ OTRO X CUAL? RC Número # 1.233.701.655

FECHA DE ENTREGA PARA DIGITACIÓN: 25/1/2024 NOMBRE DEL DIGITADOR AL QUE SE ENTREGA LA FICHA: Eduar Perez

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO **79.947.089**

HERNANDEZ TRUJILLO

APELLIDOS

VIRGILIO

NOMBRES

virgilio Hernandez

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **19-MAR-1977**

SAN ANTONIO
(TOLIMA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.70 ESTATURA **O+** G.S RH **M** SEXO

23-ABR-1996 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

INDICE DERECHO

A-1500150-01130307-M-0079947089-20200204 0069934958A 1 8500276176

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.014.240.196**

GOMEZ CRUZ

APELLIDOS

MIRIAM FABIOLA

NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **12-NOV-1992**

SAN CAYETANO
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.47	O+	F
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

28-ENE-2011 BOGOTA D.C
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-1500150-00455127-F-1014240196-20130814 0034352147A 1 1282492417

Registraduría Auxiliar de Engativa Centro
Registraduría Distrital
del Estado Civil

REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

NUIP 1.233.701.69X

Indicativo Serial 63242803

63242803

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

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

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

REGISTRADURIA DE AUXILIAR ENGATIVA SEDE 2 - COLOMBIA - CUNDINAMARCA

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
HERNANDEZ	GOMEZ

Nombre(s)

ERICK SANTIAGO

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2022 Mes JUL Día 16	MASCULINO	O	POSITIVO

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

COLOMBIA CUNDINAMARCA BOGOTA D.C.

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	173870996

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: GOMEZ CRUZ MIRIAM FABIOLA

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.014.240.196	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: HERNANDEZ TRUJILLO VIRGILIO

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 79.947.089	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: HERNANDEZ TRUJILLO VIRGILIO

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC 79.947.089	Virgilio Hernandez

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos:

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos:

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma

Fecha de Inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2022 Mes JUL Día 26	WILLIAM ERNESTO LANCHEROS RUIZ - Nombre y firma

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

ESPACIO PARA NOTAS

26 JUL 2022 - LIBRO DE VARIOS - T.16. F.0289. SE OMITE IMPRESION DE HUELLAS PLANTARES DEL INSCRITO SEGUN CIRCULAR 084 DEL 01/09/2020.RNEC.ZB

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 SEGÚN ART. 11 DECRETO 2150 DE 1995. SE EXPIDE PARA ACREDITAR PARENTES PARENTESCO.

REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

Adhesivo Copia Registro Civil 31952662-9

WILLIAM ERNESTO LANCHEROS RUIZ
JR AUXILIAR DEL ESTADO CIVIL ENGATIVA CENTRO - BOGOTA D.C. L-10 - 2

FECHA DE EXPEDICION 26 JUL 2022

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

ADRES Salud

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

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

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	RC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1233701655
NOMBRES	ERICK SANTIAGO
APELLIDOS	HERNANDEZ GOMEZ
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	NUEVA EPS S.A. -CM	SUBSIDIADO	16/07/2022	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	10/09/2024 18:35:58	**Estación de origen:**	2801:12:c800:2070::1

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

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado

Sisbén

Registro válido

Fecha de consulta: 09/10/2024

Ficha: 110016781223800004331

B3

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: ERICK SANTIAGO

Apellidos: HERNANDEZ GOMEZ

Tipo de documento: Registro civil

Número de documento: 1233701655

Municipio: Bogotá

Departamento: Bogotá

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 01/10/2022

Última actualización ciudadano: 01/10/2022

Última actualización via registros administrativos:

*Si encuentra alguna inconsistencia o desea actualizar su información por favor acérquese a la oficina del Sisbén del municipio donde reside actualmente

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: DANIELA PEREZ OTAVO

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

Teléfono: Línea 195 Opción 9 - 4

Correo Electrónico: servicioalciudadanoGEL@sdp.gov.co

enel | Bogotá

ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P.
NIT. 800.063.875-8
Calle 93 No. 13 - 45 Piso 1

ECOLÓGICO

Para pagos y consultas tu número de cliente es: **4271261-3**

FACTURA DE SERVICIOS PÚBLICOS No. 155639322-3

CLIENTE

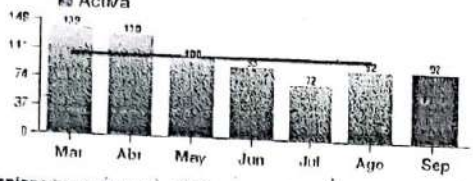
LUIS AREVALO GOMEZ
KR 116 A NO 67 A 19 PI 1
PISO 1
BOGOTA, D.C. - LA FAENA

05 506 2502 / 072-361989

¿Quieres tu factura virtual? Escanea el código

COMPORTAMIENTO CONSUMO

Activa



VALOR kWh APLICADO: $846,20

CONSUMO DIARIO: 2,88 kWh

VALOR DIARIO: $1.319

PERÍODO FACTURADO: 02 AGO/2024 A 02 SEP/2024

DÍAS FACTURADOS: 32

CONSUMO MES: 92 kWh

CONSUMO PROMEDIO ULTIMOS 6 MESES: 101 kWh

¡Este mes tuvimos acceso a la LECTURA DE TU MEDIDOR y tu CONSUMO de energía se encuentra dentro de lo habitual!

¡Disfruta de la comodidad de gestionar tu cuenta de energía en línea!

Regístrate y asocia una cuenta de energía en la zona privada de la Web o la App Enel y podrás:

- Descargar y pagar tu factura
- Consultar el histórico de consumos, facturas y pagos
- Reportar fallas en el servicio y realizar seguimiento
- Realizar solicitudes y mucho más



Escanea el QR o descarga nuestra App en:

Disponible en Google Play

Disponible en AppStore

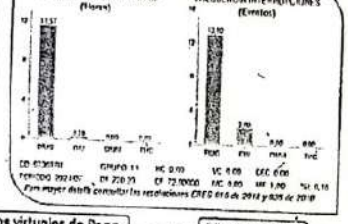
INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	2
CARGA kW:	3.00
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	30005055062502
RUTA LECTURA:	35055100689
MANZANA DE LECTURA:	MS0056614
MEDIDOR NO:	072-361989
MEDIDOR NO:	072-361989

USO EFICIENTE DE LA ENERGÍA

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

CALIDAD DEL SERVICIO



CONTÁCTANOS

Términos y solicitudes
Chat de servicio en
316 890 8003 (Elena Bot o pasa Asesor)
Enel Colombia
@EnelClientesCO
Regístrate gratis
Zona privada de la página Web
App Enel Clientes Colombia

ENERGÍA SERVICIO AL CLIENTE	EMERGENCIAS	DENUNCIAS
Bogotá, Sabana y Cundinamarca 601 5 115 115	115 Gratuito las 24 horas	601 5140055 denuncias@enel.com

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

¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?

Medios virtuales de Pago

APP Banco | Internet | Teléfono Banco | Débito Automático | Cajero Electrónico | APP Enel Clientes Colombia | Botón de Pago Online | Botón de Pago Bancolombia

Billetera Virtual

MOVII | tpaga

Corresponsales Bancarios

CONRED | efecty | Supergiros | MOVIRED

Red Distrital

RED CADE

Centros de Servicio

enel

Almacenes de Cadena

Jumbo | Metro

Código QR

Si pagas en un corresponsal bancario, exige el comprobante del pantallazo. El sello del corresponsal no es un soporte válido en caso de reclamo.

COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo: Vigencia: AGO/2024

G $324.76 T $57,14 D $705,55 CV $156,29 PR $63,42 R $31,04 CF: $9,00 / $846,20 Costo kWh filtro

Inscríbete a la factura virtual Enel y aprovecha los beneficios.

Escanea el código



Grupo 11 Decreto 2736 de 1994 - NIVEL DE TENSIÓN: PRIORIDAD: Empresa
ACTIVIDAD ECONÓMICA 3514 Comercialización de Energía Eléctrica Tarifa 11,04 sin mil. Somos autorretenedores según Resolución No. 0547 de 25 de enero 2001. IVA Régimen Común. CUMPLIMIENTO RESOLUCIÓN CREG 038 de 2014.
Dentro del contenido de la presente factura el Cliente encuentra con los mecanismos de defensa previstos en la Ley 142 de 1994, y podrá hacer uso de éstos antes de la fecha señalada para pago oportuno. Para mayor información comunícate al (601) 5 115 115, fuera de Bogotá al 01 8000 912 115 o en nuestros Centros de Servicio al Cliente. Operador de red ENEL COLOMBIA S.A. ESP. Somos grandes contribuyentes según Resolución No. 914 de 10 de diciembre de 2023.
Si en el acto de suspensión procede el recurso de reposición y en subsidio de apelación, el cual deberá presentarse ante la Empresa previo a la suspensión del servicio.
En cumplimiento de la resolución CREG 156/11 consultar www.enel.com.co
En cumplimiento de la resolución CREG 038 de 2014, la cual modificó el Código de Medida, se establecieron obligaciones, actividades y responsabilidades asignadas a ENEL COLOMBIA S.A. ESP y otros. Para obtener mayor información, le invitamos a consultarlas en nuestra página web www.enel.com.co o comunícate a la línea (601) 5 115 115 fuera de Bogotá al 01 8000 912 115, o en nuestros Centros de Servicio al Cliente.
ENEL COLOMBIA S.A. ESP presta el servicio de recaudo para terceros a través de la factura del servicio público domiciliario de energía eléctrica (Encargos de Cobranza), de acuerdo con la autorización expresa emitida por el tercero para el uso de la factura como canal de recaudo. ENEL COLOMBIA S.A. ESP 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 definidos por cada Empresa.
El prestador del servicio de comercialización y distribución de energía eléctrica y de productos y servicios de valor agregado es ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. NIT. 800.063.875-8. Entidad vigilada por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios.

FECHA EXPEDICIÓN: 05/09/2024

Factura impresa por Carvajal Soluciones de Comunicación SAS NIT 800.096.812-

1 Total Energía	+	2 Portafolio Enel X	=	Total a Pagar
$42.200		$360.540		$402.740

PAGO OPORTUNO
16 SEP /2024

FECHA DE SUSPENSIÓN
18 SEP/2024

ENERGÍA

NÚMERO DE CUENTA: 4271261-3

FECHA PRÓXIMA LECTURA: 02 OCT /2024

Tipo de Lectura: Real

Situación encontrada: Normal

CALCULO CONSUMO DE ENERGIA	Lectura Actual	-	Lectura Anterior	=	Diferencia de lecturas	X	Factor	=	Energía Facturada kWh	Energía Facturada kWh	X	Valor Unitario	=	Valor Facturado
ENERGIA ACTIVA FP	10 196		10 104		92		1		92	92		$846.20		$77 850
ENERGIA REACTIVA	0		0		0		0		0	0		$265.55		$0
SUBSIDIO	Consumo a subsidiar 130.00 kWh				Valor kWh $846,1994*		X		Beneficio -45.80 %					$35 652

ESTE MES LA ENERGIA QUE DISFRUTASTE, TE COSTO $1.318 DIARIOS

SUBTOTAL: $42.198

Otros cobros asociados a energía

Ajustes a la decena	$2
SUBTOTAL:	$2

1 TOTAL ENERGÍA $42.200

Otros cobros de productos y servicios

Tarjeta Credito Amarilla	$360 540

enel X

Te invitamos a consultar el detalle de tus productos y servicios a través de la APP, tu Sucursal Online en la página web o inscribiéndote a FACTURA VIRTUAL desde www.enelx.com.co en la sección Personas.

Productos y servicios diferentes a los servicios de energía y aseo

2 TOTAL OTROS: $360 540

Pague en cuenta la fecha de PAGO OPORTUNO para no generar intereses de mora y la FECHA DE SUSPENSIÓN a partir de la cual se suspenderá el servicio en caso de no pago. Por lo anterior y de acuerdo con los costos publicados en el pliego tarifario, el costo por concepto de reconexión es hasta de $89.656

Informamos que de no realizar el pago de sus obligaciones Crédito Fácil CODENSA en la fecha de PAGO OPORTUNO, éstas entrarán en mora, ante lo cual se realiza reporte negativo a las bases de información Financiera y cobro por gastos de cobranza si la mora supera 15 días y se realiza gestión de cobro.

ESTIMADO CLIENTE: El porcentaje de subsidio para el consumo de subsistencia (0 – 130 kWh/mes) es de -45.80 %



Pide tu **préstamo en efectivo** con Crédito Fácil CODENSA.

Te esperamos en nuestros puntos de atención.

¡Solicítalo ahora!



Consulta información de movimientos, cupo disponible y más de tus productos en **Crédito Fácil CODENSA.**

Para ingresar al portal escanea aquí:

O descarga la App en: Google Play

NÚMERO DE CLIENTE
4271261-3

Factura de Servicios Públicos No
155839322 3

(415)7707209914253(8020)014271261315583932 23(3900)000000000402740

PAGO OPORTUNO
16 SEP /2024

TOTAL A PAGAR
$402.740

	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: 12/11/2024

Número de ficha: 2024 (Año) 107744 (Localidad / Proyecto) 120529 (Código unidad operativa)

SECCIÓN A. VARIABLES BÁSICAS

1. Primer Apellido, según su documento de identidad: Moreno

2. Segundo Apellido, según su documento de identidad: Tellez

3. Primer Nombre, según su documento de identidad: Salome

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 [1] Femenino [2] Transgénero [3] (Travesti, transexual, transformista)
No binario [5] No informa [4] No Aplica [98] X

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

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

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

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

10. Número de documento de Identificación: 1233702171

11. Municipio nacimiento: Bogota D.c

12. Departamento nacimiento: Bogota D.c

13. País nacimiento: Colombia

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

15. Fecha de nacimiento: (según su documento de identidad) 04/11/2003

16. Estado civil:
Soltero/a [1] X Casado/a [2] Unión libre [3] Separado/a Divorciado/a [4] Viudo/a [5] Unión marital de hecho [6]

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

18. Años aprobados:

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

20. ¿Es 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] X

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

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

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

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

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

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

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

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

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

35. Clasificacion 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 20230152555 - 25/05/2023 Página: 2 de 6

Fecha de diligenciamiento: 12 / 11 / 2024

Número de ficha: 2024 (Año) 10 (Localidad) 774 (Proyecto) 12 (Código unidad operativa) 09

SECCIÓN B. VARIABLES TRANSVERSALES

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

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

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

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

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

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

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

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

8. Grupo Étnico: ¿De acuerdo con su cultura, pueblo o rasgos físicos, es o se reconoce cómo?
Indígena [1]
Rrom (Gitano) [2]
Raizal del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina [3]
Palenquero de San Basilio [4]
Negro/a, Mulato/a afro colombiano/a, o afro descendiente [5]
Ninguno de los anteriores [6] X

9. Pueblo indígena: (En las instrucciones de diligenciamiento se encuentra la lista completa de los pueblos indígenas con sus respectivos códigos. en la opción otro se debe escribir solo el código que refiera el instructivo
Nasa (Páez) [1] Quillasinga [4] Sicuani [6] Misak Misak [60] Cañamomos [10] Kichwas [15] Arhuacos [13] Embera Chami [35] Ninguna de las anteriores [77]
Wayuu [2] Ulotos [85] Tubu [67] Eperara-siapidara [30] Muiscas [16] Kankuamo [45] Pijao [14] Embera Dobida [29] Otro ¿cuál? Digita código del instructivo
Pastos [65] Senú [5] Yanaconas [7] Ingas [9] Awa (Kwaiker) [11] Kogui [49] Kubeo [50] Embera Katio [34]

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

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

12. Número registro único de víctimas

13. Año en que realizo la declaración

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

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

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

17. ¿Ha recibido capacitación, formación o tiene experiencia en algún arte u oficio? * Esta pregunta solo se pregunta mayores de 14 años.
Si [1]
No [2]
No aplica [98] X
Si la respuesta es 2 o 98 Pase a 18

	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: 12/12/2024

Número de ficha: 2024 (Año) 10 (Localidad) 77 (Proyecto) 44 (Código unidad operativa) 120529

SECCION C. UBICACIÓN GEOGRAFÍCA

1. Localidad donde habita

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

2. UPZ o UPR: 74

3. Nombre del barrio / Vereda: Villa Gladys

4. Escriba su dirección completa:

Calle... CL X — Transversal TV — Avenida. AV

Carrera... KR — Avenida calle AC

Diagonal... DG — Avenida carrera AK

Número de la vía principal: 63

Nombre de la vía principal:

Nombre sinónimo de la vía principal:

Alfabético	BIS	Cuadrante	Número vía generadora	Alfabético		Número placa	Cuadrante
F	Alfabético	S S / E E	113	A	-	89	S S / E E

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

AP 200

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

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

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

8. Teléfono fijo de contacto: 0

9. Teléfono celular de contacto: 3124293548

10. Correo electrónico de contacto: olgalucia1432@gmail

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

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

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

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

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

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

	PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL 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

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	$ 150 000	Gastos en salud (consultas, medicamentos, etc.)	$ 0
Pagos a terceros cuidadores	$ 300000	Transporte o movilidad de los integrantes del hogar	$ 100000
Artículos de aseo personal	$ 50000	Educación (útiles, pensión, transporte escolar, fotocopias, etc.)	$ 0
Alimentación	$ 300000	Total	$ 1800000

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

Sí [1] No [2 X] No informa [3]

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

Sí [1] No [2 X] No informa [3]

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

Fecha de diligenciamiento: 12/8/2024

Número de ficha: 2024 | 10 | 774 | 12 | 05 | 29
Año | Localidad | Proyecto | Código unidad operativa

SECCIÓN D. INFORMACIÓN BÁSICA Y TRANSVERSAL SOBRE LA FAMILIA

La información básica se repite para el jefe de nucleo familiar

No. Integrante	A. Documento de identidad: Tipo	A. Documento de identidad: Número	B. Apellidos (Escribir En el renglón 1, primer apellido; En el renglón 2, segundo apellido)	C. Nombres (Escribir En el renglón 1, primer nombre; En el renglón 2, segundo nombre)	D. Sexo	E. ¿Con cuál género se identifica?	F. ¿Transgenero masculino o transgenero femenino?	G. ¿Cuál es su orientación sexual?	H. Fecha nacimiento: Día	H. Fecha nacimiento: Mes	H. Fecha nacimiento: Año	H. Edad aproximada	I. Estado civil	J. Parentesco (Con jefe/a del nucleo familiar)	K. Nivel educativo actual: Nivel	K. Nivel educativo actual: Años aprobados	K. ¿Asiste actualmente?	L. Sistema distrital de cuidado: ¿Es persona cuidadora/o/a?	M. Sistema distrital de cuidado: Niños/as de 0 a 5 años	N. Sistema distrital de cuidado: Niños/as de 6 a 10 años	O. Sistema distrital de cuidado: Persona con discapacidad	P. Sistema distrital de cuidado: Persona mayor	Q. Sistema distrital de cuidado: Cuidado de casa	R. Actividad	S. Rol ocupacional	T. ¿Cuantas horas a la semana dedica a esta ocupación?	U. Valor de los ingresos mensuales	V. Forma de percibir los ingresos	W. Localidad donde realiza actividad principal	X. Salud: Afiliado al régimen de seguridad social	X. Salud: Régimen de seguridad social	X. Salud: Calidad del afiliado	Y. Discapacidad: ¿Persona con discapacidad?	Y. Discapacidad: Tipo	Z. Grupo étnico	AA. Pueblo Indígena	AB. Victima de conflicto armado: ¿Es victima del conflicto armado?	AB. Victima de conflicto armado: Motivo	AC. ¿Ha recibido capacitación, formación o talleres y experiencia en algún arte u oficio?	AD. De acuerdo con la respuesta anterior ¿En qué crees que puede desempeñarse?
1	1	1002354434	Moreno	Rafael	1	1		1	28	12	1988	35	3	1	8		Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si																		
			Acuña	Antonio											6		No	No	No	No	No	No	No	12	32	48	1300000	5	10	No	1	2	No		6		Si		Si		
2	1	1016009354	Tellez	Angie	2	2		1	21	05	1992	32	3	2	8		Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si																		
			Sanchez	Emilce											4		No	No	No	No	No	No	No	12	32	48	2000000	5	10	No	1	2	No		6		Si		Si		
3	1	20693947	Sanchez	Olga	2	2		1	01	06	1964	60	3	12	7		Si	No	No	No	Si	Si	No																		
			Lagos	Lucia											3		No	No	No	No	No	No	No	11	23	100	300000	5	10	No	2		No		6		Si		Si		
4	1	14231463	Cardozo	Jose	1	1		1	08	01	1959	65	3	13	8		Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si																		
			Lozano												6		No	No	No	No	No	No	No	13	32	40	600000	1	10	No	2		No		6		Si		Si		
5	3	1016093396	Mendoza	Evelyn	2	98		98	06	04	2013	11	1	14	7		Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si																		
			Tellez	Sofia											5		No	No	No	No	No	No	No	3	21	35	0	98	10	No	1	1	No		6		Si		No		

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

No. Integrante	A		B	C	D	E	F	G	H			I	J	K		L	M	N	O	P	Q	R	S	T	U	V	W	X			Y		Z	AA	AB		AC	AD
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD		APELLIDOS Escriba: En el renglón 1, primer apellido En el renglón 2, segundo apellido	NOMBRES Escriba: En el renglón 1, primer nombre En el renglon 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 NIVEL Años aprobados	¿Asiste actualmente?	SISTEMA DISTRITAL DE CUIDADO						Actividad	Rol ocupacional	¿Cuantas horas a la semana dedica a esta ocupación?	Valor de los ingresos mensuales	Forma de percibir los ingresos	Localidad donde realiza actividad principal	SALUD			DISCAPACIDAD		Grupo étnico	Pueblo Indígena	VÍCTIMA DE CONFLICTO ARMADO		¿Ha recibido capacitación, formación o tiene experiencia en algún arte u oficio?	De acuerdo con la respuesta anterior ¿En qué cree que puede desempeñarse?
	Tipo	Número							Día	Mes	Año					¿Es persona cuidadora/a?	Niños/as de 0 a 5 años	Niños/as de 6 a 10 años	Persona con discapacidad	Persona mayor	Cuidado de casa							Afiliado al régimen de seguridad social	Régimen de seguridad social	Calidad del afiliado	¿Persona con discapacidad?	Tipo			¿Es víctima del conflicto armado?	Motivo		
6	3	1016044924	1 Arroyo 2 Tellez	1 Alisson 2 Michel	2	98		98	06	09	2016	8	1	14	7 1	SI No	SI No	SI No	SI No	SI No	SI No	3	31	35	0	98	10	SI No	1	1	SI No		6		SI No		Si No No aplica	
7	6	1233702471	1 Moreno 2 Tellez	1 Salome 2	2	98		98	14	02	2023	1	1	5	1	SI No	SI No	SI No	SI No	SI No	SI No	98	98	0	0	98	98	SI No	1	1	SI No		6		SI No		Si No No aplica	
8			1 2	1 2												SI No	SI No	SI No	SI No	SI No	SI No							SI No			SI No				SI No		Si No No aplica	
9			1 2	1 2												SI No	SI No	SI No	SI No	SI No	SI No							SI No			SI No				SI No		Si No No aplica	
10			1 2	1 2												SI No	SI No	SI No	SI No	SI No	SI No							SI No			SI No				SI No		Si No No aplica	
11			1 2	1 2												SI No	SI No	SI No	SI No	SI No	SI No							SI No			SI No				SI No		Si No No aplica	
12			1 2	1 2												SI No	SI No	SI No	SI No	SI No	SI No							SI No			SI No				SI No		Si No No aplica	
13			1 2	1 2												SI No	SI No	SI No	SI No	SI No	SI No							SI No			SI No				SI No		Si No No aplica	

Tratamiento de datos personales: Los datos personales aquí consignados tienen carácter confidencial, razón por la cual es un deber y un compromiso de los asistentes y de la SDIS no divulgar información alguna en propósito diferente a la de este registro so pena de las sanciones legales a que haya lugar de acuerdo con la Ley 1581 de 2012 y Decreto 1377 de 2013.

	PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL	Código:	FOR-PSS-334
ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.	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: 12/11/2024 Número Ficha: 2024 (Año) 10 (Localidad) 774 (Proyecto) 4 (Código Unidad Operativa) 12 05 29

SECCION E MODALIDAD DE ATENCION

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

Modalidades Familiares

Creciendo Juntos [ ] Crecemos en la Ruralidad [ ]

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

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

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

SECCION F. A QUIEN VA DIRIGIDA LA MODALIDAD FAMILIAR:

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

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

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

SECCIÓN G. CONCEPCIÓN Y GESTACIÓN:

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

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

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

4. ¿Número de hijas-hijos nacidos vivos?: Entre 1 y 3.. [1] Más de 6.. [3] Entre 4 y 5.. [2] Ninguna.... [93]

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

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

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

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

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

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

Cuidados durante la gestación [1] Lactancia materna [3] Construcción del vínculo afectivo madre- hijo... [6]

Sus derechos y los de su pareja en el momento del parto [2] Desarrollo infantil [5] Prevención de accidentes en el hogar [4] Ninguna... [93] *Pase a la pregunta12*

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

SECCION I. INFORMACIÓN DEL NIÑO O LA NIÑA Si se desconoce la información de alguna(s) de la(s) pregunta(s) de 1 a la 12, por que el niño o la niña se encuentra en medida de protección o bajo custodia de familiares que desconocen la información relacionada con sus primeros años de vida, deje la(s) respuesta(s) en blanco e indique la situación en la descripción de la problemática

1. ¿Dónde fue atendido el parto de la niña o niño?
Hospital [1 X] Casa [3] Ambulancia [5]
Centro de salud [2] Espacio público [4]

2. Quien atendió el nacimiento de la niña o el niño?
Médico [1 X] Partera/doula [3]
Enfermera [2] Personal no médico [4]

3. ¿El primer contacto piel a piel con su hija-o, después de nacer, fue?:
½ hora o antes [1] 2 horas [3]
1 hora [2 X] 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?: 3300 Gramos
DATO VALIDO ENTRE 450 Y 6000

6. ¿Cuál fue la talla de su hija-o al nacer?: 51 Centimetros
DATO VALIDO ENTRE 22 Y 65

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

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

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

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

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

12. ¿Qué edad tenía su hija-o cuando dejo de darle leche materna completamente?: 9 Meses

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

14. ¿Fecha del último control?: 20062024
Pase a la pregunta 16

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

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

17. ¿Por qué la niña o el niño no cuenta con el esquema de vacunación al día?:
Creencias religiosas o culturales [1] OMido [2] Pérdida del carné [3] Desconocimiento [4] Falta de tiempo [5]

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

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

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

21. ¿Actualmente, el padre, la madre o el cuidador de la niña o el niño presenta alguna de las siguientes condiciones?: *(Selección múltiple)*
Habitabilidad en calle [1] Realiza actividades sexuales pagas [2]
Ninguna [93 X] Consumo de sustancias psicoactivas [3]

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

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

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

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

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

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

28. ¿En qué localidad?:
Usaquén [1] Santa fe [3] Usme [5] Bosa [7] Fontibón [9] Suba [11] Teusaquillo [13] Antonio Nariño [15] La Candelaria [17] Ciudad Bolivar [19]
Chapinero [2] San Cristóbal [4] Tunjuelito [6] Kennedy [8] Engativá [10] Barrios Unidos [12] Los Mártires [14] Puente Aranda [16] Rafael Uribe [18] Sumapaz [20]

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

8. ¿Cuál es la edad en años del cuidador o la cuidadora principal?: 60

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

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

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

12. Nivel educativo actual del cuidador o la cuidadora principal: Básica primaria... 7 X | Básica secundaria y media 8 | Técnico... 18 | Tecnológico... 19 | Universitaria incompleta (sin título) 21 | Universitaria completa (con título)... 12 | Postgrado incompleto (sin título)... 22 | Postgrado completo (con título) ... 15 | Ninguno 93

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

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

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

16. El cuidador-ra principal presenta una enfermedad de alto costo Si... 1 | No... 2 X

17. Tipo de documento de identidad del cuidador-ra Cédula de ciudadanía... 1 X | Cédula de extranjería... 2 | Tarjeta de identidad... 3 | Registro civil... 6 | Pasaporte... 13 | PEP... 18 | PPT... 21 | Salvo conducto... 9 | Sin identificación... 8

18. Número de documento de identidad del cuidador-ra principal. 28637348

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

19. Primer Apellido: Sanchez | **20. Segundo Apellido:** Laguna | **21. Primer Nombre:** Olga | **22. Segundo Nombre:** Lucia

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

TRANS ESPECTRO AUTISTA (TEA)
- TEA

AUDITIVA
- Hipoacusia
- Sordera

VISUAL
- Baja visión
- Ceguera

INTELECTUAL
- Síndrome de Down
- Intelectual ...

FISICA
- Osteomuscular
- Neuromuscular
- Parálisis cerebral (EMOC)...

PSICOSOCIAL
- Psicosocial ...

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

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

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

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

6. Cuenta con ella?: Si... 1 | No... 2

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

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

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

10. De qué tipo: Fonoaudiología 1 | Fisioterapia... 2 | Terapia ocupacional 3 | Neurología... 4 | Otro... 5 | -cuál?

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

SECCIÓN N. DESCRIPCIÓN Y REFERENCIACIÓN:

1. Descripción de la problemática:

Hogar familiar amplio extenso, el padre labora en el aeropuerto, la madre en Indumaves por turnos principalmente en las noches, las niñas estan al cuidado de la abuelita quien recibe un pago por esta actividad, el conyuge de ella esporádicamente labora en lo que le salga.
No poseen redes de apoyo sociales. Los padres de Salome desean que la niña ingrese al jardin Pepitos pues tienen excelentes referencias de él, asi mismo saben que en él, la niña socializara con niños-as de su edad, aprendiendo a compartir y fortaleciendo muchas habilidades comunicativas, sociales y cognitivas.

2. Concepto técnico:

Grupo familiar con fragilidad social baja, los ingresos son suficientes para cubrir las necesidades del nucleo. La niña queda en lista de espera, cuando se tenga el cupo se avisara a la madre, para que realice la formalización del cupo en el jardin. Este ofrece a los niñas y los niños, asi como a sus familias una atención integral de alta calidad, donde sus voces son tenidas en cuenta, asi mismo los menores son los protagonistas activos de su desarrollo y aprendizaje.

Si ingresa a un jardín infantil diurno o casa de pensamiento, seleccione el nivel en el que recibirá la atención, de acuerdo a la edad que la niña o niño tiene, tuvo o tendrá a 31 de marzo del año en curso; con excepción de las niñas y los niños con discapacidad que se hará de acuerdo con el concepto técnico, sin que esto sobre pase dos niveles anteriores al correspondiente por fecha de nacimiento

MATERNAL ☐ CAMINADORES ☒ PARVULOS ☐ PREJARDIN ☐ JARDIN ☐

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

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

3. Acciones a seguir:

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

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

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

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

6. La unidad operativa ofrece 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	Codigo: FOR-PSS-743 Versión: 0 Fecha: Memo I2024000787 - 12/01/2024 Página: 1 de 1

LOCALIDAD ENGATIVA UNIDAD OPERATIVA: JARDIN INFANTIL COFINANCIADO PEPITOS RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA: DIANA MARCELA RUBIO CASTAÑO

NOMBRE DEL RECOLECTOR JACKELINE MENDOZA GONZALEZ DOCUMENTO DE IDENTIDAD CC X CE__ OTRO__ CUAL?_____ Número # 52.035.452

NOMBRE SOLICITANTE / BENEFICIARIO Salome Moreno Tellez DOCUMENTO DE IDENTIDAD CC__ CE__ OTRO X CUAL? RC Número # 1233702.191

FECHA DE ENTREGA PARA DIGITACIÓN: 15/11/2024 NOMBRE DEL DIGITADOR AL QUE SE ENTREGA LA FICHA: Edwin Pena

CEDULA DE CIUDADANIA

REPÚBLICA DE COLOMBIA



NUIP 1.070.754.434

Apellidos
MORENO ACUÑA

Nombres
RAFAEL ANTONIO

Nacionalidad
COL

Estatura
1.72

Sexo
M

Fecha de nacimiento
28 DIC 1998

G.S.
A+

Lugar de nacimiento
SAN BERNARDO (CUNDINAMARCA)

Fecha y lugar de expedición
11 ENE 2017, SAN BERNARDO

Firma

Fecha de expiración
30 SEPT 2032

.CO

0043663 39

REGISTRADOR NACIONAL
Alexander Vega Rocha

ICCOL0043663398152 23<<<<<<<<<<
9812286M3209309COL1070754434<6
MORENO<ACUNA<<RAFAEL<ANTONIO<<

REPUBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.016.045.756

Apellidos
TELLEZ SANCHEZ

Nombres
ANGIE EMILCE



Nacionalidad
COL 156

Sexo
F

Fecha de nacimiento
21 MAY 1992 A+

Lugar de nacimiento
BOGOTA D C (CUNDINAMARCA)

Fecha de expedición
02 JUN 2010, BOGOTA D C

Firma

Fecha de vencimiento
06 ABR 2034

CC
044074991

REGISTRADOR NACIONAL
Hernán Penagos Giraldo

ICCOL044074991215001<<<<<<<<<<
9205211F3404067COL1016045756<8
TELLEZ<SANCHEZ<<ANGIE<EMILCE<<

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA



NUMERO 28.637.348
SANCHEZ LAGUNA
APELLIDOS
OLGA LUCIA
NOMBRES

olga lucia Sanchez
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 01-JUN-1964
COELLO
(TOLIMA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.60	A+	F
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

01-NOV-1988 COELLO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



A-1500150-00180724-F-0028637348-20090925 0016545054A 3 1460035949

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **14.231.465**

LEGRO CARDOSO

APELLIDOS

JOSE CRISANTO

NOMBRES

José crisanto legro cardoso

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **08-ENE-1959**

IBAGUE
(TOLIMA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.52 ESTATURA | **A-** G.S. RH | **M** SEXO

31-JUL-1978 IBAGUE
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00375124-M-0014231465-20120511 0029860558A 1 1441804425

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO **1.016.075.396**
MENDOZA TELLEZ
APELLIDOS
EVELYN SOFIA
NOMBRES

evelin Sofia mendoza Tellez
FIRMA





ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **06-ABR-2013**
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
06-ABR-2031
FECHA DE VENCIMIENTO
O+ G S RH
F SEXO
11-MAR-2021 SOACHA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

P-1524750-01222456-F-1016075396-20210316 0073771492A 1 8501699637

REPÚBLICA DE COLOMBIA

Libertad y Orden

REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

CONTRASEÑA



PRIMERA VEZ TI
1.016.104.914



APELLIDOS / NOMBRES
ARROYO TELLEZ
ALISSON MICHEL

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO
06-SEP-2016
BOGOTA D.C. - CUNDINAMARCA

FECHA DE EXPEDICIÓN
22-SEP-2023

SEXO
FEMENINO

LUGAR DE PREPARACIÓN
BOGOTA D.C. - AUXILIAR ENGATIVA SEDE 2 BOGOTA DC

OFICINA DE ENTREGA
BOGOTA D.C. - AUXILIAR ENGATIVA SEDE 2 BOGOTA DC

- Escanee el código para verificar su autenticidad.
- El titular tendrá un plazo máximo de un (1) año para reclamar el documento a partir de la fecha de producción.

ESTE COMPROBANTE ES VÁLIDO HASTA EL 22-MAR-2024

8509611525
22-SEP-2023

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 63270375

NUIP 1.233.702.171

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código [ ]

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

REGISTRADURIA DE AUXILIAR ENGATIVA SEDE 2 COLOMBIA CUNDINAMARCA

Datos del inscrito

Primer Apellido: MORENO

Segundo Apellido: TELLEZ

Nombre(s): SALOME

Fecha de nacimiento: Año 2 0 2 3 Mes E N E Día 1 6

Sexo: FEMENINO Grupo sanguíneo: A Factor RH: POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento o/o 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: 23014410291237

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: TELLEZ SANCHEZ ANGIE EMILCE

Documento de Identificación (Clase y número): CC 1.016.045.756

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: MORENO ACUÑA RAFAEL ANTONIO

Documento de Identificación (Clase y número): CC 1.070.754.434

Nacionalidad: COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: MORENO ACUÑA RAFAEL ANTONIO

Documento de Identificación (Clase y número): CC 1.070.754.434

Firma

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 2 0 2 3 Mes E N E Día 1 6

Nombre y firma del funcionario que autoriza

WILLIAM FRANCISCO LANCHEROS RUIZ -

Nombre y firma

Reconocimiento paterno

Firma

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS 1010-18 FOLIO-0053-RNEC- EVA.N

16 ENE 2023 LIBRO DE VARIOS

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 SI EXPIDE ART. 2 DECRETO 2189 DE 1983; SE EXPIDE SELLO SECO EN ART. 1º DECRETO 2150 DE 1995.

PARA ACREDITAR PARENTESCO.

REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

FECHA DE EXPEDICION

BOGOTA D.C. 1-10-2

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

ADRES Salud

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

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

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	RC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1233702171
NOMBRES	SALOME
APELLIDOS	MORENO TELLEZ
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	15/01/2023	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	07/12/2023 20:28:10	Estación de origen:	192.168.70.220

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

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que **la Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. **Ahora bien, la Fecha de Finalización de Afiliación,** establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado se encuentra vinculado con la entidad que genera la consulta.

La responsabilidad por 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; en este caso de las EPS, EOC y EPS-S.

Esta información se debe utilizar 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.

Si necesita retirarse, trasladarse, 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 de actualización debe ser escalada a la EPS donde se presenta la afiliación.

IMPRIMIR CERRAR VENTANA

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

PAPEL ECOLÓGICO

Para pagos y consultas tu número de cliente es: **2031145-5**

FACTURA DE SERVICIOS PÚBLICOS No. 143541608-4

CLIENTE

MISAEL SUAREZ VARGAS
CL 63 F NO 113 A 89 AP 200
PISO 2
BOGOTA, D.C. - VILLA GLADYS

05 505 7910 / 057-1558020

¿Quieres tu factura virtual? Escanea el código

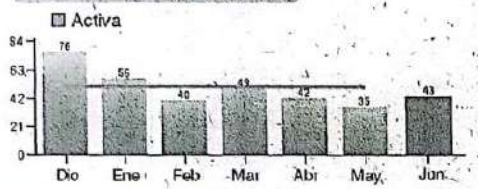
Juntos, podemos tener un consumo más inteligente de energía.

Te invitamos a que nos informes los cambios en los hábitos de consumo de energía como periodos de vacaciones, si tu inmueble se encuentra desocupado o si incrementaste el uso de electrodomésticos o maquinarias.

Desde el 24 de julio reporta esta información en nuestra página web
www.enel.com.co



COMPORTAMIENTO CONSUMO



VALOR kWh APLICADO: $905,65

CONSUMO DIARIO: 1,34 kWh

VALOR DIARIO: $611

PERÍODO FACTURADO:	DÍAS FACTURADOS:	CONSUMO MES	CONSUMO PROMEDIO ÚLTIMOS 6 MESES
04 MAY/2024 A 04 JUN/2024	32	43 kWh	50 kWh

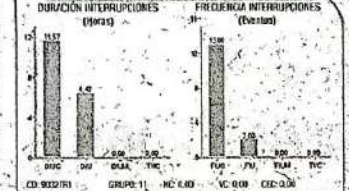
¡Este mes tuvimos acceso a la LECTURA DE TU MEDIDOR y tu CONSUMO de energía se encuentra dentro de lo habitual!

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	2
CARGA kW:	3,00
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	30005055057910
RUTA LECTURA:	35055140670
MANZANA DE LECTURA:	MS00563796
MEDIDOR NO:	057-1558020
MEDIDOR NO:	057-1558020

CALIDAD DEL SERVICIO

DURACIÓN INTERRUPCIONES (Horas) — FRECUENCIA INTERRUPCIONES (Veces)



CD: 9932781 GRUPO: 11 NC: 0,00 VC: 0,00 CEC: 0,00
PERIODO: 202404 DI: 224,30 CF: 42,00000 NC: 6,00 INF: 1,00 VC: 0,16

Para mayor detalle consultar las resoluciones CREG 015 de 2018 y 030 de 2019.

USO EFICIENTE DE LA ENERGÍA

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

CONTÁCTANOS

clientescolombia@enel.com
Chat de servicio en www.enel.com.co/es/personas/chat-de-atencion.html
318 890 6003 (Elena Bot o pasa Asesor)
Enel Colombia @EnelClienteCO
Regístrate gratis
Zona privada de la página Web
App Enel Clientes Colombia

ENERGÍA SERVICIO AL CUENTE	EMERGENCIAS	DENUNCIAS
Bogotá, Sabana y Cundinamarca 601 5 115 115	115 Gratuito las 24 horas	601 5140055 denuncias@enel.com

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

¿COMO PAGAR TU FACTURA?

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

Billetera Virtual: RappiPay, DaviPlata, MOVII, NEQUI, tpaga

Corresponsales Bancarios: CONRED, Efecty, Reval, MOVIRED, Punto Red

Red Distrital: RED CADE

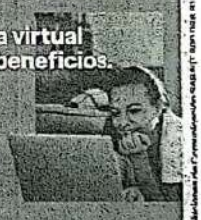
Centros de Servicio: enel

Almacenes de Cadena: Jumbo, Metro

Código QR

Inscríbete a la factura virtual Enel y aprovecha los beneficios.

Escanea el código



COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo: Vigencia: MAY/2024
G: $ 84,78 T: $47,96 D: $257,12 CV: $105,68 PR: $72,30 R: $39,81 CF: $0,00 / $905,66 Costo kWh Mes

ACT: CAD ECONÓMICA 3514 Comercialización de Energía Eléctrica Tarifa 11,64 por mil. Somos autorretenedores según Resolución No. 0047 de 25 de enero 2002. IVA Régimen Común. CUMPLIMIENTO RESOLUCIÓN CREG 015 DE 1999.

Sobre el contenido de la presente factura el Cliente cuenta con los mecanismos de defensa previstos en la Ley 142 de 1994, y podrá hacer uso de ellos antes de la fecha señalada para pago oportuno. Para mayor información comunicate al (601) 5 115 115, fuera de Bogotá al 01 8000 912 115, o en nuestros Centros de Servicio al Cliente. Operador de red: ENEL COLOMBIA S.A. ESP. Somos grandes contribuyentes según resolución No 9001 de 19 de diciembre de 2020.

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

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

En cumplimiento de la resolución CREG156/11 consultar www.enel.com.co

IMPORTANTE: En cumplimiento de la resolución CREG 038 de 2014, la cual modificó el Código de Medida, se establecieron obligaciones, actividades y responsabilidades asignadas a ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P y sus usuarios. Para obtener mayor información, lo invitamos a consultarlas en nuestra página web www.enel.com.co o comunicate a la línea (601) 5 115 115, fuera de Bogotá al 01 8000 912 115, o en nuestros Centros de Servicio al Cliente.

ENEL COLOMBIA S.A. ESP presta el servicio de recaudo para terceros a través de la factura del servicio público domiciliario de energía eléctrica (Encargos de Comercio), de acuerdo con la autorización expresa emitida por el cliente para el uso de la factura como canal de recaudo. ENEL COLOMBIA S.A. ESP 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 definidos por esta Empresa.

FECHA DE EXPEDICIÓN FACTURA: 07 JUN/2024

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

EMITIDO 11 EJEMPLO PRESENTACIÓN - IVA DE TRIBUTA 1 PREMISA (empresa) El prestador del servicio de comercialización y distribución de energía eléctrica y de prestación y servicios de valor agregado es ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. NIT. 860.063.875-8. Entidad vigilada por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios.

	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: 02/04/2024

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

SECCIÓN A. VARIABLES BÁSICAS

1. Primer Apellido, según su documento de identidad: Terraza
2. Segundo Apellido, según su documento de identidad: Cantillo
3. Primer Nombre, según su documento de identidad: Julian
4. Segundo Nombre, según su documento de identidad: Andres

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

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

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

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

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

10. Número de documento de identificación: 1014317994

11. Municipio nacimiento: Bogota D.C

12. Departamento nacimiento: Bogota D.C

13. País nacimiento: Colombia

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

15. Fecha de nacimiento: (según su documento de identidad) 02/08/2002

16. Estado civil:
Soltero/a [1] X Casado/a [2] Unión libre [3] Separado/a Divorciado/a [4] Viudo/a [5] Unión marital de hecho [6]

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

18. Años aprobados:

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

20. ¿Es 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] X

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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: 12 / 11 / 2024

Número de ficha: 2024 (Año) 10 (Localidad) 774 (Proyecto) 4 (Código unidad operativa) 12052

SECCIÓN B. VARIABLES TRANSVERSALES

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

2. Tipo de discapacidad

Física	20	Auditiva	31	Intelectual	39		
Psicosocial	40	Visual	32	Sordo ceguera	10		
Alteración del desarrollo	37	Múltiple	42	Trastornos del espectro autista (TEA)	38		

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

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

4. Tipología de estructura familiar:

Hogar familiar Nuclear	1 X	Hogar familiar amplio compuesto	3
Hogar familiar amplio extenso	2	Hogar familiar sin Núcleo	4
Hogar no familiar unipersonal	5	Hogar no familiar sin núcleo	6

5. Situaciones y/o condiciones diferenciales de las familias

Familia con pertenencia étnica	1	
Familia transgenero	2	
Familia víctimas del conflicto armado	3	
No aplica	98	X

6. Identifique su nacionalidad con las siguientes opciones

Nacional	1	X
Otra nacionalidad	2	
Binacional	3	
Múltiple nacionalidad	4	
Sin nacionalidad	5	
No reporta	6	

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

8. Grupo Étnico: ¿De acuerdo con su cultura, pueblo o rasgos físicos, es o se reconoce cómo?

Indígena	1	Palenquero de San Basilio	4
Rrom (Gitano)	2	Negro/a, Mulato/a, afro colombiano/a, o afro descendiente.	5
Raizal del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina	3	Ninguno de los anteriores	6 X

9. Pueblo indígena: (En las instrucciones de diligenciamiento se encuentra la lista completa de los pueblos indígenas con sus respectivos códigos, en la opción otro se debe escribir solo el código que refiera el instructivo

Nasa (Paéz)	1	Quillasinga	4	Sicuani	6	Misak Misak	60	Cañamomos	10	Kichwas	15	Arhuacos	13	Embera Chamí	35	Ninguna de las anteriores	17		
Wayuu	2	Ultotos	85	Tubu	67	Eperara-siapidara	30	Muiscas	16	Kankuamo	45	Pijao	14	Embera Dóbida	29	Otro ¿cuál? Digite código del instructivo			
Pastos	65	Senú	5	Yanaconas	7	Ingas	9	Awa (Kwaiker)	11	Kogui	49	Kubeo	50	Embera Katío	34				

10. Parentesco con jefe/a de la familia:

Jefe/a núcleo familiar	1	Padre/Madre	3	Hijo/a	5 X	Hermano/a	7	Primo/a	9	Nieto/a	11	Otro No pariente	13
Cónyuge o compañero/a	2	Padrastro / Madrastra	4	Abuelo/a	8	Tío/a	8	Sobrino/a	10	Otro pariente	12	Hijastro	14

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

12. Número registro único de víctimas

13. Año en que realizo la declaración:

14. Si respondió afirmativamente la pregunta 11, indique los motivos: (Selección múltiple)

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

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

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

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

Si la respuesta es 2 o 98 Pase a 18

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

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

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

Rubro	Valor del gasto en pesos	Rubro	Valor del gasto en pesos
Vivienda (Arriendo y/o valor cuota	$ 800 000	Recreación	$ 120 000
Servicios públicos domiciliarios (agua, energía, gas, teléfono fijo, internet, teléfono celular, televisión por cable	$ 340 000	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	$ 700 000	Educación (útiles, pensión, transporte escolar, fotocopias, etc.)	$ 0
Alimentación	$ 600 000	Total	$ 2060 000

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

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

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

Si [1] | No [2 X] | 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: 12/12/2024

Número de ficha: 2024 10 7744 12052 9
(Año / Localidad / Proyecto / Código unidad operativa)

SECCION C. UBICACIÓN GEOGRAFÍCA

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

2. UPZ o UPR: 74

3. Nombre del barrio / Vereda: Engativa

4. Escriba su dirección completa:
Calle... [CL X] Transversal [TV] Avenida [AV]
Carrera... [KR] Avenida calle [AC]
Diagonal... [DG] Avenida carrera [AK]

Número de la vía principal: 64
Nombre de la vía principal:
Nombre sinónimo de la vía principal:

Alfabético	BIS	Cuadrante	Número vía generadora	Alfabético	Número placa	Cuadrante
	Alfabético	S [S]	126		05	S [S]
		E [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

AP 202

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

6. Tipo de zona
Urbana [1 X] Rural [2] Urbana sin dirección [3]

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

8. Teléfono fijo de contacto: 0

9. Teléfono celular de contacto: 3103546601

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

11. ¿Habita en una vivienda?
Si [1 X]
No [2] pase a la pregunta 16

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

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

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

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

16. Lugar diferente a vivienda donde habita
Equipamiento Urbano [1]
Refugio natural [2]

	PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL 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: 12 11 2024

Número de ficha: 2024 10 3744 1205 24
(Año · Localidad · Proyecto · Código unidad operativa)

SECCIÓN D. INFORMACIÓN BÁSICA Y TRANSVERSAL SOBRE LA FAMILIA:

La información básica se repite para el jefe de núcleo familiar

No. Integrante	A: DOCUMENTO DE IDENTIDAD – Tipo	A: DOCUMENTO DE IDENTIDAD – Número	B: APELLIDOS (Escriba: En el renglón 1, primer apellido; En el renglón 2, segundo apellido)	C: NOMBRES (Escriba: En el renglón 1, primer nombre; En el renglón 2, segundo nombre)	D: Sexo	E: ¿Con cuál género se identifica?	F: ¿Transgenero masculino o transgenero femenino?	G: ¿Cuál es su orientación sexual?	H: FECHA NACIMIENTO – Día	H: FECHA NACIMIENTO – Mes	H: FECHA NACIMIENTO – Año	H: Edad aproximada	I: ESTADO CIVIL	J: PARENTESCO (Con jefe/a del núcleo familiar)	K: NIVEL EDUCATIVO ACTUAL – NIVEL	K: NIVEL EDUCATIVO ACTUAL – Años aprobados	L: ¿Asiste actualmente?	L: SISTEMA DISTRITAL DE CUIDADO – ¿Es persona cuidadora/a?	M: SISTEMA DISTRITAL DE CUIDADO – Niños/as de 0 a 5 años	N: SISTEMA DISTRITAL DE CUIDADO – Niños/as de 6 a 10 años	O: SISTEMA DISTRITAL DE CUIDADO – Persona con discapacidad	P: SISTEMA DISTRITAL DE CUIDADO – Persona mayor	Q: SISTEMA DISTRITAL DE CUIDADO – Cuidado de casa	R: Actividad	S: Rol ocupacional	T: ¿Cuantas horas a la semana dedica a esta ocupación?	U: Valor de los ingresos mensuales	V: Forma de percibir los ingresos	W: Localidad donde realiza actividad principal	X: SALUD – Afiliado al régimen de seguridad social	X: SALUD – Régimen de seguridad social	X: SALUD – Calidad del afiliado	Y: DISCAPACIDAD – ¿Persona con discapacidad?	Y: DISCAPACIDAD – Tipo	Z: Grupo étnico	AA: Pueblo Indígena	AB: VICTIMA DE CONFLICTO ARMADO – ¿Es víctima del conflicto armado?	AB: VICTIMA DE CONFLICTO ARMADO – Motivo	AC: ¿Ha recibido capacitación, formación o tiene experiencia en algún arte u oficio?	AD: De acuerdo con la respuesta anterior ¿En qué cree que puede desempeñarse?
1	1	1015433028	1 Terraza	1 Julian	1	1		1	05	06	1992	32	3	1	8	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	12	32	60	3000000	5	10	X	1	2	SI		6		SI		SI NO	
			2 Rojas	2 Alberto											6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO							No			NO					No aplica	
2	1	1047216498	1 Cantillo	1 Milaneth	2	2		1	16	07	1989	35	3	2	8	SI	NO	NO	NO	SI	SI	SI	12	23	100	0	98	10	X	1	1	SI		6		SI		SI NO	
			2 Cantillo	2											6	NO	No	No	No	NO	NO	No							No			NO					No aplica	
3	3	1081809481	1 Mercado	1 Miguel	1	1		1	06	02	2009	15	1	14	8	X	SI	SI	SI	SI	SI	SI	3	31	35	0	98	10	X	1	1	SI		6		SI		SI NO	
			2 Cantillo	2 Angel											3	No	NO	NO	NO	NO	NO	NO							No			NO					No aplica	
4	3	1081813995	1 Mercado	1 Estefany	2	98		98	09	12	2010	13	1	14	8	X	SI	SI	SI	SI	SI	SI	3	31	35	0	98	10	X	1	1	SI		6		SI		SI No	
			2 Cantillo	2											1	No	NO	NO	NO	NO	NO	NO							No			NO					No aplica	
5	3	1143722344	1 Terraza	1 Maria	2	98		98	18	03	2015	9	1	5	4	X	SI	SI	SI	SI	SI	SI	3	31	35	0	98	10	X	1	1	SI		6		SI		SI No	
			2 Cantillo	2 Alejandra											4	No	NO	NO	NO	NO	NO	NO							No			NO					No aplica	

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

No. Integrante	A		B	C	D	E	F	G	H				I	J	K		L	M	N	O	P	Q	R	S	T	U	V	W	X			Y		Z	AA	AB		AC	AD
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD		APELLIDOS	NOMBRES	Sexo	¿Con cuál género se identifica?	¿Transgenero masculino o transgenero femenino?	¿Cuál es su orientación sexual?	FECHA NACIMIENTO			Edad aproximada	ESTADO CIVIL	PARENTESCO (Con jefe/a del núcleo familiar)	NIVEL EDUCATIVO ACTUAL		SISTEMA DISTRITAL DE CUIDADO						Actividad	Rol ocupacional	¿Cuantas horas a la semana dedica a esta ocupación?	Valor de los ingresos mensuales	Forma de percibir los ingresos	Localidad donde realiza actividad principal	SALUD			DISCAPACIDAD		Grupo étnico	Pueblo Indígena	VICTIMA DE CONFLICTO ARMADO		¿Ha recibido capacitación, formación o tiene experiencia en algún arte u oficio?	De acuerdo con la respuesta anterior ¿En qué cree que pueda desempeñarse?
	Tipo	Número	Escriba: En el renglón 1, primer apellido En el renglon 2, segundo apellido	Escriba: En el renglón 1, primer nombre En el renglón 2, segundo nombre					Día	Mes	Año				NIVEL	Años aprobados	¿Asiste actualmente?	¿Es persona cuidadora/o?	Niños/as de 0 a 5 años	Niños/as de 6 a 10 años	Persona con discapacidad	Persona mayor	Cuidado de casa							Afiliado al régimen de seguridad social	Régimen de seguridad social	Calidad del afiliado	¿Persona con discapacidad?	Tipo			¿Es víctima del conflicto armado?	Motivo		
6	6	1014317994	1 Terraza	1 Julian	1	98		98	12	12	2022	1	1	5		1	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	98	98	0	0	98	98	X			Si		6		Si		Si	No
			2 Castillo	2 Andres													No	No	No	No	No	No	No							No	1	1	No				X		No aplica	
7			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	
8			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	
9			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	
10			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	
11			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	
12			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	
13			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	

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.

	PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL	Código:	FOR-PSS-334
ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.	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: 12/12/2024 Número Ficha: 2024 (Año) 10 (Localidad) 7744 (Proyecto) 12 (Código Unidad Operativa) 0529

SECCION E. MODALIDAD DE ATENCION

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

Modalidades Familiares

Creciendo Juntos [ ] Crecemos en la Ruralidad [ ]

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

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

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

SECCION F. A QUIEN VA DIRIGIDA LA MODALIDAD FAMILIAR:

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

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

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

SECCIÓN G. CONCEPCIÓN Y GESTACIÓN:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

	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 X] 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 X]

3. ¿El primer contacto piel a piel con su hija-o, después de nacer, fue?:
½ hora o antes [1 X] 2 horas [3]
1 hora [2] Más de 4 horas [4]

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

5. ¿Cuál fue el peso de su hija-o al nacer?: 2980 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 X] *Pase a la pregunta13*

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

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

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

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

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

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

14. ¿Fecha del último control?: 04/07/2024
Pase a la pregunta 16

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

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

17. ¿Por qué la niña o el niño no cuenta con el esquema de vacunación al día?:
Creencias religiosas o culturales [1] Olvido [2] Pérdida del carné [3] Desconocimiento [4] Falta de tiempo [5]

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

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

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

21. ¿Actualmente, el padre, la madre o el cuidador de la niña o el niño presenta alguna de las siguientes condiciones?: *(Selección múltiple)*
Habitabilidad en calle [1] Realiza actividades sexuales pagas [2]
Ninguna [93 X] Consumo de sustancias psicoactivas [3]

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

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

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

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

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

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

28. ¿En qué localidad?:
Usaquén [1] Santa fe [3] Usme [5] Bosa [7] Fontibón [9] Suba [11] Teusaquillo [13] Antonio Nariño [15] La Candelaria [17] Ciudad Bolivar [19]
Chapinero [2] San Cristóbal [4] Tunjuelito [6] Kennedy [8] Engativá [10] Barrios Unidos [12] Los Mártires [14] Puente Aranda [16] Rafael Uribe [18] Sumapaz [20]

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

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

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

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

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

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

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

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

4. Quién es el cuidador principal de la niña o el niño Papá... 1 | Madrastra... 4 | Abuelo-a... 7 | Mamá... 2 X | 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 X | 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 X | 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 X | 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?: 35

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

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

11. ¿Cuál es la orientación sexual del cuidador -ra principal?: Heterosexual... 1 X | 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 | Básica secundaria y media 8 X | Técnico... 18 | Tecnológico... 19 | Universitaria incompleta (sin título) 21 | Universitaria completa (con título) 12 | Postgrado incompleto (sin título)... 22 | Postgrado completo (con título) ... 15 | Ninguno 93

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

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

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

16. El cuidador-ra principal presenta una enfermedad de alto costo Si... 1 | No... 2 X

17. Tipo de documento de identidad del cuidador-ra Cédula de ciudadanía... 1 X | Cédula de extranjería... 2 | Tarjeta de identidad... 3 | Registro civil... 6 | Pasaporte... 13 | PEP... 18 | PPT... 21 | Salvo conducto... 9 | Sin identificación... 8

18. Número de documento de identidad del cuidador-ra principal. 1047216498

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

19. Primer Apellido: Cantillo

20. Segundo Apellido: Cantillo

21. Primer Nombre: Milaneth

22. Segundo Nombre:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

TRANS.ESPECTRO AUTISTA (TEA)
- TEA

AUDITIVA
- Hipoacusia
- Sordera

VISUAL
- Baja visión
- Ceguera

INTELECTUAL
- Síndrome de Down
- Intelectual ...

FISICA
- Osteomuscular
- Neuromuscular
- Parálisis cerebral (EMOC)

PSICOSOCIAL
- Psicosocial

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

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

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

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

6. Cuenta con ella?: Si... 1 | No... 2

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

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

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

10. De qué tipo: Fonoaudiología 1 | Fisioterapia... 2 | Terapia ocupacional 3 | Neurología... 4 | Otro... 5 -cuál?

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

SECCIÓN N. DESCRIPCIÓN Y REFERENCIACIÓN:

1. Descripción de la problemática:

Hogar familiar nuclear, el padre es el único proveedor económico del hogar, sus ingresos provienen de su trabajo como empleado en una fabrica de muebles, la madre se encuentra al cuidado de sus hijos y el hogar.
No poseen redes de apoyo sociales ni familiares.
La madre desea, trabajar y asi apoyar a su conyuge con los gastos de sus hijos mayores principalmente.
De igual manera la madre desea que su hijo menor comparta con niños de su edad, aprenda y fortalezca sus habilidades comunicativas, sociales y corporales.

2. Concepto técnico:

Grupo familiar con fragilidad social media los ingresos cubren las necesidades básicas del hogar. Cuando se cuente con el cupo se avisara a la madre para que realice la matricula en el Jardin. Este ofrece a los niños y niñas que allí son atendidos gran variedad de experiencias sensibles y significativas que fortalecen los diferentes dimensiones del desarrollo infantil respetando los diferentes ritmos de aprendizaje de los participantes

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 X
No cumple criterios de ingreso..... 3

4. ¿Requiere visita domiciliaria? - Si... 1 No... 2 X *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 X

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

- Si... 1 - No... 2 X No oferta niveles 3

7. Referenciación a un proyecto SDIS: - Si... 1 - No 2 X *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 X *Finalice*

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

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

LOCALIDAD ENGATIVA UNIDAD OPERATIVA: JARDIN INFANTIL COFINANCIADO PEPITOS RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA: DIANA MARCELA RUBIO CASTAÑO

NOMBRE DEL RECOLECTOR JACKELINE MENDOZA GONZALEZ DOCUMENTO DE IDENTIDAD CC X CE__ OTRO__ CUAL?_____ Numero # 52.035.452

NOMBRE SOLICITANTE / BENEFICIARIO Julian Andres Terraza Castillo DOCUMENTO DE IDENTIDAD CC__ CE__ OTRO Y CUAL? RC Numero # 1.014.317.994

FECHA DE ENTREGA PARA DIGITACIÓN: 15/1/2024 NOMBRE DEL DIGITADOR AL QUE SE ENTREGA LA FICHA: Eduar.t Perez.

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.015.433.028**
TERRAZA ROJAS
APELLIDOS

JULIAN ALBERTO
NOMBRES

FIRMA





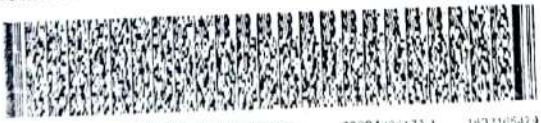
INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **05-JUN-1992**
POLONUEVO
(ATLANTICO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.64	**O+**	**M**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

04-AGO-2010 BOGOTA D.C
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



A-1500150-00427493-M-1015433028-20100806 0032408617A 1 1803105473

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.047.216.498
CANTILLO CANTILLO
APELLIDOS
MILANETH
NOMBRES

Milaneth cantillo
FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 16-JUL-1989
BARRANQUILLA
(ATLANTICO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.53 ESTATURA | O+ G.S. RH | F SEXO

18-FEB-2013 BOGOTA D.C
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

P-1500150-00434209-F-1047216498-20130507 0032904444A 1 40074991

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NUMERO **1.081.807.481**

MERCADO CANTILLO
APELLIDOS

MIGUEL ANGEL
NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 06-ENE-2009
FUNDACION
(MAGDALENA)
LUGAR DE NACIMIENTO

06-ENE-2027 **O+** **M**
FECHA DE VENCIMIENTO G.S. RH SEXO

11-AGO-2017 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-1500150-00933507-M-1081807481-20170822 0057141191A 2 1364569854



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NUMERO 1.081.813.995
MERCADO CANTILLO
APELLIDOS
ESTEFANY
NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 09-DIC-2010
FUNDACION
(MAGDALENA)
LUGAR DE NACIMIENTO
09-DIC-2028 O+ F
FECHA DE VENCIMIENTO G.S. RH SEXO
05-FEB-2018 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA
INDICE DERECHO

P-1500150-00983596-F-1081813995-20180303 0059717290A 1 1634817965

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NUMERO 1.141.722.741
TERRAZA CANTILLO

APELLIDOS
MARIA ALEJANDRA

NOMBRES

maria Terraza

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 18-MAR-2015
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
18-MAR-2033 O+ F
FECHA DE VENCIMIENTO G.S. RH SEXO
13-JUL-2022 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL

INDICE DERECHO

P-1509150-01309864-F-1141722741-20220726 0080194242A 1 8505139125

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

NUIP 1.014.317.594

Indicativo Serial 63260172

63260172

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduria [X] Notaria [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código A 3 B

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

REGISTRADURIA DE ENGATIVA BOGOTA D.C. - COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGO

Datos del Inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
TERRAZA	CANTILLO

Nombre(s)

JULIAN ANDRES

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2022 Mes DIC Día 12	MASCULINO	O	POSITIVO

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

COLOMBIA CUNDINAMARCA BOGOTA D.C.

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	221294102374 14

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

CANTILLO CANTILLO MILANETH

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.047.216.498	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

TERRAZA ROJAS JULIAN ALBERTO

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.015.433.028	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

TERRAZA ROJAS JULIAN ALBERTO

Documento de Identificación (Clase y número)

CC 1.015.433.028

Firma

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de Identificación (Clase y número) | Firma

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de Identificación (Clase y número) | Firma

Fecha de Inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2022 Mes DIC Día 15	EDGAR SIERRA NIETO - REGISTRADOR. Nombre y firma

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

ESPACIO PARA NOTAS

15.DIC.2022 - LIBRO DE VARIOS - TOMO 088 FOLIO 0124 NO EXISTE TOMO NI FOLIO ANTERIOR. SE INSCRIBE DE ACUERDO CON LA CIRCULAR 087 DEL 29/09/2020.

Ciudad y Fecha: 16 DIC 2022
Bogota D.C.,
VALIDO PARA PARENTESCO.

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

Edgar Sierra Nieto
Registrador Auxiliar
Registraduría Distrital del Estado Civil
ENGATIVA BOYACA REAL - L.10

FOTOCOPIADO POR:

Adhesivo Copia Registro Civil
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
33083852-3

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

12

Famisanar EPS

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) JULIAN ANDRES TERRAZA CANTILLO identificado(a) con RC 1014317994 se encuentra afiliado(a) a la EPS en condición de BENEFICIARIO.

Fecha de Activación de	12/12/2022
Estado de la Afiliación:	ACTIVO
IPS:	CAFAM CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR
Categoría:	A

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en QUIEN , a los 10 días del mes septiembre del 2024.

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

Observaciones:

NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,

Fredy Alexander Caicedo Sierra
Director Operaciones Comerciales

57788

enel | Bogotá

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

PAPEL ECOLÓGICO

Para pagos y consultas tu número de cliente es: **1772357-8**

FACTURA DE SERVICIOS PÚBLICOS No. 151574217-0

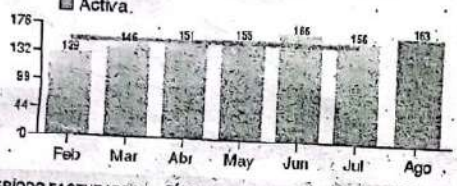
CLIENTE

PEDRO P FORERO PESCADOR
CL 64 NO 126 05
AP 202
BOGOTA, D.C. - ENGATIVA ZONA URBANA

05 501 3614 / 018-19093734

¿Quieres tu factura virtual? Escanea el código

COMPORTAMIENTO CONSUMO



VALOR kWh APLICADO: $871,66

CONSUMO DIARIO: 5,43 kWh

VALOR DIARIO: $2.943

PERÍODO FACTURADO: 03 JUL/2024 A 01 AGO/2024

DÍAS FACTURADOS: 30

CONSUMO MES 163 kWh

CONSUMO PROMEDIO ÚLTIMOS 6 MESES 151 kWh

¡Este mes tuvimos acceso a la LECTURA DE TU MEDIDOR y tu CONSUMO de energía se encuentra dentro de lo habitual!

Una ciudad iluminada, es una ciudad más tranquila.

Ayúdanos a reportar las fallas del alumbrado público y estaremos ahí para repararlas.
Puedes hacerlo a través de estos canales:

- Línea telefónica: 601 5 115 115 opción 2
- Línea de emergencias: 115 opción 2
- App Enel Clientes Colombia
- Redes Sociales: @EnelClientesCO
- WhatsApp: Asistente Virtual Elena 316 890 6003

enel x | UAESP | BOGOTÁ

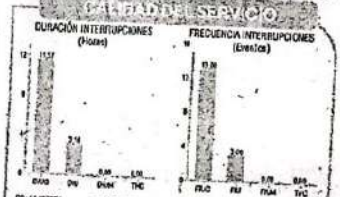
INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	2
CARGA kW:	2,00
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	30005055013614
RUTA LECTURA:	35055010100
MANZANA DE LECTURA:	MS0656366
MEDIDOR NO:	018-19093734
MEDIDOR NO:	018-19093734

USO DIFERENTE DE LA ENERGÍA

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

CALIDAD DEL SERVICIO



CR: 11.57701 GRUPO: 11 IC: 0,00 VC: 0,00 CSC: 0,00
PERIODO: 2024/06 DE: 721,58 CR: 184,00000 MG: 0,00 MF: 1,00 NU: 0,18
La mayor debe consultar las resoluciones CREG 015 de 2018 y 035 de 2019

CONTÁCTANOS

Trámites y solicitudes enel.com.co/es/personas/tramites.html
Chat de servicio en enel.com.co/es/personas/chat-de-atencion.html
316 890 6003 (Elena Bot o pasa Asesor)
Enel Colombia | @EnelClientesCO
Regístrate gratis
Zona privada de la página Web
App Enel Clientes Colombia

SISTEMA SERVICIO AL CLIENTE	EMERGENCIAS	DENUNCIAS
Bogotá, Sabana y Cundinamarca 601 5 115 115	115 Gratuito las 24 horas.	601 5140055 denuncias@enel.com

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

¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?

Medios Virtuales de Pago

App banco | Internet | Teléfono Banco | Débito Automático | Cajero Electrónico | APP Enel Clientes Colombia | Botón de Pago Online | Botón de Pago Bancolombia

Billetera Virtual

Daviplata | MOVII | NEQUI | tpaga

Corresponsales Bancarios

CONRED | efecty | Red Vital | MOVIRED | efecty

Red Distrital

RED CADE

Centros de Servicio

enel

Almacenes de Cadena

Jumbo | Metro

Código QR

Si pagas en un corresponsal bancario, exige el comprobante del pago/con. El sello del corresponsal no es un soporte válido en caso de reclamo.

COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo: Vigencia: JUL/2024

G: $351,65 T: $55,93 D: $216,32 CV: $104,67 PR: $67,13 R: $25,95 CF: $0,00 / $871,66 Costo kWh Mes

GRUPO: 11 DISCURSO PR18-1142/TR1 - NIVEL DE TENSIÓN PROPIEDAD: Empresa
ACTIVIDAD ECONOMICA 3514 Comercialización de Energía Eléctrica Tarifa 11,04 por mil. Somos autorretenedores según Resolución No. 0547 de 25 de enero 2002. IVA Régimen Común CUMPLIMIENTO RESOLUCIÓN CREG 015 DE 1999

Sobre el contenido de la presente factura el Cliente cuenta con los mecanismos de defensa previstos en la Ley 142 de 1994, y podrá hacer uso de éstos antes de la fecha señalada para pago oportuno. Para mayor información comunicarse al (601) 5 115 115, fuera de Bogotá al 01 8000 912 115, o en nuestros Canales de Servicio al Cliente. Operador de red: ENEL COLOMBIA S.A. ESP. Somos grandes contribuyentes según resolución No 9061 de 10 de diciembre de 2020.
Sobre el acto de suspensión procede el recurso de reposición y en subsidio de apelación, el cual deberá presentarse ante la Empresa previo a la suspensión del servicio.
Esta factura se rotula precio máximo ejecutivo de conformidad con el Artículo 130 de la ley 142 1994
En cumplimiento de la resolución CREG 156/11 consultar www.enel.com.co
IMPORTANTE: En cumplimiento de la resolución CREG 015 de 2014, la cual modificó el Código de Medida, se establecieron obligaciones, actividades y responsabilidades asignados a ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. y sus usuarios. Para obtener mayor información, le invitamos a consultarlas en nuestra página web www.enel.com.co o comunícate a la línea (601) 5 115 115, fuera de Bogotá al 01 8000 912 115, o en nuestros Canales de Servicio al Cliente.
ENEL COLOMBIA S.A. ESP presta el servicio de recaudo para terceros a través de la factura del servicio público domiciliario de energía eléctrica (Encargos de Cobranza), de acuerdo con la aprobación expresa emitida por el cliente para el uso de la factura como canal de recaudo. ENEL COLOMBIA S.A. ESP no es responsable por el servicio que prestan los terceros, ni por los valores facturados. Para mayor información relacionada con estos aspectos, por favor diríjase a los canales de atención definidos por cada Empresa.
El prestador del servicio de comercialización y distribución de energía eléctrica y de productos y servicios de valor agregado es ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. NIT. 860.063.875-8. Entidad vigilada por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios.

Inscríbete a la factura virtual Enel y aprovecha los beneficios.

Escanea el código.

FECHA EXPEDICIÓN: 05/08/2024

Factura impresa por Cenegel Soluciones de Comunicación SAS NIT 800.096.826

57788

	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: 12/11/2024

Número de ficha: 2024 (Año) 1074 (Localidad / Proyecto) 4 (Código unidad operativa) 12052 9

SECCIÓN A. VARIABLES BÁSICAS

1. Primer Apellido, según su documento de identidad:	2. Segundo Apellido, según su documento de identidad:	3. Primer Nombre, según su documento de identidad:	4. Segundo Nombre, según su documento de identidad
Tapiero	Madrigal	Liam	Andrey

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

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

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

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

9. Tipo de documento de identificación:	10. Número de documento de identificación:	11. Municipio nacimiento:	12. Departamento nacimiento
Cédula de ciudadanía 1	1233702218	Bogota D.c	Bogota D.c

Cédula de extranjería 2 | Tarjeta de identidad 3 | Registro civil 6 X | Pasaporte .. 13
Permiso especial de permanencia 18 | Salvo conducto 19 | Permiso por protección temporal .. 21 | Sin Identificación 8

13. País nacimiento:	14. Sexo de nacimiento:	15. Fecha de nacimiento: (según su documento de identidad)	16. Estado civil:
Colombia	Hombre 1 X	10/12/2003	Soltero/a 1 X

Mujer 2 | Intersexual 3
Casado/a 2 | Unión libre 3 | Separado/a Divorciado/a 4 | Viudo/a 5 | Unión marital de hecho 6

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

18. Años aprobados:

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

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

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

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

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

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

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

31. ¿Está afiliado a seguridad social?	32. Regimen de seguridad social	33. Calidad del afiliado: (Aplica solo si la respuesta en la pregunta 32 es "Contributivo")	34. ¿Tiene clasificación de Sisbén?	35. Clasificación Sisben
Si 1 X	Contributivo 1	Beneficiario 1	Si 1 X	B6
No 2 (pase a la pregunta 34)	Subsidiado 2 X	Cotizante 2	No 2	
	Especial 3			

Fecha de diligenciamiento: 12 11 2024

Número de ficha: 2024 | 110 | 7744 | 1 | 2052 | 9
(Año | Localidad | Proyecto | Código unidad operativa)

SECCIÓN B. VARIABLES TRANSVERSALES

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

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

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

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

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

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

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

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

8. Grupo Étnico: ¿De acuerdo con su cultura, pueblo o rasgos físicos, es o se reconoce cómo?
- Indígena [1]
- Palenquero de San Basilio [4]
- Rrom (Gitano) [2]
- Negro/a, Mulato/a, afro colombiano/a, o afro descendiente. [5]
- Raizal del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina [3]
- Ninguno de los anteriores [6] X

9. Pueblo indígena: (En las instrucciones de diligenciamiento se encuentra la lista completa de los pueblos indígenas con sus respectivos códigos, en la opción otro se debe escribir solo el código que refiera el instructivo
- Nasa (Paéz) [1]
- Quillasinga [4]
- Sicuani [6]
- Misak Misak [60]
- Cañamomos [10]
- Kichwas [15]
- Arhuacos [13]
- Embera Chami [35]
- Ninguna de las anteriores [17]
- Wayuu [2]
- Ulotos [85]
- Tubu [67]
- Eperara-siapidara [30]
- Muiscas [16]
- Kankuamo [45]
- Pijao [14]
- Embera Dóbida [29]
- Otro ¿cuál? Digite código del instructivo
- Pastos [65]
- Senú [5]
- Yanaconas [7]
- Ingas [9]
- Awa (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/a [5] X
- Hermano/a [7]
- Primo/a [9]
- Nieto/a [11]
- Otro No pariente [13]
- Cónyuge o compañero/a [2]
- Padrastro / Madrastra [4]
- Abuelo/a [6]
- Tío/a [8]
- Sobrino/a [10]
- Otro pariente [12]
- Hijastro [14]

11. ¿Víctima de conflicto armado?: Si [1] No [2] X *Pase a 15*

12. Número registro único de víctimas

13. Año en que realizo la declaración:

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

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

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

17. ¿Ha recibido capacitación, formación o tiene experiencia en algún arte u oficio?: ** (Esta pregunta aplica solo a personas mayores de 14 años):*
Si [1] No aplica [98] X
Si la respuesta es 2 o 98 Pase a 18
No [2]

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

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

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

Rubro	Valor del gasto en pesos	Rubro	Valor del gasto en pesos
Vivienda (Arriendo y/o valor cuota	$ 400 000	Recreación	$ 50000
Servicios públicos domiciliarios (agua, energía, gas, teléfono fijo, internet, teléfono celular, televisión por cable	$ 70000	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	$ 50000	Educación (útiles, pensión, transporte escolar, fotocopias, etc.)	$ 0
Alimentación	$ 200000	Total	$ 770 000

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

Si 1 | No 2 X | No informa 3

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

Si 1 | No 2 X | No informa 3

Fecha de diligenciamiento: 12/11/2024

Número de ficha: 2024 | 10 | 774 | 41205 | 29

Año | Localidad | Proyecto | Código unidad operativa

SECCION C. UBICACIÓN GEOGRAFÍCA

1. Localidad donde habita

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

2. UPZ o UPR: 74

3. Nombre del barrio / Vereda:

4. Escriba su dirección completa:

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

Número de la vía principal:	Alfabético	BIS	Alfabético	Cuadrante	Número vía generadora	Alfabético		Número placa	Cuadrante
121				S S	65	A	-	75	S S
Nombre de la vía principal:				E E					E E
Nombre sinónimo de la vía principal:									

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

P1 2

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

6. Tipo de zona

Urbana	1	X	Rural	2		Urbana sin dirección	3				

7. Estrato socio – económico del predio

Uno	1		Tres	3		Cinco	5		
Dos	2	X	Cuatro	4		Cero	0		

8. Teléfono fijo de contacto: 0

9. Teléfono celular de contacto: 3112086637

10. Correo electrónico de contacto: lejoma2101@gmail.com

11. ¿Habita en una vivienda?.

Si	1	X	
No	2		pase a la pregunta 16

12. Tipo de vivienda

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

13. Condición de la vivienda

Ruina	1										
Demolición	2										
Buen estado	3										
Aceptable	4	X									
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										

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

Fecha de diligenciamiento: 12/11/2024

Número de ficha: 2024 | 10 | 7744 | 120529

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	NOMBRES	Sexo	¿Con cuál género se identifica?	¿Transgenero masculino o transgenero femenino?	¿Cual es su orientación sexual?	FECHA NACIMIENTO			Edad aproximada	ESTADO CIVIL	PARENTESCO (Con jefe/a del núcleo familiar)	NIVEL EDUCATIVO ACTUAL		SISTEMA DISTRITAL DE CUIDADO						Actividad	Rol ocupacional	¿Cuantas horas a la semana dedica a esta ocupación?	Valor de los ingresos mensuales	Forma de percibir los ingresos	Localidad donde realiza actividad principal	SALUD			DISCAPACIDAD		Grupo étnico	Pueblo Indígena	VÍCTIMA DE CONFLICTO ARMADO		¿Ha recibido capacitación, formación o tiene experiencia en algún arte u oficio?		De acuerdo con la respuesta anterior ¿En qué cree que puede desempeñarse?
	Tipo	Número	Escriba: En el renglón 1, primer apellido En el renglón 2, segundo apellido	Escriba: En el renglón 1, primer nombre En el renglón 2, segundo nombre					Día	Mes	Año				NIVEL Años aprobados	¿Asiste actualmente?	¿Es persona cuidadora/a?	Niños/as de 0 a 5 años	Niños/as de 6 a 10 años	Persona con discapacidad	Persona mayor	Cuidado de casa							Afiliado al régimen de seguridad social	Régimen de seguridad social	Calidad del afiliado	¿Persona con discapacidad?	Tipo			¿Es víctima del conflicto armado?	Motivo			
1	1	1110194630	1 Madrigal	1 Leidy	2	2		1	20	12	1988	33	1	1	8	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	13	32	54	1200000	5	18	Sí			Sí		6		Sí		Sí	No
			2 Giron	2 Johana											6	No	No	No	No	No	No	No							No	2	98	No				No		No aplica	
2	6	1233702249	1 Tapiero	1 Liam	1	98		98	21	01	2023	1	1	5	1	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	98	98	0	0	98	98	Sí	2	98	Sí		6		Sí		Sí	No
			2 Madrigal	2 Andrey												No	No	No	No	No	No	No							No			No				No		No aplica	
3			1	1												Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí							Sí			Sí				Sí		Sí	No
			2	2												No	No	No	No	No	No	No							No			No				No		No aplica	
4			1	1												Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí							Sí			Sí				Sí		Sí	No
			2	2												No	No	No	No	No	No	No							No			No				No		No aplica	
5			1	1												Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí							Sí			Sí				Sí		Sí	No
			2	2												No	No	No	No	No	No	No							No			No				No		No aplica	

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

No. integrante	A		B	C	D	E	F	G	H				I	J	K		L	M	N	O	P	Q	R	S	T	U	V	W	X			Y		Z	AA	AB		AC		AD
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD		APELLIDOS Escriba: En el renglón 1, primer apellido En el renglón 2, segundo apellido	NOMBRES Escriba: En el renglón 1, primer nombre En el renglón 2, segundo nombre	Sexo	¿Con cuál género se identifica?	¿Transgenero masculino o transgenero femenino?	¿Cuál es su orientación sexual?	FECHA NACIMIENTO			Edad aproximada	ESTADO CIVIL	PARENTESCO (Con jefe/a del núcleo familiar)	NIVEL EDUCATIVO ACTUAL NIVEL Años aprobados	¿Asiste actualmente?	SISTEMA DISTRITAL DE CUIDADO						Actividad	Rol ocupacional	¿Cuantas horas a la semana dedica a esta ocupación?	Valor de los ingresos mensuales	Forma de percibir los ingresos	Localidad donde realiza actividad principal	SALUD			DISCAPACIDAD		Grupo étnico	Pueblo Indígena	VÍCTIMA DE CONFLICTO ARMADO		¿Ha recibido capacitación, formación o tiene experiencia en algun arte u oficio?		De acuerdo con la respuesta anterior ¿En qué cree que puede desempeñarse?
	Tipo	Numero							Día	Mes	Año						¿Es persona cuidadora/a?	Niños/as de 0 a 5 años	Niños/as de 6 a 10 años	Persona con discapacidad	Persona mayor	Cuidado de casa							Afiliado al régimen de seguridad social	Régimen de seguridad social	Calidad del afiliado	¿Persona con discapacidad?	Tipo			¿Es víctima del conflicto armado?	Motivo				
6			1	1												Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí							Sí			Sí				Sí		Sí	No	
			2	2												No	No	No	No	No	No	No							No			No				No		No aplica	
7			1	1												Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí							Sí			Sí				Sí		Sí	No	
			2	2												No	No	No	No	No	No	No							No			No				No		No aplica	
8			1	1												Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí							Sí			Sí				Sí		Sí	No	
			2	2												No	No	No	No	No	No	No							No			No				No		No aplica	
9			1	1												Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí							Sí			Sí				Sí		Sí	No	
			2	2												No	No	No	No	No	No	No							No			No				No		No aplica	
10			1	1												Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí							Sí			Sí				Sí		Sí	No	
			2	2												No	No	No	No	No	No	No							No			No				No		No aplica	
11			1	1												Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí							Sí			Sí				Sí		Sí	No	
			2	2												No	No	No	No	No	No	No							No			No				No		No aplica	
12			1	1												Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí							Sí			Sí				Sí		Sí	No	
			2	2												No	No	No	No	No	No	No							No			No				No		No aplica	
13			1	1												Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí							Sí			Sí				Sí		Sí	No	
			2	2												No	No	No	No	No	No	No							No			No				No		No aplica	

Tratamiento de datos personales: Los datos personales aquí consignados tienen carácter confidencial, razón por la cual es un deber y un compromiso de los asistentes y de la SDIS no divulgar información alguna en propósito diferente a la de este registro so pena de las sanciones legales a que haya lugar de acuerdo con la Ley 1581 de 2012 y Decreto 1377 de 2013.

	PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL	Código:	FOR-PSS-334
ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.	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: 12/12/2024 Número Ficha: 2024 (Año) 10 (Localidad) 774 (Proyecto) 12 (Código Unidad Operativa) 05 29

SECCION E. MODALIDAD DE ATENCION

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

Modalidades Familiares

Creciendo Juntos [ ] Crecemos en la Ruralidad [ ]

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

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

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

SECCION F. A QUIEN VA DIRIGIDA LA MODALIDAD FAMILIAR:

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

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

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

SECCIÓN G. CONCEPCIÓN Y GESTACIÓN:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

SECCION I. INFORMACIÓN DEL NIÑO O LA NIÑA Si se desconoce la información de alguna(s) de la(s) pregunta(s) de 1 a la 12, por que el niño o la niña se encuentra en medida de protección o bajo custodia de familiares que desconocen la información relacionada con sus primeros años de vida, deje la(s) respuesta(s) en blanco e indique la situación en la descripción de la problemática

1. ¿Dónde fue atendido el parto de la niña o niño?
Hospital [1 X] Casa [3] Ambulancia [5]
Centro de salud [2] Espacio público [4]

2. Quien atendió el nacimiento de la niña o el niño?
Médico [1 X] Partera/doula [3]
Enfermera [2] Personal no médico [4]

3. ¿El primer contacto piel a piel con su hija-o, después de nacer, fue?:
½ hora o antes [1 X] 2 horas [3]
1 hora [2] Más de 4 horas [4]

4. ¿En qué semana de gestación nació su hija-o?: 35 Semanas
DATO VALIDO ENTRE 22 Y 42

5. ¿Cuál fue el peso de su hija-o al nacer?: 3690 Gramos
DATO VALIDO ENTRE 450 Y 6000

6. ¿Cuál fue la talla de su niña-o al nacer?: 50 Centímetros
DATO VALIDO ENTRE 22 Y 65

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

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

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

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

11. ¿Qué edad tenía su hija-o cuando recibió un alimento diferente a la leche materna?: 6 Meses. *Pase a la pregunta 13*

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

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

14. ¿Fecha del último control?: 21/09/2024
Pase a la pregunta 16

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

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

17. ¿Por qué la niña o el niño no cuenta con el esquema de vacunación al día?:
Creencias religiosas o culturales [1] Olvido [2] Pérdida del carné [3] Desconocimiento [4] Falta de tiempo [5]

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

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

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

21. ¿Actualmente, el padre, la madre o el cuidador de la niña o el niño presenta alguna de las siguientes condiciones?: *(Selección múltiple)*
Habitabilidad en calle [1] Realiza actividades sexuales pagas [2]
Ninguna [93 X] Consumo de sustancias psicoactivas [3]

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

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

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

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

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

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

28. ¿En qué localidad?:
Usaquén [1] Santa fe [3] Usme [5] Bosa [7] Fontibón [9] Suba [11] Teusaquillo [13] Antonio Nariño [15] La Candelaria [17] Ciudad Bolívar [19]
Chapinero [2] San Cristóbal [4] Tunjuelito [6] Kennedy [8] Engativá [10] Barrios Unidos [12] Los Mártires [14] Puente Aranda [16] Rafael Uribe [18] Sumapaz [20]

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

8. ¿Cuál es la edad en años del cuidador o la cuidadora principal?: 33

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

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

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

12. Nivel educativo actual del cuidador o la cuidadora principal: Básica primaria [7] Básica secundaria y media [8 X] Técnico [18] Tecnológico [19] Universitaria incompleta (sin título) [21] Universitaria completa (con título) [12] Postgrado incompleto (sin título) [22] Postgrado completo (con título) [15] Ninguno [93]

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

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

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

16. El cuidador-ra principal presenta una enfermedad de alto costo: Si [1] No [2 X]

17. Tipo de documento de identidad del cuidador-ra: Cédula de ciudadanía [1 X] Cédula de extranjería [2] Tarjeta de identidad [3] Registro civil [6] Pasaporte [13] PEP [18] PPT [21] Salvo conducto [9] Sin identificación [8]

18. Numero de documento de identidad del cuidador-ra principal: 1110174630

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

19. Primer Apellido: Madrigal

20. Segundo Apellido: Giron

21. Primer Nombre: Leidy

22. Segundo Nombre: Johana

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- ALTERACIONES EN EL DESARROLLO: Del habla y del lenguaje; De la función motriz; Del desarrollo mixto; Del comportamiento e hiperquinéticos; De los procesos cognitivos
- TRANS ESPECTRO AUTISTA (TEA): TEA
- AUDITIVA: Hipoacusia; Sordera
- VISUAL: Baja visión; Ceguera
- INTELECTUAL: Síndrome de Down; Intelectual
- FISICA: Osteomuscular; Neuromuscular; Parálisis cerebral (EMOC)
- PSICOSOCIAL: Psicosocial

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

SECCIÓN N. DESCRIPCIÓN Y REFERENCIACIÓN:

1. Descripción de la problemática:

Hogar familiar nuclear, la madre es cabeza de hogar, laborando como empleada en una cigarreria, mientras cuida de su hijo, no posee redes de apoyo sociales ni familiares, el padre del niño de vez encuando lo visita, sale con él, pero no aporta económicamente a su sustento.
La Sra Leidy desea buscar un mejor empleo, con prestaciones y estabilidad laboral, el año que viene el dueño de la cigarreria, prescindira de sus servicios, haciendose él cargo de su negocio.
Asi mismo la madre desea que el niño comparta, juego, socialice con otros pares, mientras fortalece otras habilidades.

2. Concepto técnico:

Grupo familiar con fragilidad social media, los ingresos cubren parte de las necesidades del núcleo.
El niño queda en lista de espera cuando se cuente con el cupo, se avisara a la madre para que realice el proceso de matricula, en el jardin.
Pepitos ofrece una atención integral de alta calidad, en donde los niños-as, son reconocidos, valorados respetados, y tenidos encuenta como protagonistas de su desarrollo y aprendizaje, de acuerdo a sus intereses, caracteristicas y posibilidades

Si ingresa a un jardín infantil diurno o casa de pensamiento, seleccione el nivel en el que recibirá la atención, de acuerdo a la edad que la niña o niño tiene, tuvo o tendrá a 31 de marzo del año en curso; con excepción de las niñas y los niños con discapacidad que se hará de acuerdo con el concepto técnico, sin que esto sobre pase dos niveles anteriores al correspondiente por fecha de nacimiento

MATERNAL ☐ CAMINADORES ☒ PARVULOS ☐ PREJARDIN ☐ JARDIN ☐

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

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

3. Acciones a seguir:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

LOCALIDAD ENGATIVA UNIDAD OPERATIVA: JARDIN INFANTIL COFINANCIADO PEPITOS RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA: DIANA MARCELA RUBIO CASTAÑO

NOMBRE DEL RECOLECTOR JACKELINE MENDOZA GONZALEZ DOCUMENTO DE IDENTIDAD CC X CE__ OTRO__ CUAL?_____ Numero # 52 035 452

NOMBRE SOLICITANTE / BENEFICIARIO Liam Andrey Tapiero Madrigal DOCUMENTO DE IDENTIDAD CC__ CE__ OTRO X CUAL? RC Numero # 1 233 702 218

FECHA DE ENTREGA PARA DIGITACION 19/2/2024 NOMBRE DEL DIGITADOR AL QUE SE ENTREGA LA FICHA Edwit Perez



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO 1.110.174.630
MADRIGAL GIRON
APELLIDOS
LEIDY JOHANA
NOMBRES
LEIDY JOHANA MADRIGAL
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 20-DIC-1988
ORTEGA
(TOLIMA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.59 ESTATURA
O+ G.S. RH
F SEXO
08-FEB-2007 ORTEGA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA
INDICE DERECHO

P-2906500-01023770-F-1110174630-20180718 0061969301A 3 9904887122

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

Registraduría Nacional del Estado Civil

63270427

NUIP 1.233.702.218

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 63270427

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduria [X] Notaria [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] **Código** E T Y

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

REGISTRADURIA DE AUXILIAR ENGATIVA SEDE 2 - COLOMBIA - CUNDINAMARCA

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
TAPIERO	MADRIGAL

Nombre(s)

LIAM ANDREY

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2023 Mes ENE Día 21	MASCULINO	O	POSITIVO

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

COLOMBIA CUNDINAMARCA BOGOTA D.C

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	23016810301010

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

MADRIGAL GIRON LEIDY JOHANA

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.110.174.630	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

TAPIERO VAQUIRO JAVIER

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 5.971.987	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

TAPIERO VAQUIRO JAVIER

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC 5.971.987	

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma

Fecha de Inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2023 Mes FEB Día 01	WILLIAM ERNESTO LANCHEROS RUIZ - Nombre y firma

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

ESPACIO PARA NOTAS

01 FEB 2023 - LIBRO DE VARIOS CIRCULAR 084 DEL 01/09/2020 RNEC
TOMO
18 FOLIO 0093. EVA.M.

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 SEGÚN ART. 11 DECRETO 2150 DE 1995. SE EXPIDE PARA ACREDITAR PARENTES PARENTESCO.

REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

Adhesivo Copia Registro Civil 33766619-0

WILLIAM ERNESTO LANCHEROS RUIZ
REGISTRADOR AUXILIAR DEL ESTADO CIVIL ENGATIVA CENTRO - BOGOTA D.C. L-10 - 2

FECHA DE EXPEDICION
01 FEB. 2023

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

ADRES Salud

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

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

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	RC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1233702218
NOMBRES	LIAM ANDREY
APELLIDOS	TAPIERO MADRIGAL
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	CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR -CM	SUBSIDIADO	21/01/2023	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	10/29/2024 14:06:58	**Estación de origen:**	192.168.70.220

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

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de**

Sisbén

Registro válido

Fecha de consulta: 03/10/2024

Ficha: 11001611119920000416O

B6

GRUPO SISBÉN IV

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: LIAM ANDREY

Apellidos: TAPIERO MADRIGAL

Tipo de documento: Registro civil

Número de documento: 1233702218

Municipio: Bogotá

Departamento: Bogotá

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 11/12/2023

Última actualización ciudadano: 11/12/2023

Última actualización via registros administrativos:

***Si encuentra alguna inconsistencia o desea actualizar su información por favor acérquese a la oficina del Sisbén del municipio donde reside actualmente**



FACTURA POR 2 MESES

acueducto

AGUA Y ALCANTARILLADO DE BOGOTÁ

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

Datos del usuario

MIRYAN JUDITH CASTAÑEDA DAZA
KR 121 65A 75 PI 2

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

ZONA: 2 **CICLO:** C2 **RUTA:** C22102

Datos del medidor

MARCA: NUMERO: TIPO: DIAMETRO:

CUENTA CONTRATO Número para cualquier consulta	0000122674 36
Factura de Servicios Públicos No. Número para pagos	38652218512
TOTAL A PAGAR Agua + Alcantarillado + Aseo (si aplica ver al respaldo) + Cobro Terceros (si aplica ver al respaldo)	$ 121.166
Fecha de pago oportuno	SEP/19/2024
Fecha de suspensión	SEP/24/2024

Datos del consumo

ULTIMA LECTURA		CONSUMO (m³)	21
LECTURA ANTERIOR		PROMEDIO (m³)	21
FACTURADO CON:	Consumo Normal	Descargue fuente alterna	0

Últimos consumos m³



Periodo facturado
JUN/19/2024 - AGO/17/2024

VIGILADA POR LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS PÚBLICOS DOMICILIARIOS NRO. UNICO DE REGISTRO 1-11010000-10 EAB-ESP

Resumen de su cuenta

FECHA DE EXPEDICIÓN SEP/05/2024 FECHA ESPERADA DE LA PRÓXIMA FACTURA NOV/05/2024
Rango CMO Bimestre Bimestral Según Resolución CRA 750/2016 (0 m3 - 33 m3)

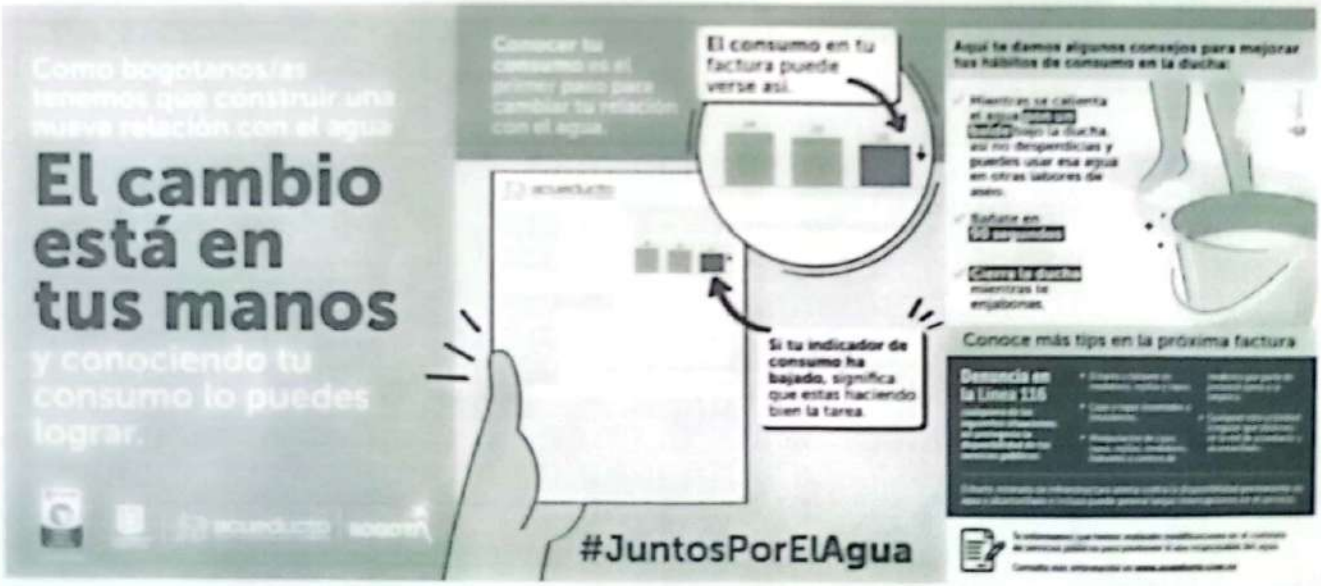
Descripción	Cantidad	Costo Valor Unitario	Costo Valor Total	Subsidios (%) Aporte	Tarifa Valor Unitario	Valor a Pagar
Acueducto						
Cargo fijo residencial	1	$15.301,24	$15.302	$7.651	$15.301,24	$15.302
Consumo residencial básico	21	$3.499,11	$73.481	$36.741	$3.392,87	$71.252
Consumo residencial superior a básico						
Cargo fijo no residencial						
Consumo no residencial (m3)						
Subtotal Acueducto (1)			$88.783	$44.392		$86.554
Alcantarillado						
Cargo fijo residencial	1	$2.744,36	$2.745	$1.372	$2.744,14	$2.744
Consumo residencial básico	21	$3.727,49	$78.277	$39.139	$3.728,83	$78.277
Consumo residencial superior a básico						
Cargo fijo no residencial						
Consumo no residencial (m3)						
Subtotal Alcantarillado (2)			$81.022	$40.511		$81.021

Otros Cobros	No.	Costo	Interés	Total	Saldo
				$1	
				$25.114	
				$31	
Subtotal Otros Cobros (3)				$25.145	

Otros conceptos que adeuda	Valor Total
Total otros conceptos que adeuda	

Beneficio Mínimo Vital hasta 12 m³ Período actual $25.114-

TOTAL AGUA, ALCANTARILLADO Y OTROS COBROS (1) + (2) + (3) + (4) $82.196 **CONSUMO MES** $53.600 **CONSUMO DÍA** $1.787



	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: 19/11/2024

Número de ficha: 2024 (Año) 107744 (Localidad / Proyecto) 12 (Código unidad operativa) 05291

SECCIÓN A. VARIABLES BÁSICAS

1. Primer Apellido, según su documento de identidad: Gomez	2. Segundo Apellido, según su documento de identidad: Mateus	3. Primer Nombre, según su documento de identidad: Lia	4. Segundo Nombre, según su documento de identidad: Samara

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

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

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

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

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

10. Número de documento de identificación: 1233701473

11. Municipio nacimiento: Bogota D.C

12. Departamento nacimiento: Bogota D.C

13. País nacimiento: Colombia

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

15. Fecha de nacimiento: *(según su documento de identidad)* 10/05/2002

16. Estado civil:
Soltero/a [1] X Casado/a [2] Unión libre [3] Separado/a Divorciado/a [4] Viudo/a [5] Unión marital de hecho [6]

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

18. Años aprobados:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

35. Clasificación Sisbén

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

Fecha de diligenciamiento: 04 04 2024

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

SECCIÓN B. VARIABLES TRANSVERSALES

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

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

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

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

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

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

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

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

8. Grupo Étnico: ¿De acuerdo con su cultura, pueblo o rasgos físicos, es o se reconoce cómo? Indígena [1] Rrom (Gitano) [2] Raizal del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina [3] Palenquero de San Basilio [4] Negro/a, Mulato/a, afro colombiano/a, o afro descendiente. [5] Ninguno de los anteriores [6]

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	Uitotos	85	Tubu	67	Eperara-siapidara	30	Muiscas	16	Kankuamo	45	Pijao	14	Embera Dóbida	29	Otro ¿cuál? Digite código del instructivo			
Pastos	65	Senú	5	Yanaconas	7	Ingas	9	Awa (Kwaiker)	11	Kogui	49	Kubeo	50	Embera Katío	34				

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

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

12. Número registro único de víctimas:

13. Año en que realizo la declaración:

14. Si respondió afirmativamente la pregunta 11, indique los motivos: (Selección múltiple)

Acto terrorista, atentado [1] Amenazas [3] Masacres [5] Tortura [7] Desaparición forzada [9] Minas personales, municiones sin explotar y artefactos explosivos [11] VSRC en su grupo familiar [14]

Combates, enfrentamientos [2] Homicidio [4] Secuestro [6] Despojo y abandono de tierras [8] Desplazamiento forzado [10] Vinculación de niños/as y adolescentes a grupos al margen de la ley [12] VSRC en población LGBTI [15]

Orfandad [16] No informa [17]

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

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

17. ¿Ha recibido capacitación, formación o tiene experiencia en algún arte u oficio?: * *(Esta pregunta aplica solo a personas mayores de 14 años)* Si [1] No aplica [98] X *Si la respuesta es 2 o 98 Pase a 18* No [2]

	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

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	$ 0	Recreación	$ 0
Servicios públicos domiciliarios (agua, energía, gas, teléfono fijo, internet, teléfono celular, televisión por cable	$ 400 000	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	$ 300 000	Educación (útiles, pensión, transporte escolar, fotocopias, etc.)	$ 0
Alimentación	$ 600 000	Total	$ 1300 000

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

Si 1 | No 2 X | No informa 3

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

Si 1 | No 2 X | No informa 3

	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: 14/11/2024

Número de ficha: 2024 | 10 | 774412059

Año | Localidad | Proyecto | Código unidad operativa

SECCION C. UBICACIÓN GEOGRAFÍCA

1. Localidad donde habita

Usaquén	1	Santa fe	3	Usme	5	Bosa	7	Fontibón	9	Suba	11	Teusaquillo	13	Antonio Nariño	15	La Candelaria	17	Ciudad Bolivar	19
Chapinero	2	San Cristóbal	4	Tunjuelito	6	Kennedy	8	Engativá	10 X	Barrios Unidos	12	Los Mártires	14	Puente Aranda	16	Rafael Uribe	18	Sumapaz	20

2. UPZ o UPR: 74

3. Nombre del barrio / Vereda: Engativa

4. Escriba su dirección completa:

Calle CL X | Transversal TV | Avenida AV

Carrera KR | Avenida calle AC

Diagonal DG | Avenida carrera AK

Número de la vía principal: 68

Nombre de la vía principal:

Nombre sinónimo de la vía principal:

Alfabético	BIS	Cuadrante	Número vía generadora	Alfabético		Número placa	Cuadrante
	Alfabético	S S / E E	115	C	-	07	S S / E E

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

CA B

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

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

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

8. Teléfono fijo de contacto: 0

9. Teléfono celular de contacto: 3008891779

10. Correo electrónico de contacto: estefaniamateus2@gmail.com

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

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

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

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

15. Forma de pago: Diaria 1 | Mensual 2 | 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	Código: FOR-PSS-321 Versión: 1 Fecha: Memo 2023015255 - 25/05/2023 Página: 5 de 6

Fecha de diligenciamiento: 14/11/2024

Número de ficha: 2024 | 1 | 7 | 44 | 1205 | 29
(Año | Localidad | Proyecto | Código unidad operativa)

SECCIÓN D. INFORMACIÓN BÁSICA Y TRANSVERSAL SOBRE LA FAMILIA:

La información básica se repite para el jefe de núcleo familiar

No. Integrante	A: DOCUMENTO DE IDENTIDAD – Tipo	A: DOCUMENTO DE IDENTIDAD – Número	B: APELLIDOS (Escriba: En el renglón 1, primer apellido; En el renglón 2, segundo apellido)	C: NOMBRES (Escriba: En el renglón 1, primer nombre; En el renglón 2, segundo nombre)	D: Sexo	E: ¿Con cuál género se identifica?	F: ¿Transgenero masculino o transgenero femenino?	G: ¿Cuál es su orientación sexual?	H: FECHA NACIMIENTO – Día	H: FECHA NACIMIENTO – Mes	H: FECHA NACIMIENTO – Año	H: Edad aproximada	I: ESTADO CIVIL	J: PARENTESCO (Con jefe/a del núcleo familiar)	K: NIVEL EDUCATIVO ACTUAL – NIVEL	K: NIVEL EDUCATIVO ACTUAL – Años aprobados	¿Asiste actualmente?	L: SISTEMA DISTRITAL DE CUIDADO – ¿Es persona cuidadora/o?	M: SISTEMA DISTRITAL DE CUIDADO – Niños/as de 0 a 5 años	N: SISTEMA DISTRITAL DE CUIDADO – Niños/as de 6 a 10 años	O: SISTEMA DISTRITAL DE CUIDADO – Persona con discapacidad	P: SISTEMA DISTRITAL DE CUIDADO – Persona mayor	Q: SISTEMA DISTRITAL DE CUIDADO – Cuidado de casa	R: Actividad	S: Rol ocupacional	T: ¿Cuantas horas a la semana dedica a esta ocupación?	U: Valor de los ingresos mensuales	V: Forma de percibir los ingresos	W: Localidad donde realiza actividad principal	X: SALUD – Afiliado al régimen de seguridad social	X: SALUD – Régimen de seguridad social	X: SALUD – Calidad del afiliado	Y: DISCAPACIDAD – ¿Persona con discapacidad?	Y: DISCAPACIDAD – Tipo	Z: Grupo étnico	AA: Pueblo Indígena	AB: VÍCTIMA DE CONFLICTO ARMADO – ¿Es víctima del conflicto armado?	AB: VÍCTIMA DE CONFLICTO ARMADO – Motivo	AC: ¿Ha recibido capacitación, formación o tiene experiencia en algun arte u oficio?	AD: De acuerdo con la respuesta anterior ¿En qué cree que puede desempeñarse?
1	1	13525571	1 Mateus	1 Roger	1	1		1	20	04	1970	54	3	1	8	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	12	32	133	1800000	4	10	Sí	1	2	Sí		6		Sí		Sí / No	
			2 Arguello	2 Antonio											6	No	No	No	No	No	No	No							No			No				No aplica	
2	1	30009026	1 Tirado	1 Vellamin	2	2		1	25	01	1980	44	3	2	12	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	22	32	84	1300000	4	10	Sí	1	2	Sí		6		Sí		Sí / No	
			2 Amado	2											5	No	No	No	No	No	No	No							No			No				No aplica	
3	1	1014190802	1 Matus	1 Estefania	2	2		1	02	04	2006	18	1	5	8	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	11	27	100	0	98	10	Sí	1	1	Sí		6		Sí		Sí / No	
			2 Tirado	2											6	No	No	No	No	No	No	No							No			No				No aplica	
4	6	1233701477	1 Gomez	1 Lia	2	1		98	10	03	2022	1	1	11	1	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	98	98	0	0	99	98	Sí	1	1	Sí		6		Sí		Sí / No	
			2 Matus	2 Samara												No	No	No	No	No	No	No							No			No				No aplica	
5			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	

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

No. Integrante	A		B	C	D	E	F	G	H				I	J	K		L	M	N	O	P	Q	R	S	T	U	V	W	X			Y		Z	AA	AB		AC	AD
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD		APELLIDOS Escriba: En el renglón 1, primer apellido En el renglón 2, segundo apellido	NOMBRES Escriba: En el renglón 1, primer nombre En el renglón 2, segundo nombre	Sexo	¿Con cuál género se identifica?	¿Transgenero masculino o transgenero femenino?	¿Cuál es su orientación sexual?	FECHA NACIMIENTO			Edad aproximada	ESTADO CIVIL	PARENTESCO (Con jefe/a del núcleo familiar)	NIVEL EDUCATIVO ACTUAL		SISTEMA DISTRITAL DE CUIDADO						Actividad	Rol ocupacional	¿Cuantas horas a la semana dedica a esta ocupación?	Valor de los ingresos mensuales	Forma de percibir los ingresos	Localidad donde realiza actividad principal	SALUD			DISCAPACIDAD		Grupo étnico	Pueblo indígena	VÍCTIMA DE CONFLICTO ARMADO		¿Ha recibido capacitación, formación o tiene experiencia en algun arte u oficio?	De acuerdo con la respuesta anterior ¿En qué cree que puede desempeñarse?
	Tipo	Número							Día	Mes	Año				NIVEL	Años aprobados	¿Asiste actualmente?	¿Es persona cuidadora/a?	Niños/as de 0 a 5 años	Niños/as de 6 a 10 años	Persona con discapacidad	Persona mayor	Cuidado de casa							Afiliado al régimen de seguridad social	Régimen de seguridad social	Calidad del afiliado	¿Persona con discapacidad?	Tipo			¿Es victima del conflicto armado?	Motivo		
6			1	1													Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí							Sí			Sí				Sí		Sí No	
			2	2													No	No	No	No	No	No	No							No			No				No		No aplica	
7			1	1													Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí							Sí			Sí				Sí		Sí No	
			2	2													No	No	No	No	No	No	No							No			No				No		No aplica	
8			1	1													Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí							Sí			Sí				Sí		Sí No	
			2	2													No	No	No	No	No	No	No							No			No				No		No aplica	
9			1	1													Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí							Sí			Sí				Sí		Sí No	
			2	2													No	No	No	No	No	No	No							No			No				No		No aplica	
10			1	1													Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí							Sí			Sí				Sí		Sí No	
			2	2													No	No	No	No	No	No	No							No			No				No		No aplica	
11			1	1													Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí							Sí			Sí				Sí		Sí No	
			2	2													No	No	No	No	No	No	No							No			No				No		No aplica	
12			1	1													Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí							Sí			Sí				Sí		Sí No	
			2	2													No	No	No	No	No	No	No							No			No				No		No aplica	
13			1	1													Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí							Sí			Sí				Sí		Sí No	
			2	2													No	No	No	No	No	No	No							No			No				No		No aplica	

Tratamiento de datos personales: Los datos personales aquí consignados tienen carácter confidencial, razón por la cual es un deber y un compromiso de los asistentes y de la SDIS no divulgar información alguna en propósito diferente a la de este registro so pena de las sanciones legales a que haya lugar de acuerdo con la Ley 1581 de 2012 y Decreto 1377 de 2013.

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

Fecha de diligenciamiento: 14/12/2024 Número Ficha: 2024 (Año) 10 (Localidad) 774 (Proyecto) 4 (Código Unidad Operativa) 12 05 29

SECCION E. MODALIDAD DE ATENCION

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

Modalidades Familiares

Creciendo Juntos [ ] Crecemos en la Ruralidad [ ]

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

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

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

SECCION F. A QUIEN VA DIRIGIDA LA MODALIDAD FAMILIAR:

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

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

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

SECCIÓN G. CONCEPCIÓN Y GESTACIÓN:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

SECCION I. INFORMACIÓN DEL NIÑO O LA NIÑA Si se desconoce la información de alguna(s) de la(s) pregunta(s) de 1 a la 12, por que el niño o la niña se encuentra en medida de protección o bajo custodia de familiares que desconocen la información relacionada con sus primeros años de vida, deje la(s) respuesta(s) en blanco e indique la situación en la descripción de la problemática

1. ¿Dónde fue atendido el parto de la niña o niño?
Hospital [1 X] Casa [3] Ambulancia [5]
Centro de salud [2] Espacio público [4]

2. Quien atendió el nacimiento de la niña o el niño?
Médico [1 X] Partera/doula [3]
Enfermera [2] Personal no médico [4]

3. ¿El primer contacto piel a piel con su hija-o, después de nacer, fue?:
½ hora o antes [1 X] 2 horas [3]
1 hora [2] Más de 4 horas [4]

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

5. ¿Cuál fue el peso de su hija-o al nacer?: 3270 Gramos
DATO VALIDO ENTRE 450 Y 9999

6. ¿Cuál fue la talla de su hija-o al nacer?: 50 Centímetros
DATO VALIDO ENTRE 22 Y 60

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

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

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

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

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

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

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

14. ¿Fecha del último control?: 09/02/2024
Pase a la pregunta 16

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

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

17. ¿Por qué la niña o el niño no cuenta con el esquema de vacunación al día?:
Creencias religiosas o culturales [1] Olvido [2] Pérdida del carné [3] Desconocimiento [4] Falta de tiempo [5]

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

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

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

21. ¿Actualmente, el padre, la madre o el cuidador de la niña o el niño presenta alguna de las siguientes condiciones?: *(Selección múltiple)*
Habitabilidad en calle [1] Realiza actividades sexuales pagas [2]
Ninguna [93 X] Consumo de sustancias psicoactivas [3]

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

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

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

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

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

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

28. ¿En qué localidad?:
Usaquén [1] Santa fe [3] Usme [5] Bosa [7] Fontibón [9] Suba [11] Teusaquillo [13] Antonio Nariño [15] La Candelaria [17] Ciudad Bolivar [19]
Chapinero [2] San Cristóbal [4] Tunjuelito [6] Kennedy [8] Engativá [10] Barrios Unidos [12] Los Mártires [14] Puente Aranda [16] Rafael Uribe [18] Sumapaz [20]

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

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

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

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

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

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

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

4. Quién es el cuidador principal de la niña o el niño
Papá [1] Madrastra [4] Abuelo-a [7]
Mamá [2 X] 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 X] 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 X] 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 X] 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?: 18

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

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

11. ¿Cuál es la orientación sexual del cuidador -ra principal?:
Heterosexual [1 X] 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 X] 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 X] ¿Cuál?: Hogar

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

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

16. El cuidador-ra principal presenta una enfermedad de alto costo
Si [1]
No [2 X]

17. Tipo de documento de identidad del cuidador-ra
Cédula de ciudadanía [1 X] 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. 1014190801

Nombres y apellidos del cuidador-ra principal (según documento identidad)
19. Primer Apellido: Mateus
20. Segundo Apellido: Tirado
21. Primer Nombre: Estefania
22. Segundo Nombre:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

TRANS ESPECTRO AUTISTA (TEA)
TEA

AUDITIVA
Hipoacusia
Sordera

VISUAL
Baja visión
Ceguera

INTELECTUAL
Síndrome de Down
Intelectual

FISICA
Osteomuscular
Neuromuscular
Parálisis cerebral (EMOC)

PSICOSOCIAL
Psicosocial

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

SECCIÓN N. DESCRIPCIÓN Y REFERENCIACIÓN:

1. Descripción de la problemática:

Hogar familiar amplio extenso, el abuelo materno es el jefe del hogar, se desempeña como comerciante de carne, junto con su conyuge quien tiene afiliadas a seguridad social a su hija y nieta.
La madre de la niña hace unos meses alcanzo la mayoría de edad y desea retomar sus estudios y trabajar para sus gastos y los de su pequeña hija, el padre se encuentra en proceso de demanda por violencia intrafamiliar y alimentos. De igual manera la Sra Estefania desea que la, fortalezca sus habilidades cognitivas, comunicativas y sociales ya que todo el tiempo esta rodeada de adultos y le cuesta compartir con niños-as de su edad.

2. Concepto técnico:

Grupo familiar con fragilidad social baja, los ingresos cubren las necesidades del hogar.
La niña queda en lista de espera, cuando se tenga un cupo se avisara a la madre para que matricule a la niña en el jardin, este ofrece una atención integral de alta calidad en donde los niños y las niñas son escuchados y tenidos en cuenta como los protagonistas de su proceso de aprendizaje, de igual manera son valorados, respetados y reconocidos de acuerdo a sus ritmos, caracteristicas intereses y posibilidades.

Si ingresa a un jardín infantil diurno o casa de pensamiento, seleccione el nivel en el que recibirá la atención, de acuerdo a la edad que la niña o niño tiene, tuvo o tendrá a 31 de marzo del año en curso; con excepción de las niñas y los niños con discapacidad que se hará de acuerdo con el concepto técnico, sin que esto sobre pase dos niveles anteriores al correspondiente por fecha de nacimiento

MATERNAL ☐ CAMINADORES ☒ PARVULOS ☐ PREJARDIN ☐ JARDIN ☐

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

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

3. Acciones a seguir:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

LOCALIDAD ENGATIVA UNIDAD OPERATIVA: JARDIN INFANTIL COFINANCIADO PEPITOS RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA: DIANA MARCELA RUBIO CASTAÑO

NOMBRE DEL RECOLECTOR JACKELINE MENDOZA GONZALEZ DOCUMENTO DE IDENTIDAD CC X CE__ OTRO__ CUAL?_____ Numero # 52 035 452

NOMBRE SOLICITANTE / BENEFICIARIO Lia Samara Gomez Mateos DOCUMENTO DE IDENTIDAD CC__ CE__ OTRO X CUAL? RC Numero # 1.233.701.473

FECHA DE ENTREGA PARA DIGITACIÓN: 15/12/2024 NOMBRE DEL DIGITADOR AL QUE SE ENTREGA LA FICHA Eduar Peña



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 13.525.571
MATEUS ARGUELLO
APELLIDOS
ROQUE ANTONIO
NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 20-ABR-1970
LA PAZ
(SANTANDER)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.63 ESTATURA
O+ G.S. RH
M SEXO
28-FEB-1989 LA PAZ
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-1500150-00018443-M-0013525571-20080628 0000584773A 1 1270005727


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 30.009.026
TIRADO AMADO
APELLIDOS
VELLAMIN
NOMBRES
FIRMA
REPUBLICA DE COLOMBIA


FECHA DE NACIMIENTO 25-ENE-1980
LA PAZ
(SANTANDER)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.64
ESTATURA
O+
G.S. RH
F
SEXO
25-AGO-1998 CONTRATACION
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO
A-1500150-00133783 F-0030009026-20081204 0007523812A 1 1290030832



CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.014.190.801

Apellidos
MATEUS TIRADO

Nombres
ESTEFANIA

Nacionalidad
COL

Estatura
1.63

Sexo
F

Fecha de nacimiento
02 ABR 2006

G.S.
O-

Lugar de nacimiento
BOGOTA D.C. (CUNDINAMARCA)

Fecha y lugar de expedición
04 ABR 2024, BOGOTA D.C.

Firma

Fecha de expiración
04 ABR 2034



.CO

0440742348

REGISTRADOR NACIONAL
Hernán Penagos Giraldo

ICCOL0440742348150O1<<<<<<<<<<
0604028F3404045COL1014190801<0
MATEUS<TIRADO<<ESTEFANIA<<<<<<

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

Registraduria Auxiliar de Engativá Centro
Registraduria Distrital
del Estado Civil

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

NUIP 1.233.701.473

Indicativo Serial 61476707

A147670 7

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduria [X] Notaria [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código E T Y

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

REGISTRADURIA DE AUXILIAR ENGATIVA SEDE 2 - COLOMBIA - CUNDINAMARCA

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
GOMEZ	MATEUS

Nombre(s)

LIA SAMARA

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2022 Mes MAY Día 10	FEMENINO	O	POSITIVO

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

COLOMBIA CUNDINAMARCA BOGOTA D.C

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	172852244

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

MATEUS TIRADO ESTEFANIA

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
TI 1.014.190.801	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

GOMEZ BAZZANI SEBASTIAN ANDRES RODRIGO

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
TI 1.027.151.038	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

GOMEZ BAZZANI SEBASTIAN ANDRES RODRIGO

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
TI 1.027.151.038	Sebastian Gómez

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma

Fecha de Inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2022 Mes MAY Día 23	WILLIAM ERNESTO RINCHEROS RUIZ Nombre y firma

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

ESPACIO PARA NOTAS

23 MAY 2022 LIBRO DE VARIOS No. 142 SE OMITE IMPRESION DE

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

10

70346

enel Bogotá

ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P.
NIT. 800.063.875-6
Calle 93 No. 13 - 45 Piso 1

Para pagos y consultas tu número de cliente es: **3362981-1**

FACTURA DE SERVICIOS PÚBLICOS No. 131645343-2

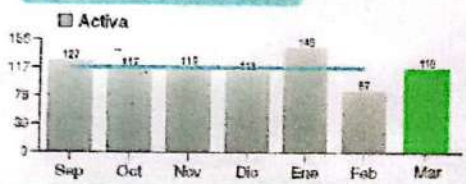
CLIENTE

VELLAMIN TIRADO AMADO
CL 68 NO 115 C 07 CA B
CA B
BOGOTA, D.C. - CENTRO ENGATIVA II

05 506 0216 / 072-202310

¿Quieres tu factura virtual? Escanea el código

COMPORTAMIENTO CONSUMO



VALOR kWh APLICADO: $362.37
CONSUMO DIARIO: 3.74 kWh
VALOR DIARIO: $1.660

PERÍODO FACTURADO: 03 FEB/2024 A 04 MAR/2024
DIAS FACTURADOS: 31
CONSUMO MES 116 kWh

¡Este mes tuvimos acceso a la LECTURA DE TU MEDIDOR y tu CONSUMO de energía se encuentra dentro de lo esperado!

Regístrate en la Zona Privada de la web o en la App Enel.

Al registrarte podrás realizar trámites en línea como:

- Descargar y pagar tu factura
- Reportar fallas en el servicio o alumbrado público
- Generar convenios de pago y muchas otras solicitudes



Escanea y regístrate

O descarga nuestra App Enel Colombia

Google Play
App Store

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	2
CARGA kW:	2.00
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	3009505602216
RUTA LECTURA:	3505510036S
MANZANA DE LECTURA:	MS0056712
MEDIDOR NO:	072-202310
MEDIDOR NO:	072-202310

USO EFICIENTE DE LA ENERGÍA

Gestiona tu cuenta de energía y realiza trámites del servicio en línea. Regístrate gratis https://www.enel.com.co/es/personas/registro.html

CALIDAD DEL SERVICIO



CONTÁCTANOS

Chat de servicio en www.enel.com.co/es/personas/chat-de-atencion.html

316 850 6303 (Bogotá y para Asesor)

Registrate gratis
Zona privada en la página Web
App Enel Clientes Colombia

ENERGÍA SERVICIO AL SUSCRIPTOR	DENUNCIAS	DENUNCIAS
Bogotá, Sabana y Cundinamarca 601 5 115 115	115 Opción 6 las 24 horas	601 5 894 894 denuncias@enel.com

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

¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?

Medios virtuales de Pago
APP Banco · Internet · Teléfono Banco · Sitio Web Autenticado · Correo Electrónico · APP Enel Clientes Colombia · Botón de Pago Online

Billetera Virtual
MOVII · NEQUI · tpaga

Corresponsales Bancarios
Red Distrital
Centros de Servicio
RED CADE
Almacenes de Cadena

Código QR



COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo: Vigencia: FEB/2024
G: $372.72 T: $49.20 D: $951.01 C: $106.74 PR: $70.96 R: $3.73 CP: $0.00 / $362.37 Costo kWh Mes

ACTIVIDAD ECONÓMICA 3514 Comercialización de Energía Eléctrica Tarifa 1° en uso no. Licencia autoretenedores según Resolución No. 0047 de 25 de enero 2002
ETA Negrete Cartuo CUMPLIMIENTO RESOLUCIÓN CREG 038 DE 1999

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

FECHA DE EXPEDICIÓN FACTURA: 06 MAR/2024

ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. NIT. 800.063.875-6. Entidad vigilada por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios.
Prohibida su circulación y distribución sin ventas efectivas y de productos y servicios de valor agregado de ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. NIT. 800.063.875-6. Entidad vigilada por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios.
Factura impresa por Carvajal Soluciones de Comunicación NIT 805.016.650-6

70346

633 - Página 1 de 2

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

Fecha de diligenciamiento: 01 04 24

Número de ficha: 2024 (Año) 10 (Localidad) 7744 (Proyecto) 12059 (Código unidad operativa)

SECCIÓN A. VARIABLES BÁSICAS

1. Primer Apellido, según su documento de identidad: Santiago
2. Segundo Apellido, según su documento de identidad: Rodriguez
3. Primer Nombre, según su documento de identidad: Isaias
4. Segundo Nombre, según su documento de identidad: Abraham

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

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

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

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

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

10. Número de documento de identificación: 1023992317

11. Municipio nacimiento: Bogota D.c

12. Departamento nacimiento: Bogota D.c

13. País nacimiento: Colombia

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

15. Fecha de nacimiento: *(según su documento de identidad)* 02 01 2003

16. Estado civil:
Soltero/a [1] X Casado/a [2] Unión libre [3] Separado/a Divorciado/a [4] Viudo/a [5] Unión marital de hecho [6]

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

18. Años aprobados:

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

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

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

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

23. ¿Es cuidador/a de personas mayores?
Si [1] No [2]

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Fecha de diligenciamiento: 24 / 04 / 2024

Número de ficha: 2024 (Año) 10 (Localidad) 77 (Proyecto) 44 (Código unidad operativa) 12059

SECCIÓN B. VARIABLES TRANSVERSALES

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

2. Tipo de discapacidad

Física	20	Auditiva	31	Intelectual	39
Psicosocial	40	Visual	32	Sordo ceguera	10
Alteración del desarrollo	37	Múltiple	42	Trastornos del espectro autista (TEA)	38

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

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

4. Tipología de estructura familiar:

Hogar familiar Nuclear	1 X	Hogar familiar amplio compuesto	3
Hogar familiar amplio extenso	2	Hogar familiar sin Núcleo	4
Hogar no familiar unipersonal	5	Hogar no familiar sin núcleo	6

5. Situaciones y/o condiciones diferenciales de las familias

Familia con pertenencia étnica	1	
Familia transgenero	2	
Familia victimas del conflicto armado	3	
No aplica	98	X

6. Identifique su nacionalidad con las siguientes opciones:

Nacional	1	X
Otra nacionalidad	2	
Binacional	3	
Múltiple nacionalidad	4	
Sin nacionalidad	5	
No reporta	6	

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

8. Grupo Étnico: ¿De acuerdo con su cultura, pueblo o rasgos físicos, es o se reconoce cómo?

Indígena	1	Palenquero de San Basilio	4
Rrom (Gitano)	2	Negro/a, Mulato/a, afro colombiano/a, o afro descendiente.	5
Raizal del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina	3	Ninguno de los anteriores	6 X

9. Pueblo indígena: (En las instrucciones de diligenciamiento se encuentra la lista completa de los pueblos indígenas con sus respectivos códigos, en la opción otro se debe escribir solo el código que refiera el instructivo

Nasa (Paéz)	1	Quillasinga	4	Sicuani	6	Misak Misak	60	Cañamomos	10	Kichwas	15	Arhuacos	13	Embera Chami	35	Ninguna de las anteriores	17
Wayuu	2	Uitotos	85	Tubu	67	Eperara-siapidara	30	Muiscas	16	Kankuamo	45	Pijao	14	Embera Dóbida	29	Otro ¿cuál? Digite código del instructivo	
Pastos	65	Senú	5	Yanaconas	7	Ingas	9	Awa (Kwaiker)	11	Kogui	49	Kubeo	50	Embera Katio	34		

10. Parentesco con jefe/a de la familia:

Jefe/a núcleo familiar	1	Padre/Madre	3	Hijo/a	5 X	Hermano/a	7	Primo/a	9	Nieto/a	11	Otro No pariente	13
Cónyuge o compañero/a	2	Padrastro / Madrastra	4	Abuelo/a	6	Tío/a	8	Sobrino/a	10	Otro pariente	12	Hijastro	14

11. ¿Víctima de conflicto armado?: Si [1] — No [2] X *Pase a 15*

12. Número registro único de víctimas

13. Año en que realizo la declaración:

14. Si respondió afirmativamente la pregunta 11, indique los motivos: (Selección múltiple)

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

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

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

17. ¿Ha recibido capacitación, formación o tiene experiencia en algún arte u oficio? * *(Esta pregunta aplica solo a personas mayores de 14 años).*

Si [1] — No [2] — No aplica [98] X

Si la respuesta es 2 o 98 Pase a 18

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

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	$ 380000	Recreación	$ 0
Servicios públicos domiciliarios (agua, energía, gas, teléfono fijo, internet, teléfono celular, televisión por cable	$ 120000	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	$ 100000	Educación (útiles, pensión, transporte escolar, fotocopias, etc.)	$ 0
Alimentación	$ 250000	Total	$ 850000

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

Si 1 | No 2 X | No informa 3

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

Si 1 | No 2 X | No informa 3

	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: 14 11 2024

Número de ficha: 2024 10 77 4 12 05 21
(Año: 2024 · Localidad: 10 · Proyecto: 77 · Código unidad operativa: 4 12 05 21)

SECCION C UBICACIÓN GEOGRAFICA

1. Localidad donde habita

Usaquén	1		Santa fe	3		Usme	5		Bosa	7		Fontibón	9		Suba	11		Teusaquillo	13
Chapinero	2		San Cristóbal	4		Tunjuelito	6		Kennedy	8		Engativá	10	X	Barrios Unidos	12		Los Mártires	14

Antonio Nariño	15		La Candelaria	17		Ciudad Bolivar	19	
Puente Aranda	16		Rafael Uribe	18		Sumapaz	20	

2. UPZ o UPR: 74

3. Nombre del barrio / Vereda: Engativa

4. Escriba su direccion completa

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

Número de la via principal:	Alfabético	BIS	Cuadrante	Número via generadora	Alfabético	Número placa	Cuadrante
126	A	Alfabético	S S / E E	63	K	04	S S / E E

Nombre de la via principal:

Nombre sinonimo de la via principal:

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

Complemento dirección:								
AD. Administración	BQ. Bloque	CT. Carretera	ET. Etapa	LM. Local Mezzanine	OF. Oficina	PN. Puente	SM. Super manzana	UN. Unidad
AG. Agrupación	CA. Casa	DP. Depósito	GJ. Garaje	LS. Local sótano	OS. Oficina sotano	PS. Paseo	SR. Sector	UR. Unidad residencial
AL. Altillo	CEL. Célula	DS. Depósito sótano	GS. Garaje sótano	LT. Lote	PA. Parcela	PT. Porteria	SS. Semi sotano	URB. Urbanizacion
AP. Apartamento	CM. Camino	ED. Edificio	IN. Interior	MD. Modulo	PD. Predio	SA. Salon	SU. Suite	ZN. Zona
AS. Apartamento sótano	CN. Consultorio	EN. Entrada	KM. Kilometro	MN. Mezzanine	PH. Penthouse	SC. Salon Comunal	TO. Torre	

6. Tipo de zona

Urbana	1	X	Rural	2		Urbana sin dirección	3	

7. Estrato socio – económico del predio

Uno	1		Tres	3		Cinco	5		
Dos	2	X	Cuatro	4		Cero	0		

8. Teléfono fijo de contacto: 0

9. Teléfono celular de contacto: 3142636262

10. Correo electrónico de contacto: alex93369@gmail.com

11. ¿Habita en una vivienda?.

Si	1	X	
No	2		pase a la pregunta 16

12. Tipo de vivienda

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

13. Condición de la vivienda

Ruina	1		Demolición	2		Buen estado	3		
Aceptable	4	X	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					

Fecha de diligenciamiento: 14/02/2024

Número de ficha: 2024 (Año) 10 (Localidad) 774 (Proyecto) 12052 (Código unidad operativa)

SECCIÓN D. INFORMACIÓN BÁSICA Y TRANSVERSAL SOBRE LA FAMILIA:

La información básica se repite para el jefe de núcleo familiar

No. Integrante	A: DOCUMENTO DE IDENTIDAD – Tipo	A: DOCUMENTO DE IDENTIDAD – Número	B: APELLIDOS (Escriba: En el renglón 1, primer apellido; En el renglón 2, segundo apellido)	C: NOMBRES (Escriba: En el renglón 1, primer nombre; En el renglón 2, segundo nombre)	D: Sexo	E: ¿Con cuál género se identifica?	F: ¿Transgenero masculino o transgenero femenino?	G: ¿Cuál es su orientación sexual?	H: FECHA NACIMIENTO – Día	H: Mes	H: Año	H: Edad aproximada	I: ESTADO CIVIL	J: PARENTESCO (Con jefe/a del núcleo familiar)	K: NIVEL EDUCATIVO ACTUAL – NIVEL	K: Años aprobados	K: ¿Asiste actualmente?	L–Q: SISTEMA DISTRITAL DE CUIDADO – ¿Es persona cuidador/a?	L–Q: Niños/as de 0 a 5 años	L–Q: Niños/as de 6 a 10 años	L–Q: Persona con discapacidad	L–Q: Persona mayor	L–Q: Cuidado de casa	R: Actividad	S: Rol ocupacional	T: ¿Cuantas horas a la semana dedica a esta ocupación?	U: Valor de los ingresos mensuales	V: Forma de percibir los ingresos	W: Localidad donde realiza actividad principal	X: SALUD – Afiliado al régimen de seguridad social	X: SALUD – Régimen de seguridad social	X: SALUD – Calidad del afiliado	Y: DISCAPACIDAD – ¿Persona con discapacidad?	Y: DISCAPACIDAD – Tipo	Z: Grupo étnico	AA: Pueblo Indígena	AB: VÍCTIMA DE CONFLICTO ARMADO – ¿Es víctima del conflicto armado?	AB: VÍCTIMA DE CONFLICTO ARMADO – Motivo	AC: ¿Ha recibido capacitación, formación o tiene experiencia en algún arte u oficio?	AD: De acuerdo con la respuesta anterior ¿En qué cree que puede desempeñarse?
1	8	CO 572002	1 Santiago	1 Jose	1	1		1	25	11	1992	31	3	1	7		Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí																
			2 Santiago	2 Antonio											5		No	No	No	No	No	No	No	13	32	54	1000000	4	10	No				No		6		No		No aplica	
2	8	CO 572003	1 Rodriguez	1 Julieta	2	2		1	30	07	2996	28	3	2	8		Sí	No	No	Sí	Sí	Sí	No																
			2 Rivas	2 Alejandra											3		No	No	No	No	No	No	No	22	23	100	0	98	10	No				No		6		No		No aplica	
3	6	1023992327	1 Santiago	1 Isaias	1	98		98	21	03	2023	1	1	5	1		Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí																
			2 Rodriguez	2 Abraham													No	No	No	No	No	No	No	98	98	0	0	98	98	No	2	98		No		6		No		No aplica	
4			1	1													Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí																
			2	2													No	No	No	No	No	No	No							No				No				No		No aplica	
5			1	1													Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí																
			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 FORMATO FICHA SIRBE SERVICIOS SOCIALES INFORMACIÓN BÁSICA Y TRANSVERSAL: CABEZOTE	Código: FOR-PSS-321 Versión: 1 Fecha: Memo 2023015255 - 25/05/2023 Página: 6 de 6

No. Integrante	A		B	C	D	E	F	G	H				I	J	K		L	M	N	O	P	Q	R	S	T	U	V	W	X			Y		Z	AA	AB		AC	AD
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD		APELLIDOS Escriba: En el renglón 1, primer apellido En el renglón 2, segundo apellido	NOMBRES Escriba: En el renglón 1, primer nombre En el renglón 2, segundo nombre	Sexo	¿Con cuál género se identifica?	¿Transgenero masculino o transgenero femenino?	¿Cuál es su orientación sexual?	FECHA NACIMIENTO			Edad aproximada	ESTADO CIVIL	PARENTESCO (Con jefe/a del núcleo familiar)	NIVEL EDUCATIVO ACTUAL NIVEL Años aprobados	¿Asiste actualmente?	SISTEMA DISTRITAL DE CUIDADO						Actividad	Rol ocupacional	¿Cuantas horas a la semana dedica a esta ocupación?	Valor de los ingresos mensuales	Forma de percibir los ingresos	Localidad donde realiza actividad principal	SALUD			DISCAPACIDAD		Grupo étnico	Pueblo indígena	VÍCTIMA DE CONFLICTO ARMADO		¿Ha recibido capacitación, formación o tiene experiencia en algún arte u oficio?	De acuerdo con la respuesta anterior ¿En qué cree que puede desempeñarse?
	Tipo	Número							Día	Mes	Año						¿Es persona cuidadora/a?	Niños/as de 0 a 5 años	Niños/as de 6 a 10 años	Persona con discapacidad	Persona mayor	Cuidado de casa							Afiliado al régimen de seguridad social	Régimen de seguridad social	Calidad del afiliado	¿Persona con discapacidad?	Tipo			¿Es víctima del conflicto armado?	Motivo		
6			1	1												Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí							Sí			Sí				Sí		Sí No	
			2	2												No	No	No	No	No	No	No							No			No				No		No aplica	
7			1	1												Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí							Sí			Sí				Sí		Sí No	
			2	2												No	No	No	No	No	No	No							No			No				No		No aplica	
8			1	1												Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí							Sí			Sí				Sí		Sí No	
			2	2												No	No	No	No	No	No	No							No			No				No		No aplica	
9			1	1												Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí							Sí			Sí				Sí		Sí No	
			2	2												No	No	No	No	No	No	No							No			No				No		No aplica	
10			1	1												Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí							Sí			Sí				Sí		Sí No	
			2	2												No	No	No	No	No	No	No							No			No				No		No aplica	
11			1	1												Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí							Sí			Sí				Sí		Sí No	
			2	2												No	No	No	No	No	No	No							No			No				No		No aplica	
12			1	1												Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí							Sí			Sí				Sí		Sí No	
			2	2												No	No	No	No	No	No	No							No			No				No		No aplica	
13			1	1												Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí							Sí			Sí				Sí		Sí No	
			2	2												No	No	No	No	No	No	No							No			No				No		No aplica	

Tratamiento de datos personales: Los datos personales aquí consignados tienen carácter confidencial, razón por la cual es un deber y un compromiso de los asistentes y de la SDIS no divulgar información alguna en propósito diferente a la de este registro so pena de las sanciones legales a que haya lugar de acuerdo con la Ley 1581 de 2012 y Decreto 1377 de 2013.

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

Fecha de diligenciamiento: 14/11/2024 Número Ficha: 2024 10 77 41 20 529
(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 [ ] Crecemos en la Ruralidad [ ]

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

Jardines Infantiles [1] 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 Pepitos.

SECCION F. A QUIEN VA DIRIGIDA LA MODALIDAD FAMILIAR:

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

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

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

SECCIÓN G. CONCEPCIÓN Y GESTACIÓN:

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

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

3. ¿Fecha del último control médico?: D D M M A A A A

4. ¿Número de hijas-hijos nacidos vivos?: Entre 1 y 3.. [1] Más de 6... [3] Entre 4 y 6.. [2] Ninguna.... [93]

5. ¿Qué edad tiene el padre de la hija- hijo que espera?: Entre 14 y 16 años [1] Entre 17 y 20 años [2] Entre 21 y 40 años [3] Más de 41 años... [4] Menor de 14 años [5]

6. ¿Cuenta con el apoyo del padre de su hija-hijo para el cuidado de su embarazo?: Si... [1] No... [2]

7. ¿Quién cuidará principalmente a su hija-hijo después del nacimiento?: Padres..... [1] Sólo Madre... [2] Sólo Padre... [3] Abuelo-a..... [4] Otros parientes..... [5] Otros no parientes.. [6] Modalidad institucional para la Primera infancia... [7]

8. ¿Recibió información o capacitación sobre sus derechos sexuales y reproductivos, antes de quedar embarazada?: Si... [1] No... [2] *Pase a la pregunta 10*

9. ¿Quién le brindo la información sobre sus derechos?: Hospital [1] SDIS.... [2] Colegio. [3] ONG.... [4] Amigos-as.... [5] Hermanos-as [6] Madre..... [7] Padre..... [8] Partera/ doula.. [9]

10. ¿Ha recibido información o capacitación acerca de algunos de estos temas?: *(selección múltiple)*
Cuidados durante la gestación..... [1] Sus derechos y los de su pareja en el momento del parto. [2] Lactancia materna..... [3] Desarrollo infantil..... [5] Construcción del vínculo afectivo madre- hijo... [6] Prevención de accidentes en el hogar..... [4] Ninguna... [93] *Pase a la pregunta12*

11. ¿Quién le brindo la información sobre los temas anteriores?: Hospital..... [1] SDIS..... [2] Colegio..... [3] ONG..... [4] Otra entidad..... [5] Partera/ doula... [9] Otra persona... [6]

12. ¿Usted deseaba quedar en embarazo?: Si..... [1] No..... [2]

13. ¿Cuál es el estado nutricional actual de la persona gestante según el control prenatal o concepto de salud? Bajo peso..... [1] Exceso de peso... [3] Peso adecuado..... [2] Sin información..... [4]

14. El embarazo es múltiple? Si... [1] No... [2]

15. ¿El embarazo ha sido clasificado como de alto riesgo?: Si... [1] No... [2]

16. ¿Cómo piensa alimentar a su hija-hijo cuando nazca?: Leche materna... [1] Leche de vaca... [3] Leche de fórmula..... [2] Otros alimentos..... [4]

17. Después de la hija-hijo que está esperando, le gustaría: Tener otro..... [1] Está indecisa/o Insegura/o... [3] No tener otro... [2] *Pase sección k*

SECCIÓN H. INFORMACION DE LA LACTANTE: (persona que amamanta)

1. ¿Qué tipo de parto tuvo? Vaginal. ..... [1] Cesárea. ..... [2]

2. ¿Para el parto tuvo la oportunidad de elegir *(selección múltiple)*? Lugar donde se producirá el parto. [1] Tipo de parto .. [2] Ninguna... [93] La posición de parir..... [3] La elección del acompañante [4]

3. ¿Está usando un método anticonceptivo? Si. ..... [1] No. ..... [2]

4. ¿En cuánto tiempo desea tener otro embarazo? Antes de 1 año .. [1] Antes de 2 años [2] Después de 2 años o más. . [3] No tendré más embarazos. . [4]

5. ¿Ha recibido información o capacitación acerca de algunos de estos temas?: *(selección múltiple)* Lactancia materna... [3] Desarrollo infantil... [5] Construcción del vínculo afectivo madre- hijo. [6] Prevención de accidentes en el hogar. ..... [4] Ninguna [93] *Pase a la pregunta 7*

6. ¿Quién le brindo la información sobre los temas anteriores?: Hospital..... [1] SDIS..... [2] Colegio..... [3] ONG..... [4] Otra entidad..... [5] Partera/ doula... [9] Otra persona... [6]

7. Qué opina sobre esta afirmación: "Se debe amamantar a su hijo e hija durante los primeros 6 meses de vida de forma exclusiva": Totalmente de acuerdo. ..... [1] Parcialmente de acuerdo. .. [2] En desacuerdo. . [3]

8. ¿Tiene información sobre como iniciar la alimentación complementaria? Si..... [1] No..... [2]

9. ¿Tiene acompañamiento para su cuidado durante la lactancia? Si. ... [1] No..... [2]

	PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL PROYECTO 7744 GENERACION DE OPORTUNIDADES PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA DE BOGOTÁ FORMATO FICHA SIRBE SERVICIOS: JARDINES INFANTILES Y CRECIENDO JUNTOS	Código: FOR-PSS-334 Versión: 2 Fecha: Memo I2023015020-24/05/2023 Página: 2 de 4

SECCION I. INFORMACIÓN DEL NIÑO O LA NIÑA Si se desconoce la información de alguna(s) de la(s) pregunta(s) de 1 a la 12, por que el niño o la niña se encuentra en medida de protección o bajo custodia de familiares que desconocen la información relacionada con sus primeros años de vida, deje la(s) respuesta(s) en blanco e indique la situación en la descripción de la problemática

1. ¿Dónde fue atendido el parto de la niña o niño?
Hospital [1 X] Casa [3] Ambulancia [5]
Centro de salud [2] Espacio público [4]

2. Quien atendió el nacimiento de la niña o el niño?
Médico [1 X] Partera/doula [3]
Enfermera [2] Personal no médico [4]

3. ¿El primer contacto piel a piel con su hija-o, después de nacer, fue?:
½ hora o antes [1 X] 2 horas [3]
1 hora [2] Más de 4 horas [4]

4. ¿En qué semana de gestación nació su hija-o?: 39 Semanas
DATO VALIDO ENTRE 22 Y 42

5. ¿Cuál fue el peso de su hija-o al nacer?: 3500 Gramos
DATO VALIDO ENTRE 450 Y 6000

6. ¿Cuál fue la talla de su hija-o al nacer?: 52 Centimetros
DATO VALIDO ENTRE 22 Y 60

7. La niña o el niño recibió leche materna alguna vez?
Si [1 X] No [2] *Pase a la pregunta 13*

8. ¿Después de cuánto tiempo de nacido su hija-o inicio la lactancia materna?:
Inmediatamente [1 X] Menos de 24 horas [3]
Menos de 1 hora [2] Más de 24 horas [4]
No sabe/No responde [5]

9. ¿Actualmente el niña-o recibe leche materna?:
Si [1 X] No [2] *Pase a la pregunta 12*

10. La niña o el niño recibe algún alimento diferente a la leche materna?: Si [1 X] No [2] *Pase a la pregunta 13*

11. ¿Qué edad tenía su hija-o cuando recibió un alimento diferente a la leche materna?: 6 Meses. *Pase a la pregunta 13*

12. ¿Qué edad tenia su hija-o cuando dejo de darle leche materna completamente?: ____ Meses

13. ¿Asiste a valoración integral de la salud y el desarrollo (crecimiento y desarrollo) ?:
Si [1 X] No [2] *Pase a la pregunta 15*

14. ¿Fecha del último control?: 09/01/2024
Pase a la pregunta 16

15. Por qué la niña o el niño no ha asistido a valoración integral de la salud y el desarrollo?:
Dificultad en la asignación de la cita [1] Sin servicio de salud [2] Desconocimiento [3] Falta de tiempo [4]

16. ¿La niña o el niño, cuenta con el esquema de vacunación al dia?:
Si [1 X] *Pase a la pregunta 18* No [2]

17. ¿Por qué la niña o el niño no cuenta con el esquema de vacunación al dia?:
Creencias religiosas o culturales [1] Olvido [2] Pérdida del carné [3] Desconocimiento [4] Falta de tiempo [5]

18. ¿Actualmente, la niña o el niño tiene una condición de salud?:
Si [1] No [2 X] *pase a la pregunta 21.*

19. ¿La condición de salud de la niña o el niño, implica?: *(Selección múltiple)*
Uso de oxigeno durante el sueño [1] Alimentación por sonda [3] Procedimientos invasivos [5] Toma de medicamentos [7] Condiciones osteomusculares [9]
Uso de oxigeno 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 entono institucional?
Si [1] No [2] Requiere verificación [3]

21. ¿Actualmente, el padre, la madre o el cuidador de la niña o el niño presenta alguna de las siguientes condiciones?: *(Selección múltiple)*
Habitabilidad en calle [1] Realiza actividades sexuales pagas [2]
Ninguna [93 X] Consumo de sustancias psicoactivas [3]

22. ¿Actualmente, la niña o el niño se encuentra expuesto a condiciones de?: *(Selección múltiple)*
Habitabilidad en calle [1] Espacios donde se desarrollan actividades sexuales pagas [2] Consumo de sustancias psicoactivas [3] Trabajo infantil [4] Mendicidad [5] Ninguna. [93 X]

23. El padre o madre de la niña o niño es?: *(Selección múltiple)*
Desmovilizado [1] Desvinculado [2] Militar con discapacidad [3] Militar fallecido [4] Ninguna de las anteriores [96 X]

24. El padre o madre de la niña o el niño trabaja en reciclaje?
Si [1] No [2 X]

25. ¿Ha presentado solicitud de ingreso a?: *(Selección múltiple)*
Jardín infantil Diurno [1 X] Casas de pensamiento interculturales [4] Hogar comunitario ICBF [7] Institución privada [10]
Jardín infantil Nocturno [2] Crecemos en la ruralidad o espacios rurales [5] Hogar infantil ICBF [8] Institución Educativa distrital [11]
Creciendo juntos [3] Centros Amar [6] FAMI del ICBF [9] Ninguno [93]

26. ¿Actualmente, el niño o la niña recibe atención en?:
Jardín infantil Diurno [1] Casas de pensamiento interculturales [4] Hogar comunitario ICBF [7] Institución privada [10]
Jardín infantil Nocturno [2] Crecemos en la ruralidad o espacios rurales [5] Hogar infantil ICBF [8] Institución Educativa distrital [11]
Creciendo juntos [3] Centros Amar [6] FAMI del ICBF [9] Ninguno [93 X]

27. ¿Ha estado vinculado a modalidades familiares o institucionales de Educación inicial de la SDIS?:
Si [1] No [2 X] *Pase a la pregunta 29*

28. ¿En qué localidad?:
Usaquén [1] Santa fe [3] Usme [5] Bosa [7] Fontibón [9] Suba [11] Teusaquillo [13] Antonio Nariño [15] La Candelaria [17] Ciudad Bolivar [19]
Chapinero [2] San Cristóbal [4] Tunjuelito [6] Kennedy [8] Engativá [10] Barrios Unidos [12] Los Mártires [14] Puente Aranda [16] Rafael Uribe [18] Sumapaz [20]

29. ¿Cuál es el principal motivo por el que solicitó el servicio?:
Nuevas oportunidades para su calidad de vida [1] Superar condiciones de segregación y discriminación [2] Desarrollo integral para su hija-o [3 X] Responde a las necesidades de la niña-o y su familia [4] Fortalecimiento cultural [5] Cuidado de su hija o hijo mientras trabaja [6]

30. ¿Considera importante fortalecer sus conocimientos sobre crianza y desarrollo integral de su hija-hijo?: Si [1 X] No [2]

31. La niña o niño presenta desnutrición aguda moderada o severa verificada por un nutricionista de la Subdirección Local de acuerdo con la resolución 2465 de 2016 del Ministerio de Salud y Protección Social Si [1] No [2 X]

	PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL PROYECTO 7744 GENERACION DE OPORTUNIDADES PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA DE BOGOTÁ FORMATO FICHA SIRBE SERVICIOS: JARDINES INFANTILES Y CRECIENDO JUNTOS	Código: FOR-PSS-334 Versión: 2 Fecha: Memo I2023015020-24/05/2023 Página: 3 de 4

SECCIÓN J. INFORMACIÓN DEL CUIDADO DE LA NIÑA O DEL NIÑO:

1. ¿La niña o el niño en algún momento queda sólo-a?: Si... [1] No... [2 X] *Pase a la pregunta 4*

2. ¿En qué momento: Mañana.. [1] Tarde.... [2] Noche.... [3]

3. ¿Cuánto tiempo queda sólo?: Menos de una (1) hora. [1] Entre 1 y 3 horas..... [2] Más de tres (3) horas... [3]

4. Quién es el cuidador principal de la niña o el niño Papá..... [1] Mamá..... [2 X] Padrastro [3] Madrastra [4] Hermano-a.... [5] Tío-a..... [6] Abuelo-a..... [7] Otro pariente..... [8] Otro No pariente [9]

5. ¿Quién cuida a la niña o al niño en la mañana?: Papá..... [1] Mamá..... [2 X] Padrastro [3] Madrastra [4] Hermano-a.. [5] Tío-a..... [6] Abuelo-a..... [7] Otro pariente..... [8] Otro No pariente [9] Nadie..... [10]

6. ¿Quién cuida a la niña o al niño en la tarde?: Papá..... [1] Mamá..... [2 X] Padrastro... [3] Madrastra... [4] Hermano-a [5] Tío-a..... [6] Abuelo-a.... [7] Otro pariente..... [8] Otro No pariente [9] Nadie..... [10]

7. ¿Quién cuida a la niña o al niño en la noche?: Papá..... [1] Mamá..... [2 X] Padrastro.. [3] Madrastra [4] Hermano-a... [5] Tío-a..... [6] Abuelo-a..... [7] Otro pariente..... [8] Otro No pariente [9] Nadie..... [10]

8. ¿Cuál es la edad en años del cuidador o la cuidadora principal?: 28

9. ¿Cuál es el sexo del cuidador o cuidadora principal?: Hombre..... [1] Mujer..... [2 X] Intersexual... [3]

10. ¿Cuál es el género del cuidador o la cuidadora principal?: Masculino..... [1] Femenino..... [2 X] Transgénero. [3] No informa [4] No binario ... [5] No aplica..... [98]

11. ¿Cuál es la orientación sexual del cuidador -ra principal?: Heterosexual... [1 X] Bisexual ..... [3] No informa..... [4] Lesbiana..... [5] Gay ..... [6] No aplica.... [98]

12. Nivel educativo actual del cuidador o la cuidadora principal: Básica primaria..... [7] Básica secundaria y media [8 X] Técnico..... [18] Tecnológico..... [19] Universitaria incompleta (sin título) [21] Universitaria completa (con título).. [12] Postgrado incompleto (sin título).... [22] Postgrado completo (con título) .... [15] Ninguno [93]

13. A qué se dedica el cuidador -ra principal? Estudia..... [1] Trabaja..... [2] Otro..... [3 X] ¿Cuál?: Hogar

14. En qué momento: *(selección múltiple)* Mañana.... [1 X] Tarde..... [2 X] Noche..... [3 X]

15. El cuidador-ra principal presenta una discapacidad? Si..... [1] No..... [2 X]

16. El cuidador-ra principal presenta una enfermedad de alto costo Si..... [1] No..... [2 X]

17. Tipo de documento de identidad del cuidador-ra Cédula de ciudadanía..... [1] Cédula de extranjería..... [2] Tarjeta de identidad..... [3] Registro civil..... [6] Pasaporte..... [13] PEP..... [18] PPT..... [21] Salvo conducto..... [9] Sin identificación..... [8 X]

18. Número de documento de identidad del cuidador-ra principal.

Nombres y apellidos del cuidador-ra principal *(según documento identidad)*

19. Primer Apellido: Rodriguez

20. Segundo Apellido: Rivas

21. Primer Nombre: Julieta

22. Segundo Nombre: Alejandra

23. ¿La niña-niño se encuentra bajo medida de protección legal?: Si [1] No [2 X]

24. ¿El niño o la niña ha estado bajo medida de protección legal?: Si... [1] No [2 X] *Pase a sección K*

25. ¿En qué fecha el niño o la niña tuvo la medida de protección legal?: D D M M A A A A

SECCIÓN K. INFORMACION RURALIDAD: si en la pregunta 6 de la Sección C del Cabezote indicó Rural, diligencie esta sección, de lo contrario pase a la sección L

1. La niña, niño o gestante habita en: Centro Poblado..... [1] Rural disperso..... [2]

2. La familia de la niña o el niño o la gestante a partir de sus prácticas culturales se reconoce como: Campesino /a..... [1] Rural..... [2] *pasar a la sección L*

3. ¿Para la familia de la niña o el niño o gestante es importante mantener las tradiciones de su identidad campesina en la crianza de su hija o hijo?: Si..... [1] No..... [2]

4. ¿La familia de la niña o el niño o gestante conserva tradiciones campesinas?: Si..... [1] No..... [2]

5. ¿Para la familia es importante conservar las tradiciones campesinas, en su vida cotidiana?: Si..... [1] No..... [2]

SECCION L: INFORMACION ADICIONAL ETNIAS Si en la pregunta 4 de la sección B del cabezote indico que se reconoce perteneciente a un grupo étnico diligencié esta sección, de lo contrario *pase a sección M.*

1. ¿El niño, la niña, la persona gestante habla la lengua del grupo étnico al que pertenece?: Si... [1] No.... [2]

2. ¿El niño o la niña, la persona gestante, conserva tradiciones del grupo étnico al que pertenece?: Si... [1] No.... [2] *Pase a sección H*

3. ¿Para la familia es importante que en la atención se conserven las tradiciones del grupo étnico al que pertenece?: Si... [1] No... [2]

4. ¿Para la familia es importante conservar en su vida cotidiana las tradiciones del grupo étnico al que pertenece?: Si... [1] No... [2]

SECCION M: DISCAPACIDAD Y ALTERACIONES EN EL DESARROLLO Si en la pregunta 1 de la sección B del cabezote indico que la niña o niño, gestante presenta alguna discapacidad diligencié esta sección, de lo contrario *pase a sección N*

1. Clase de discapacidad (marque la clase de acuerdo con el tipo indicado en la sección de cabezote, si es múltiple indique las clases necesarias, con excepción de las relacionadas con las alteraciones en el desarrollo

ALTERACIONES EN EL DESARROLLO
- Del habla y del lenguaje.....
- De la función motriz.....
- Del desarrollo mixto.....
- Del comportamiento e hiperquinéticos.....
- De los procesos cognitivos.....

TRANS ESPECTRO AUTISTA (TEA)
- TEA.....

AUDITIVA
- Hipoacusia.....
- Sordera .....

VISUAL
- Baja visión.....
- Ceguera.....

INTELECTUAL
- Síndrome de Down.....
- Intelectual ...

FISICA
- Osteomuscular.....
- Neuromuscular.....
- Parálisis cerebral (EMOC)..

PSICOSOCIAL
- Psicosocial .....

2. Tiene diagnóstico clínico relacionado con la discapacidad?: Si.... [1] No... [2] *Pase a la pregunta 5*

3. Cuenta con el certificado de discapacidad? Si.... [1] No... [2] *Pase a la pregunta 5*

4. La niña o el niño está inscrito en el RLCPD? Si.... [1] No... [2]

5. Requiere ayuda técnica para las actividades de la vida diaria? Si.... [1] No... [2] *Pase a la pregunta 7*

6. Cuenta con ella?: Si.... [1] No... [2]

7. Es independiente para el desplazamiento?: Si.... [1] No... [2]

8. Apoyos requeridos en el servicio?
- Intermitente o Limitado..... [1]
- Extenso o Generalizado..... [2]
- En observación..... [3]

9. Cuenta con habilitación o rehabilitación en salud? Si... [1] No.... [2] *Pase a la sección N*

10. De qué tipo: Fonoaudiología [1] Fisioterapia... [2] Terapia ocupacional [3] Neurología... [4] Otro... [5] -cuál?_____

	PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL PROYECTO 7744 GENERACION DE OPORTUNIDADES PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA DE BOGOTÁ FORMATO FICHA SIRBE SERVICIOS: JARDINES INFANTILES Y CRECIENDO JUNTOS	Código: FOR-PSS-334 Versión: 2 Fecha: Memo I2023015020-24/05/2023 Página: 4 de 4

SECCIÓN N. DESCRIPCIÓN Y REFERENCIACIÓN:

1. Descripción de la problemática:

Hogar familiar nuclear, el padre es el único proveedor económico del nucleo, los ingresos los obtiene de su empleo como asistente de lavado en un auto lavadero de motos, la madre cuida del niño y el hogar. No poseen redes de apoyo sociales, ni familiares, viven en una pequeña habitación donde comparten el baño y la cocina con otros habitantes de la casa.
La madre desea tener tiempo para buscar un empleo y poder apoyar a su conyuge y asi mejorar la calidad de vida de su familia, además la madre tiene dos hijas que viven en Venezuela y desea traerlas a estar con ella.
Los ingresos son muy bajos y no les alcanza para pagar un jardin particular y no tienen persona de confianza con quien dejar al bebé.

2. Concepto técnico:

Grupo familiar con fragilidad social media los ingresos cubren las necesidades básicas del hogar.
El niño queda en lista de espera, cuando se cuente con un cupo se avisara a la madre para que realice el proceso de matricula en el jardín; en este los niños y las niñas que allí son atendidos reciben una atención integral de alta calidad, asi mismo se diseñan experiencias significativas y sensibles en donde cada participante de acuerdo a sus necesidades, intereses y posibilidades es protagonista de su proceso de desarrollo

Si ingresa a un jardín infantil diurno o casa de pensamiento, seleccione el nivel en el que recibirá la atención, de acuerdo a la edad que la niña o niño tiene, tuvo o tendrá a 31 de marzo del año en curso; con excepción de las niñas y los niños con discapacidad que se hará de acuerdo con el concepto técnico, sin que esto sobre pase dos niveles anteriores al correspondiente por fecha de nacimiento

MATERNAL ☐ CAMINADORES ☒ PARVULOS ☐ PREJARDIN ☐ JARDIN ☐

De acuerdo con la oferta institucional de su momento, indique si ingresa a atención presencial o algún esquema de atención flexible.

ATENCIÓN PRESENCIAL ☒ ALTERNANCIA: ☐ EI EN CASA ☐ MULTIMODAL ☐

3. Acciones a seguir:

Ingreso prioritario..... 1 ☐
Lista de espera – Cumple criterios de ingreso..... 2 ☒
No cumple criterios de ingreso..... 3 ☐

4. ¿Requiere visita domiciliaria? - Si... 1 ☐ No... 2 ☒ *Pase a la pregunta 5*

Motivo: Verificación de las condiciones socio familiares: - Si... 1 ☐ - No... 2 ☐
Verificación otras condiciones: - Si... 1 ☐ - No... 2 ☐

5. La modalidad en el que se atenderá la niña, el niño, persona gestante o lactante se encuentra en convenio interadministrativo con (selección múltiple):

SED 1 ☐ ICBF 2 ☐ Ninguno de los anteriores 96 ☒

6. La unidad operativa ofrece nivel pre jardín o jardín porque se encuentra en una UPZ deficitaria para la SED?

- Si... 1 ☐ - No... 2 ☒ No oferta niveles 3 ☐

7. Referenciación a un proyecto SDIS: - Si... 1 ☐ - No 2 ☒ *Pase a la pregunta 8*

Integrante: ___ Proyecto: ___ Modalidad: ___
Integrante: ___ Proyecto: ___ Modalidad: ___
Integrante: ___ Proyecto: ___ Modalidad: ___
Integrante: ___ Proyecto: ___ Modalidad: ___

8. Referenciación a otra entidad: - Si... 1 ☐ - No 2 ☒ *Finalice*

Integrante: ___ ¿Cuál?: ___
Integrante: ___ ¿Cuál?: ___
Integrante: ___ ¿Cuál?: ___
Integrante: ___ ¿Cuál?: ___

	PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES FORMATO REGISTRO DE DILIGENCIAMIENTO DE FICHA SIRBE EN FISICO	Codigo: FOR-PSS-743 Version: 0 Fecha: Memo I2024000787 - 12/01/2024 Página: 1 de 1

LOCALIDAD ENGATIVA — UNIDAD OPERATIVA: JARDIN INFANTIL COFINANCIADO PEPITOS — RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA: DIANA MARCELA RUBIO CASTAÑO

NOMBRE DEL RECOLECTOR JACKELINE MENDOZA GONZALEZ — DOCUMENTO DE IDENTIDAD CC X CE__ OTRO__ CUAL?_____ Numero # 52.035.452

NOMBRE SOLICITANTE / BENEFICIARIO Isaias Abraham Santiago Rodriguez — DOCUMENTO DE IDENTIDAD CC__ CE__ OTRO X CUAL? RC Numero # 1023592.317

FECHA DE ENTREGA PARA DIGITACIÓN: 15/1/2024 — NOMBRE DEL DIGITADOR AL QUE SE ENTREGA LA FICHA Eduar Perez


REPUBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
CEDULA DE IDENTIDAD
V 25.620.517
192
SANTIAGO SANTIAGO
JOSE ANTONIO
25/11/1992 SOLTERO
17/06/2021 06/2031
VENEZOLANO



REPUBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA

CEDULA DE IDENTIDAD

V 25.067.180

APELLIDOS RODRIGUEZ RIVAS

NOMBRES JULIETA ALEJANDRA

JULIETA

FIRMA TITULAR

30/07/1996 SOLTERA

F. NACIMIENTO EDO CIVIL

14/02/2022 02/2032

F. EXPEDICION F. VENCIMIENTO

VENEZOLANO

192

Gustavo Vizcaino

Director

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

NUIP 1.023.992.317

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 63284658

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [X] Notaría [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] **Código** A 8 A

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía

REGISTRADURIA DE SAN CRISTOBAL BOGOTA DC - COLOMBIA - CUNDINAMARCA

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
SANTIAGO	RODRIGUEZ

Nombre(s)

ISAIAS ABRAHAM

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2023 Mes MAR Día 21	MASCULINO	O	NEGATIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)

COLOMBIA CUNDINAMARCA BOGOTA D.C.

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	23035610388577

Datos de la madre o padre (Para casos de pueblos indígenas con linea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el primer apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos

RODRIGUEZ RIVAS JULIETA ALEJANDRA

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
DE V-25.067.180	VENEZUELA. VENEZUEL

Datos de la madre o padre (Para casos de pueblos indígenas con linea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el segundo apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos

SANTIAGO SANTIAGO JOSE ANTONIO

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
DE V-25.620.517	VENEZUELA. VENEZUEL

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

SANTIAGO SANTIAGO JOSE ANTONIO

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
DE V-25.620.517	Santiago

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma

Fecha de Inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2023 Mes MAR Día 29	YAMID ARMANDO AMAYA TAMBO - REGIS Nombre y firma

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
Santiago Firma	Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

29.MAR.2023 - "VALIDO PARA DEMOSTRAR NACIONALIDAD" RESOLUCION 8617 DE 19/08/2021 DE LA DNRC.. LIBRO DE VARIOS - TOMO 176 FOLIO 0219.

63284658

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

ESTA REPRODUCCIÓN FOTOMECÁNICA ES FIEL COPIA DE LA ORIGINAL QUE REPOSA EN LOS

REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

ESTE REGISTRO ES FIEL FOTOCOPIA AUTENTICA DEL ORIGINAL, EL CUAL REPOSA EN LOS ARCHIVOS DE ESTA OFICINA. ARTICULO 115 DECRETO LEY 1260 DE 1970. TIENE VIGENCIA PERMANENTE ARTICULO 2 DECRETO 2189 DE 1983, SE OMITE SELLO ARTICULO 11 DECRETO 2150 DE 1995. ***SE EXPIDE PARA ACREDITAR PARENTESCO.***

Ciudad y Fecha:

Bogota D.C., 30 MAR 2023

YAMID ARMANDO AMAYA TAMBO

REGISTRADOR AUXILIAR DEL ESTADO CIVIL

SAN CRISTOBAL LOCALIDAD 04

Adhesivo Copia Registro Civil
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL 33809055-6

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

ADRES Salud

ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	RC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1023992317
NOMBRES	ISAIAS ABRAHAM
APELLIDOS	SANTIAGO RODRIGUEZ
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	CAPITAL SALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO SAS "CAPITAL SALUD EPS-S S.A.S."	SUBSIDIADO	18/04/2023	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	11/12/2024 09:10:55	Estación de origen:	2801:12:c800:2070::1

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de

4685

enel | Bogotá

ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P.
NIT 860.063.875-8
Calle 93 No. 13 - 45, Piso 1

Para pagos y consultas su número de cliente es: **2169670-1**

FACTURA DE SERVICIOS PUBLICOS No. 115814482-0

CLIENTE

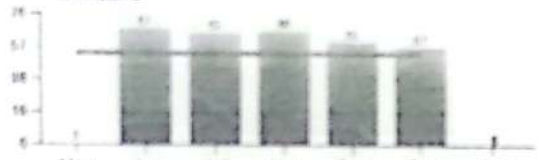
RAFAEL PENA
KR 126 A NO 63 K 04
CASA
BOGOTA, D.C. - ENGATIVA ZONA URBANA

05 501 3061 / 314-879263

¡IMPORTANTE!
Si encuentras con fallas, pendientes por pago
Evita embargos y cobros jurídicos pagando inmediatamente

COMPORTAMIENTO CONSUMO

Activa



VALOR kWh APLICADO
$917,82

CONSUMO DIARIO
0,00 kWh

VALOR DIARIO
$0

PERÍODO FACTURADO
03 OCT 2023 A 02 NOV 2023

DÍAS FACTURADOS
31

CONSUMO MES
0 kWh

Ayúdanos a cuidar de nuestros técnicos

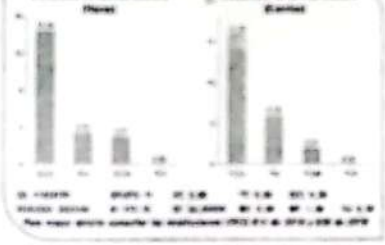
Por favor, mantén a tus mascotas bajo control cuando trabajemos cerca de tu hogar; así, garantizaremos un ambiente seguro para todos.



INFORMACION DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO	Residencial
ESTRATO	5
CARGA kW	5,00
FACTOR	1
RUTA REPARTO	[illegible]
RUTA LECTURA	[illegible]
MANZANA DE LECTURA	[illegible]
MEDIDOR NO.	[illegible]
MEDIDOR NO.	[illegible]

CALIDAD DEL SERVICIO



CONSEJOS PARA LA REFRIGERACIÓN

Ubica la nevera apartada de fuentes de calor y alejada de la pared o muebles a unos 25 cms.

CONTÁCTANOS

Registrate gratis

Bogotá, Soacha y Cundinamarca
601 5 626 626

115

¿COMO PAGAR TU FACTURA?

Medios Virtuales de Pago

Billetera Virtual

AFP Banco | Internet | Teléfono Banco | Débito Automático | Correo Electrónico | ATH Enel Clientes Colombia | Botón de Pago Débito | Botón de Pago Semiautomático

Corresponsales Bancarios

CONRED | efecty | Reval | punto pago | MOVIRED | punto red

Red Distrital

RED CADE | enel

Centros de Servicio

Almacenes de Cadena

Código QR

Regístrate a Conecta

Recibe beneficios como puntos, abonos a tu factura, descuentos, bonos y más.

Regístrate aquí

COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo Vigencia: 05/01/2023

Tarifa aplicada Opción Tarifaria
Cuenta kWh Mes $917,82

ACTIVIDAD ECONÓMICA 3514 Comercialización de Energía Eléctrica. Tarifa 11 de acu. no. Somos autorretenedores según Resolución No. 0047 de 25 de enero 2002. IVA Régimen Común. GRAVAMEN MOVIMIENTO FINANCIERO 4 X 1000 DE 1999.

Sobre el contenido de la presente factura el Cliente cuenta con los mecanismos de defensa previstos en la Ley 142 de 1994 y podrá hacer uso de ellos antes de la fecha estimada para pago oportuno. Para mayor información comuníquese al 601 3 115 115, Línea de Bogotá al 01 8000 912 115, con nuestros Centros de Servicio a Clientes, Oficinas de red ENEL COLOMBIA S.A. ESP. Somos grandes contribuyentes según resolución No 010020 de 26 de diciembre de 2022.

Teléfono el acto de suspensión proceda el recurso de reposición y en subsidio de apelación. El cual deberá presentarse ante la Empresa previo a la suspensión del servicio.

Esta factura de cobro presta mérito ejecutivo de conformidad con el Artículo 130 de la ley 142 1994.

En cumplimiento de la resolución CREG 011 consulte www.enel.com.co

IMPORTANTE: En cumplimiento de la resolución CREG 038 de 2014, la cual modifica el Código de Medida, se establecieron obligaciones, actividades y responsabilidades asignadas a ENEL GD, NIMA S.A. E.S.P. y sus usuarios. Para obtener mayor información de ingreso a consultarlas en nuestra página web enel.com.co/es/personas/a-la-luz.html. Para mayor información comuníquese a la línea 601 3 115 115, Línea de Bogotá al 01 8000 912 115, o en nuestros Centros de Servicio a Clientes.

ENEL COLOMBIA S.A. ESP presta el servicio de recaudo para terceros a través de la factura del servicio público domiciliario de energía eléctrica. Empresa Regulada. Consumir de acuerdo con la capacidad expresa emitida por el cliente para el uso de la factura como canal de recaudo. ENEL COLOMBIA S.A. ESP no es responsable por el servicio que prestan los terceros. Y por los valores facturados. Para mayor información relacionada con estos aspectos por favor diríjanse a los canales de atención definidos por esta Empresa.

FECHA DE EXPEDICIÓN FACTURA: 06/NOV/2023

Si realizas el pago en un corresponsal bancario, exige el comprobante que emite el datafono como soporte de pago. El sello del corresponsal no es un soporte válido en caso de reclamo.

4685

	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: D D M M A A A A

Número de ficha: 2024 (Año) | 10 (Localidad) | 774 (Proyecto) | 12032 (Código unidad operativa)

SECCIÓN A. VARIABLES BÁSICAS

1. Primer Apellido, según su documento de identidad	2. Segundo Apellido, según su documento de identidad:	3. Primer Nombre, según su documento de identidad:	4. Segundo Nombre, según su documento de identidad
Guzman	Silva	Abby	Juliana

5. ¿Con cuál género se identifica? * (Esta pregunta aplica solo a personas mayores de 14 años):
Masculino [1] Femenino [2] Transgénero [3] *(Travesti, transexual, transformista)* No binario [5] No informa [4] No Aplica [98] X

6. Nombre Identitario * (Esta pregunta aplica solo a personas mayores de 14 años y que hayan marcado la opción 3 de la pregunta 5): —

7. ¿Se identifica como persona transgénero femenina o transgénero masculino? * (Esta pregunta aplica solo a personas mayores de 14 años y que hayan marcado la opción 3 de la pregunta 5):
Transgénero Masculino [1] Transgénero Femenina [2]

8. ¿Cuál es su orientación sexual?: * (Esta pregunta aplica solo a personas mayores de 14 años):
Heterosexual [1] Bisexual [3] Otro, ¿Cuál? Lesbiana [5] No informa [4] Gay [6] No Aplica [98]

9. Tipo de documento de identificación:
Cédula de ciudadanía [1] Cédula de extranjería [2] Tarjeta de identidad [3] Registro civil [6] X Pasaporte... [13]
Permiso especial de permanencia [18] Salvo conducto [19] Permiso por protección temporal .. [21] Sin Identificación [8]

10. Número de documento de identificación: 1019163629

11. Municipio nacimiento: Bogota D.C

12. Departamento nacimiento Bogota D.C

13. País nacimiento Colombia

14. Sexo de nacimiento: Hombre [1] Mujer [2] X Intersexual [3]

15. Fecha de nacimiento: *(según su documento de identidad)* D D M M A A A A

16. Estado civil:
Soltero/a [1] X Casado/a [2] Unión libre [3] Separado/a Divorciado/a [4] Viudo/a [5] Unión marital de hecho [6]

17. Nivel educativo actual
Educación Inicial modalidad familiar [26] Preescolar [6] Básica secundaria y media [8] Tecnológico [19] Universitaria completa (con título) [12] Postgrado completo (con título) [15]
Educación inicial modalidad institucional [27] Básica primaria [7] Técnico [18] Universitaria incompleta (sin título).... [21] Postgrado incompleto (sin título) [22] Educación desde lo propio [25] Ninguno [1] X

18. Años aprobados:

19. ¿Es persona cuidador/a? *(pregunta para mayores de 14 años*
Si [1] No [2] X *(pase a la pregunta 25)*

20. ¿Es cuidador/a de niños, niñas menores de 5 años? (Aplica para personas mayores de 14 años)
Si [1] No [2]

21. ¿Es cuidador/a de niños, niñas entre 06 a 10 años?
Si [1] No [2]

22. ¿Es cuidador/a de personas con discapacidad?
Si [1] No [2]

23. ¿Es cuidador/a de personas mayores?
Si [1] No [2]

24. ¿Dedica su tiempo a labores del cuidado de casa?
Si [1] No [2]

25. Actividad Principal: * (Esta pregunta aplica solo a personas mayores de 3 años)
Buscando trabajo [2] Trabajo no remunerado [4] Sin actividad [8]
Estudiando [3] Jubilado / pensionado [6] Cuidador [11]
Trabajo Formal [12] Trabajo Informal [13] No aplica [98] X

26. Rol ocupacional: * (Esta pregunta aplica solo a personas mayores de 14 años
Vendedor Informal [19] Cachivachero [22] Reciclador [9] Cuidado directo [27] Jornalero [33] Actividades rurales [29]
Cotero [20] Actividades Sexuales pagadas [23] Actividades Artísticas callejeras [24] Cuidado Indirecto [28] Vigilar finca o predio [30] Otras ocupaciones [32]
Carretero [21] Mendicidad [12] Vigilar o limpiar carros [25] Calibrar llantas [26] Estudiante [31] No aplica [98] X

27. ¿Cuántas horas a la semana dedica al rol ocupacional seleccionado?: *(Esta pregunta aplica solo a mayores de 14 años)*
0 Horas

28. Valor de los ingresos mensuales: * (Esta pregunta aplica solo a personas mayores de 14 años)
$ 0

29. Forma de percibir los ingresos: *(Aplica solo a personas mayores de 14 años).
Diario [1] Semanal [4]
Mensual [2] Quincenal [5]
Esporádico [3] No aplica [98] X

30. Localidad donde desarrolla su rol ocupacional: * (Esta pregunta aplica solo a personas mayores de 14 años):
Usaquén [1] San Cristóbal [4] Bosa [7] Engativá [10] Teusaquillo [13] Puente Aranda [16] Ciudad Bolívar [19]
Chapinero [2] Usme [5] Kennedy [8] Suba [11] Los Mártires [14] La Candelaria [17] Sumapaz [20]
Santa fe [3] Tunjuelito [6] Fontibón [9] Barrios Unidos [12] Antonio Nariño [15] Rafael Uribe [18] No Aplica [98] X

31. ¿Está afiliado a seguridad social?
Si [1] X No [2] *(pase a la pregunta 34)*

32. Regimen de seguridad social
Contributivo [1] X Subsidiado [2] Especial [3]

33. Calidad del afiliado:
Aplica solo si la respuesta en la pregunta 32 es "Contributivo"
Beneficiario [1] X Cotizante [2]

34. ¿Tiene clasificación de Sisbén?
Si [1] X No [2]

35. Clasificación Sisbén C 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: 2 de 6

Fecha de diligenciamiento: 21 11 2023

Número de ficha: 2024 10 774 1205 29
(Año 2024 · Localidad 10 · Proyecto 774 · Código unidad operativa 1205 29)

SECCIÓN B. VARIABLES TRANSVERSALES

1. Persona con discapacidad: Si [1] · No [2] X *Pase a 4*

2. Tipo de discapacidad
- Física [20]
- Auditiva [31]
- Intelectual [39]
- Psicosocial [40]
- Visual [32]
- Sordo ceguera [10]
- Alteración del desarrollo [37]
- Múltiple [42]
- Trastornos del espectro autista (TEA) [38]

3. Presenta alguna de las siguientes dificultades o limitaciones permanentes para:

Acción / Dificultad	No puedo hacerlo	Sí, con mucha dificultad	Sí, con alguna dificultad	Puedo hacerlo sin dificultad
1. ¿Relacionarse o interactuar con las demás personas?				
2. ¿Hablar o conversar?				
3. ¿Agarrar o mover objetos con las manos?				
4. ¿Entender, aprender, recordar o tomar decisiones por sí mismo(a)?				
5. ¿Oír la voz o los sonidos?				
6. ¿Mover el cuerpo, caminar o subir y bajar escaleras?				
7. ¿Ver de cerca, de lejos o alrededor?				
8. ¿Comer, vestirse o bañarse por sí mismo(a)?				

4. Tipología de estructura familiar:
- Hogar familiar Nuclear [1] X
- Hogar familiar amplio compuesto [3]
- Hogar familiar amplio extenso [2]
- Hogar familiar sin Núcleo [4]
- Hogar no familiar unipersonal [5]
- Hogar no familiar sin núcleo [6]

5. Situaciones y/o condiciones diferenciales de las familias
- Familia con pertenencia étnica [1]
- Familia transgenero [2]
- Familia victimas del conflicto armado [3]
- No aplica [98] X

6. Identifique su nacionalidad con las siguientes opciones:
- Nacional [1] X
- Otra nacionalidad [2]
- Binacional [3]
- Múltiple nacionalidad [4]
- Sin nacionalidad [5]
- No reporta [6]

7. ¿Es una persona migrante? Si [1] · No [2] X

8. Grupo Étnico: ¿De acuerdo con su cultura, pueblo o rasgos físicos, es o se reconoce cómo?
- Indígena [1]
- Rrom (Gitano) [2]
- Raizal del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina [3]
- Palenquero de San Basilio [4]
- Negro/a, Mulato/a, afro colombiano/a, o afro descendiente. [5]
- Ninguno de los anteriores [6] X

9. Pueblo indígena: (En las instrucciones de diligenciamiento se encuentra la lista completa de los pueblos indígenas con sus respectivos códigos, en la opción otro se debe escribir solo el código que refiera el instructivo
- Nasa (Paéz) [1]
- Quillasinga [4]
- Sicuani [6]
- Misak Misak [60]
- Cañamomos [10]
- Kichwas [15]
- Arhuacos [13]
- Embera Chami [35]
- Ninguna de las anteriores [17]
- Wayuu [2]
- Uitotos [85]
- Tubu [67]
- Eperara-siapidara [30]
- Muiscas [16]
- Kankuamo [45]
- Pijao [14]
- Embera Dóbida [29]
- Otro ¿cuál? Digite código del instructivo
- Pastos [65]
- Senú [5]
- Yanaconas [7]
- Ingas [9]
- Awa (Kwaiker) [11]
- Kogui [49]
- Kubeo [50]
- Embera Katío [34]

10. Parentesco con jefe/a de la familia:
- Jefe/a núcleo familiar [1]
- Cónyuge o compañero/a [2]
- Padre/Madre [3]
- Padrastro / Madrastra [4]
- Hijo/a [5] X
- Abuelo/a [6]
- Hermano/a [7]
- Tío/a [8]
- Primo/a [9]
- Sobrino/a [10]
- Nieto/a [11]
- Otro pariente [12]
- Otro No pariente [13]
- Hijastro [14]

11. ¿Víctima de conflicto armado?: Si [1] · No [2] X *Pase a 15*

12. Número registro único de víctimas

13. Año en que realizo la declaración:

14. Si respondió afirmativamente la pregunta 11, indique los motivos. (Selección múltiple)
- Acto terrorista, atentado [1]
- Amenazas [3]
- Masacres [5]
- Tortura [7]
- Desaparición forzada [9]
- Minas personales, municiones sin explotar y artefactos explosivos [11]
- VSRC en su grupo familiar [14]
- Combates, enfrentamientos [2]
- Homicidio [4]
- Secuestro [6]
- Despojo y abandono de tierras [8]
- Desplazamiento forzado [10]
- Vinculación de niños/as y adolescentes a grupos al margen de la ley [12]
- VSRC en población LGBTI [15]
- Orfandad [16]
- No informa [17]

15. ¿Habita en calle? Si [1] *Pase a 17* · No [2] X *Pase a 16*

16. ¿Se encuentra en riesgo de habitar en calle? Si [1] · No [2] X

17. ¿Ha recibido capacitación, formación o tiene experiencia en algún arte u oficio?: ** (Esta pregunta aplica solo a personas mayores de 14 años).*
Si [1] · No aplica [98] X · No [2]
Si la respuesta es 2 o 98 Pase a 18

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: 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

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	$1000000	Recreación	$ 200 000
Servicios públicos domiciliarios (agua, energía, gas, teléfono fijo, internet, teléfono celular, televisión por cable	$ 250000	Gastos en salud (consultas, medicamentos, etc.)	$0
Pagos a terceros cuidadores	$600 000	Transporte o movilidad de los integrantes del hogar	$100 000
Artículos de aseo personal	$100 000	Educación (útiles, pensión, transporte escolar, fotocopias, etc.)	$ 0
Alimentación	$600 000	Total	$2850000

20. ¿Usted se considera campesino/a? Se responde lo que el/ella entrevistado/a responda según su sentir y apropiación de concepto.

Si 1 | No 2 X | No informa 3

21. ¿Usted considera que la comunidad en la que vive es campesina? Se responde lo que el/ella entrevistado/a responda según su sentir y apropiación de concepto

Si 1 | No 2 X | No informa 3

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: 4 de 6

Fecha de diligenciamiento: 22/12/2024

Número de ficha: 2024 | 10 | 77 | 44 | 120529

Año | Localidad | Proyecto | Código unidad operativa

SECCION C. UBICACIÓN GEOGRAFÍCA

1. Localidad donde habita

Usaquén	1	Santa fe	3	Usme	5	Bosa	7	Fontibón	9	Suba	11	Teusaquillo	13	Antonio Nariño	15	La Candelaria	17	Ciudad Bolivar	19
Chapinero	2	San Cristóbal	4	Tunjuelito	6	Kennedy	8	Engativá	10 X	Barrios Unidos	12	Los Mártires	14	Puente Aranda	16	Rafael Uribe	18	Sumapaz	20

2. UPZ o UPR: 74

3. Nombre del barrio / Vereda: Sabana del Dorado

4. Escriba su dirección completa:

Calle CL | Transversal TV | Avenida AV

Carrera KR X | Avenida calle AC

Diagonal DG | Avenida carrera AK

Número de la vía principal: 121

Nombre de la vía principal:

Nombre sinónimo de la vía principal:

Alfabético	BIS	Alfabético	Cuadrante	Número vía generadora	Alfabético	Número placa	Cuadrante
			S S	63	B	36	S S
			E 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:								
AD. Administración	BG. Bodega	CONJ. Conjunto	ESQ. Esquina	LC. Local	MZ. Manzana	PI. Piso	SL. Solar	TR. Terraza
AG. Agrupación	BQ. Bloque	CT. Carretera	ET. Etapa	LM. Local Mezzanine	OF. Oficina	PN. Puente	SM. Súper manzana	UN. Unidad
AL. Altillo	CA. Casa	DP. Depósito	GJ. Garaje	LS. Local sótano	OS. Oficina sótano	PS. Paseo	SR. Sector	UR. Unidad residencial
AP. Apartamento	CEL. Célula	DS. Depósito sótano	GS. Garaje sótano	LT. Lote	PA. Parcela	PT. Portería	SS. Semi sótano	URB. Urbanización
AS. Apartamento sótano	CM. Camino	ED. Edificio	IN. Interior	MD. Módulo	PD. Predio	SA. Salón	SU. Suite	ZN. Zona
	CN. Consultorio	EN. Entrada	KM. Kilometro	MN. Mezzanine	PH. Pent-house	SC. Salón Comunal	TO. Torre	

6. Tipo de zona: Urbana 1 X | Rural 2 | Urbana sin dirección 3

7. Estrato socio – económico del predio: Uno 1 | Dos 2 X | Tres 3 | Cuatro 4 | Cinco 5 | Cero 0

8. Teléfono fijo de contacto: 0

9. Teléfono celular de contacto: 3245519068

10. Correo electrónico de contacto: krystynmariel9@gmail.com

11. ¿Habita en una vivienda?. Si 1 X | No 2 *pase a la pregunta 16*

12. Tipo de vivienda: Casa o apartamento 1 X | Cuarto o cuartos 2 | Inquilinato 3 | Vivienda móvil 4 | Casa lote 5 | Residencia 6 | Lugar de trabajo 7 | Rancho 8 | Finca 9 | Paga diario 10

13. Condición de la vivienda: Ruina 1 | Demolición 2 | Buen estado 3 X | Aceptable 4 | Mal Estado 5

14. Tenencia de la vivienda: Propia 1 | otra forma 3 | Amortizado 4 | Arrendada 2 X

15. Forma de pago: Diaria 1 | Mensual 2 X | Quincenal 3 | Semanal 4 | Contributivo 5

16. Lugar diferente a vivienda donde habita: Equipamiento Urbano 1 | Refugio natural 2

	PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL 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: 02 MAR 2024

Número de ficha: 2024 | 10 | 7744 | 120329
(Año | Localidad | Proyecto | Código unidad operativa)

SECCIÓN D. INFORMACIÓN BÁSICA Y TRANSVERSAL SOBRE LA FAMILIA:

La información básica se repite para el jefe de núcleo familiar

No. Integrante	A: DOCUMENTO DE IDENTIDAD – Tipo	A: DOCUMENTO DE IDENTIDAD – Número	B: APELLIDOS (Escriba: En el renglón 1, primer apellido; En el renglón 2, segundo apellido)	C: NOMBRES (Escriba: En el renglón 1, primer nombre; En el renglón 2, segundo nombre)	D: Sexo	E: ¿Con cuál género se identifica?	F: ¿Transgenero masculino o transgenero femenino?	G: ¿Cuál es su orientación sexual?	H: FECHA NACIMIENTO – Día	H: FECHA NACIMIENTO – Mes	H: FECHA NACIMIENTO – Año	H: Edad aproximada	I: ESTADO CIVIL	J: PARENTESCO (Con jefe/a del núcleo familiar)	K: NIVEL EDUCATIVO ACTUAL – NIVEL / Años aprobados	K: ¿Asiste actualmente?	L: SISTEMA DISTRITAL DE CUIDADO – ¿Es persona cuidadora/a?	M: Niños/as de 0 a 5 años	N: Niños/as de 6 a 10 años	O: Persona con discapacidad	P: Persona mayor	Q: Cuidado de casa	R: Actividad	S: Rol ocupacional	T: ¿Cuantas horas a la semana dedica a esta ocupación?	U: Valor de los ingresos mensuales	V: Forma de percibir los ingresos	W: Localidad donde realiza actividad principal	X: SALUD – Afiliado al régimen de seguridad social	X: SALUD – Régimen de seguridad social	X: SALUD – Calidad del afiliado	Y: DISCAPACIDAD – ¿Persona con discapacidad?	Y: DISCAPACIDAD – Tipo	Z: Grupo étnico	AA: Pueblo Indígena	AB: VÍCTIMA DE CONFLICTO ARMADO – ¿Es víctima del conflicto armado?	AB: VÍCTIMA DE CONFLICTO ARMADO – Motivo	AC: ¿Ha recibido capacitación, formación o tiene experiencia en algún arte u oficio?	AD: De acuerdo con la respuesta anterior ¿En qué cree que puede desempeñarse?
1	1	1014272741	1 Guzman	1 David	1	1		1	04	11	1995	29	3	1	18	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	13	32	80	2000000	1	10	Sí	1	2	Si		Si		Si / No
			2 Rojas	2 Andres											1	No	No	No	No	No	No	No							No			No				No aplica	
2	1	1009167774	1 Silva	1 Krystyn	2	2		1	20	07	1999	25	3	2	19	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	12	32	43	1800000	4	9	Sí	1	2	Si		Si		Si / No
			2 Bona	2 Mariel											2	No	No	No	No	No	No	No							No			No				No aplica	
3	6	1028409931	1 Barrios	1 Aron	1	98		98	07	05	2019	5	1	14	1	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	98	98	0	0	98	98	Sí	1	1	Si		Si		Si / No
			2 Silva	2 Santiago												No	No	No	No	No	No	No							No			No				No aplica	
4	6	1019163629	1 Guzman	1 Abby	2	98		98	14	11	2022	2	1	5	1	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	98	98	0	0	98	98	Sí	1	1	Si		Si		Si / No
			2 Silva	2 Juliana												No	No	No	No	No	No	No							No			No				No aplica	
5			1	1												Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí							Si			Si				Si / No	
			2	2												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 FORMATO FICHA SIRBE SERVICIOS SOCIALES INFORMACIÓN BÁSICA Y TRANSVERSAL: CABEZOTE	Código: FOR-PSS-321 Versión: 1 Fecha: Memo 2023015255 - 25/05/2023 Página: 6 de 6

No. Integrante	A		B	C	D	E	F	G	H				I	J	K		L	M	N	O	P	Q	R	S	T	U	V	W	X			Y		Z	AA	AB		AC	AD
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD		APELLIDOS Escriba: En el renglón 1, primer apellido En el renglón 2, segundo apellido	NOMBRES Escriba: En el renglón 1, primer nombre En el renglón 2, segundo nombre	Sexo	¿Con cuál género se identifica?	¿Transgenero masculino o transgenero femenino?	¿Cuál es su orientación sexual?	FECHA NACIMIENTO			Edad aproximada	ESTADO CIVIL	PARENTESCO (Con jefe/a del núcleo familiar)	NIVEL EDUCATIVO ACTUAL NIVEL Años aprobados	¿Asiste actualmente?	SISTEMA DISTRITAL DE CUIDADO						Actividad	Rol ocupacional	¿Cuantas horas a la semana dedica a esta ocupación?	Valor de los ingresos mensuales	Forma de percibir los ingresos	Localidad donde realiza actividad principal	SALUD			DISCAPACIDAD		Grupo étnico	Pueblo indígena	VÍCTIMA DE CONFLICTO ARMADO		¿Ha recibido capacitación, formación o tiene experiencia en algún arte u oficio?	De acuerdo con la respuesta anterior ¿En qué cree que puede desempeñarse?
	Tipo	Número							Día	Mes	Año						¿Es persona cuidadora/a?	Niños/as de 0 a 5 años	Niños/as de 6 a 10 años	Persona con discapacidad	Persona mayor	Cuidado de casa							Afiliado al régimen de seguridad social	Régimen de seguridad social	Calidad del afiliado	¿Persona con discapacidad?	Tipo			¿Es víctima del conflicto armado?	Motivo		
6			1	1												Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí							Sí			Sí				Sí		Sí No	
			2	2												No	No	No	No	No	No	No							No			No				No		No aplica	
7			1	1												Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí							Sí			Sí				Sí		Sí No	
			2	2												No	No	No	No	No	No	No							No			No				No		No aplica	
8			1	1												Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí							Sí			Sí				Sí		Sí No	
			2	2												No	No	No	No	No	No	No							No			No				No		No aplica	
9			1	1												Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí							Sí			Sí				Sí		Sí No	
			2	2												No	No	No	No	No	No	No							No			No				No		No aplica	
10			1	1												Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí							Sí			Sí				Sí		Sí No	
			2	2												No	No	No	No	No	No	No							No			No				No		No aplica	
11			1	1												Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí							Sí			Sí				Sí		Sí No	
			2	2												No	No	No	No	No	No	No							No			No				No		No aplica	
12			1	1												Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí							Sí			Sí				Sí		Sí No	
			2	2												No	No	No	No	No	No	No							No			No				No		No aplica	
13			1	1												Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí							Sí			Sí				Sí		Sí No	
			2	2												No	No	No	No	No	No	No							No			No				No		No aplica	

Tratamiento de datos personales: Los datos personales aquí consignados tienen carácter confidencial, razón por la cual es un deber y un compromiso de los asistentes y de la SDIS no divulgar información alguna en propósito diferente a la de este registro so pena de las sanciones legales a que haya lugar de acuerdo con la Ley 1581 de 2012 y Decreto 1377 de 2013.

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL	PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL PROYECTO 7744 GENERACION DE OPORTUNIDADES PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA DE BOGOTÁ FORMATO FICHA SIRBE SERVICIOS: JARDINES INFANTILES Y CRECIENDO JUNTOS	Código: FOR-PSS-334 Versión: 2 Fecha: Memo I2023015020-24/05/2023 Página: 1 de 4

Fecha de diligenciamiento: 21/12/2024 | Número Ficha: 2024 (Año) 10 (Localidad) 774 (Proyecto) 42052 (Código Unidad Operativa) 9

SECCION E. MODALIDAD DE ATENCION

1. Indique la modalidad en la cual se diligencia la ficha SIRBE

Modalidades Familiares

Creciendo Juntos [ ] Crecemos en la Ruralidad [ ]

Modalidades institucionales: Si selecciona alguna de las modalidades institucionales diligencie la pregunta 2 y pase a la seccion I

Jardines Infantiles [X] Jardines Infantiles Nocturnos [ ] Casas De Pensamiento Intercultural [ ] Espacios Rurales [ ]

2. Escriba el nombre de la Subdirección Local – SLIS o Unidad Operativa donde se identifica la gestante, lactante, niña o el niño: Jardin Infantil Cofinanciado Peritos

SECCION F. A QUIEN VA DIRIGIDA LA MODALIDAD FAMILIAR:

1. La modalidad se solicita para:
Gestante... [1] *Pase a sección G* Niña - niño... [2]

2. ¿La atención de la niña-niño en la modalidad se ha realizado desde la gestación?:
Si... [1] Nombre de la madre: _____ Nº. Identificación de la madre: _____ No..... [2]

3. ¿La niña o niño es menor de 6 meses y está lactando?
Si... [1] *Pase a sección H* No. [2] *Pase a sección I*

SECCIÓN G. CONCEPCIÓN Y GESTACIÓN:

1. ¿Cuál fue la fecha de inicio de su última menstruación FUM?: D D M M A A A A

2. ¿Asiste a control prenatal?:
Si..... [1]
No... [2] *Pase a la pregunta 4*

3. ¿Fecha del último control médico?: D D M M A A A A

4. ¿Número de hijas-hijos nacidos vivos?:
Entre 1 y 3.. [1] Más de 6... [3]
Entre 4 y 6.. [2] Ninguna.... [93]

5. ¿Qué edad tiene el padre de la hija- hijo que espera?:
Entre 14 y 16 años [1] Entre 21 y 40 años [3] Menor de 14 años [5]
Entre 17 y 20 años [2] Más de 41 años... [4]

6. ¿Cuenta con el apoyo del padre de su hija-hijo para el cuidado de su embarazo?:
Si... [1] No... [2]

7. ¿Quién cuidará principalmente a su hija-hijo después del nacimiento?:
Padres..... [1] Sólo Padre... [3] Otros parientes..... [5] Modalidad institucional para la Primera infancia... [7]
Sólo Madre... [2] Abuelo-a..... [4] Otros no parientes.. [6]

8. ¿Recibió información o capacitación sobre sus derechos sexuales y reproductivos, antes de quedar embarazada?:
Si... [1] No... [2] *Pase a la pregunta 10*

9. ¿Quién le brindo la información sobre sus derechos?:
Hospital [1] Colegio. [3] Amigos-as.... [5] Madre..... [7]
SDIS.... [2] ONG..... [4] Hermanos-as [6] Padre ..... [8]
Partera/ doula.. [9]

10. ¿Ha recibido información o capacitación acerca de algunos de estos temas?: *(selección múltiple)*
Cuidados durante la gestacion..... [1] Lactancia materna..... [3] Construcción del vínculo afectivo madre- hijo... [6]
Sus derechos y los de su pareja en el momento del parto. [2] Desarrollo infantil..... [5] Prevención de accidentes en el hogar..... [4]
Ninguna... [93] *Pase a la pregunta12*

11. ¿Quién le brindo la información sobre los temas anteriores?:
Hospital..... [1] Colegio..... [3] Otra entidad..... [5] Otra persona... [6]
SDIS..... [2] ONG..... [4] Partera/ doula... [9]

12. ¿Usted deseaba quedar en embarazo?:
Si..... [1]
No..... [2]

13. ¿Cuál es el estado nutricional actual de la persona gestante según el control prenatal o concepto de salud?
Bajo peso..... [1] Peso adecuado..... [2]
Exceso de peso... [3] Sin información..... [4]

14. El embarazo es múltiple?
Si... [1] No... [2]

15. ¿El embarazo ha sido clasificado como de alto riesgo?:
Si... [1] No... [2]

16. ¿Cómo piensa alimentar a su hija-hijo cuando nazca?:
Leche materna... [1] Leche de fórmula..... [2]
Leche de vaca... [3] Otros alimentos..... [4]

17. Después de la hija-hijo que está esperando, le gustaría:
Tener otro..... [1] No tener otro... [2]
Está indecisa/o Insegura/o... [3] *Pase sección k*

SECCIÓN H. INFORMACION DE LA LACTANTE: (persona que amamanta)

1. ¿Qué tipo de parto tuvo?
Vaginal. ..... [1]
Cesárea. ..... [2]

2. ¿Para el parto tuvo la oportunidad de elegir *(selección múltiple)*?
Lugar donde se producirá el parto. [1] La posición de parir..... [3]
Tipo de parto .. [2] Ninguna .. [93] La elección del acompañante [4]

3. ¿Está usando un método anticonceptivo?
Si. ..... [1]
No. ..... [2]

4 ¿En cuánto tiempo desea tener otro embarazo?
Antes de 1 año .. [1] Después de 2 años o más. . [3]
Antes de 2 años [2] No tendré más embarazos. . [4]

5. ¿Ha recibido información o capacitación acerca de algunos de estos temas?: *(selección múltiple)*
Lactancia materna... [3] Construcción del vínculo afectivo madre- hijo. [6]
Desarrollo infantil... [5] Prevención de accidentes en el hogar. ..... [4]
Ninguna [93] *Pase a la pregunta 7*

6. ¿Quién le brindo la información sobre los temas anteriores?:
Hospital..... [1] Colegio..... [3] Otra entidad..... [5] Otra persona... [6]
SDIS..... [2] ONG..... [4] Partera/ doula.. [9]

7. Qué opina sobre esta afirmación: "Se debe amamantar a su hijo e hija durante los primeros 6 meses de vida de forma exclusiva":
Totalmente de acuerdo. ..... [1] Parcialmente de acuerdo. .. [2] En desacuerdo. . [3]

8. ¿Tiene información sobre como iniciar la alimentación complementaria?
Si..... [1] No. .. [2]

9. ¿Tiene acompañamiento para su cuidado durante la lactancia?
Si. ... [1] No... [2]

	PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL PROYECTO 7744 GENERACION DE OPORTUNIDADES PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA DE BOGOTÁ FORMATO FICHA SIRBE SERVICIOS: JARDINES INFANTILES Y CRECIENDO JUNTOS	Código: FOR-PSS-334 Versión: 2 Fecha: Memo I2023015020-24/05/2023 Página: 2 de 4

SECCION I. INFORMACIÓN DEL NIÑO O LA NIÑA Si se desconoce la información de alguna(s) de la(s) pregunta(s) de 1 a la 12, por que el niño o la niña se encuentra en medida de protección o bajo custodia de familiares que desconocen la información relacionada con sus primeros años de vida, deje la(s) respuesta(s) en blanco e indique la situación en la descripción de la problemática

1. ¿Dónde fue atendido el parto de la niña o niño?
Hospital [1 X] Casa [3] Ambulancia [5]
Centro de salud [2] Espacio público [4]

2. Quien atendió el nacimiento de la niña o el niño?
Médico [1 X] Partera/doula [3]
Enfermera [2] Personal no médico [4]

3. ¿El primer contacto piel a piel con su hija-o, después de nacer, fue?:
½ hora o antes [1 X] 2 horas [3]
1 hora [2] Más de 4 horas [4]

4. ¿En qué semana de gestación nació su hija-o?: 36 Semanas
DATO VALIDO ENTRE 22 Y 42

5. ¿Cuál fue el peso de su hija-o al nacer?: 1400 Gramos
DATO VALIDO ENTRE 450 Y 6000

6. ¿Cuál fue la talla de su hija-o al nacer?: 43 Centímetros
DATO VALIDO ENTRE 22 Y 60

7. La niña o el niño recibió leche materna alguna vez?
Si [1 X] No [2] *Pase a la pregunta13*

8. ¿Después de cuánto tiempo de nacido su hija-o inicio la lactancia materna?:
Inmediatamente [1 X] Menos de 24 horas [3]
Menos de 1 hora [2] Más de 24 horas [4]
No sabe/No responde [5]

9. ¿Actualmente el niña-o recibe leche materna?:
Si [1] No [2 X] *Pase a la pregunta 12*

10. La niña o el niño recibe algún alimento diferente a la leche materna?: Si [1] No [2] *Pase a la pregunta 13*

11. ¿Qué edad tenía su hija-o cuando recibió un alimento diferente a la leche materna?: ____ Meses. *Pase a la pregunta 13*

12. ¿Qué edad tenia su hija-o cuando dejo de darle leche materna completamente?: 4 Meses

13. ¿Asiste a valoración integral de la salud y el desarrollo (crecimiento y desarrollo) ?:
Si [1 X] No [2] *Pase a la pregunta 15*

14. ¿Fecha del último control?: 05/07/2024
Pase a la pregunta 16

15. Por qué la niña o el niño no ha asistido a valoración integral de la salud y el desarrollo?:
Dificultad en la asignación de la cita [1] Sin servicio de salud [2] Desconocimiento [3] Falta de tiempo [4]

16. ¿La niña o el niño, cuenta con el esquema de vacunación al día?:
Si [1 X] *Pase a la pregunta 18* No [2]

17. ¿Por qué la niña o el niño no cuenta con el esquema de vacunación al día?:
Creencias religiosas o culturales [1] Olvido [2] Pérdida del carné [3] Desconocimiento [4] Falta de tiempo [5]

18. ¿Actualmente, la niña o el niño tiene una condición de salud?:
Si [1] No [2 X] *pase a la pregunta 21.*

19. ¿La condición de salud de la niña o el niño, implica?: *(Selección múltiple)*
Uso de oxigeno durante el sueño [1] Alimentación por sonda [3] Procedimientos invasivos [5] Toma de medicamentos [7] Condiciones osteomusculares [9]
Uso de oxigeno 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 entono institucional?
Si [1] Requiere verificación [3]
No [2]

21. ¿Actualmente, el padre, la madre o el cuidador de la niña o el niño presenta alguna de las siguientes condiciones?: *(Selección múltiple)*
Habitabilidad en calle [1] Realiza actividades sexuales pagas [2]
Ninguna [93 X] Consumo de sustancias psicoactivas [3]

22. ¿Actualmente, la niña o el niño se encuentra expuesto a condiciones de?: *(Selección múltiple)*
Habitabilidad en calle [1] Espacios donde se desarrollan actividades sexuales pagas [2] Consumo de sustancias psicoactivas [3] Trabajo infantil [4] Mendicidad [5] Ninguna. [93 X]

23. El padre o madre de la niña o niño es?: *(Selección múltiple)*
Desmovilizado [1] Militar con discapacidad [3] Ninguna de las anteriores.. [96 X]
Desvinculado.. [2] Militar fallecido [4]

24. El padre o madre de la niña o el niño trabaja en reciclaje?
Si [1] No [2 X]

25. ¿Ha presentado solicitud de ingreso a?: *(Selección múltiple)*
Jardín infantil Diurno [1] Casas de pensamiento interculturales [4] Hogar comunitario ICBF [7] Institución privada [10]
Jardín infantil Nocturno [2] Crecemos en la ruralidad o espacios rurales [5] Hogar infantil ICBF [8] Institución Educativa distrital [11]
Creciendo juntos [3] Centros Amar [6] FAMI del ICBF [9] Ninguno [93 X]

26. ¿Actualmente, el niño o la niña recibe atención en?:
Jardín infantil Diurno [1] Casas de pensamiento interculturales [4] Hogar comunitario ICBF [7] Institución privada [10]
Jardín infantil Nocturno [2] Crecemos en la ruralidad o espacios rurales [5] Hogar infantil ICBF [8] Institución Educativa distrital [11]
Creciendo juntos [3] Centros Amar [6] FAMI del ICBF [9] Ninguno [93 X]

27. ¿Ha estado vinculado a modalidades familiares o institucionales de Educación inicial de la SDIS?:
Si [1] No [2 X] *Pase a la pregunta 29*

28. ¿En qué localidad?:
Usaquén [1] Santa fe [3] Usme [5] Bosa [7] Fontibón [9] Suba [11] Teusaquillo [13] Antonio Nariño [15] La Candelaria [17] Ciudad Bolivar [19]
Chapinero [2] San Cristóbal [4] Tunjuelito [6] Kennedy [8] Engativá [10] Barrios Unidos [12] Los Mártires [14] Puente Aranda [16] Rafael Uribe [18] Sumapaz [20]

29. ¿Cuál es el principal motivo por el que solicitó el servicio?:
Nuevas oportunidades para su calidad de vida [1] Superar condiciones de segregación y discriminación [2] Desarrollo integral para su hija-o [3 X] Responde a las necesidades de la niña-o y su familia [4] Fortalecimiento cultural [5] Cuidado de su hija o hijo mientras trabaja [6]

30. ¿Considera importante fortalecer sus conocimientos sobre crianza y desarrollo integral de su hija-hijo?: Si [1 X] No [2]

31. La niña o niño presenta desnutrición aguda moderada o severa verificada por un nutricionista de la Subdirección Local de acuerdo con la resolución 2465 de 2016 del Ministerio de Salud y Protección Social Si [1] No [2 X]

	PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL PROYECTO 7744 GENERACION DE OPORTUNIDADES PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA DE BOGOTÁ FORMATO FICHA SIRBE SERVICIOS: JARDINES INFANTILES Y CRECIENDO JUNTOS	Código: FOR-PSS-334 Versión: 2 Fecha: Memo I2023015020-24/05/2023 Página: 3 de 4

SECCIÓN J. INFORMACIÓN DEL CUIDADO DE LA NIÑA O DEL NIÑO:

1. ¿La niña o el niño en algún momento queda sólo-a?: Si... 1 | No... 2 X *Pase a la pregunta 4*

2. ¿En qué momento: Mañana.. 1 | Tarde..... 2 | Noche.... 3

3. ¿Cuánto tiempo queda sólo?: Menos de una (1) hora. 1 | Entre 1 y 3 horas..... 2 | Más de tres (3) horas... 3

4. Quién es el cuidador principal de la niña o el niño Papá..... 1 | Mamá..... 2 | Padrastro 3 | Madrastra 4 | Hermano-a.... 5 | Tío-a..... 6 | Abuelo-a..... 7 X | Otro pariente..... 8 | Otro No pariente 9

5. ¿Quién cuida a la niña o al niño en la mañana?: Papá..... 1 | Mamá..... 2 | Padrastro 3 | Madrastra 4 | Hermano-a.. 5 | Tío-a..... 6 | Abuelo-a..... 7 X | Otro pariente..... 8 | Otro No pariente 9 | Nadie..... 10

6. ¿Quién cuida a la niña o al niño en la tarde?: Papá..... 1 | Mamá..... 2 | Padrastro.... 3 | Madrastra... 4 | Hermano-a 5 | Tío-a..... 6 | Abuelo-a.... 7 X | Otro pariente..... 8 | Otro No pariente 9 | Nadie..... 10

7. ¿Quién cuida a la niña o al niño en la noche?: Papá..... 1 | Mamá..... 2 X | Padrastro.. 3 | Madrastra 4 | Hermano-a... 5 | Tío-a..... 6 | Abuelo-a..... 7 | Otro pariente..... 8 | Otro No pariente 9 | Nadie..... 10

8. ¿Cuál es la edad en años del cuidador o la cuidadora principal?: 46

9. ¿Cuál es el sexo del cuidador o cuidadora principal?: Hombre..... 1 | Mujer..... 2 X | Intersexual... 3

10. ¿Cuál es el género del cuidador o la cuidadora principal?: Masculino..... 1 | Femenino..... 2 X | Transgénero. 3 | No informa 4 | No binario ... 5 | No aplica..... 98

11 ¿Cuál es la orientación sexual del cuidador -ra principal?: Heterosexual... 1 X | Bisexual ..... 3 | No informa..... 4 | Lesbiana..... 5 | Gay ..... 6 | No aplica.... 98

12. Nivel educativo actual del cuidador o la cuidadora principal: Básica primaria..... 7 | Básica secundaria y media 8 X | Técnico..... 18 | Tecnológico..... 19 | Universitaria incompleta (sin título) 21 | Universitaria completa (con título) 12 | Postgrado incompleto (sin título)... 22 | Postgrado completo (con título) ... 15 | Ninguno 93

13. A qué se dedica el cuidador -ra principal? Estudia..... 1 | Trabaja..... 2 | Otro..... 3 X ¿Cuál?: Hogar

14. En qué momento: *(selección múltiple)* Mañana.... 1 X | Tarde..... 2 X | Noche..... 3 X

15. El cuidador-ra principal presenta una discapacidad? Si..... 1 | No..... 2 X

16. El cuidador-ra principal presenta una enfermedad de alto costo Si..... 1 | No..... 2 X

17. Tipo de documento de identidad del cuidador-ra Cédula de ciudadanía..... 1 X | Cédula de extranjería..... 2 | Tarjeta de Identidad..... 3 | Registro civil..... 6 | Pasaporte..... 13 | PEP..... 18 | PPT..... 21 | Salvo conducto..... 9 | Sin identificación..... 8

18. Número de documento de identidad del cuidador-ra principal. 30020624

Nombres y apellidos del cuidador-ra principal *(según documento identidad)*

19. Primer Apellido: Bona | **20. Segundo Apellido:** Ruiz | **21. Primer Nombre:** Petronila | **22. Segundo Nombre:**

23. ¿La niña-niño se encuentra bajo medida de protección legal?: Si 1 | No 2 X

24. ¿El niño o la niña ha estado bajo medida de protección legal?: Si... 1 | No 2 X *Pase a sección K*

25. ¿En qué fecha el niño o la niña tuvo la medida de protección legal?: D D M M A A A A

SECCIÓN K. INFORMACION RURALIDAD: si en la pregunta 6 de la Sección C del Cabezote indicó Rural, diligencie esta sección, de lo contrario pase a la sección L

1. La niña, niño o gestante habita en: Centro Poblado..... 1 | Rural disperso..... 2

2. La familia de la niña o el niño o la gestante a partir de sus prácticas culturales se reconoce como: Campesino /a..... 1 | Rural..... 2 *pasar a la sección L*

3. ¿Para la familia de la niña o el niño o gestante es importante mantener las tradiciones de su identidad campesina en la crianza de su hija o hijo?: Si..... 1 | No..... 2

4. ¿La familia de la niña o el niño o gestante conserva tradiciones campesinas?: Si..... 1 | No..... 2

5. ¿Para la familia es importante conservar las tradiciones campesinas, en su vida cotidiana?: Si..... 1 | No..... 2

SECCION L: INFORMACION ADICIONAL ETNIAS Si en la pregunta 4 de la sección B del cabezote indico que se reconoce perteneciente a un grupo étnico diligencié esta sección, de lo contrario *pase a sección M.*

1. ¿El niño, la niña, la persona gestante habla la lengua del grupo étnico al que pertenece?: Si... 1 | No.... 2

2. ¿El niño o la niña, la persona gestante, conserva tradiciones del grupo étnico al que pertenece?: Si... 1 | No.... 2 *Pase a sección H*

3. ¿Para la familia es importante que en la atención se conserven las tradiciones del grupo étnico al que pertenece?: Si... 1 | No... 2

4. ¿Para la familia es importante conservar en su vida cotidiana las tradiciones del grupo étnico al que pertenece?: Si... 1 | No... 2

SECCION M: DISCAPACIDAD Y ALTERACIONES EN EL DESARROLLO Si en la pregunta 1 de la sección B del cabezote indico que la niña o niño, gestante presenta alguna discapacidad diligencié esta sección, de lo contrario *pase a sección N*

1. Clase de discapacidad (marque la clase de acuerdo con el tipo indicado en la sección de cabezote, si es múltiple indique las clases necesarias, con excepción de las relacionadas con las alteraciones en el desarrollo

ALTERACIONES EN EL DESARROLLO
- Del habla y del lenguaje.....
- De la función motriz.....
- Del desarrollo mixto.....
- Del comportamiento e hiperquinéticos.....
- De los procesos cognitivos.....

TRANS ESPECTRO AUTISTA (TEA)
- TEA.....

AUDITIVA
- Hipoacusia.....
- Sordera .....

VISUAL
- Baja visión.....
- Ceguera.....

INTELECTUAL
- Síndrome de Down.....
- Intelectual ...

FISICA
- Osteomuscular.....
- Neuromuscular.....
- Parálisis cerebral (EMOC)...

PSICOSOCIAL
- Psicosocial .....

2. Tiene diagnóstico clínico relacionado con la discapacidad?: Si... 1 | No... 2 *Pase a la pregunta 5*

3. Cuenta con el certificado de discapacidad? Si... 1 | No... 2 *Pase a la pregunta 5*

4. La niña o el niño está inscrito en el RLCPD? Si... 1 | No... 2

5. Requiere ayuda técnica para las actividades de la vida diaria? Si... 1 | No... 2 *Pase a la pregunta 7*

6. Cuenta con ella?: Si... 1 | No... 2

7. Es independiente para el desplazamiento?: Si... 1 | No... 2

8. Apoyos requeridos en el servicio? Intermitente o Limitado..... 1 | Extenso o Generalizado..... 2 | En observación..... 3

9. Cuenta con habilitación o rehabilitación en salud? Si... 1 | No.... 2 *Pase a la sección N*

10. De qué tipo: Fonoaudiología 1 | Fisioterapia... 2 | Terapia ocupacional 3 | Neurología... 4 | Otro... 5 -cuál?

	PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL PROYECTO 7744 GENERACION DE OPORTUNIDADES PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA DE BOGOTÁ FORMATO FICHA SIRBE SERVICIOS: JARDINES INFANTILES Y CRECIENDO JUNTOS	Código: FOR-PSS-334 Versión: 2 Fecha: Memo I2023015020-24/05/2023 Página: 4 de 4

SECCIÓN N. DESCRIPCIÓN Y REFERENCIACIÓN:

1. Descripción de la problemática:

Hogar familiar nuclear, el padre labora en una farmacia que tiene en su casa, la madre es empleada en una empresa de productos eléctricos. La niña se encuentra al cuidado de su abuelita. Para mejorar su calidad de vida la Sra Krystyn se encuentra estudiando de manera virtual los fines de semana. un técnico en administración.

Los padres estan interesados en que su hija comparta con otros niños -as de su edad, aprenda diferentes conceptos y fortalezca sus habilidades. Sienten confianza en que su niña estara segura en el jardin Pepitos por esto solicitan el servicio en él.

2. Concepto técnico:

Grupo familiar con fragilidad social baja, los ingresos cubren las necesidades del hogar. La niña queda en lista de espera, cuando se cuente con el cupo se avisara a la madre para que realice el proceso de matricula. Los niños y niñas que son atendidos en el Jardin Infantil Pepitos, reaben una atención de alta calidad en donde se diseñan experiencias sensibles y significativas teniendo en cuenta, las necesidades, intereses y los voces de los participantes, encaminadas al optimo desarrollo infantil.

Si ingresa a un jardin infantil diurno o casa de pensamiento, seleccione el nivel en el que recibirá la atención, de acuerdo a la edad que la niña o niño tiene, tuvo o tendrá a 31 de marzo del año en curso; con excepción de las niñas y los niños con discapacidad que se hará de acuerdo con el concepto técnico, sin que esto sobre pase dos niveles anteriores al correspondiente por fecha de nacimiento

MATERNAL ☐ CAMINADORES ☒ PARVULOS ☐ PREJARDIN ☐ JARDIN ☐

De acuerdo con la oferta institucional de su momento, indique si ingresa a atención presencial o algún esquema de atención flexible.

ATENCIÓN PRESENCIAL ☒ ALTERNANCIA: ☐ EI EN CASA ☐ MULTIMODAL ☐

3. Acciones a seguir:

Ingreso prioritario..... 1 ☐
Lista de espera – Cumple criterios de ingreso..... 2 ☒
No cumple criterios de ingreso..... 3 ☐

4. ¿Requiere visita domiciliaria? - Si... 1 ☐ No... 2 ☒ *Pase a la pregunta 5*

Motivo: Verificación de las condiciones socio familiares: - Si... 1 ☐ - No... 2 ☐
Verificación otras condiciones: - Si... 1 ☐ - No... 2 ☐

5. La modalidad en el que se atenderá la niña, el niño, persona gestante o lactante se encuentra en convenio interadministrativo con (selección múltiple):

SED 1 ☐ ICBF 2 ☐ Ninguno de los anteriores 96 ☒

6. La unidad operativa ofrece nivel pre jardín o jardín porque se encuentra en una UPZ deficitaria para la SED?

- Si... 1 ☐ - No... 2 ☒ No oferta niveles 3 ☐

7. Referenciación a un proyecto SDIS: - Si... 1 ☐ - No 2 ☒ *Pase a la pregunta 8*

Integrante: ____ Proyecto: ____ Modalidad: ____
Integrante: ____ Proyecto: ____ Modalidad: ____
Integrante: ____ Proyecto: ____ Modalidad: ____
Integrante: ____ Proyecto: ____ Modalidad: ____

8. Referenciación a otra entidad: - Si... 1 ☐ - No 2 ☒ *Finalice*

Integrante: ____ ¿Cuál?: ____
Integrante: ____ ¿Cuál?: ____
Integrante: ____ ¿Cuál?: ____
Integrante: ____ ¿Cuál?: ____

	PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES FORMATO REGISTRO DE DILIGENCIAMIENTO DE FICHA SIRBE EN FÍSICO	Codigo: FOR-PSS-743 Version: 0 Fecha: Memo I2024000787 - 12/01/2024 Página: 1 de 1

LOCALIDAD ENGATIVA UNIDAD OPERATIVA: JARDIN INFANTIL COFINANCIADO PEPITOS RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA: DIANA MARCELA RUBIO CASTAÑO

NOMBRE DEL RECOLECTOR JACKELINE MENDOZA GONZALEZ DOCUMENTO DE IDENTIDAD CC X CE__ OTRO__ CUAL?_____ Numero # 52 035.452

NOMBRE SOLICITANTE / BENEFICIARIO Abby Juliana Guzmán Silva DOCUMENTO DE IDENTIDAD CC__ CE__ OTRO X CUAL? RC Numero # 1019 163 629

FECHA DE ENTREGA PARA DIGITACIÓN: 25 11 2024 NOMBRE DEL DIGITADOR AL QUE SE ENTREGA LA FICHA Edwin Pérez

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.014.271.741
GUZMAN ROJAS
APELLIDOS
DAVID ANDRES
NOMBRES

David A. Guzman R
FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 04-NOV-1995
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.76 ESTATURA
O+ G.S. RH
M SEXO
25-NOV-2013 BOGOTA D.C
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

P-1500150-00534683-M-1014271741-20140110 0036507380A 2 41447398

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO 1.007.167.774

SILVA BONA

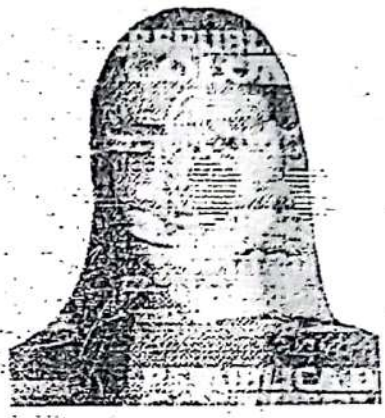
APELLIDOS

KRYSTYN MARIEL

NOMBRES

Krystyn Silva

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 20-JUL-1999

ARAUCA
(ARAUCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.61 ESTATURA

O+ G.S. RH

F SEXO

27-JUL-2017 ARAUCA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA

P-4000100-00946596-F-1007167774-20171012 0058122781A 2 47590169

REGISTRO CIVIL
FIRMADO DIGITALMENTE

REPUBLICA DE COLOMBIA

ORGANIZACIÓN ELECTORAL
REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
DIRECCIÓN NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

24434907-9

5964135-

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

NUIP 1028409731

Indicativo Serial 59641357

Oficina de registro - Clase de oficina

Notaría ☐ Número ☐☐ Consulado ☐ Corregimiento ☐ Inspección de Policía ☐ Código A B N

Departamento - Municipio - Corregimiento o Inspección de Policía

CUNDINAMARCA - CUNDINAMARCA - BOGOTA D.C. USAQUEN-H SIMON BOLIVAR

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
BARRIOS	SILVA

Nombre(s)

IRON SANTIAGO

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2019 Mes MAY Día 07	MASCULINO	O	POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento o Inspección)

COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTA D.C.

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	15395360-9

Datos de padre y madre (Para casos de parejas conyugales con base matrimonial o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el primer apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos

SILVA BONA KRYSTYN MARIEL

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No 1007167774	COLOMBIA

Datos padre y madre (Para casos de parejas conyugales con base matrimonial o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el segundo apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos

BARRIOS NATERA CARLOS YAHIR

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 1116785729	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

BARRIOS NATERA CARLOS YAHIR

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC No. 1116785729	

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 2019 Mes MAY Día 13

Nombre y firma del funcionario que autoriza

ERIKA YANETH MARTINEZ DE LA CRUZ

Nombre y firma

Reconocimiento paterno

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

ERIKA YANETH MARTINEZ DE LA CRUZ

Nombre y Firma

Firma

ESPACIO PARA NOTAS

SEGUN DE VARIOS FOLIO 365.13/05/2019

NUIP DE PRE PARACION 1028409731

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

NUIP 1.019.163.629

Indicativo Serial 63275798

63275798

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [X] Notaría [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código A 5 B

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía

REGISTRADURIA DE SUBA BOGOTA DC - COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTA

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
GUZMAN	SILVA

Nombre(s)

ABBY JULIANA

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2022 Mes NOV Día 14	FEMENINO	O	POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)

COLOMBIA CUNDINAMARCA BOGOTA D.C.

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	22115710192265

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: SILVA BONA KRYSTYN MARIEL

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.007.167.774	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: GUZMAN ROJAS DAVID ANDRES

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.014.271.741	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: GUZMAN ROJAS DAVID ANDRES

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC 1.014.271.741	

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos:

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos:

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma

Fecha de Inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2022 Mes DIC Día 05	EFRAIN JOSE CALVO ESCOBAR - REGIS Nombre y firma

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
Firma	Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

~~SE OMITE TOMAR HUELLAS PLANTARES SEGUN LA CIRCULAR 064~~

~~REGISTRO REC. LIBRO DE VARIOS - TOMO 153. FOLIO 0157.~~

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

Adhesivo Copia Registro Civil 331120844-3

EPS Sanitas

Nuestro compromiso es contigo

CE-006 - 0000000100 – 2024

CERTIFICA

Que la(s) persona(s) relacionada(s) a continuación está(n) o ha(n) estado afiliada(s) a

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	RC 1019163629
NOMBRES Y APELLIDOS	Guzman Silva,Abby Juliana
TIPO DE AFILIADO	Beneficiario
TIPO DE TRABAJADOR	N/A
FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN	14/11/2022
ESTADO DE AFILIACIÓN	Vigente
ESTADO DE SERVICIO	Habilitado
REGIMEN	Contributivo

La presente se expide a nombre de Silva Bona,Krystyn Mariel, a los 14 días del mes de junio del año 2024.

NOTA: Esta certificación no constituye aprobación de traslado, ni es documento válido para solicitar servicios médicos.

Banny Yeritza Sarmiento Vanegas
Coordinador Gestión de la Afiliación

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

Fecha de consulta: 14/06/2024

Ficha: 11001663599700006075

C7

Vulnerable

DATOS PERSONALES

Nombres: ABBY JULIANA

Apellidos: GUZMAN SILVA

Tipo de documento: Registro civil

Número de documento: 1019163629

Municipio: Bogotá

Departamento: Bogotá

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 01/12/2023

Última actualización ciudadano: 01/12/2023

Última actualización via registros administrativos:

*Si encuentra alguna inconsistencia o desea actualizar su información por favor acérquese a la oficina del Sisbén del municipio donde reside actualmente

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: DANIELA PEREZ OTAVO

Dirección: Carrera 30 No 25 - 90 Edificio CAD Piso 13

Teléfono: Línea 195 Opción 9 - 4

Correo Electrónico: servicioalciudadanoGEL@sdp.gov.co

enel | Bogotá

PAPEL ECOLÓGICO

ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P.
NIT 860.063.875-8
Calle 93 No. 13 - 45 Piso 1

Para pagos y consultas tu número de cliente es: **1729171-3**

FACTURA DE SERVICIOS PÚBLICOS No. 159071152-1

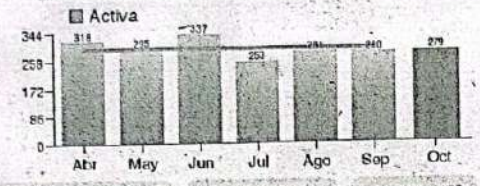
CLIENTE

LUZ YERCY HERRAN VARGAS
KR 121 NO 63 B 36
BOGOTA, D.C. - SABANA DEL DORADO

05 501 1144 / 117-22549447

¿Quieres tu factura virtual? Escanea el código

COMPORTAMIENTO CONSUMO



VALOR kWh APLICADO $839,70

CONSUMO DIARIO: 9,30 kWh

VALOR DIARIO: $6.156

CONSUMO PROMEDIO ÚLTIMOS 6 MESES: 234 kWh

PERÍODO FACTURADO: 03 SEP/2024 A 02 OCT/2024

DÍAS FACTURADOS: 30

CONSUMO MES 279 kWh

¡Este mes tuvimos acceso a la **LECTURA DE TU MEDIDOR** y tu **CONSUMO** de energía se encuentra dentro de lo habitual!

enel

Factura Enel.

Información importante sobre la factura electrónica*.

- Es el reporte electrónico de tu factura que cumple todos los requisitos legales y tributarios de la DIAN.
- Seguirás recibiendo tu factura de forma habitual. En caso de requerirlo, deberás registrarte para recibirla por correo electrónico.
- No se modifica el cálculo del valor de la tarifa, información de consumo, periodos de facturación ni los cobros de otros servicios en la factura.
- Podrás seguir pagando tu factura por los medios físicos y virtuales habituales.

Conoce más en www.enel.com.co

*Para el caso de Enel Colombia, entiéndase como documento Equivalente electrónico Resolución DIAN No. 000042 de Noviembre 2023. Anexo técnico 1.0

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	2
CARGA kW:	2,24
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	300050550111144
RUTA LECTURA:	35055011040
MANZANA DE LECTURA:	MS005657 18
MEDIDOR NO:	117-22549447
MEDIDOR NO:	117-22549447

CALIDAD DEL SERVICIO



USO EFICIENTE DE LA ENERGÍA

Es importante que apagues por completo todos los dispositivos que no vas a usar, si no se pueden apagar te recomendamos configurarlos en modo ahorro de energía.

CONTÁCTANOS

Trámites y solicitudes enel.com.co/es/personas/tu-duda.html
Chat de servicios enel.com.co/es/personas/chat-de-atencion.html
315 890 9003 (Elena Bot o paso Asesor)
Enel Colombia
@EnelClientesCO
Registrate gratis
Zona privada de la página Web
App Enel Clientes Colombia

ENERGÍA AL SERVICIO DEL CLIENTE
Bogotá, Sabana y Cundinamarca
601 5 115 115

EMERGENCIAS
115 Gratuito las 24 horas

DENUNCIAS
601 5140055
denuncias@enel.com

DEFENSOR DEL CLIENTE
https://www.enel.com.co/es/personas/defensor-cliente.html
defensor@enel.com

¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?

Medios virtuales de Pago
APP Banco · Internet · Teléfono Banco · Débito Automático · Cajero Electrónico · APP Enel Clientes Colombia · Botón de Pago - Online · Botón de Pago Bancolombia

Billetera Virtual
Daviplata · MOVII · NEQUI · Epaga

Corresponsales Bancarios
CONRED · Efecty · MOVIRED

Red Distrital
RED CADE

Centros de Servicio
enel

Almacenes de Cadena
Jumbo

Código QR

Si paga en un corresponsal bancario, sujeto al disponible del datáfono. El sello del corresponsal no es un soporte válido en caso de reclamo.

Inscríbete a la factura virtual Enel y aprovecha los beneficios.

Escanea el código.

COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo: Vigencia: SEP/2024
G: $338,63 T: $48,55 D: $266,00 CV: $109,39 PR: $65,27 R: $11,02 CF: $0,00 / $838,70 Costo kWh Mes

GRUPO 11 CIRCUITO: MD 6475/1870 -- NIVEL DE TENSIÓN= PROPIEDAD: Empresa
ACTIVIDAD ECONÓMICA 3514 Comercialización de Energía Eléctrica Tarifa 11,04 por mil. Somos autorretenedores según Resolución No. 0547 de 25 de enero 2002. IVA Régimen Común CUMPLIMIENTO RESOLUCIÓN CREG 015 DE 1995.
Sobre el contenido de la presente factura el Cliente cuenta con los mecanismos de defensa previstos en la Ley 142 de 1994, y podrá hacer uso de éstos antes de la fecha señalada para pago oportuno. Para mayor información comunicate al (601) 5 115 115, fuera de Bogotá al 01 8000 912 115, o en nuestros Centros de Servicio al Cliente. Operador de red: ENEL COLOMBIA S.A. ESP. Somos grandes contribuyentes según resolución No 9061 de 10 de diciembre de 2020.
"Sobre el acto de suspensión proceden el recurso de reposición y en subsición de apelación, el cual deberá presentarse ante la Empresa previo a la suspensión del servicio."
Esta factura de cobro presta mérito ejecutivo de conformidad con el Artículo 130 de la ley 142 1994
En cumplimiento de la resolución CREG 156/11 consultar www.enel.com.co
IMPORTANTE: En cumplimiento de la resolución CREG 038 de 2014, la cual modificó el Código de Medida, se establecieron obligaciones, actividades y responsabilidades asignadas a ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. y sus usuarios. Para obtener mayor información, le invitamos a consultarlas en nuestra página web www.enel.com.co o comunicate a la línea (601) 5 115 115, fuera de Bogotá al 01 8000 912 115, o en nuestros Centros de Servicio al Cliente.
ENEL COLOMBIA S.A. ESP presta el servicio de recaudo para terceros a través de la factura del servicio público domiciliario de energía eléctrica (Encargos de Cobranza), de acuerdo con la aceptación expresa emitida por el cliente para el uso de la factura como canal de recaudo. ENEL COLOMBIA S.A. ESP no es responsable por el servicio que prestan los terceros, ni por los valores facturados. Para mayor información relacionada con estos recaudos, por favor dirigirse a los canales de atención habilitados por cada Empresa.
El prestador del servicio de comercialización y distribución de energía eléctrica y de productos y servicios de valor agregado es ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. NIT. 860.063.875-8. Entidad vigilada por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios.

FECHA EXPEDICIÓN: 04/10/2024

Factura impresa por Carvajal Soluciones de Comunicación SAS NIT 800.058.812-

57112

Total Energía		Portafolio Enel X		Total a Pagar	PAGO OPORTUNO	FECHA DE SUSPENSIÓN
$184.740	+	$0	=	$184.740	17 OCT /2024	21 OCT/2024

ENERGÍA

NÚMERO DE CUENTA: 1729171-3 | PRÓXIMA FECHA DE LECTURA: 01 NOV /2024

Tipo de Lectura: Real — **Situación encontrada: Normal**

CÁLCULO CONSUMO DE ENERGÍA	Lectura Actual	−	Lectura Anterior	=	Diferencia de lecturas	X	Factor	=	Energía Consumida kWh	Energía Facturada kWh	X	Valor Unitario	=	Valor Facturado
ENERGÍA ACTIVA FP	456		177		279		1		279	279		$839,70		$234.277
ENERGÍA REACTIVA	52		22		30		1		30	0		$268,60		$0
SUBSIDIO	Consumo a subsidiar 130,00 kWh				Valor kWh $839,7042		X		Beneficio -45,38 %					-$49.534
ESTE MES LA ENERGÍA QUE DISFRUTASTE, TE COSTO $6.158 DIARIOS												SUBTOTAL:		$184.743

Otros cobros asociados a energía

Ajustes a la decena	$3
SUBTOTAL:	$3

Consumos + Otros cobros asociados a energía (1) TOTAL ENERGÍA $184.740

Otros cobros de productos y servicios

enel X

Te invitamos a consultar el detalle de tus productos y servicios a través de la APP, tu Sucursal Online en la página web o inscribiéndote a FACTURA VIRTUAL desde www.enel.com.co en la sección Personas.

Productos y servicios diferentes a los servicios de energía y aseo (2) TOTAL OTROS $0

¡ Ten en cuenta la fecha de PAGO OPORTUNO para no generar intereses de mora y la FECHA DE SUSPENSIÓN a partir de la cual se suspenderá el servicio en caso de no pago. Por lo anterior y de acuerdo con los costos publicados en el pliego tarifario, el costo por concepto de reconexión es hasta de $89.658

Informamos que de no realizar el pago de sus obligaciones Crédito Fácil CODENSA en la fecha de PAGO OPORTUNO, éstas entrarán en mora, ante lo cual se realiza reporte negativo a las bases de información Financiera y cobro por gastos de cobranza si la mora supera 15 días y se realiza gestión de cobro.

ESTIMADO CLIENTE: El porcentaje de subsidio para el consumo de subsistencia (0 – 130 kWh/mes) es de -45,38 %.

Realiza trámites y consultas en nuestros canales digitales.

Al registrarte y asociar tu cuenta de energía en la zona privada de la Web o la App Enel, podrás:

- Descargar y pagar tu factura.
- Consultar el histórico de tu consumo, facturas y pagos.
- Generar convenios de pago y realizar otras solicitudes.

Escanea y regístrate:

DISPONIBLE EN Google Play

App Store



NÚMERO DE CLIENTE	PAGO OPORTUNO
1729171-3	17 OCT /2024
Factura de Servicios Públicos No. 159871152-1	TOTAL A PAGAR $184.740

(415)7707209914253(8020)011729171315987 1521(3900)00000000184740

	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: 02/11/2024

Número de ficha: 2024 | 10 | 77 | 44 | 12 | 05 | 19
(Año | Localidad | Proyecto | Código unidad operativa)

SECCCIÓN A. VARIABLES BÁSICAS

1. Primer Apellido, según su documento de identidad: Buitrago
2. Segundo Apellido, según su documento de identidad: Escobar
3. Primer Nombre, según su documento de identidad: Oliver
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 [1] Femenino [2] Transgénero [3] (Travesti, transexual, transformista)
No binario [5] No informa [4] No Aplica [98] X

6. Nombre Identitario * (Esta pregunta aplica solo a personas mayores de 14 años y que hayan marcado la opción 3 de la pregunta 5):

7. ¿Se identifica como persona transgénero femenina o transgénero masculino? * (Esta pregunta aplica solo a personas mayores de 14 años y que hayan marcado la opción 3 de la pregunta 5)
Transgénero Masculino [1] Transgénero Femenina [2]

8. ¿Cuál es su orientación sexual? * (Esta pregunta aplica solo a personas mayores de 14 años):
Heterosexual [1] Bisexual [3] Otro, ¿Cuál?
Lesbiana [5] No informa [4]
Gay [6] No Aplica [98]

9. Tipo de documento de identificación:
Cédula de ciudadanía [1] Cédula de extranjería [2] Tarjeta de identidad [3] Registro civil [6] X Pasaporte... [13]
Permiso especial de permanencia [16] Salvo conducto [19] Permiso por protección temporal .. [21] Sin Identificación [8]

10. Número de documento de identificación: 1233701934
11. Municipio nacimiento: Bogota D.c
12. Departamento nacimiento: Bogota D.c

13. País nacimiento: Colombia
14. Sexo de nacimiento: Hombre [1] X Mujer [2] Intersexual [3]
15. Fecha de nacimiento: (según su documento de identidad) 01/03/2002
16. Estado civil: Soltero/a [1] X Casado/a [2] Unión libre [3] Separado/a Divorciado/a [4] Viudo/a [5] Unión marital de hecho [6]

17. Nivel educativo actual
Educación Inicial modalidad familiar [25] Preescolar [6] Básica secundaria y media [8] Tecnológico [19] Universitaria completa (con título) [12] Postgrado completo (con título) [15]
Educación inicial modalidad institucional [27] Básica primaria [7] Técnico [18] Universitaria incompleta (sin título).... [21] Postgrado incompleto (sin título) [22] Educación desde lo propio [25] Ninguno [1] X
18. Años aprobados:

19. ¿Es persona cuidador/a? (pregunta para mayores de 14 años
Si [1] No [2] X (pase a la pregunta 25)

20. ¿Es cuidador/a de niños, niñas menores de 5 años? (Aplica para personas mayores de 14 años)
Si [1] No [2]

21. ¿Es cuidador/a de niños, niñas entre 06 a 10 años?
Si [1] No [2]

22. ¿Es cuidador/a de personas con discapacidad?
Si [1] No [2]

23. ¿Es cuidador/a de personas mayores?
Si [1] No [2]

24. ¿Dedica su tiempo a labores del cuidado de casa?
Si [1] No [2]

25. Actividad Principal: * (Esta pregunta aplica solo a personas mayores de 3 años)
Buscando trabajo [2] Trabajo no remunerado [4] Sin actividad [8]
Estudiando [3] Jubilado / pensionado [6] Cuidador [11]
Trabajo Formal [12] Trabajo Informal [13] No aplica [98] X

26. Rol ocupacional: * (Esta pregunta aplica solo a personas mayores de 14 años
Vendedor Informal [19] Cachivachero [22] Reciclador [9] Cuidado directo [27] Jornalero [33] Actividades rurales [29]
Cotero [20] Actividades Sexuales pagadas [23] Actividades Artísticas callejeras [24] Cuidado Indirecto [28] Vigilar finca o predio [30] Otras ocupaciones [32]
Carretero [21] Mendicidad [12] Vigilar o limpiar carros [25] Calibrar llantas [26] Estudiante [31] No aplica [98] X

27. ¿Cuantas horas a la semana dedica al rol ocupacional seleccionado?: (Esta pregunta aplica solo a mayores de 14 años)
0 Horas

28. Valor de los ingresos mensuales: * (Esta pregunta aplica solo a personas mayores de 14 años)
$ 0

29. Forma de percibir los ingresos: *(Aplica solo a personas mayores de 14 años):
Diario [1] Semanal [4]
Mensual [2] Quincenal [5]
Esporádico [3] No aplica [98] X

30. Localidad donde desarrolla su rol ocupacional: * (Esta pregunta aplica solo a personas mayores de 14 años):
Usaquén [1] San Cristóbal [4] Bosa [7] Engativá [10] Teusaquillo [13] Puente Aranda [16] Ciudad Bolivar [19]
Chapinero [2] Usme [5] Kennedy [8] Suba [11] Los Mártires [14] La Candelaria [17] Sumapaz [20]
Santa fe [3] Tunjuelito [6] Fontibón [9] Barrios Unidos [12] Antonio Nariño [15] Rafael Uribe [18] No Aplica [98] X

31. ¿Está afiliado a seguridad social?
Si [1] X No [2] (pase a la pregunta 34)

32. Regimen de seguridad social
Contributivo [1] X Subsidiado [2]
Especial [3]

33. Calidad del afiliado:
Aplica solo si la respuesta en la pregunta 32 es "Contributivo"
Beneficiario [1] X Cotizante [2]

34. ¿Tiene clasificación de Sisbén?
Si [1] No [2] X

35. Clasificacion 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: 28 04 2024

Número de ficha: 2024 10 734 LZ05 29 (Año / Localidad / Proyecto / Código unidad operativa)

SECCIÓN B. VARIABLES TRANSVERSALES

1. Persona con discapacidad
Si [1]
No [2] X *Pase a 4*

2. Tipo de discapacidad
Física [20] Auditiva [31] Intelectual [39]
Psicosocial [40] Visual [32] Sordo ceguera [10]
Alteración del desarrollo [37] Múltiple [42] Trastornos del espectro autista (TEA) [38]

3. Presenta alguna de las siguientes dificultades o limitaciones permanentes para:

Acción / Dificultad	No puedo hacerlo	Sí, con mucha dificultad	Sí, con alguna dificultad	Puedo hacerlo sin dificultad
1. ¿Relacionarse o interactuar con las demás personas?				
2. ¿Hablar o conversar?				
3. ¿Agarrar o mover objetos con las manos?				
4. ¿Entender, aprender, recordar o tomar decisiones por sí mismo(a)?				
5. ¿Oír la voz o los sonidos?				
6. ¿Mover el cuerpo, caminar o subir y bajar escaleras?				
7. ¿Ver de cerca, de lejos o alrededor?				
8. ¿Comer, vestirse o bañarse por sí mismo(a)?				

4. Tipología de estructura familiar:
Hogar familiar Nuclear [1] X
Hogar familiar amplio compuesto [3]
Hogar familiar amplio extenso [2]
Hogar familiar sin Núcleo [4]
Hogar no familiar unipersonal [5]
Hogar no familiar sin núcleo [6]

5. Situaciones y/o condiciones diferenciales de las familias
Familia con pertenencia étnica [1]
Familia transgenero [2]
Familia víctimas del conflicto armado [3]
No aplica [98] X

6. Identifique su nacionalidad con las siguientes opciones:
Nacional [1] X
Otra nacionalidad [2]
Binacional [3]
Múltiple nacionalidad [4]
Sin nacionalidad [5]
No reporta [6]

7. ¿Es una persona migrante?
Si [1]
No [2] X

8. Grupo Étnico: ¿De acuerdo con su cultura, pueblo o rasgos físicos, es o se reconoce cómo?
Indígena [1]
Rrom (Gitano) [2]
Raizal del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina [3]
Palenquero de San Basilio [4]
Negro/a, Mulato/a, afro colombiano/a, o afro descendiente. [5]
Ninguno de los anteriores [6] X

9. Pueblo indígena: (En las instrucciones de diligenciamiento se encuentra la lista completa de los pueblos indígenas con sus respectivos códigos, en la opción otro se debe escribir solo el código que refiera el instructivo
Nasa (Paéz) [1] Quillasinga [4] Sicuani [6] Misak Misak [60] Cañamomos [10] Kichwas [15] Arhuacos [13] Embera Chamí [35] Ninguna de las anteriores [17]
Wayuu [2] Ulitolos [85] Tubu [67] Eperara-siapidara [30] Muiscas [16] Kankuamo [45] Pijao [14] Embera Dóbida [29] Otro ¿cuál? Digite código del instructivo
Pastos [65] Senú [5] Yanaconas [7] Ingas [9] Awa (Kwaiker) [11] Kogui [49] Kubeo [50] Embera Katío [34]

10. Parentesco con jefe/a de la familia:
Jefe/a núcleo familiar [1] Padre/Madre [3] Hijo/a [5] X Hermano/a [7] Primo/a [9] Nieto/a [11] Otro No pariente [13]
Cónyuge o compañero/a [2] Padrastro / Madrastra [4] Abuelo/a [6] Tío/a [8] Sobrino/a [10] Otro pariente [12] Hijastro [14]

11. ¿Víctima de conflicto armado?:
Si [1]
No [2] X *Pase a 15*

12. Número registro único de víctimas

13. Año en que realizo la declaración:

14. Si respondió afirmativamente la pregunta 11, indique los motivos. (Selección múltiple)
Acto terrorista, atentado [1] Amenazas [3] Masacres [5] Tortura [7] Desaparición forzada [9] Minas personales, municiones sin explotar y artefactos explosivos [11] VSRC en su grupo familiar [14]
Combates, enfrentamientos [2] Homicidio [4] Secuestro [6] Despojo y abandono de tierras [8] Desplazamiento forzado [10] Vinculación de niños/as y adolescentes a grupos al margen de la ley [12] VSRC en población LGBTI [15]
Orfandad [16] No informa [17]

15. ¿Habita en calle?
Si [1] *Pase a 17*
No [2] X *Pase a 16*

16. ¿Se encuentra en riesgo de habitar en calle?
Si [1]
No [2] X

17. ¿Ha recibido capacitación, formación o tiene experiencia en algún arte u oficio?: ** (Esta pregunta aplica solo a personas mayores de 14 años)*
Si [1]
No [2]
No aplica [98] X
Si la respuesta es 2 o 98 Pase a 18

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: 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

19. En los últimos treinta (30) días, ¿Cuántos fueron los gastos aproximados del hogar en los siguientes rubros?: * (Esta pregunta aplica para el hogar

Rubro	Valor del gasto en pesos	Rubro	Valor del gasto en pesos
Vivienda (Arriendo y/o valor cuota	$ 800000	Recreación	$ 100000
Servicios públicos domiciliarios (agua, energía, gas, teléfono fijo, internet, teléfono celular, televisión por cable	$ 300000	Gastos en salud (consultas, medicamentos, etc.)	$ 0
Pagos a terceros cuidadores	$ 0	Transporte o movilidad de los integrantes del hogar	$ 200000
Artículos de aseo personal	$ 150000	Educación (útiles, pensión, transporte escolar, fotocopias, etc.)	$ 0
Alimentación	$ 400000	Total	$ 1950000

20. ¿Usted se considera campesino/a? Se responde lo que el/ella entrevistado/a responda según su sentir y apropiación de concepto.

Si 1 | No 2 X | No informa 3

21. ¿Usted considera que la comunidad en la que vive es campesina? Se responde lo que el/ella entrevistado/a responda según su sentir y apropiación de concepto

Si 1 | No 2 X | No informa 3

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.	PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL FORMATO FICHA SIRBE SERVICIOS SOCIALES INFORMACIÓN BÁSICA Y TRANSVERSAL: CABEZOTE	Código: FOR-PSS-321 Versión: 1 Fecha: Memo 2023015255 - 25/05/2023 Página: 4 de 6

Fecha de diligenciamiento: 22/12/2024

Número de ficha: 2024 10 77 41 120529

Año | Localidad | Proyecto | Código unidad operativa

SECCION C UBICACIÓN GEOGRAFICA

1. Localidad donde habita

Usaquén	1	Santa fe	3	Usme	5	Bosa	7	Fontibón	9	Suba	11	Teusaquillo	13	Antonio Nariño	15	La Candelaria	17	Ciudad Bolivar	19
Chapinero	2	San Cristóbal	4	Tunjuelito	6	Kennedy	8	Engativá	10 X	Barrios Unidos	12	Los Mártires	14	Puente Aranda	16	Rafael Uribe	18	Sumapaz	20

2. UPZ o UPR: 74

3. Nombre del barrio / Vereda: La Fagena

4. Escriba su direccion completa

Calle	CL	Transversal	TV	Avenida	AV
Carrera	KR X	Avenida calle	AC		
Diagonal	DG	Avenida carrera	AK		

Numero de la via principal	Alfabético	BIS	Cuadrante	Número via generadora	Alfabético		Numero placa	Cuadrante
121		Alfabético	S S	69	C	-	04	S S
Nombre de la via principal:			E E					E E
Nombre sinónimo de la via principal:								

5. Escriba el complemento de la dirección: (direccion rural, interior, apartamento, oficina)
* vea las convenciones a continuación y/o en las instrucciones de el instructivo de diligenciamiento

P1 3

Complemento dirección								
AD. Administración	BQ. Bloque	CT. Carretera	ET. Etapa	LM. Local Mezzanine	OF. Oficina	PN. Puente	SM. Super 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. Célula	DS. Depósito sótano	GS. Garaje sótano	LT. Lote	PA. Parcela	PT. Portería	SS. Semi sotano	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	TO. Torre	

6. Tipo de zona: Urbana 1 X | Rural 2 | Urbana sin dirección 3

7. Estrato socio – económico del predio: Uno 1 | Tres 3 | Cinco 5 | Dos 2 X | Cuatro 4 | Cero 0

8. Teléfono fijo de contacto: 0

9. Teléfono celular de contacto: 3203638001

10. Correo electrónico de contacto: Jonathangars17@hotmail.com

11. ¿Habita en una vivienda?: Si 1 X | No 2 pase a la pregunta 16

12. Tipo de vivienda

Casa o apartamento	1 X	Vivienda móvil	4	Lugar de trabajo	7
Cuarto o cuartos	2	Casa lote	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 X	Arrendada	2

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	Código: FOR-PSS-321 Versión: 1 Fecha: Memo 2023015255 - 25/05/2023 Página: 5 de 6

Fecha de diligenciamiento: 2 0 M M A 0 8 4

Número de ficha: 2 0 2 4 1 0 7 7 4 4 1 2 0 3 2 9
(Año: 2024 | Localidad: 10 | Proyecto: 7744 | Código unidad operativa: 12039)

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 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 NIVEL Años aprobados	¿Asiste actualmente?	SISTEMA DISTRITAL DE CUIDADO						Actividad	Rol ocupacional	¿Cuantas horas a la semana dedica a esta ocupación?	Valor de los ingresos mensuales	Forma de percibir los ingresos	Localidad donde realiza actividad principal	SALUD			DISCAPACIDAD		Grupo étnico	Pueblo Indígena	VÍCTIMA DE CONFLICTO ARMADO		¿Ha recibido capacitación, formación o tiene experiencia en algún arte u oficio?		De acuerdo con la respuesta anterior ¿En qué cree que puede desempeñarse?
	Tipo	Número							Día	Mes	Año						¿Es persona cuidadora/a?	Niños/as de 0 a 5 años	Niños/as de 6 a 10 años	Persona con discapacidad	Persona mayor	Cuidado de casa							Afiliado al régimen de seguridad social	Régimen de seguridad social	Calidad del afiliado	¿Persona con discapacidad?	Tipo			¿Es victima del conflicto armado?	Motivo			
1	1	1014226204	1 Buitrago 2 Pico	1 Jonathan 2 Fabian	1	1		1	26	09	1991	33	3	1	8 6	Si No	Si No	Si No	Si No	Si No	Si No	Si No	13	32	40	1800000	5	6	X No	L	1	Si No		6		Si No		Si No aplica		
2	1	1014269427	1 Escobar 2 Sanabria	1 Jennifer 2 Paola	2	2		1	15	09	1995	29	3	2	12 5	Si No	X No	Si No	Si No	Si No	Si No	X No	12	32	40	1600000	5	1	X No	1	2	Si No		6		Si No		Si No aplica		
3	6	1233701934	1 Buitrago 2 Escobar	1 Oliver 2	1	98		98	13	10	2022	2	1	5	1	Si No	Si No	Si No	Si No	Si No	Si No	Si No	98	98	0	0	98	98	X No	1	1	Si No		6		Si No		Si No aplica		
4			1 2	1 2												Si No	Si No	Si No	Si No	Si No	Si No	Si No							Si No			Si No				Si No		Si No aplica		
5			1 2	1 2												Si No	Si No	Si No	Si No	Si No	Si No	Si No							Si No			Si No				Si No		Si No aplica		

No. Integrante	A		B	C	D	E	F	G	H				I	J	K		L	M	N	O	P	Q	R	S	T	U	V	W	X			Y		Z	AA	AB		AC	AD
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD		APELLIDOS Escriba: En el renglón 1, primer apellido En el renglón 2, segundo apellido	NOMBRES Escriba: En el renglón 1, primer nombre En el renglón 2, segundo nombre	Sexo	¿Con cuál género se identifica?	¿Transgenero masculino o transgenero femenino?	¿Cuál es su orientación sexual?	FECHA NACIMIENTO			Edad aproximada	ESTADO CIVIL	PARENTESCO (Con jefe/a del núcleo familiar)	NIVEL EDUCATIVO ACTUAL		SISTEMA DISTRITAL DE CUIDADO						Actividad	Rol ocupacional	¿Cuantas horas a la semana dedica a esta ocupación?	Valor de los ingresos mensuales	Forma de percibir los ingresos	Localidad donde realiza actividad principal	SALUD			DISCAPACIDAD		Grupo étnico	Pueblo Indígena	VÍCTIMA DE CONFLICTO ARMADO		¿Ha recibido capacitación, formación o tiene experiencia en algún arte u oficio?	De acuerdo con la respuesta anterior ¿En qué cree que puede desempeñarse?
	Tipo	Número							Día	Mes	Año				NIVEL Años aprobados	¿Asiste actualmente?	¿Es persona cuidadoro/a?	Niños/as de 0 a 5 años	Niños/as de 6 a 10 años	Persona con discapacidad	Persona mayor	Cuidado de casa							Afiliado al régimen de seguridad social	Régimen de seguridad social	Calidad del afiliado	¿Persona con discapacidad?	Tipo			¿Es víctima del conflicto armado?	Motivo		
6			1	1												Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí							Sí			Sí				Sí		Sí No	
			2	2												No	No	No	No	No	No	No							No			No				No		No aplica	
7			1	1												Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí							Sí			Sí				Sí		Sí No	
			2	2												No	No	No	No	No	No	No							No			No				No		No aplica	
8			1	1												Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí							Sí			Sí				Sí		Sí No	
			2	2												No	No	No	No	No	No	No							No			No				No		No aplica	
9			1	1												Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí							Sí			Sí				Sí		Sí No	
			2	2												No	No	No	No	No	No	No							No			No				No		No aplica	
10			1	1												Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí							Sí			Sí				Sí		Sí No	
			2	2												No	No	No	No	No	No	No							No			No				No		No aplica	
11			1	1												Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí							Sí			Sí				Sí		Sí No	
			2	2												No	No	No	No	No	No	No							No			No				No		No aplica	
12			1	1												Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí							Sí			Sí				Sí		Sí No	
			2	2												No	No	No	No	No	No	No							No			No				No		No aplica	
13			1	1												Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí							Sí			Sí				Sí		Sí No	
			2	2												No	No	No	No	No	No	No							No			No				No		No aplica	

Tratamiento de datos personales: Los datos personales aquí consignados tienen carácter confidencial, razón por la cual es un deber y un compromiso de los asistentes y de la SDIS no divulgar información alguna en propósito diferente a la de este registro so pena de las sanciones legales a que haya lugar de acuerdo con la Ley 1581 de 2012 y Decreto 1377 de 2013.

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL	PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL PROYECTO 7744 GENERACION DE OPORTUNIDADES PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA DE BOGOTÁ FORMATO FICHA SIRBE SERVICIOS: JARDINES INFANTILES Y CRECIENDO JUNTOS	Código: FOR-PSS-334 Versión: 2 Fecha: Memo I2023015020-24/05/2023 Página: 1 de 4

Fecha de diligenciamiento: 21122024

Número Ficha: 2024 (Año) 10 (Localidad) 774 (Proyecto) 4 (Código Unidad Operativa) 1 2 0 3 2 9

SECCION E MODALIDAD DE ATENCION

1. Indique la modalidad en la cual se diligencia la ficha SIRBE

Modalidades Familiares

Creciendo Juntos [ ] Crecemos en la Ruralidad [ ]

Modalidades institucionales: Si selecciona alguna de las modalidades institucionales diligencie la pregunta 2 y pase a la seccion I.

Jardines Infantiles [X] Jardines Infantiles Nocturnos [ ] Casas De Pensamiento Intercultural [ ] Espacios Rurales [ ]

2. Escriba el nombre de la Subdirección Local – SLIS o Unidad Operativa donde se identifica la gestante, lactante, niña o el niño: Jardin Infantil Cofinanciado Peritos

SECCION F. A QUIEN VA DIRIGIDA LA MODALIDAD FAMILIAR:

1. La modalidad se solicita para.
Gestante... [1] *Pase a sección G* Niña - niño .. [2]

2. ¿La atención de la niña-niño en la modalidad se ha realizado desde la gestación?:
Si... [1] Nombre de la madre: _____ Nº. Identificación de la madre: _____ No..... [2]

3. ¿La niña o niño es menor de 6 meses y está lactando?
Si.. [1] *Pase a sección H* No. [2] *Pase a sección I*

SECCIÓN G. CONCEPCIÓN Y GESTACIÓN.

1. ¿Cuál fue la fecha de inicio de su última menstruación FUM?: D D M M A A A A

2. ¿Asiste a control prenatal?:
Si..... [1]
No... [2] *Pase a la pregunta 4*

3. ¿Fecha del último control médico?: D D M M A A A A

4. ¿Número de hijas-hijos nacidos vivos?:
Entre 1 y 3.. [1] Más de 6... [3]
Entre 4 y 6.. [2] Ninguna.... [93]

5. ¿Qué edad tiene el padre de la hija- hijo que espera?:
Entre 14 y 16 años [1] Entre 21 y 40 años [3]
Entre 17 y 20 años [2] Más de 41 años .. [4]
Menor de 14 años [5]

6. ¿Cuenta con el apoyo del padre de su hija-hijo para el cuidado de su embarazo?:
Si... [1] No... [2]

7. ¿Quién cuidará principalmente a su hija-hijo después del nacimiento?:
Padres..... [1] Sólo Padre... [3] Otros parientes..... [5]
Sólo Madre... [2] Abuelo-a..... [4] Otros no parientes.. [6]
Modalidad institucional para la Primera infancia... [7]

8. ¿Recibió información o capacitación sobre sus derechos sexuales y reproductivos, antes de quedar embarazada?:
Si... [1] No... [2] *Pase a la pregunta 10*

9. ¿Quién le brindo la información sobre sus derechos?:
Hospital [1] Colegio. [3] Amigos-as.... [5] Madre..... [7]
SDIS.... [2] ONG.... [4] Hermanos-as [6] Padre..... [8]
Partera/ doula.. [9]

10. ¿Ha recibido información o capacitación acerca de algunos de estos temas?: *(selección múltiple)*
Cuidados durante la gestación..... [1] Lactancia materna..... [3] Construcción del vínculo afectivo madre- hijo... [6]
Sus derechos y los de su pareja en el momento del parto. [2] Desarrollo infantil..... [5] Prevención de accidentes en el hogar..... [4]
Ninguna... [93] *Pase a la pregunta12*

11. ¿Quién le brindo la información sobre los temas anteriores?:
Hospital..... [1] Colegio..... [3] Otra entidad..... [5] Otra persona... [6]
SDIS..... [2] ONG..... [4] Partera/ doula... [9]

12. ¿Usted deseaba quedar en embarazo?:
Si..... [1]
No..... [2]

13. ¿Cuál es el estado nutricional actual de la persona gestante según el control prenatal o concepto de salud?
Bajo peso..... [1] Peso adecuado..... [2]
Exceso de peso... [3] Sin información..... [4]

14. El embarazo es múltiple?
Si... [1] No... [2]

15. ¿El embarazo ha sido clasificado como de alto riesgo?:
Si... [1] No... [2]

16. ¿Cómo piensa alimentar a su hija-hijo cuando nazca?:
Leche materna... [1] Leche de fórmula..... [2]
Leche de vaca... [3] Otros alimentos..... [4]

17. Después de la hija-hijo que está esperando, le gustaria:
Tener otro..... [1] No tener otro... [2]
Está indecisa/o Insegura/o... [3] *Pase sección k*

SECCIÓN H. INFORMACION DE LA LACTANTE: (persona que amamanta)

1. ¿Qué tipo de parto tuvo?
Vaginal. ..... [1]
Cesárea. ..... [2]

2. ¿Para el parto tuvo la oportunidad de elegir *(selección múltiple)*?
Lugar donde se producirá el parto. [1] La posición de parir..... [3]
Tipo de parto . [2] Ninguna... [93] La elección del acompañante [4]

3. ¿Está usando un método anticonceptivo?
Si. ..... [1]
No. ..... [2]

4 ¿En cuánto tiempo desea tener otro embarazo?
Antes de 1 año .. [1] Después de 2 años o más. . [3]
Antes de 2 años [2] No tendré más embarazos. . [4]

5. ¿Ha recibido información o capacitación acerca de algunos de estos temas?: *(selección múltiple)*
Lactancia materna... [3] Construcción del vínculo afectivo madre- hijo. [6]
Desarrollo infantil... [5] Prevención de accidentes en el hogar. ..... [4]
Ninguna [93] *Pase a la pregunta 7*

6. ¿Quién le brindo la información sobre los temas anteriores?:
Hospital..... [1] Colegio..... [3] Otra entidad..... [5] Otra persona... [6]
SDIS..... [2] ONG..... [4] Partera/ doula... [9]

7. Qué opina sobre esta afirmación: "Se debe amamantar a su hijo e hija durante los primeros 6 meses de vida de forma exclusiva":
Totalmente de acuerdo. ..... [1] Parcialmente de acuerdo. .. [2] En desacuerdo. . [3]

8. ¿Tiene información sobre como iniciar la alimentación complementaria?
Si..... [1] No. .. [2]

9. ¿Tiene acompañamiento para su cuidado durante la lactancia?
Si. ... [1] No.... [2]

	PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL PROYECTO 7744 GENERACION DE OPORTUNIDADES PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA DE BOGOTÁ FORMATO FICHA SIRBE SERVICIOS: JARDINES INFANTILES Y CRECIENDO JUNTOS	Código: FOR-PSS-334 Versión: 2 Fecha: Memo I2023015020-24/05/2023 Página: 2 de 4

SECCION I. INFORMACIÓN DEL NIÑO O LA NIÑA Si se desconoce la información de alguna(s) de la(s) pregunta(s) de 1 a la 12, por que el niño o la niña se encuentra en medida de protección o bajo custodia de familiares que desconocen la información relacionada con sus primeros años de vida, deje la(s) respuesta(s) en blanco e indique la situación en la descripción de la problemática

1. ¿Dónde fue atendido el parto de la niña o niño?
Hospital..... [1 X] Casa..... [3] Ambulancia... [5]
Centro de salud [2] Espacio público [4]

2. Quien atendió el nacimiento de la niña o el niño?
Médico..... [1 X] Partera/doula ..... [3]
Enfermera... [2] Personal no médico... [4]

3. ¿El primer contacto piel a piel con su hija-o, después de nacer, fue?:
½ hora o antes... [1] 2 horas..... [3 X]
1 hora..... [2] Más de 4 horas... [4]

4. ¿En qué semana de gestación nació su hija-o?: 40 Semanas
DATO VALIDO ENTRE 22 Y 42

5. ¿Cuál fue el peso de su hija-o al nacer?: 3235 Gramos
DATO VALIDO ENTRE 450 Y 6000

6. ¿Cuál fue la talla de su hija-o al nacer?: 45 Centimetros
DATO VALIDO ENTRE 22 Y 60

7. La niña o el niño recibió leche materna alguna vez?
Si... [1 X] No... [2] *Pase a la pregunta 13*

8. ¿Después de cuánto tiempo de nacido su hija-o inicio la lactancia materna?:
Inmediatamente.. [1] Menos de 24 horas... [3 X] No sabe/No responde [5]
Menos de 1 hora.. [2] Más de 24 horas..... [4]

9. ¿Actualmente el niña-o recibe leche materna?:
Si... [1] No... [2 X] *Pase a la pregunta 12*

10. La niña o el niño recibe algún alimento diferente a la leche materna?: Si [1] No [2] *Pase a la pregunta 13*

11. ¿Qué edad tenía su hija-o cuando recibió un alimento diferente a la leche materna?: _____ Meses. *Pase a la pregunta 13*

12. ¿Qué edad tenía su hija-o cuando dejo de darle leche materna completamente?: 7 Meses

13. ¿Asiste a valoración integral de la salud y el desarrollo (crecimiento y desarrollo) ?:
Si..... [1 X] No..... [2] *Pase a la pregunta 15*

14. ¿Fecha del último control?: 0 6 0 5 2 0 2 4
Pase a la pregunta 16

15. Por qué la niña o el niño no ha asistido a valoración integral de la salud y el desarrollo?:
Dificultad en la asignación de la cita. [1] Sin servicio de salud... [2] Desconocimiento... [3] Falta de tiempo... [4]

16. ¿La niña o el niño, cuenta con el esquema de vacunación al dia?:
Si..... [1 X] *Pase a la pregunta 18* No..... [2]

17. ¿Por qué la niña o el niño no cuenta con el esquema de vacunación al día?:
Creencias religiosas o culturales... [1] Olvido... [2] Pérdida del carné... [3] Desconocimiento... [4] Falta de tiempo... [5]

18. ¿Actualmente, la niña o el niño tiene una condición de salud?:
Si..... [1] No..... [2 X] *pase a la pregunta 21.*

19. ¿La condición de salud de la niña o el niño, implica?: *(Selección múltiple)*
Uso de oxígeno durante el sueño. [1] Alimentación por sonda. [3] Procedimientos invasivos..... [5] Toma de medicamentos [7] Condiciones osteomusculares [9]
Uso de oxígeno permanente..... [2] Traqueotomía ..... [4] Inmunodeficiencia ..... [6] Alteraciones en la piel... [8] Ninguno de los anteriores..... [96]

20. ¿La condición de salud de la niña o el niño pone en riesgo su vida al ingresar al entono institucional?
Si.... [1] Requiere verificación. [3]
No... [2]

21. ¿Actualmente, el padre, la madre o el cuidador de la niña o el niño presenta alguna de las siguientes condiciones?: *(Selección múltiple)*
Habitabilidad en calle [1] Realiza actividades sexuales pagas [2]
Ninguna ..... [93 X] Consumo de sustancias psicoactivas [3]

22. ¿Actualmente, la niña o el niño se encuentra expuesto a condiciones de?: *(Selección múltiple)*
Habitabilidad en calle [1] Espacios donde se desarrollan actividades sexuales pagas [2] Consumo de sustancias psicoactivas [3] Trabajo infantil [4] Mendicidad [5] Ninguna. [93 X]

23. El padre o madre de la niña o niño es?: *(Selección múltiple)*
Desmovilizado [1] Desvinculado.. [2] Militar con discapacidad [3] Militar fallecido..... [4] Ninguna de las anteriores.. [96 X]

24. El padre o madre de la niña o el niño trabaja en reciclaje?
Si... [1] No... [2 X]

25. ¿Ha presentado solicitud de ingreso a?: *(Selección múltiple)*
Jardín infantil Diurno [1] Casas de pensamiento interculturales..... [4] Hogar comunitario ICBF... [7] Institución privada..... [10]
Jardín infantil Nocturno [2] Crecemos en la ruralidad o espacios rurales [5] Hogar infantil ICBF..... [8] Institución Educativa distrital... [11]
Creciendo juntos [3] Centros Amar [6] FAMI del ICBF..... [9] Ninguno..... [93 X]

26. ¿Actualmente, el niño o la niña recibe atención en?:
Jardín infantil Diurno..... [1] Casas de pensamiento interculturales..... [4] Hogar comunitario ICBF... [7] Institución privada..... [10]
Jardín infantil Nocturno..... [2] Crecemos en la ruralidad o espacios rurales [5] Hogar infantil ICBF..... [8] Institución Educativa distrital [11]
Creciendo juntos..... [3] Centros Amar..... [6] FAMI del ICBF..... [9] Ninguno..... [93 X]

27. ¿Ha estado vinculado a modalidades familiares o institucionales de Educación inicial de la SDIS?:
Si..... [1] No... [2 X] *Pase a la pregunta 29*

28. ¿En qué localidad?:
Usaquén..... [1] Santa fe..... [3] Usme..... [5] Bosa..... [7] Fontibón... [9] Suba..... [11] Teusaquillo.... [13] Antonio Nariño. [15] La Candelaria.. [17] Ciudad Bolívar.. [19]
Chapinero... [2] San Cristóbal... [4] Tunjuelito... [6] Kennedy... [8] Engativá... [10] Barrios Unidos. [12] Los Mártires... [14] Puente Aranda. [16] Rafael Uribe.... [18] Sumapaz..... [20]

29. ¿Cuál es el principal motivo por el que solicitó el servicio?:
Nuevas oportunidades para su calidad de vida.. [1] Superar condiciones de segregación y discriminación.. [2] Desarrollo integral para su hija-o.. [3] Responde a las necesidades de la niña-o y su familia.. [4] Fortalecimiento cultural.. [5] Cuidado de su hija o hijo mientras trabaja.. [6 X]

30. ¿Considera importante fortalecer sus conocimientos sobre crianza y desarrollo integral de su hija-hijo?: Si..... [1 X] No..... [2]

31. La niña o niño presenta desnutrición aguda moderada o severa verificada por un nutricionista de la Subdirección Local de acuerdo con la resolución 2465 de 2016 del Ministerio de Salud y Protección Social Si. ..... [1] No..... [2 X]

	PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL PROYECTO 7744 GENERACION DE OPORTUNIDADES PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA DE BOGOTÁ FORMATO FICHA SIRBE SERVICIOS: JARDINES INFANTILES Y CRECIENDO JUNTOS	Código: FOR-PSS-334 Versión: 2 Fecha: Memo I2023015020-24/05/2023 Página: 3 de 4

SECCIÓN J. INFORMACIÓN DEL CUIDADO DE LA NIÑA O DEL NIÑO

1. ¿La niña o el niño en algún momento queda sólo-a?: Si... 1 | No... 2 X *Pase a la pregunta 4*

2. ¿En qué momento: Mañana 1 | Tarde 2 | Noche 3

3. ¿Cuánto tiempo queda sólo?: Menos de una (1) hora 1 | Entre 1 y 3 horas 2 | Más de tres (3) horas 3

4. Quién es el cuidador principal de la niña o el niño: Papá 1 | Mamá 2 | Padrastro 3 | Madrastra 4 | Hermano-a 5 | Tio-a 6 | Abuelo-a 7 X | Otro pariente 8 | Otro No pariente 9

5. ¿Quién cuida a la niña o al niño en la mañana?: Papá 1 | Mamá 2 | Padrastro 3 | Madrastra 4 | Hermano-a 5 | Tio-a 6 | Abuelo-a 7 X | Otro pariente 8 | Otro No pariente 9 | Nadie 10

6. ¿Quién cuida a la niña o al niño en la tarde?: Papá 1 | Mamá 2 | Padrastro 3 | Madrastra 4 | Hermano-a 5 | Tio-a 6 | Abuelo-a 7 X | Otro pariente 8 | Otro No pariente 9 | Nadie 10

7. ¿Quién cuida a la niña o al niño en la noche?: Papá 1 | Mamá 2 X | Padrastro 3 | Madrastra 4 | Hermano-a 5 | Tio-a 6 | Abuelo-a 7 | Otro pariente 8 | Otro No pariente 9 | Nadie 10

8. ¿Cual es la edad en años del cuidador o la cuidadora principal?: 66

9. ¿Cuál es el sexo del cuidador o cuidadora principal?: Hombre 1 | Mujer 2 X | Intersexual 3

10. ¿Cuál es el género del cuidador o la cuidadora principal?: Masculino 1 | Femenino 2 X | Transgénero 3 | No informa 4 | No binario 5 | No aplica 98

11. ¿Cuál es la orientación sexual del cuidador -ra principal?: Heterosexual 1 X | Bisexual 3 | No informa 4 | Lesbiana 5 | Gay 6 | No aplica 98

12. Nivel educativo actual del cuidador o la cuidadora principal: Básica primaria 7 X | Básica secundaria y media 8 | Técnico 18 | Tecnológico 19 | Universitaria incompleta (sin titulo) 21 | Universitaria completa (con titulo) 12 | Postgrado incompleto (sin titulo) 22 | Postgrado completo (con titulo) 15 | Ninguno 93

13. A qué se dedica el cuidador -ra principal? Estudia 1 | Trabaja 2 | Otro 3 X ¿Cuál?: Hogar

14. En qué momento: (*selección múltiple*) Mañana 1 X | Tarde 2 X | Noche 3 X

15. El cuidador-ra principal presenta una discapacidad? Si 1 | No 2 X

16. El cuidador-ra principal presenta una enfermedad de alto costo Si 1 | No 2 X

17. Tipo de documento de identidad del cuidador-ra: Cédula de ciudadania 1 X | Cédula de extranjería 2 | Tarjeta de identidad 3 | Registro civil 6 | Pasaporte 13 | PEP 18 | PPT 21 | Salvo conducto 9 | Sin identificación 8

18. Numero de documento de identidad del cuidador-ra principal: 39526714

Nombres y apellidos del cuidador-ra principal (*según documento identidad*)

19. Primer Apellido: Pico

20. Segundo Apellido: Chivata

21. Primer Nombre: Sara

22. Segundo Nombre:

23. ¿La niña-niño se encuentra bajo medida de protección legal?: Si 1 | No 2 X

24. ¿El niño o la niña ha estado bajo medida de protección legal?: Si... 1 | No 2 X *Pase a sección K*

25. ¿En qué fecha el niño o la niña tuvo la medida de protección legal?: D D M M A A A A

SECCIÓN K. INFORMACION RURALIDAD: si en la pregunta 6 de la Sección C del Cabezote indicó Rural, diligencie esta sección, de lo contrario pase a la sección L

1. La niña, niño o gestante habita en: Centro Poblado 1 | Rural disperso 2

2. La familia de la niña o el niño o la gestante a partir de sus prácticas culturales se reconoce como: Campesino /a 1 | Rural 2 *pasar a la sección L*

3. ¿Para la familia de la niña o el niño o gestante es importante mantener las tradiciones de su identidad campesina en la crianza de su hija o hijo?: Si 1 | No 2

4. ¿La familia de la niña o el niño o gestante conserva tradiciones campesinas?: Si 1 | No 2

5. ¿Para la familia es importante conservar las tradiciones campesinas, en su vida cotidiana?: Si 1 | No 2

SECCION L: INFORMACION ADICIONAL ETNIAS Si en la pregunta 4 de la sección B del cabezote indico que se reconoce perteneciente a un grupo étnico diligencié esta sección, de lo contrario *pase a sección M.*

1. ¿El niño, la niña, la persona gestante habla la lengua del grupo étnico al que pertenece?: Si... 1 | No.... 2

2. ¿El niño o la niña, la persona gestante, conserva tradiciones del grupo étnico al que pertenece?: Si... 1 | No.... 2 *Pase a sección H*

3. ¿Para la familia es importante que en la atención se conserven las tradiciones del grupo étnico al que pertenece?: Si... 1 | No... 2

4. ¿Para la familia es importante conservar en su vida cotidiana las tradiciones del grupo étnico al que pertenece?: Si... 1 | No... 2

SECCION M: DISCAPACIDAD Y ALTERACIONES EN EL DESARROLLO Si en la pregunta 1 de la sección B del cabezote indico que la niña o niño, gestante presenta alguna discapacidad diligencié esta sección, de lo contrario *pase a sección N*

1. Clase de discapacidad (marque la clase de acuerdo con el tipo indicado en la sección de cabezote, si es múltiple indique las clases necesarias, con excepción de las relacionadas con las alteraciones en el desarrollo

ALTERACIONES EN EL DESARROLLO: Del habla y del lenguaje ☐ | De la función motriz ☐ | Del desarrollo mixto ☐ | Del comportamiento e hiperquinéticos ☐ | De los procesos cognitivos ☐

TRANS.ESPECTRO AUTISTA (TEA): TEA ☐

AUDITIVA: Hipoacusia ☐ | Sordera ☐

VISUAL: Baja visión ☐ | Ceguera ☐

INTELECTUAL: Síndrome de Down ☐ | Intelectual ... ☐

FISICA: Osteomuscular ☐ | Neuromuscular ☐ | Parálisis cerebral (EMOC) ☐

PSICOSOCIAL: Psicosocial ... ☐

2. Tiene diagnóstico clínico relacionado con la discapacidad?: Si... 1 | No... 2 *Pase a la pregunta 5*

3. Cuenta con el certificado de discapacidad? Si... 1 | No... 2 *Pase a la pregunta 5*

4. La niña o el niño está inscrito en el RLCPD? Si... 1 | No... 2

5. Requiere ayuda técnica para las actividades de la vida diaria? Si... 1 | No... 2 *Pase a la pregunta 7*

6. Cuenta con ella?: Si... 1 | No... 2

7. Es independiente para el desplazamiento?: Si... 1 | No... 2

8. Apoyos requeridos en el servicio? Intermitente o Limitado 1 | Extenso o Generalizado 2 | En observación 3

9. Cuenta con habilitación o rehabilitación en salud? Si... 1 | No... 2 *Pase a la sección N*

10. De qué tipo: Fonoaudiología 1 | Fisioterapia... 2 | Terapia ocupacional 3 | Neurologia... 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 JUNTOS	Código: FOR-PSS-334 Versión: 2 Fecha: Memo I2023015020-24/05/2023 Página: 4 de 4

SECCIÓN N. DESCRIPCIÓN Y REFERENCIACIÓN:

1. Descripción de la problemática:

Hogar familiar nuclear, el padre labora en una bodega de respuestos, la madre es psicóloga en una agencia temporal de empleo, el niño esta al cuidado de su abuelita paterna.

Los padres se encuentran pagando su apartamento, lo que les permite mejorar su calidad de vida, no cuentan con redes de apoyo sociales.
Por otro lado estan interesados en que su hijo ingrese a un espacio seguro, confiable en donde comparta con niños de su edad, mientras aprende y fortalece sus habilidades.
Asi misma comenta que viene referida por su hermana quien tiene a su hija en atencion en Pepitos

2. Concepto técnico:

Grupo familiar con fragilidad social media, los ingresos cubren las necesidades básicas del hogar.
El niño queda en lista de espera cuando se tenga el cupo se avisara a la madre para que realice la matricula del niño en el jardin.
Este ofrece a los niños y niñas que ingresan a él, atención integral de alta calidad en donde los niños -as son tenidos en cuenta como protagonistas de su desarrollo y aprendizaje.

Si ingresa a un jardín infantil diurno o casa de pensamiento, seleccione el nivel en el que recibirá la atención, de acuerdo a la edad que la niña o niño tiene, tuvo o tendrá a 31 de marzo del año en curso; con excepción de las niñas y los niños con discapacidad que se hará de acuerdo con el concepto técnico, sin que esto sobre pase dos niveles anteriores al correspondiente por fecha de nacimiento

MATERNAL ☐ CAMINADORES ☒ PARVULOS ☐ PREJARDIN ☐ JARDIN ☐

De acuerdo con la oferta institucional de su momento, indique si ingresa a atención presencial o algún esquema de atención flexible.

ATENCIÓN PRESENCIAL ☒ ALTERNANCIA: ☐ EI EN CASA ☐ MULTIMODAL ☐

3. Acciones a seguir:

Ingreso prioritario..... 1 ☐
Lista de espera – Cumple criterios de ingreso..... 2 ☒
No cumple criterios de ingreso..... 3 ☐

4. ¿Requiere visita domiciliaria? - Si... 1 ☐ No... 2 ☒ *Pase a la pregunta 5*
Motivo: Verificación de las condiciones socio familiares: - Si... 1 ☐ - No... 2 ☐
Verificación otras condiciones: - Si... 1 ☐ - No... 2 ☐

5. La modalidad en el que se atenderá la niña, el niño, persona gestante o lactante se encuentra en convenio interadministrativo con (selección múltiple):

SED 1 ☐ ICBF 2 ☐ Ninguno de los anteriores 96 ☒

6. La unidad operativa ofrece nivel pre jardin o jardin porque se encuentra en una UPZ deficitaria para la SED?

- Si... 1 ☐ - No... 2 ☒ No oferta niveles 3 ☐

7. Referenciación a un proyecto SDIS: - Si... 1 ☐ - No 2 ☒ *Pase a la pregunta 8*

Integrante: ___ Proyecto: ___ Modalidad: ___
Integrante: ___ Proyecto: ___ Modalidad: ___
Integrante: ___ Proyecto: ___ Modalidad: ___
Integrante: ___ Proyecto: ___ Modalidad: ___

8. Referenciación a otra entidad: - Si... 1 ☐ - No 2 ☒ *Finalice*

Integrante: ___ ¿Cuál?: ___
Integrante: ___ ¿Cuál?: ___
Integrante: ___ ¿Cuál?: ___
Integrante: ___ ¿Cuál?: ___

	PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES FORMATO REGISTRO DE DILIGENCIAMIENTO DE FICHA SIRBE EN FÍSICO	Código: FOR-PSS-743 Versión: 0 Fecha: Memo I2024000787 - 12/01/2024 Página: 1 de 1

LOCALIDAD ENGATIVA | UNIDAD OPERATIVA: JARDIN INFANTIL COFINANCIADO PEPITOS | RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA: DIANA MARCELA RUBIO CASTAÑO

NOMBRE DEL RECOLECTOR JACKELINE MENDOZA GONZALEZ | DOCUMENTO DE IDENTIDAD CC X CE__ OTRO__ CUAL?_____ Numero # 52 035 452

NOMBRE SOLICITANTE / BENEFICIARIO Oliver Buitrago Escobar | DOCUMENTO DE IDENTIDAD CC__ CE__ OTRO X CUAL? RC Numero # 1233 709 934

FECHA DE ENTREGA PARA DIGITACION 25/12/24 | NOMBRE DEL DIGITADOR AL QUE SE ENTREGA LA FICHA Edwar Pere.



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.014.226.204

BUITRAGO PICO

APELLIDOS

JONATHAN FABIAN

NOMBRES

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 26-SEP-1991

BOGOTA D.C
BOGOTA D.C. (CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.73 ESTATURA | O+ G.S. RH | M SEXO

19-OCT-2009 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

P-1500150-00203301 M 1014226204 20091215 0019064211A 1 33234943

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO **1.014.269.427**

ESCOBAR SANABRIA

APELLIDOS

JENNIFER PAOLA

NOMBRES

Paola Escobar.

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **15-SEP-1995**
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.69 **A+** **F**
ESTATURA G.S. RH SEXO

16-SEP-2013 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

A-1500150-01100732-F-1014269427-20191002 **00680**12155H 1 9910413253

Registraduría Auxiliar de Engativá Centro
Registraduría Distrital del Estado Civil

REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

NUIP 1.233.701.934

Indicativo Serial 63243113

63243113

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [Y] Notaría [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código E T Y

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía

REGISTRADURIA DE AUXILIAR ENGATIVA SEDE 2 - COLOMBIA - CUNDINAMARCA

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
BUITRAGO	ESCOBAR

Nombre(s)

OLIVER

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor Rh
Año 2022 Mes OCT Día 13	MASCULINO	A	POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o 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

221037101401998

Datos de la madre o padre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, a partir del mismo acto, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el primer apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos

ESCOBAR SANABRIA JENNIFER PAOLA

Documento de identificación (Clase y número)

CC 1.014.269.427

Nacionalidad

COLOMBIA

Datos de la madre o padre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, a partir del mismo acto, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el segundo apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos

BUITRAGO PICO JONATHAN FABIAN

Documento de identificación (Clase y número)

CC 1.014.226.204

Nacionalidad

COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

BUITRAGO PICO JONATHAN FABIAN

Documento de identificación (Clase y número)

CC 1.014.226.204

Firma

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número)

Firma

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número)

Firma

Fecha de inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2022 Mes OCT Día 18	WILLIAM ERNESTO LANCHEROS RUIZ

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
Firma	Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

18.OCT.2022 - LIBRO DE VARIOS - SE OMITE IMPRESION HUELLAS PLANTARES DEL INSCRITO. CIRCULAR 084 DEL 01/09/2020 RNEC. TOMO 17 FOLIO 0190. D. ROCHA.

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

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.

WILLIAM ERNESTO LANCHEROS RUIZ

FECHA DE EXPEDICION
19 OCT 2022

nueva eps

CERTIFICA QUE:

El(La) señor(a) JONATHAN FABIAN BUITRAGO PICO identificado con CC 1014226204 cabeza de familia se encuentra afiliado(a) a nuestra EPS

Los siguientes son los datos basicos de dicha afiliación:

Fecha de activación de servicios:	25/01/2011
IPS cotizante:	BIENESTAR IPS SEDE FONTIBON
Categoria:	A
Estado:	Vigente

Beneficiarios	Identificación	IPS	Tipo Afiliado	Inicio Vig	Estado
OLIVER BUITRAGO ESCOBAR	RC 1233701934	UNION TEMPORAL VIVA BOGOTA - VIVA 1A IPS PRIMAVERA	BENEFICIARIO	13/10/2022	Vigente

La presente certificación se expide a solicitud del (de la) interesado(a) en Bogotá QUIEN INTERESE a los 18 dias del mes de Noviembre del año 2024

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

Observaciones:

CERTIFICACIÓN NO APLICA PARA SERVICIOS MÉDICOS

NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS

Cordialmente,

Gerencia de Afiliaciones

Nueva EPS S.A

FACTURA POR 2 MESES

21698 10

Datos del usuario

JONATHAN FABIAN BUITRAGO PICO
KR 121 69C 04 PI 3

ENGATIVA
LA FAENA

acueducto
AGUA Y ALCANTARILLADO DE BOGOTÁ

Empresa de Acueducto y Alcantarillado de Bogotá - ESP
NIT: 899.999.094-1

Escanee y pague la factura

ESTRATO:	2	CLASE DE USO:	Residencial
UNID HABIT FAMILIAS:	1	UNID NO HABITACIONAL:	0

ZONA: 2 CICLO: C2 RUTA: C22089C

Datos del medidor

MARCA: JANZ NUMERO: 14-6236515 TIPO: VELO015R160 DIÁMETRO: ½

CUENTA CONTRATO
Número para cualquier consulta: **12127980**

Factura de Servicios Públicos No.
Número para pagos: **38665948915**

TOTAL A PAGAR
Agua + Alcantarillado + Aseo (si aplica ver al respaldo) + Cobro Terceros (si aplica ver al respaldo): **$162.888**

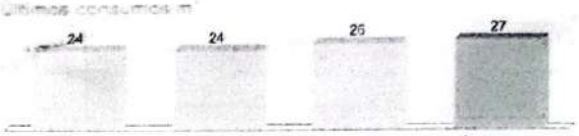
Fecha de pago oportuno: **NOV/18/2024**

Fecha de suspensión: **NOV/21/2024**

Datos del consumo

ÚLTIMA LECTURA:	1143	CONSUMO (m³):	27
LECTURA ANTERIOR:	1116	PROMEDIO (m³):	25
FACTURADO CON:	Consumo Normal	Descargue fuente alterna:	0

Últimos consumos (m³)



Periodo facturado: **AGO/18/2024 - OCT/17/2024**

FECHA DE EXPEDICIÓN: OCT/31/2024 FECHA ESPERADA DE LA PRÓXIMA FACTURA: ENE/14/2025
RANGO CMO BASICO Bimestral según Resolución CRA 750/2016(0m3 - 22m3)

Resumen de su cuenta

Descripción	Cant. Unid.	Costo Valor Unitario	Costo Valor Total	Subsidios (+) Aportes	Tarifa Valor Unitario	Valor a Pagar
Acueducto						
Cargo fijo residencial	1	$18.391,58	$18.392	$7.357-	$11.034,94	$11.035
Consumo residencial basico	22	$3.485,04	$76.671	$30.668-	$2.091,03	$46.003
Consumo residencial superior a básico	5	$3.485,04	$17.425	$0	$3.485,00	$17.425
Cargo fijo no residencial						
Consumo no residencial (m3)						
Subtotal Acueducto ①			$112.488	$38.025-		$74.463
Alcantarillado						
Cargo fijo residencial	1	$8.741,90	$8.742	$3.497-	$5.245,14	$5.245
Consumo residencial basico	22	$3.721,86	$81.881	$32.752-	$2.233,12	$49.129
Consumo residencial superior a básico	5	$3.721,86	$18.609	$0	$3.721,80	$18.609
Cargo fijo no residencial						
Consumo no residencial (m3)						
Subtotal Alcantarillado ②			$109.232	$36.249-		$72.983

Otros Cobros	No. Cuota	Interés	Total	Saldo
Ajuste a la decena			$4	
Ben. min. vital total			$25.092-	
Subtotal Otros Cobros ③			$25.088-	

Otros conceptos que adeuda	Valor Total
Total otros conceptos que adeuda	

Beneficio Mínimo Vital hasta 12 m³ Período actual: $25.092-

TOTAL AGUA, ALCANTARILLADO Y OTROS COBROS ① ② ③ ④: $122.358

CONSUMO MES: $73.723 CONSUMO DIA: $2.417

VIGILADA POR LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS PÚBLICOS DOMICILIARIOS NRO. ÚNICO DE REGISTRO 1120/2016 RAE/SP

PAGA ANTES DE SUSPENDA POR LA FECHA DE SUSPENSIÓN

El cambio está en tus manos

JUNTOS POR EL AGUA

Sigue estas recomendaciones para el ahorro del agua:

Denuncia en la Línea 116

cualquiera de las siguientes situaciones, así protegerás la disponibilidad de tus servicios públicos:

- El hurto o retiro de medidores, rejillas y tapas.
- Cajas o tapas levantadas o inexistentes.
- Manipulación de cajas, tapas, rejillas, medidores, hidrantes o centros de medición por parte de personal ajeno a la empresa.
- Cualquier otra actividad irregular que observes en la red de acueducto y alcantarillado.

cadena.

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

Fecha de diligenciamiento: D M M A 0 2 4

Número de ficha: 2024 (Año) | 10 (Localidad) | 774 (Proyecto) | 1204 (Código unidad operativa)

SECCIÓN A. VARIABLES BÁSICAS

1. Primer Apellido, según su documento de identidad:	2. Segundo Apellido, según su documento de identidad:	3. Primer Nombre, según su documento de identidad:	4. Segundo Nombre, según su documento de identidad
Manca	Solano	Angel	Mathias

5. ¿Con cuál género se identifica?: * (Esta pregunta aplica solo a personas mayores de 14 años):
Masculino [1] Femenino [2] Transgénero [3] *(Travesti, transexual, transformista)* No binario [5] No informa [4] No Aplica [98 X]

6. Nombre Identitario * (Esta pregunta aplica solo a personas mayores de 14 años y que hayan marcado la opción 3 de la pregunta 5): ____

7. ¿Se identifica como persona transgénero femenina o transgénero masculino? * (Esta pregunta aplica solo a personas mayores de 14 años y que hayan marcado la opción 3 de la pregunta 5)
Transgénero Masculino [1] Transgénero Femenina [2]

8. ¿Cuál es su orientación sexual?: * (Esta pregunta aplica solo a personas mayores de 14 años)
Heterosexual [1] Bisexual [3] Otro, ¿Cuál? ____
Lesbiana [5] No informa [4]
Gay [6] No Aplica [98]

9. Tipo de documento de identificación:
Cédula de ciudadanía [1] Cédula de extranjería [2] Tarjeta de identidad [3] Registro civil [6 X] Pasaporte... [13]
Permiso especial de permanencia [18] Salvo conducto [19] Permiso por protección temporal .. [21] Sin Identificación [8]

10. Número de documento de identificación: 1233701397

11. Municipio nacimiento: Bogota D.C

12. Departamento nacimiento Bogota D.C

13. País nacimiento: Colombia

14. Sexo de nacimiento: Hombre [1 X] Mujer [2] Intersexual [3]

15. Fecha de nacimiento: *(según su documento de identidad)* D D M M A A A A

16. Estado civil: Soltero/a [1 X] Casado/a [2] Unión libre [3] Separado/a Divorciado/a [4] Viudo/a [5] Unión marital de hecho [6]

17. Nivel educativo actual
Educación Inicial modalidad familiar [26] Preescolar [6] Básica secundaria y media [8] Tecnológico [19] Universitaria completa (con título) [12] Postgrado completo (con título) [15]
Educación inicial modalidad institucional [27] Básica primaria [7] Técnico [18] Universitaria incompleta (sin título).... [21] Postgrado incompleto (sin título) [22] Educación desde lo propio [25] Ninguno [1 X]

18. Años aprobados: ____

19. ¿Es persona cuidadora? *(pregunta para mayores de 14 años*
Si [1] No [2 X] *(pase a la pregunta 25)*

20. ¿Es 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 X]

26. Rol ocupacional: * (Esta pregunta aplica solo a personas mayores de 14 años
Vendedor Informal [19] Cachivachero [22] Reciclador [9] Cuidado directo [27] Jornalero [33] Actividades rurales [29]
Cotero [20] Actividades Sexuales pagadas [23] Actividades Artísticas callejeras [24] Cuidado Indirecto [28] Vigilar finca o predio [30] Otras ocupaciones [32]
Carretero [21] Mendicidad [12] Vigilar o limpiar carros [25] Calibrar llantas [26] Estudiante [31] No aplica [98 X]

27. ¿Cuántas horas a la semana dedica al rol ocupacional seleccionado?: *(Esta pregunta aplica solo a mayores de 14 años)*
0 Horas

28. Valor de los ingresos mensuales: * (Esta pregunta aplica solo a personas mayores de 14 años)
$ 0

29. Forma de percibir los ingresos: *(Aplica solo a personas mayores de 14 años):*
Diario [1] Semanal [4]
Mensual [2] Quincenal [5]
Esporádico [3] No aplica [98 X]

30. Localidad donde desarrolla su rol ocupacional: * (Esta pregunta aplica solo a personas mayores de 14 años):
Usaquén [1] San Cristóbal [4] Bosa [7] Engativá [10] Teusaquillo [13] Puente Aranda [16] Ciudad Bolivar [19]
Chapinero [2] Usme [5] Kennedy [8] Suba [11] Los Mártires [14] La Candelaria [17] Sumapaz [20]
Santa fe [3] Tunjuelito [6] Fontibón [9] Barrios Unidos [12] Antonio Nariño [15] Rafael Uribe [18] No Aplica [98 X]

31. ¿Está afiliado a seguridad social?:
Si [1 Y] No [2] *(pase a la pregunta 34)*

32.Regimen de seguridad social
Contributivo [1 X] Subsidiado [2] Especial [3]

33. Calidad del afiliado: *Aplica solo si la respuesta en la pregunta 32 es "Contributivo"*
Beneficiario [1 X] Cotizante [2]

34. ¿Tiene clasificación de Sisbén?
Si [1] No [2 X]

35. Clasificación Sisbén ____

	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: 26/04/2024

Número de ficha: 2024 | 10 | 7744 | 1205 | 29
(Año | Localidad | Proyecto | Código unidad operativa)

SECCIÓN B. VARIABLES TRANSVERSALES

1. Persona con discapacidad
Si [1]
No [2] X *Pase a 4*

2. Tipo de discapacidad
Física [20] Auditiva [31] Intelectual [39]
Psicosocial [40] Visual [32] Sordo ceguera [10]
Alteración del desarrollo [37] Múltiple [42] Trastornos del espectro autista (TEA) [38]

3. Presenta alguna de las siguientes dificultades o limitaciones permanentes para:

Acción / Dificultad	No puedo hacerlo	Sí, con mucha dificultad	Sí, con alguna dificultad	Puedo hacerlo sin dificultad
1. ¿Relacionarse o interactuar con las demás personas?				
2. ¿Hablar o conversar?				
3. ¿Agarrar o mover objetos con las manos?				
4. ¿Entender, aprender, recordar o tomar decisiones por sí mismo(a)?				
5. ¿Oír la voz o los sonidos?				
6. ¿Mover el cuerpo, caminar o subir y bajar escaleras?				
7. ¿Ver de cerca, de lejos o alrededor?				
8. ¿Comer, vestirse o bañarse por sí mismo(a)?				

4. Tipología de estructura familiar
Hogar familiar Nuclear [1] X
Hogar familiar amplio compuesto [3]
Hogar familiar amplio extenso [2]
Hogar familiar sin Núcleo [4]
Hogar no familiar unipersonal [5]
Hogar no familiar sin núcleo [6]

5. Situaciones y/o condiciones diferenciales de las familias
Familia con pertenencia étnica [1]
Familia transgenero [2]
Familia víctimas del conflicto armado [3]
No aplica [98] X

6. Identifique su nacionalidad con las siguientes opciones.
Nacional [1] X
Otra nacionalidad [2]
Binacional [3]
Múltiple nacionalidad [4]
Sin nacionalidad [5]
No reporta [6]

7. ¿Es una persona migrante?
Si [1]
No [2] X

8. Grupo Étnico ¿De acuerdo con su cultura, pueblo o rasgos físicos, es o se reconoce cómo?
Indígena [1]
Rrom (Gitano) [2]
Raizal del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina [3]
Palenquero de San Basilio [4]
Negro/a, Mulato/a, afro colombiano/a, o afro descendiente. [5]
Ninguno de los anteriores [6] X

9. Pueblo indígena: (En las instrucciones de diligenciamiento se encuentra la lista completa de los pueblos indígenas con sus respectivos códigos, en la opción otro se debe escribir solo el código que refiera el instructivo
Nasa (Paéz) [1] Quillasinga [4] Sicuani [6] Misak Misak [60] Cañamomos [10] Kichwas [15] Arhuacos [13] Embera Chamí [35] Ninguna de las anteriores [17]
Wayuu [2] Uitotos [85] Tubu [67] Eperara-siapidara [30] Muiscas [16] Kankuamo [45] Pijao [14] Embera Dóbida [29] Otro ¿cuál? Digite código del instructivo
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] Hijo/a [5] X Hermano/a [7] Primo/a [9] Nieto/a [11] Otro No pariente [13]
Cónyuge o compañero/a [2] Padrastro / Madrastra [4] Abuelo/a [6] Tío/a [8] Sobrino/a [10] Otro pariente [12] Hijastro [14]

11. ¿Víctima de conflicto armado?:
Si [1]
No [2] X *Pase a 15*

12. Número registro único de víctimas

13. Año en que realizo la declaración:

14. Si respondió afirmativamente la pregunta 11, indique los motivos: (Selección múltiple)
Acto terrorista, atentado [1] Amenazas [3] Masacres [5] Tortura [7] Desaparición forzada [9] Minas personales, municiones sin explotar y artefactos explosivos [11] VSRC en su grupo familiar [14]
Combates, enfrentamientos [2] Homicidio [4] Secuestro [6] Despojo y abandono de tierras [8] Desplazamiento forzado [10] Vinculación de niños/as y adolescentes a grupos al margen de la ley [12] VSRC en población LGBTI [15]
Orfandad [16] No informa [17]

15. ¿Habita en calle?
Si [1] *Pase a 17*
No [2] X *Pase a 16*

16. ¿Se encuentra en riesgo de habitar en calle?
Si [1]
No [2] X

17. ¿Ha recibido capacitación, formación o tiene experiencia en algún arte u oficio? ** (Esta pregunta aplica solo a personas mayores de 14 años):*
Si [1]
No [2]
No aplica [98] X
Si la respuesta es 2 o 98 Pase a 18

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: 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

19. En los últimos treinta (30) días, ¿Cuántos fueron los gastos aproximados del hogar en los siguientes rubros? * (Esta pregunta aplica para el hogar

Rubro	Valor del gasto en pesos	Rubro	Valor del gasto en pesos
Vivienda (Arriendo y/o valor cuota	$ 500000	Recreación	$ 200.000
Servicios públicos domiciliarios (agua, energía, gas, teléfono fijo, internet, teléfono celular, televisión por cable	$ 120 000	Gastos en salud (consultas, medicamentos, etc.)	$ 0
Pagos a terceros cuidadores	$ 170 000	Transporte o movilidad de los integrantes del hogar	$ 0
Artículos de aseo personal	$ 50000	Educación (útiles, pensión, transporte escolar, fotocopias, etc.)	$ 0
Alimentación	$ 300 000	Total	$ 1340000

20. ¿Usted se considera campesino/a? Se responde lo que el/ella entrevistado/a responda según su sentir y apropiación de concepto.

Si 1 | No 2 X | No informa 3

21. ¿Usted considera que la comunidad en la que vive es campesina? Se responde lo que el/ella entrevistado/a responda según su sentir y apropiación de concepto

Si 1 | No 2 X | No informa 3

	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: 26/11/2024

Número de ficha: 2024 (Año) 10 (Localidad) 7749 (Proyecto) 1203 (Código unidad operativa) 29

SECCION C. UBICACIÓN GEOGRAFÍCA

1. Localidad donde habita

Usaquén	1	Santa fe	3	Usme	5	Bosa	7	Fontibón	9	Suba	11	Teusaquillo	13	Antonio Nariño	15	La Candelaria	17	Ciudad Bolívar	19
Chapinero	2	San Cristóbal	4	Tunjuelito	6	Kennedy	8	Engativá	10 X	Barrios Unidos	12	Los Mártires	14	Puente Aranda	16	Rafael Uribe	18	Sumapaz	20

2. UPZ o UPR: 74

3. Nombre del barrio / Vereda: Engativa

4. Escriba su dirección completa:

Calle [CL] Transversal [TV] Avenida [AV]
Carrera [KR X] Avenida calle [AC]
Diagonal [DG] Avenida carrera [AK]

Número de la vía principal:	Alfabético	BIS	Alfabético	Cuadrante	Número vía generadora	Alfabético		Número placa	Cuadrante
125				S [S]	67	B	-	39	S [S]
Nombre de la vía principal:				E [E]					E [E]
Nombre sinónimo de la vía principal:									

5. Escriba el complemento de la dirección: (dirección rural, interior, apartamento, oficina)
* vea las convenciones a continuación, y/o en las instrucciones de el instructivo de diligenciamiento

PI 1

Complemento dirección:								
AD. Administración	BG. Bodega	CONJ. Conjunto	ESQ. Esquina	LC. Local	MZ. Manzana	PI. Piso	SL. Solar	TR. Terraza
AG. Agrupación	BQ. Bloque	CT. Carretera	ET. Etapa	LM. Local Mezzanine	OF. Oficina	PN. Puente	SM. Súper manzana	UN. Unidad
AL. Altillo	CA. Casa	DP. Depósito	GJ. Garaje	LS. Local sótano	OS. Oficina sótano	PS. Paseo	SR. Sector	UR. Unidad residencial
AP. Apartamento	CEL. Célula	DS. Depósito sótano	GS. Garaje sótano	LT. Lote	PA. Parcela	PT. Portería	SS. Semi sótano	URB. Urbanización
AS. Apartamento sótano	CM. Camino	ED. Edificio	IN. Interior	MD. Módulo	PD. Predio	SA. Salón	SU. Suite	ZN. Zona
	CN. Consultorio	EN. Entrada	KM. Kilometro	MN. Mezzanine	PH. Pent-house	SC. Salón Comunal	TO. Torre	

6. Tipo de zona

Urbana [1 X] Rural [2] Urbana sin dirección [3]

7. Estrato socio – económico del predio

Uno [1] Tres [3] Cinco [5]
Dos [2 X] Cuatro [4] Cero [0]

8. Teléfono fijo de contacto: 0

9. Teléfono celular de contacto: 3124824417

10. Correo electrónico de contacto Jennykrito@hotmail.com

11. ¿Habita en una vivienda?.

Si [1 X]
No [2] *pase a la pregunta 16*

12. Tipo de vivienda

Casa o apartamento [1 X]
Cuarto o cuartos [2]
Inquilinato [3]
Vivienda móvil [4]
Casa lote [5]
Residencia [6]
Lugar de trabajo [7]
Rancho [8]
Finca [9]
Paga diario [10]

13. Condición de la vivienda

Ruina [1]
Demolición [2]
Buen estado [3 X]
Aceptable [4]
Mal Estado [5]

14. Tenencia de la vivienda

Propia [1] otra forma [3]
Amortizado [4] Arrendada [2 X]

15. Forma de pago

Diaria [1]
Mensual [2 X]
Quincenal [3]
Semanal [4]
Contributivo [5]

16. Lugar diferente a vivienda donde habita:

Equipamiento Urbano [1]
Refugio natural [2]

Fecha de diligenciamiento: 28 MM AA AA

Número de ficha: 202 10 7744 12 05 29
(Año / Localidad / Proyecto / Código unidad operativa)

SECCIÓN D. INFORMACIÓN BÁSICA Y TRANSVERSAL SOBRE LA FAMILIA:

La información básica se repite para el jefe de núcleo familiar

No. Integrante	A		B	C	D	E	F	G	H				I	J	K		L	M	N	O	P	Q	R	S	T	U	V	W	X			Y		Z	AA	AB		AC	AD
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD		APELLIDOS Escriba: En el renglón 1, primer apellido En el renglón 2, segundo apellido	NOMBRES Escriba: En el renglón 1, primer nombre En el renglón 2, segundo nombre	Sexo	¿Con cuál género se identifica?	¿Transgenero masculino o transgenero femenino?	¿Cuál es su orientación sexual?	FECHA NACIMIENTO			Edad aproximada	ESTADO CIVIL	PARENTESCO (Con jefe/a del núcleo familiar)	NIVEL EDUCATIVO ACTUAL NIVEL Años aprobados	¿Asiste actualmente?	SISTEMA DISTRITAL DE CUIDADO						Actividad	Rol ocupacional	¿Cuantas horas a la semana dedica a esta ocupación?	Valor de los ingresos mensuales	Forma de percibir los ingresos	Localidad donde realiza actividad principal	SALUD			DISCAPACIDAD		Grupo étnico	Pueblo Indígena	VÍCTIMA DE CONFLICTO ARMADO		¿Ha recibido capacitación, formación o tiene experiencia en algún arte u oficio?	De acuerdo con la respuesta anterior ¿En qué cree que puede desempeñarse?
	Tipo	Número							Día	Mes	Año						¿Es persona cuidadora/a?	Niños/as de 0 a 5 años	Niños/as de 6 a 10 años	Persona con discapacidad	Persona mayor	Cuidado de casa							Afiliado al régimen de seguridad social	Régimen de seguridad social	Calidad del afiliado	¿Persona con discapacidad?	Tipo			¿Es víctima del conflicto armado?	Motivo		
1	1	1014239021	1 Hunca 2 Solano	1 Jenny 2 Carolina	2	2		4	19	12	1992	32	1	1	12 5	Si No	Si No	Si No	Si No	Si No	Si No	Si No	12	32	48	2600000	2	9	Si No	1	2	Si No		6		Si No		Si No aplica	
2	6	1233694478	1 Perlaza 2 Hunca	1 Angel 2 Thomas	1	98		98	25	05	2017	7	1	5	7 1	Si No	Si No	Si No	Si No	Si No	Si No	Si No	3	31	30	0	98	10	Si No	1	1	Si No		6		Si No		Si No aplica	
3	6	1233701397	1 Hunca 2 Solano	1 Angel 2 Mathias	1	98		98	20	04	2022	2	1	5	1	Si No	Si No	Si No	Si No	Si No	Si No	Si No	98	98	0	0	98	98	Si No	1	1	Si No		6		Si No		Si No aplica	
4			1 2	1 2												Si No	Si No	Si No	Si No	Si No	Si No	Si No							Si No			Si No				Si No		Si No aplica	
5			1 2	1 2												Si No	Si No	Si No	Si No	Si No	Si No	Si No							Si No			Si No				Si No		Si No aplica	

	PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL	Código: FOR-PSS-321
		Versión: 1
	FORMATO FICHA SIRBE SERVICIOS SOCIALES INFORMACIÓN BÁSICA Y TRANSVERSAL: CABEZOTE	Fecha: Memo 2023015255 - 25/05/2023
		Página: 6 de 6

No. integrante	A		B	C	D	E	F	G	H				I	J	K		L	M	N	O	P	Q	R	S	T	U	V	W	X			Y		Z	AA	AB		AC	AD
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD		APELLIDOS Escriba: En el renglón 1, primer apellido En el renglón 2, segundo apellido	NOMBRES Escriba: En el renglón 1, primer nombre En el renglón 2, segundo nombre	Sexo	¿Con cuál género se identifica?	¿Transgenero masculino o transgenero femenino?	¿Cuál es su orientación sexual?	FECHA NACIMIENTO			Edad aproximada	ESTADO CIVIL	PARENTESCO (Con jefe/a del núcleo familiar)	NIVEL EDUCATIVO ACTUAL		SISTEMA DISTRITAL DE CUIDADO						Actividad	Rol ocupacional	¿Cuantas horas a la semana dedica a esta ocupación?	Valor de los ingresos mensuales	Forma de percibir los ingresos	Localidad donde realiza actividad principal	SALUD			DISCAPACIDAD		Grupo étnico	Pueblo Indígena	VÍCTIMA DE CONFLICTO ARMADO		¿Ha recibido capacitación, formación o tiene experiencia en algún arte u oficio?	De acuerdo con la respuesta anterior ¿En qué cree que puede desempeñarse?
	Tipo	Número							Día	Mes	Año				NIVEL Años aprobados	¿Asiste actualmente?	¿Es persona cuidadora/a?	Niños/as de 0 a 5 años	Niños/as de 6 a 10 años	Persona con discapacidad	Persona mayor	Cuidado de casa							Afiliado al régimen de seguridad social	Régimen de seguridad social	Calidad del afiliado	¿Persona con discapacidad?	Tipo			¿Es víctima del conflicto armado?	Motivo		
6			1	1												Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí							Sí			Sí				Sí		Si No	
			2	2												No	No	No	No	No	No	No							No			No				No		No aplica	
7			1	1												Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí							Sí			Sí				Sí		Si No	
			2	2												No	No	No	No	No	No	No							No			No				No		No aplica	
8			1	1												Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí							Sí			Sí				Sí		Si No	
			2	2												No	No	No	No	No	No	No							No			No				No		No aplica	
9			1	1												Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí							Sí			Sí				Sí		Si No	
			2	2												No	No	No	No	No	No	No							No			No				No		No aplica	
10			1	1												Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí							Sí			Sí				Sí		Si No	
			2	2												No	No	No	No	No	No	No							No			No				No		No aplica	
11			1	1												Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí							Sí			Sí				Sí		Si No	
			2	2												No	No	No	No	No	No	No							No			No				No		No aplica	
12			1	1												Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí							Sí			Sí				Sí		Si No	
			2	2												No	No	No	No	No	No	No							No			No				No		No aplica	
13			1	1												Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí							Sí			Sí				Sí		Si No	
			2	2												No	No	No	No	No	No	No							No			No				No		No aplica	

Tratamiento de datos personales: Los datos personales aquí consignados tienen carácter confidencial, razón por la cual es un deber y un compromiso de los asistentes y de la SDIS no divulgar información alguna en propósito diferente a la de este registro so pena de las sanciones legales a que haya lugar de acuerdo con la Ley 1581 de 2012 y Decreto 1377 de 2013.

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL	PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL PROYECTO 7744 GENERACION DE OPORTUNIDADES PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA DE BOGOTÁ FORMATO FICHA SIRBE SERVICIOS: JARDINES INFANTILES Y CRECIENDO JUNTOS	Código: FOR-PSS-334 Versión: 2 Fecha: Memo I2023015020-24/05/2023 Página: 1 de 4

Fecha de diligenciamiento: 26/12/2024

Número Ficha: 2024 (Año) 10 (Localidad) 774 (Proyecto) 12 (Código Unidad Operativa) 05 29

SECCION E. MODALIDAD DE ATENCION

1. Indique la modalidad en la cual se diligencia la ficha SIRBE

Modalidades Familiares: Creciendo Juntos [ ] Crecemos en la Ruralidad [ ]

Modalidades institucionales: Si selecciona alguna de las modalidades institucionales diligencie la pregunta 2 y pase a la seccion I.

Jardines Infantiles [X] Jardines Infantiles Nocturnos [ ] Casas De Pensamiento Intercultural [ ] Espacios Rurales [ ]

2. Escriba el nombre de la Subdirección Local – SLIS o Unidad Operativa donde se identifica la gestante, lactante, niña o el niño: Jardin Infantil Cofinanciado Peritos

SECCION F. A QUIEN VA DIRIGIDA LA MODALIDAD FAMILIAR:

1. La modalidad se solicita para:
Gestante... [1] *Pase a sección G* Niña - niño... [2]

2. ¿La atención de la niña-niño en la modalidad se ha realizado desde la gestación?:
Si... [1] Nombre de la madre: _____ Nº. Identificación de la madre: _____ No..... [2]

3. ¿La niña o niño es menor de 6 meses y está lactando?
Si.. [1] *Pase a sección H* No. [2] *Pase a sección I*

SECCIÓN G. CONCEPCIÓN Y GESTACIÓN:

1. ¿Cuál fue la fecha de inicio de su última menstruación FUM?: D D M M A A A A

2. ¿Asiste a control prenatal?:
Si..... [1]
No... [2] *Pase a la pregunta 4*

3. ¿Fecha del último control médico?: D D M M A A A A

4. ¿Número de hijas-hijos nacidos vivos?:
Entre 1 y 3.. [1] Más de 6... [3]
Entre 4 y 6.. [2] Ninguna.... [93]

5. ¿Qué edad tiene el padre de la hija- hijo que espera?:
Entre 14 y 16 años [1] Entre 21 y 40 años [3] Menor de 14 años [5]
Entre 17 y 20 años [2] Más de 41 años... [4]

6. ¿Cuenta con el apoyo del padre de su hija-hijo para el cuidado de su embarazo?:
Si... [1] No... [2]

7. ¿Quién cuidará principalmente a su hija-hijo después del nacimiento?:
Padres..... [1] Sólo Padre... [3] Otros parientes..... [5]
Sólo Madre... [2] Abuelo-a..... [4] Otros no parientes.. [6]
Modalidad institucional para la Primera infancia... [7]

8. ¿Recibió información o capacitación sobre sus derechos sexuales y reproductivos, antes de quedar embarazada?:
Si... [1] No... [2] *Pase a la pregunta 10*

9. ¿Quién le brindo la información sobre sus derechos?:
Hospital [1] Colegio. [3] Amigos-as.... [5] Madre..... [7]
SDIS.... [2] ONG.... [4] Hermanos-as [6] Padre..... [8]
Partera/ doula.. [9]

10. ¿Ha recibido información o capacitación acerca de algunos de estos temas?: *(selección múltiple)*
Cuidados durante la gestación..... [1] Lactancia materna..... [3] Construcción del vínculo afectivo madre- hijo... [6]
Sus derechos y los de su pareja en el momento del parto. [2] Desarrollo infantil..... [5] Prevención de accidentes en el hogar..... [4]
Ninguna... [93] *Pase a la pregunta12*

11. ¿Quién le brindo la información sobre los temas anteriores?:
Hospital..... [1] Colegio..... [3] Otra entidad..... [5] Otra persona... [6]
SDIS..... [2] ONG..... [4] Partera/ doula... [9]

12. ¿Usted deseaba quedar en embarazo?:
Si..... [1]
No..... [2]

13. ¿Cuál es el estado nutricional actual de la persona gestante según el control prenatal o concepto de salud?
Bajo peso..... [1] Peso adecuado..... [2]
Exceso de peso... [3] Sin información..... [4]

14. El embarazo es múltiple?
Si... [1] No... [2]

15. ¿El embarazo ha sido clasificado como de alto riesgo?:
Si... [1] No... [2]

16. ¿Cómo piensa alimentar a su hija-hijo cuando nazca?:
Leche materna... [1] Leche de fórmula..... [2]
Leche de vaca... [3] Otros alimentos..... [4]

17. Después de la hija-hijo que está esperando, le gustaría:
Tener otro..... [1] No tener otro... [2]
Está indecisa/o Insegura/o... [3] *Pase sección k*

SECCIÓN H. INFORMACION DE LA LACTANTE: (persona que amamanta)

1. ¿Qué tipo de parto tuvo?
Vaginal. ..... [1]
Cesárea. ..... [2]

2. ¿Para el parto tuvo la oportunidad de elegir *(selección múltiple)*?
Lugar donde se producirá el parto. [1] La posición de parir..... [3]
Tipo de parto .. [2] Ninguna... [93] La elección del acompañante [4]

3. ¿Está usando un método anticonceptivo?
Si. ..... [1]
No. ..... [2]

4 ¿En cuánto tiempo desea tener otro embarazo?
Antes de 1 año .. [1] Después de 2 años o más. . [3]
Antes de 2 años [2] No tendré más embarazos. . [4]

5. ¿Ha recibido información o capacitación acerca de algunos de estos temas?: *(selección múltiple)*
Lactancia materna... [3] Construcción del vínculo afectivo madre- hijo. [6]
Desarrollo infantil... [5] Prevención de accidentes en el hogar. ..... [4]
Ninguna [93] *Pase a la pregunta 7*

6. ¿Quién le brindo la información sobre los temas anteriores?:
Hospital..... [1] Colegio..... [3] Otra entidad..... [5] Otra persona... [6]
SDIS..... [2] ONG..... [4] Partera/ doula... [9]

7. Qué opina sobre esta afirmación: "Se debe amamantar a su hijo e hija durante los primeros 6 meses de vida de forma exclusiva":
Totalmente de acuerdo. ..... [1] Parcialmente de acuerdo. .. [2] En desacuerdo. . [3]

8. ¿Tiene información sobre como iniciar la alimentación complementaria?
Si..... [1] No.... [2]

9. ¿Tiene acompañamiento para su cuidado durante la lactancia?
Si. ... [1] No.... [2]

	PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL PROYECTO 7744 GENERACION DE OPORTUNIDADES PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA DE BOGOTÁ FORMATO FICHA SIRBE SERVICIOS: JARDINES INFANTILES Y CRECIENDO JUNTOS	Código: FOR-PSS-334 Versión: 2 Fecha: Memo I2023015020-24/05/2023 Página: 2 de 4

SECCION I. INFORMACIÓN DEL NIÑO O LA NIÑA Si se desconoce la información de alguna(s) de la(s) pregunta(s) de 1 a la 12, por que el niño o la niña se encuentra en medida de protección o bajo custodia de familiares que desconocen la información relacionada con sus primeros años de vida, deje la(s) respuesta(s) en blanco e indique la situación en la descripción de la problemática

1. ¿Dónde fue atendido el parto de la niña o niño?
Hospital [1 X] Casa [3] Ambulancia [5]
Centro de salud [2] Espacio público [4]

2. Quien atendió el nacimiento de la niña o el niño?
Médico [1 X] Partera/doula [3]
Enfermera [2] Personal no médico [4]

3. ¿El primer contacto piel a piel con su hija-o, después de nacer, fue?:
½ hora o antes [1 X] 2 horas [3]
1 hora [2] Más de 4 horas [4]

4. ¿En qué semana de gestación nació su hija-o?: 38 Semanas
DATO VALIDO ENTRE 22 Y 42

5. ¿Cuál fue el peso de su hija-o al nacer?: 4800 Gramos
DATO VALIDO ENTRE 450 Y 6000

6. ¿Cuál fue la talla de su hija-o al nacer?: 51 Centímetros
DATO VALIDO ENTRE 22 Y 60

7. La niña o el niño recibió leche materna alguna vez?
Si [1 X] No [2]
Pase a la pregunta 13

8. ¿Después de cuánto tiempo de nacido su hija-o inicio la lactancia materna?:
Inmediatamente [1] Menos de 24 horas [3]
Menos de 1 hora [2 X] Más de 24 horas [4]
No sabe/No responde [5]

9. ¿Actualmente el niña-o recibe leche materna?:
Si [1] No [2 X] *Pase a la pregunta 12*

10. La niña o el niño recibe algún alimento diferente a la leche materna?: Si [1] No [2] *Pase a la pregunta 13*

11. ¿Qué edad tenía su hija-o cuando recibió un alimento diferente a la leche materna?: ____ Meses. *Pase a la pregunta 13*

12. ¿Qué edad tenía su hija-o cuando dejo de darle leche materna completamente?: 18 Meses

13. ¿Asiste a valoración integral de la salud y el desarrollo (crecimiento y desarrollo) ?:
Si [1 X] No [2] *Pase a la pregunta 15*

14. ¿Fecha del último control?: 11 09 2024
Pase a la pregunta 16

15. Por qué la niña o el niño no ha asistido a valoración integral de la salud y el desarrollo?:
Dificultad en la asignación de la cita [1] Sin servicio de salud [2] Desconocimiento [3] Falta de tiempo [4]

16. ¿La niña o el niño, cuenta con el esquema de vacunación al día?:
Si [1 X] *Pase a la pregunta 18* No [2]

17. ¿Por qué la niña o el niño no cuenta con el esquema de vacunación al día?:
Creencias religiosas o culturales [1] Olvido [2] Pérdida del carné [3] Desconocimiento [4] Falta de tiempo [5]

18. ¿Actualmente, la niña o el niño tiene una condición de salud?:
Si [1] No [2 X] *pase a la pregunta 21.*

19. ¿La condición de salud de la niña o el niño, implica?: *(Selección múltiple)*
Uso de oxígeno durante el sueño [1] Alimentación por sonda [3] Procedimientos invasivos [5] Toma de medicamentos [7] Condiciones osteomusculares [9]
Uso de oxígeno permanente [2] Traqueotomía [4] Inmunodeficiencia [6] Alteraciones en la piel [8] Ninguno de los anteriores [96]

20. ¿La condición de salud de la niña o el niño pone en riesgo su vida al ingresar al entorno institucional?
Si [1] Requiere verificación [3]
No [2]

21. ¿Actualmente, el padre, la madre o el cuidador de la niña o el niño presenta alguna de las siguientes condiciones?: *(Selección múltiple)*
Habitabilidad en calle [1] Realiza actividades sexuales pagas [2]
Ninguna [93 X] Consumo de sustancias psicoactivas [3]

22. ¿Actualmente, la niña o el niño se encuentra expuesto a condiciones de?: *(Selección múltiple)*
Habitabilidad en calle [1] Espacios donde se desarrollan actividades sexuales pagas [2] Consumo de sustancias psicoactivas [3] Trabajo infantil [4] Mendicidad [5] Ninguna. [93 X]

23. El padre o madre de la niña o niño es?: *(Selección múltiple)*
Desmovilizado [1] Desvinculado [2] Militar con discapacidad [3] Militar fallecido [4] Ninguna de las anteriores [96 X]

24. El padre o madre de la niña o el niño trabaja en reciclaje?
Si [1] No [2 X]

25. ¿Ha presentado solicitud de ingreso a?: *(Selección múltiple)*
Jardín infantil Diurno [1] Casas de pensamiento interculturales [4] Hogar comunitario ICBF [7] Institución privada [10]
Jardín infantil Nocturno [2] Crecemos en la ruralidad o espacios rurales [5] Hogar infantil ICBF [8] Institución Educativa distrital [11]
Creciendo juntos [3] Centros Amar [6] FAMI del ICBF [9] Ninguno [93 X]

26. ¿Actualmente, el niño o la niña recibe atención en?:
Jardín infantil Diurno [1] Casas de pensamiento interculturales [4] Hogar comunitario ICBF [7] Institución privada [10]
Jardín infantil Nocturno [2] Crecemos en la ruralidad o espacios rurales [5] Hogar infantil ICBF [8] Institución Educativa distrital [11]
Creciendo juntos [3] Centros Amar [6] FAMI del ICBF [9] Ninguno [93 X]

27. ¿Ha estado vinculado a modalidades familiares o institucionales de Educación inicial de la SDIS?:
Si [1] No [2 X] *Pase a la pregunta 29*

28. ¿En qué localidad?:
Usaquén [1] Santa fe [3] Usme [5] Bosa [7] Fontibón [9] Suba [11] Teusaquillo [13] Antonio Nariño [15] La Candelaria [17] Ciudad Bolívar [19]
Chapinero [2] San Cristóbal [4] Tunjuelito [6] Kennedy [8] Engativá [10] Barrios Unidos [12] Los Mártires [14] Puente Aranda [16] Rafael Uribe [18] Sumapaz [20]

29. ¿Cuál es el principal motivo por el que solicitó el servicio?:
Nuevas oportunidades para su calidad de vida [1] Superar condiciones de segregación y discriminación [2] Desarrollo integral para su hija-o [3 X] Responde a las necesidades de la niña-o y su familia [4] Fortalecimiento cultural [5] Cuidado de su hija o hijo mientras trabaja [6]

30. ¿Considera importante fortalecer sus conocimientos sobre crianza y desarrollo integral de su hija-hijo?: Si [1 X] No [2]

31. La niña o niño presenta desnutrición aguda moderada o severa verificada por un nutricionista de la Subdirección Local de acuerdo con la resolución 2465 de 2016 del Ministerio de Salud y Protección Social Si [1] No [2 X]

	PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL PROYECTO 7744 GENERACION DE OPORTUNIDADES PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA DE BOGOTÁ FORMATO FICHA SIRBE SERVICIOS: JARDINES INFANTILES Y CRECIENDO JUNTOS	Código: FOR-PSS-334 Versión: 2 Fecha: Memo I2023015020-24/05/2023 Página: 3 de 4

SECCIÓN J. INFORMACIÓN DEL CUIDADO DE LA NIÑA O DEL NIÑO:

1. ¿La niña o el niño en algún momento queda sólo-a?: Si... 1 | No... 2 X *Pase a la pregunta 4*

2. ¿En qué momento: Mañana.. 1 | Tarde.... 2 | Noche.... 3

3. ¿Cuánto tiempo queda sólo?: Menos de una (1) hora. 1 | Entre 1 y 3 horas..... 2 | Más de tres (3) horas... 3

4. Quién es el cuidador principal de la niña o el niño
Papá..... 1 | Mamá..... 2 | Padrastro 3 | Madrastra 4 | Hermano-a.... 5 | Tío-a..... 6 | Abuelo-a..... 7 X | Otro pariente..... 8 | Otro No pariente 9

5. ¿Quién cuida a la niña o al niño en la mañana?:
Papá..... 1 | Mamá..... 2 | Padrastro 3 | Madrastra 4 | Hermano-a.. 5 | Tío-a..... 6 | Abuelo-a..... 7 X | Otro pariente..... 8 | Otro No pariente 9 | Nadie..... 10

6. ¿Quién cuida a la niña o al niño en la tarde?:
Papá..... 1 | Mamá..... 2 | Padrastro... 3 | Madrastra... 4 | Hermano-a 5 | Tío-a..... 6 | Abuelo-a.... 7 X | Otro pariente..... 8 | Otro No pariente 9 | Nadie..... 10

7. ¿Quién cuida a la niña o al niño en la noche?:
Papá..... 1 | Mamá..... 2 X | Padrastro.. 3 | Madrastra. 4 | Hermano-a... 5 | Tío-a..... 6 | Abuelo-a..... 7 | Otro pariente..... 8 | Otro No pariente 9 | Nadie..... 10

8. ¿Cuál es la edad en años del cuidador o la cuidadora principal?: 50

9. ¿Cuál es el sexo del cuidador o cuidadora principal?: Hombre..... 1 | Mujer..... 2 X | Intersexual... 3

10. ¿Cuál es el género del cuidador o la cuidadora principal?: Masculino..... 1 | Femenino..... 2 X | Transgénero. 3 | No informa 4 | No binario ... 5 | No aplica..... 98

11. ¿Cuál es la orientación sexual del cuidador -ra principal?: Heterosexual... 1 X | Bisexual ..... 3 | No informa..... 4 | Lesbiana..... 5 | Gay ..... 6 | No aplica.... 98

12. Nivel educativo actual del cuidador o la cuidadora principal:
Básica primaria..... 7 X | Básica secundaria y media 8 | Técnico..... 18 | Tecnológico..... 19 | Universitaria incompleta (sin título) 21 | Universitaria completa (con título).. 12 | Postgrado incompleto (sin título).... 22 | Postgrado completo (con título) .... 15 | Ninguno 93

13. A qué se dedica el cuidador -ra principal? Estudia..... 1 | Trabaja..... 2 | Otro..... 3 X ¿Cuál?: Hogar

14. En qué momento: *(selección múltiple)* Mañana.... 1 X | Tarde..... 2 X | Noche..... 3 X

15. El cuidador-ra principal presenta una discapacidad? Si..... 1 | No..... 2 X

16. El cuidador-ra principal presenta una enfermedad de alto costo Si..... 1 | No..... 2 X

17. Tipo de documento de identidad del cuidador-ra
Cédula de ciudadanía..... 1 X | Cédula de extranjería..... 2 | Tarjeta de identidad..... 3 | Registro civil..... 6 | PEP..... 18 | PPT..... 21 | Salvo conducto..... 9 | Sin identificación..... 8

18. Número de documento de identidad del cuidador-ra principal. 24048966

Nombres y apellidos del cuidador-ra principal *(según documento identidad)*
19. Primer Apellido: Solano | 20. Segundo Apellido: León | 21. Primer Nombre: Blanca | 22. Segundo Nombre: Cecilia

23. ¿La niña-niño se encuentra bajo medida de protección legal?: Si. 1 | No 2 X

24. ¿El niño o la niña ha estado bajo medida de protección legal?: Si... 1 | No 2 X *Pase a sección K*

25. ¿En qué fecha el niño o la niña tuvo la medida de protección legal?: D D M M A A A A

SECCIÓN K. INFORMACION RURALIDAD: si en la pregunta 6 de la Sección C del Cabezote indicó Rural, diligencie esta sección, de lo contrario pase a la sección L

1. La niña, niño o gestante habita en: Centro Poblado..... 1 | Rural disperso..... 2

2. La familia de la niña o el niño o la gestante a partir de sus prácticas culturales se reconoce como: Campesino /a..... 1 | Rural..... 2 *pasar a la sección L*

3. ¿Para la familia de la niña o el niño o gestante es importante mantener las tradiciones de su identidad campesina en la crianza de su hija o hijo?: Si..... 1 | No..... 2

4. ¿La familia de la niña o el niño o gestante conserva tradiciones campesinas?: Si..... 1 | No..... 2

5. ¿Para la familia es importante conservar las tradiciones campesinas, en su vida cotidiana?: Si..... 1 | No..... 2

SECCION L: INFORMACION ADICIONAL ETNIAS Si en la pregunta 4 de la sección B del cabezote indico que se reconoce perteneciente a un grupo étnico diligencié esta sección, de lo contrario *pase a sección M.*

1. ¿El niño, la niña, la persona gestante habla la lengua del grupo étnico al que pertenece?: Si... 1 | No.... 2

2. ¿El niño o la niña, la persona gestante, conserva tradiciones del grupo étnico al que pertenece?: Si... 1 | No.... 2 *Pase a sección H*

3. ¿Para la familia es importante que en la atención se conserven las tradiciones del grupo étnico al que pertenece?: Si... 1 | No... 2

4. ¿Para la familia es importante conservar en su vida cotidiana las tradiciones del grupo étnico al que pertenece?: Si... 1 | No... 2

SECCION M: DISCAPACIDAD Y ALTERACIONES EN EL DESARROLLO Si en la pregunta 1 de la sección B del cabezote indico que la niña o niño, gestante presenta alguna discapacidad diligencié esta sección, de lo contrario *pase a sección N*

1. Clase de discapacidad (marque la clase de acuerdo con el tipo indicado en la sección de cabezote, si es múltiple indique las clases necesarias, con excepción de las relacionadas con las alteraciones en el desarrollo

ALTERACIONES EN EL DESARROLLO
Del habla y del lenguaje..... | De la función motriz..... | Del desarrollo mixto..... | Del comportamiento e hiperquinéticos..... | De los procesos cognitivos.....

TRANS ESPECTRO AUTISTA (TEA)
TEA.....

AUDITIVA
Hipoacusia..... | Sordera .....

VISUAL
Baja visión..... | Ceguera.....

INTELECTUAL
Síndrome de Down..... | Intelectual ...

FISICA
Osteomuscular..... | Neuromuscular..... | Parálisis cerebral (EMOC)...

PSICOSOCIAL
Psicosocial .....

2. Tiene diagnóstico clínico relacionado con la discapacidad?: Si.... 1 | No... 2 *Pase a la pregunta 5*

3. Cuenta con el certificado de discapacidad? Si.... 1 | No... 2 *Pase a la pregunta 5*

4. La niña o el niño está inscrito en el RLCPD? Si.... 1 | No... 2

5. Requiere ayuda técnica para las actividades de la vida diaria? Si.... 1 | No... 2 *Pase a la pregunta 7*

6. Cuenta con ella?: Si.... 1 | No... 2

7. Es independiente para el desplazamiento?: Si.... 1 | No... 2

8. Apoyos requeridos en el servicio?
Intermitente o Limitado..... 1 | Extenso o Generalizado..... 2 | En observación..... 3

9. Cuenta con habilitación o rehabilitación en salud? Si... 1 | No.... 2 *..Pase a la sección N*

10. De qué tipo: Fonoaudiología 1 | Fisioterapia... 2 | Terapia ocupacional 3 | Neurologia... 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 JUNTOS	Código: FOR-PSS-334 Versión: 2 Fecha: Memo I2023015020-24/05/2023 Página: 4 de 4

SECCIÓN N. DESCRIPCIÓN Y REFERENCIACIÓN:

1. Descripción de la problemática:

Madre cabeza de hogar, sus ingresos los obtiene de su empleo como analista logística en un depósito aduanero, sus hijos estan al cuidado de la abuelita.
No cuenta con el apoyo y acompañamiento de los padres de sus hijos, Mathias no fue reconocido por su padre.
La Sra Carolina no cuenta con redes de apoyo sociales, sus ingresos son bajos.

Por otro lado realiza solicitud de servicio en el Jardin, pues conoce por una prima suya, que tiene un niño atendido alli, los beneficios que este ofrece y sería un gran alivio economico para ella, de igual manera considera importante que su hijo comparta con niños y niñas de su edad y se desprenda un poco de ella.

2. Concepto técnico:

Grupo familiar con fragilidad social media, los ingresos cubren las necesidades básicas del hogar.
El niño queda en lista de espera cuando se cuente con el cupo se quisiera a la madre, para que realice el proceso de matrícula en el Jardin; este ofrece a los niñas y los niños que allí son atendidos gran variedad de experiencias sensibles y significativas encaminadas a fortalecer las dimensiones del desarrollo infantil, siendo ellos los protagonistas de su aprendizaje respetando sus individualidades.

Si ingresa a un jardín infantil diurno o casa de pensamiento, seleccione el nivel en el que recibirá la atención, de acuerdo a la edad que la niña o niño tiene, tuvo o tendrá a 31 de marzo del año en curso; con excepción de las niñas y los niños con discapacidad que se hará de acuerdo con el concepto técnico, sin que esto sobre pase dos niveles anteriores al correspondiente por fecha de nacimiento

MATERNAL ☐ CAMINADORES ☒ PARVULOS ☐ PREJARDIN ☐ JARDIN ☐

De acuerdo con la oferta institucional de su momento, indique si ingresa a atención presencial o algún esquema de atención flexible.

ATENCIÓN PRESENCIAL ☒ ALTERNANCIA: ☐ EI EN CASA ☐ MULTIMODAL ☐

3. Acciones a seguir:

Ingreso prioritario..... 1 ☐
Lista de espera – Cumple criterios de ingreso..... 2 ☒
No cumple criterios de ingreso..... 3 ☐

4. ¿Requiere visita domiciliaria? - Si... 1 ☐ No... 2 ☒ *Pase a la pregunta 5*

Motivo: Verificación de las condiciones socio familiares: - Si... 1 ☐ - No... 2 ☐
Verificación otras condiciones: - Si... 1 ☐ - No... 2 ☐

5. La modalidad en el que se atenderá la niña, el niño, persona gestante o lactante se encuentra en convenio interadministrativo con (selección múltiple):

SED 1 ☐ ICBF 2 ☐ Ninguno de los anteriores 96 ☒

6. La unidad operativa ofrece nivel pre jardín o jardín porque se encuentra en una UPZ deficitaria para la SED?

- Si... 1 ☐ - No... 2 ☒ No oferta niveles 3 ☐

7. Referenciación a un proyecto SDIS: - Si... 1 ☐ - No 2 ☒ *Pase a la pregunte 8*

Integrante: ___ Proyecto: ___ Modalidad: ___
Integrante: ___ Proyecto: ___ Modalidad: ___
Integrante: ___ Proyecto: ___ Modalidad: ___
Integrante: ___ Proyecto: ___ Modalidad: ___

8. Referenciación a otra entidad: - Si... 1 ☐ - No 2 ☒ *Finalice*

Integrante: ___ ¿Cuál?: ___
Integrante: ___ ¿Cuál?: ___
Integrante: ___ ¿Cuál?: ___
Integrante: ___ ¿Cuál?: ___

	PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES FORMATO REGISTRO DE DILIGENCIAMIENTO DE FICHA SIRBE EN FÍSICO	Código: FOR-PSS-743 Versión: 0 Fecha: Memo I2024000787 - 12/01/2024 Página: 1 de 1

LOCALIDAD ENGATIVA UNIDAD OPERATIVA: JARDIN INFANTIL COFINANCIADO PEPITOS RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA: DIANA MARCELA RUBIO CASTAÑO

NOMBRE DEL RECOLECTOR JACKELINE MENDOZA GONZALEZ DOCUMENTO DE IDENTIDAD CC X CE__ OTRO__ CUAL?___ Numero # 52.035.452

NOMBRE SOLICITANTE / BENEFICIARIO Angel Mathias Munca Solano DOCUMENTO DE IDENTIDAD CC__ CE__ OTRO X CUAL? RC Numero # 1233 701 397

FECHA DE ENTREGA PARA DIGITACIÓN: 29/1/2024 NOMBRE DEL DIGITADOR AL QUE SE ENTREGA LA FICHA: Edwart Pérez

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.014.239.021**

MUNCA SOLANO

APELLIDOS

JENNY CAROLINA

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **19-DIC-1992**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.66	**O+**	**F**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

21-DIC-2010 BOGOTA D.C

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-1500150-09260132 F-1014239021-20110208 **0025**712515A 1 36045029

7

REPÚBLICA DE COLOMBIA

ORGANIZACIÓN ELECTORAL
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
DIRECCIÓN NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

Adhesivo Cuota Registro Civil
REGISTRO NUIP 20144635-8

• 56693455 •

NUIP 1.233.694.478

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 56693455

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría: X | Notaría: | Número: | Consulado: | Corregimiento: | Inspección de Policía: | **Código** E T Y

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía

REGISTRADURIA DE AUXILIAR ENGATIVA SEDE 2 - COLOMBIA - CUNDINAMARCA

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
PERLAZA	MUNCA

Nombre(s)

ANGEL THOMAS

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2017 Mes MAY Día 25	MASCULINO	O	POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)

COLOMBIA CUNDINAMARCA BOGOTA D.C.

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	14136888-1

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

MUNCA SOLANO JENNY CAROLINA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.014.239.021	COLOMBIA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

PERLAZA CASTRO JORGE LEONARDO

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.013.607.713	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

PERLAZA CASTRO JORGE LEONARDO

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC 1.013.607.713	

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número)	Firma

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número)	Firma

Fecha de inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2017 Mes JUN Día 01	PABLO DAVID JIMENEZ RODRIGUEZ - R Nombre y firma

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
Firma	Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

01.JUN.2017 - LIBRO DE VARIOS - TOMO 4 FOLIO 0156.

REGISTRADURÍA

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 PARENTESCO.

FECHA DE EXPEDICION
01 JUN. 2017

PABLO DAVID JIMENEZ RODRIGUEZ
REGISTRADOR AUXILIAR DEL ESTADO CIVIL ENGATIVA CENTRO - BOGOTA D.C. L-10-2

• ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO •

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

Registraduría Auxiliar de Engativa Centro
Registraduría Distrital del Estado Civil

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

NUIP 1.233.701.397

Indicativo Serial 61476623

-61476623-

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código H T Y

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía

REGISTRADURIA DE AUXILIAR ENGATIVA SEDE 2 - COLOMBIA - CUNDINAMARCA

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
MUNCA	SOLANO

Nombre(s)

ANGEL MATHIAS

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2022 Mes ABR Día 20	MASCULINO	O	POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)

COLOMBIA CUNDINAMARCA BOGOTA D.C

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	172739168

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

MUNCA SOLANO JENNY CAROLINA

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.014.239.021	COLOMBIA

Datos de la madre o padre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el segundo apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

MUNCA SOLANO JENNY CAROLINA

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC 1.014.239.021	Jenny Munca

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma

Fecha de Inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2022 Mes ABR Día 26	WILLIAM ERNESTO LANCHEROS RUIZ - Nombre y firma

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
Firma	Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

26.ABR.2022 - ACTA COMPLEMENTARIA - SE OMITE IMPRESION DE HUELLAS PLANTARES DEL INSCRITO, SEGUN CIRCULAR 084 DE 01 SEP 2020 DE RNEC SE ENTREGA BOLETA DE COMPARENDO. LFG.

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

REGISTRADURÍA

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 SEGÚN ART. 11 DECRETO 2150 DE 1995. SE EXPIDE PARA ACREDITAR PARENTES PARENTESCO.

FECHA DE EXPEDICION

27 ABR 2022

WILLIAM ERNESTO LANCHEROS RUIZ
REGISTRADOR AUXILIAR DEL ESTADO CIVIL ENGATIVA CENTRO - BOGOTA D.C. L-10 - 1

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

ADRES Salud

ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	RC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1233701397
NOMBRES	ANGEL MATHIAS
APELLIDOS	MUNCA SOLANO
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	CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR	CONTRIBUTIVO	20/04/2022	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	11/26/2024 18:31:43	**Estación de origen:**	2801:12:c800:2070::1

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la ADRES, normativa por la cual se adopta el anexo técnico, los lineamientos y especificaciones técnicas y operativas para el reporte y actualización de las bases de datos de afiliación que opera la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES".

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen

2 MESES

acueducto
AGUA Y ALCANTARILLADO DE BOGOTÁ

Empresa de Acueducto y Alcantarillado de Bogotá - ESP
NIT: 899.999.094-1

Escanea y paga tu factura

Datos del usuario

ROBERTO MUNCA LEAL
KR 115 67B 39 PI 1

ENGATIVA
CENTRO
ENGATIVA II

ESTRATO	2	CLASE DE USO	Residencial
UND HABIT./FAMILIAS	1	UND. NO HABITACIONAL	0

ZONA: 2 **CICLO:** C2 **RUTA:** C22089

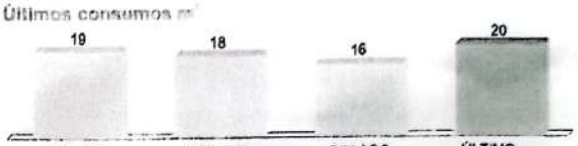
Datos del medidor

MARCA ELSTER NÚMERO A17FA200060 TIPO VOLU015R3*5 DIÁMETRO ½

Datos del consumo

ÚLTIMA LECTURA	875	CONSUMO (m³)	20
LECTURA ANTERIOR	855	PROMEDIO (m³)	18
FACTURADO CON	Consumo Normal	Descargue Fuente alterna	0

Últimos consumos m³



Periodo facturado
AGO/18/2024 - OCT/17/2024

CUENTA CONTRATO
Número para cualquier consulta **12433877**

Factura de Servicios Públicos No.
Número para pagos **39999700816**

TOTAL A PAGAR **$158.718**
Agua + Alcantarillado + Aseo (si aplica ver al respaldo) + Cobro Terceros (si aplica ver al respaldo)

Fecha de pago oportuno **NOV/18/2024**

Fecha de suspensión **NOV/21/2024**

FECHA DE EXPEDICIÓN OCT/31/2024 FECHA ESPERADA DE LA PRÓXIMA FACTURA ENE/14/2025

Resumen de su cuenta

RANGO CMO BASICO Bimestral según Resolución CRA 750/2016(0m3 - 22m3)

Descripción	Cant. Mes	Costo Valor Unitario	Costo Valor Total	(-) Subsidio (+) Aporte	Tarifa Valor Unitario	Valor a Pagar
Acueducto						
Cargo fijo residencial	1	$18.391,58	$18.392	$7.357-	$11.034,94	$11.035
Consumo residencial básico	20	$3.485,04	$69.701	$27.880-	$2.091,03	$41.821
Consumo residencial superior a básico						
Cargo fijo no residencial						
Consumo no residencial (m3)						
Subtotal Acueducto ①			$88.093	$35.237-		$52.856
Alcantarillado						
Cargo fijo residencial	1	$8.741,90	$8.742	$3.497-	$5.245,14	$5.245
Consumo residencial básico	20	$3.721,86	$74.437	$29.775-	$2.233,12	$44.662
Consumo residencial superior a básico						
Cargo fijo no residencial						
Consumo no residencial (m3)						
Subtotal Alcantarillado ②			$83.179	$33.272-		$49.907

Otros Cobros	No. Cuota	Interés	Total	Saldo
Ajuste a la decena			$3-	
Ben. min. vital total			$25.092-	
Subtotal Otros Cobros ③			$25.095-	

Otros conceptos que adeuda	Valor Total
Total otros conceptos que adeuda	

Beneficio Mínimo Vital hasta 12 m³. Periodo actual **$25.092-**

TOTAL AGUA, ALCANTARILLADO Y OTROS COBROS ① ② ③ ④ **$77.668**

CONSUMO MES **$51.382** CONSUMO DÍA **$1.685**



Denuncia en la línea 116

cualquiera de las siguientes situaciones, así protegeras la disponibilidad de tus servicios públicos:

- El hurto o faltante de medidores rejillas y tapas.
- Cajas o tapas desmontadas o movimientadas.
- Manipulación de cajas, tapas, rejillas, medidores, instrumentos o elementos de medición por parte de personal ajeno a la empresa.
- Cualquier otra actividad irregular que observes en la red de acueducto y alcantarillado.

cadena.

113753 55809 1/2

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

Fecha de diligenciamiento: 26 NOV 2024

Número de ficha: 2024 (Año) 10 (Localidad) 774 (Proyecto) 12052 (Código unidad operativa) 9

SECCIÓN A. VARIABLES BÁSICAS

1. Primer Apellido, según su documento de identidad	2. Segundo Apellido, según su documento de identidad	3. Primer Nombre, según su documento de identidad	4. Segundo Nombre, según su documento de identidad
Gamarra	Alvarez	Amara	

5. ¿Con cuál género se identifica? * (Esta pregunta aplica solo a personas mayores de 14 años)
Masculino [1] Femenino [2] Transgénero [3] (Travesti, transexual, transformista)
No binario [5] No informa [4] No Aplica [98] X

6. Nombre Identitario * (Esta pregunta aplica solo a personas mayores de 14 años y que hayan marcado la opción 3 de la pregunta 5):

7. ¿Se identifica como persona transgénero femenina o transgénero masculino? * (Esta pregunta aplica solo a personas mayores de 14 años y que hayan marcado la opción 3 de la pregunta 5)
Transgénero Masculino [1] Transgénero Femenina [2]

8. ¿Cuál es su orientación sexual? * (Esta pregunta aplica solo a personas mayores de 14 años)
Heterosexual [1] Bisexual [3] Otro, ¿Cuál?
Lesbiana [5] No informa [4]
Gay [6] No Aplica [98]

9. Tipo de documento de identificación
Cédula de ciudadanía [1] Cédula de extranjería [2] Tarjeta de identidad [3] Registro civil [6] X Pasaporte... [13]
Permiso especial de permanencia [18] Salvo conducto [19] Permiso por protección temporal .. [21] Sin Identificación [8]

10. Número de documento de identificación: 1233701840

11. Municipio nacimiento: Bogota D.C

12. Departamento nacimiento Bogota D.C

13. País nacimiento: Colombia

14. Sexo de nacimiento: Hombre [1] Mujer [2] X Intersexual [3]

15. Fecha de nacimiento: *(según su documento de identidad)* 09 09 2003

16. Estado civil: Soltero/a [1] X Casado/a [2] Unión libre [3] Separado/a Divorciado/a [4] Viudo/a [5] Unión marital de hecho [6]

17. Nivel educativo actual
Educación Inicial modalidad familiar [26] Preescolar [6] Básica secundaria y media [8] Tecnológico [19] Universitaria completa (con título) [12] Postgrado completo (con título) [15]
Educación inicial modalidad institucional [27] Básica primaria [7] Técnico [18] Universitaria incompleta (sin título).... [21] Postgrado incompleto (sin título) [22] Educación desde lo propio [25] Ninguno [1] X

18. Años aprobados:

19. ¿Es persona cuidadora? *(pregunta para mayores de 14 años*
Si [1] No [2] X *(pase a la pregunta 25)*

20. ¿Es 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] X

26. Rol ocupacional: * (Esta pregunta aplica solo a personas mayores de 14 años
Vendedor Informal [19] Cachivachero [22] Reciclador [9] Cuidado directo [27] Jornalero [33] Actividades rurales [29]
Cotero [20] Actividades Sexuales pagadas [23] Actividades Artísticas callejeras [24] Cuidado Indirecto [28] Vigilar finca o predio [30] Otras ocupaciones [32]
Carretero [21] Mendicidad [12] Vigilar o limpiar carros [25] Calibrar llantas [26] Estudiante [31] No aplica [98] X

27. ¿Cuantas horas a la semana dedica al rol ocupacional seleccionado? *(Esta pregunta aplica solo a mayores de 14 años)*
0 Horas

28. Valor de los ingresos mensuales * (Esta pregunta aplica solo a personas mayores de 14 años)
$ 0

29. Forma de percibir los ingresos: *(Aplica solo a personas mayores de 14 años)*
Diario [1] Semanal [4]
Mensual [2] Quincenal [5]
Esporádico [3] No aplica [98] X

30. Localidad donde desarrolla su rol ocupacional: * (Esta pregunta aplica solo a personas mayores de 14 años):
Usaquén [1] San Cristóbal [4] Bosa [7] Engativá [10] Teusaquillo [13] Puente Aranda [16] Ciudad Bolívar [19]
Chapinero [2] Usme [5] Kennedy [8] Suba [11] Los Mártires [14] La Candelaria [17] Sumapaz [20]
Santa fe [3] Tunjuelito [6] Fontibón [9] Barrios Unidos [12] Antonio Nariño [15] Rafael Uribe [18] No Aplica [98] X

31. ¿Está afiliado a seguridad social?
Si [1] X No [2] *(pase a la pregunta 34)*

32. Regimen de seguridad social
Contributivo [1] Subsidiado [2] X
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] X

35. Clasificación Sisbén

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL	PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL FORMATO FICHA SIRBE SERVICIOS SOCIALES INFORMACIÓN BÁSICA Y TRANSVERSAL: CABEZOTE	Código: FOR-PSS-321 Versión: 1 Fecha: Memo 2023015255 - 25/05/2023 Página: 2 de 6

Fecha de diligenciamiento: 24 04 2024

Número de ficha: 2024 10 77 44 12 05 29
(Año: 2024 | Localidad: 10 | Proyecto: 77 44 | Código unidad operativa: 12 05 29)

SECCIÓN B. VARIABLES TRANSVERSALES

1. Persona con discapacidad
Si [1]
No [2] X *Pase a 4*

2. Tipo de discapacidad
Física [20] Auditiva [31] Intelectual [39]
Psicosocial [40] Visual [32] Sordo ceguera [10]
Alteración del desarrollo [37] Múltiple [42] Trastornos del espectro autista (TEA) [38]

3. Presenta alguna de las siguientes dificultades o limitaciones permanentes para:

Acción / Dificultad	No puedo hacerlo	Sí, con mucha dificultad	Sí, con alguna dificultad	Puedo hacerlo sin dificultad
1. ¿Relacionarse o interactuar con las demás personas?				
2. ¿Hablar o conversar?				
3. ¿Agarrar o mover objetos con las manos?				
4. ¿Entender, aprender, recordar o tomar decisiones por sí mismo(a)?				
5. ¿Oír la voz o los sonidos?				
6. ¿Mover el cuerpo, caminar o subir y bajar escaleras?				
7. ¿Ver de cerca, de lejos o alrededor?				
8. ¿Comer, vestirse o bañarse por sí mismo(a)?				

4. Tipología de estructura familiar:
Hogar familiar Nuclear [1] X
Hogar familiar amplio compuesto [3]
Hogar familiar amplio extenso [2]
Hogar familiar sin Núcleo [4]
Hogar no familiar unipersonal [5]
Hogar no familiar sin núcleo [6]

5. Situaciones y/o condiciones diferenciales de las familias
Familia con pertenencia étnica [1]
Familia transgenero [2]
Familia víctimas del conflicto armado [3]
No aplica [98] X

6. Identifique su nacionalidad con las siguientes opciones:
Nacional [1] X
Otra nacionalidad [2]
Binacional [3]
Múltiple nacionalidad [4]
Sin nacionalidad [5]
No reporta [6]

7. ¿Es una persona migrante?
Si [1]
No [2] X

8. Grupo Étnico: ¿De acuerdo con su cultura, pueblo o rasgos físicos, es o se reconoce cómo?
Indígena [1]
Rrom (Gitano) [2]
Raizal del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina [3]
Palenquero de San Basilio [4]
Negro/a, Mulato/a, afro colombiano/a, o afro descendiente. [5]
Ninguno de los anteriores [6] X

9. Pueblo indígena: (En las instrucciones de diligenciamiento se encuentra la lista completa de los pueblos indígenas con sus respectivos códigos, en la opción otro se debe escribir solo el código que refiera el instructivo
Nasa (Paéz) [1] Quillasinga [4] Sicuani [6] Misak Misak [60] Cañamomos [10] Kichwas [15] Arhuacos [13] Embera Chami [35] Ninguna de las anteriores [17]
Wayuu [2] Uitotos [85] Tubu [67] Eperara-siapidara [30] Muiscas [16] Kankuamo [45] Pijao [14] Embera Dóbida [29] Otro ¿cuál? Digite código del instructivo
Pastos [65] Senú [5] Yanaconas [7] Ingas [9] Awa (Kwaiker) [11] Kogui [49] Kubeo [50] Embera Katio [34]

10. Parentesco con jefe/a de la familia:
Jefe/a núcleo familiar [1] Padre/Madre [3] Hijo/a [5] X Hermano/a [7] Primo/a [9] Nieto/a [11] Otro No pariente [13]
Cónyuge o compañero/a [2] Padrastro / Madrastra [4] Abuelo/a [6] Tío/a [8] Sobrino/a [10] Otro pariente [12] Hijastro [14]

11. ¿Víctima de conflicto armado?:
Si [1]
No [2] X *Pase a 15*

12. Número registro único de víctimas

13. Año en que realizo la declaración:

14. Si respondió afirmativamente la pregunta 11, indique los motivos: (Selección múltiple)
Acto terrorista, atentado [1] Amenazas [3] Masacres [5] Tortura [7] Desaparición forzada [9] Minas personales, municiones sin explotar y artefactos explosivos [11] VSRC en su grupo familiar [14]
Combates, enfrentamientos [2] Homicidio [4] Secuestro [6] Despojo y abandono de tierras [8] Desplazamiento forzado [10] Vinculación de niños/as y adolescentes a grupos al margen de la ley [12] VSRC en población LGBTI [15]
Orfandad [16] No informa [17]

15. ¿Habita en calle?
Si [1] *Pase a 17*
No [2] X *Pase a 16*

16. ¿Se encuentra en riesgo de habitar en calle?
Si [1]
No [2] X

17. ¿Ha recibido capacitación, formación o tiene experiencia en algún arte u oficio?: **(Esta pregunta aplica solo a personas mayores de 14 años):*
Si [1]
No aplica [98] X
Si la respuesta es 2 o 98 Pase a 18
No [2]

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

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	$ 740000	Recreación	$ 40000
Servicios públicos domiciliarios (agua, energía, gas, teléfono fijo, internet, teléfono celular, televisión por cable	$ 160000	Gastos en salud (consultas, medicamentos, etc.)	$ 0
Pagos a terceros cuidadores	$ 300000	Transporte o movilidad de los integrantes del hogar	$ 120000
Artículos de aseo personal	$ 50000	Educación (útiles, pensión, transporte escolar, fotocopias, etc.)	$ 0
Alimentación	$ 400000	Total	$ 1810000

20. ¿Usted se considera campesino/a? Se responde lo que el/ella entrevistado/a responda según su sentir y apropiación de concepto.

Si 1 | No 2 X | No informa 3

21. ¿Usted considera que la comunidad en la que vive es campesina? Se responde lo que el/ella entrevistado/a responda según su sentir y apropiación de concepto

Si 1 | No 2 X | No informa 3

	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: 26/12/2024

Número de ficha: 2024 (Año) 10 (Localidad) 774 (Proyecto) 120529 (Código unidad operativa)

SECCION C. UBICACIÓN GEOGRAFÍCA

1. Localidad donde habita

Usaquén	1	Santa fe	3	Usme	5	Bosa	7	Fontibón	9	Suba	11	Teusaquillo	13	Antonio Nariño	15	La Candelaria	17	Ciudad Bolívar	19
Chapinero	2	San Cristóbal	4	Tunjuelito	6	Kennedy	8	Engativá	10 X	Barrios Unidos	12	Los Mártires	14	Puente Aranda	16	Rafael Uribe	18	Sumapaz	20

2. UPZ o UPR: 74

3. Nombre del barrio / Vereda: Sabana del Dorado

4. Escriba su dirección completa:

Calle	CL X	Transversal	TV	Avenida	AV	Número de la vía principal: 63	Alfabético: J	BIS	Alfabético	Cuadrante: S / E	Número vía generadora: 119	Alfabético: B	–	Número placa: 41	Cuadrante: S / E
Carrera	KR	Avenida calle	AC			Nombre de la vía principal:									
Diagonal	DG	Avenida carrera	AK			Nombre sinónimo de la vía principal:									

5. Escriba el complemento de la dirección: (dirección rural, interior, apartamento, oficina)
* vea las convenciones a continuación, y/o en las instrucciones de el instructivo de diligenciamiento

Complemento dirección:								
AD. Administración	BG. Bodega	CONJ. Conjunto	ESQ. Esquina	LC. Local	MZ. Manzana	PI. Piso	SL. Solar	TR. Terraza
AG. Agrupación	BQ. Bloque	CT. Carretera	ET. Etapa	LM. Local Mezzanine	OF. Oficina	PN. Puente	SM. Super manzana	UN. Unidad
AL. Altillo	CA. Casa	DP. Depósito	GJ. Garaje	LS. Local sótano	OS. Oficina sótano	PS. Paseo	SR. Sector	UR. Unidad residencial
AP. Apartamento	CEL. Célula	DS. Depósito sótano	GS. Garaje sótano	LT. Lote	PA. Parcela	PT. Portería	SS. Semi sotano	URB. Urbanización
AS. Apartamento sótano	CM. Camino	ED. Edificio	IN. Interior	MD. Módulo	PD. Predio	SA. Salón	SU. Suite	ZN. Zona
	CN. Consultorio	EN. Entrada	KM. Kilometro	MN. Mezzanine	PH. Pent-house	SC. Salón Comunal	TO. Torre	

6. Tipo de zona: Urbana 1 X; Rural 2; Urbana sin dirección 3

7. Estrato socio – económico del predio: Uno 1; Dos 2 X; Tres 3; Cuatro 4; Cinco 5; Cero 0

8. Teléfono fijo de contacto: 0

9. Teléfono celular de contacto: 3219964595

10. Correo electronico de contacto: dessirealjarez24 11@gmail.com

11. ¿Habita en una vivienda?: Si 1 X; No 2 (pase a la pregunta 16)

12. Tipo de vivienda: Casa o apartamento 1 X; Cuarto o cuartos 2; Inquilinato 3; Vivienda móvil 4; Casa lote 5; Residencia 6; Lugar de trabajo 7; Rancho 8; Finca 9; Paga diario 10

13. Condición de la vivienda: Ruina 1; Demolición 2; Buen estado 3 X; Aceptable 4; Mal Estado 5

14. Tenencia de la vivienda: Propia 1; otra forma 3; Amortizado 4; Arrendada 2 X

15. Forma de pago: Diaria 1; Mensual 2 X; Quincenal 3; Semanal 4; Contributivo 5

16. Lugar diferente a vivienda donde habita: Equipamiento Urbano 1; Refugio natural 2

	PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL 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: 2024 (Año) 10 (Localidad) 774 (Proyecto) 12 (Código unidad operativa) 0529

SECCIÓN D. INFORMACIÓN BÁSICA Y TRANSVERSAL SOBRE LA FAMILIA:

La información básica se repite para el jefe de núcleo familiar

No. Integrante	A: DOCUMENTO DE IDENTIDAD – Tipo	A: DOCUMENTO DE IDENTIDAD – Número	B: APELLIDOS (Escriba: En el renglón 1, primer apellido; En el renglón 2, segundo apellido)	C: NOMBRES (Escriba: En el renglón 1, primer nombre; En el renglón 2, segundo nombre)	D: Sexo	E: ¿Con cuál género se identifica?	F: ¿Transgenero masculino o transgenero femenino?	G: ¿Cuál es su orientación sexual?	H: FECHA NACIMIENTO – Día	H: FECHA NACIMIENTO – Mes	H: FECHA NACIMIENTO – Año	I: Edad aproximada	J: ESTADO CIVIL	K: PARENTESCO (Con jefe/a del núcleo familiar)	L: NIVEL EDUCATIVO ACTUAL – NIVEL	L: NIVEL EDUCATIVO ACTUAL – Años aprobados	M: ¿Asiste actualmente?	N: SISTEMA DISTRITAL DE CUIDADO – ¿Es persona cuidadora/a?	O: SISTEMA DISTRITAL DE CUIDADO – Niños/as de 0 a 5 años	P: SISTEMA DISTRITAL DE CUIDADO – Niños/as de 6 a 10 años	Q: SISTEMA DISTRITAL DE CUIDADO – Persona con discapacidad	R: SISTEMA DISTRITAL DE CUIDADO – Persona mayor	S: SISTEMA DISTRITAL DE CUIDADO – Cuidado de casa	T: Actividad	U: Rol ocupacional	V: ¿Cuantas horas a la semana dedica a esta ocupación?	W: Valor de los ingresos mensuales	X: Forma de percibir los ingresos	Y: Localidad donde realiza actividad principal	Z: SALUD – Afiliado al régimen de seguridad social	AA: SALUD – Régimen de seguridad social	AB: SALUD – Calidad del afiliado	AC: DISCAPACIDAD – ¿Persona con discapacidad?	AD: DISCAPACIDAD – Tipo	AE: Grupo étnico	AF: Pueblo Indígena	AG: VÍCTIMA DE CONFLICTO ARMADO – ¿Es víctima del conflicto armado?	AH: VÍCTIMA DE CONFLICTO ARMADO – Motivo	AI: ¿Ha recibido capacitación, formación o tiene experiencia en algún arte u oficio?	AJ: De acuerdo con la respuesta anterior ¿En qué cree que puede desempeñarse?
1	1	1014262224	1 Gamarra	1 Alvaro	1	1		1	15	10	1994	30	3	1	18	1	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	12	32	48	1900000	2	8	Sí	1	2	Sí		6		Sí		Sí	
			2 Barrios	2 Enrique													No	No	No	No	No	No	No								No			No				No		No aplica	
2	1	1043127139	1 Alvarez	1 Dessire	2	2		1	24	11	2004	20	3	2	8	6	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	12	32	46	1400000	5	8	Sí	1	2	Sí		6		Sí		Sí	
			2 Ricardo	2 Del Carmen													No	No	No	No	No	No	No								No			No				No		No aplica	
3	6	1233701840	1 Gamarra	1 Ainara	2	98		98	09	09	2022	2	1	5	1		Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	98	98	0	0	98	98	Sí	1	1	Sí		6		Sí		Sí	No
			2 Alvarez	2													No	No	No	No	No	No	No								No			No				No		No aplica	
4			1	1													Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí								Sí			Sí				Sí		Sí	No
			2	2													No	No	No	No	No	No	No								No			No				No		No aplica	
5			1	1													Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí								Sí			Sí				Sí		Sí	No
			2	2													No	No	No	No	No	No	No								No			No				No		No aplica	

	PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL	Código: FOR-PSS-321
ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL	FORMATO FICHA SIRBE SERVICIOS SOCIALES INFORMACIÓN BÁSICA Y TRANSVERSAL: CABEZOTE	Versión: 1
		Fecha: Memo 2023015255 - 25/05/2023
		Página: 6 de 6

No. Integrante	A		B	C	D	E	F	G	H				I	J	K		L	M	N	O	P	Q	R	S	T	U	V	W	X			Y		Z	AA	AB		AC	AD
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD		APELLIDOS Escriba: En el renglón 1, primer apellido En el renglón 2, segundo apellido	NOMBRES Escriba: En el renglón 1, primer nombre En el renglón 2, segundo nombre	Sexo	¿Con cuál género se identifica?	¿Transgenero masculino o transgenero femenino?	¿Cuál es su orientación sexual?	FECHA NACIMIENTO			Edad aproximada	ESTADO CIVIL	PARENTESCO (Con jefe/a del núcleo familiar)	NIVEL EDUCATIVO ACTUAL	¿Asiste actualmente?	SISTEMA DISTRITAL DE CUIDADO						Actividad	Rol ocupacional	¿Cuantas horas a la semana dedica a esta ocupación?	Valor de los ingresos mensuales	Forma de percibir los ingresos	Localidad donde realiza actividad principal	SALUD			DISCAPACIDAD		Grupo étnico	Pueblo Indígena	VÍCTIMA DE CONFLICTO ARMADO		¿Ha recibido capacitación, formación o tiene experiencia en algún arte u oficio?	De acuerdo con la respuesta anterior ¿En qué cree que puede desempeñarse?
	Tipo	Número							Día	Mes	Año				NIVEL Años aprobados		¿Es persona cuidadora/a?	Niños/as de 0 a 5 años	Niños/as de 6 a 10 años	Persona con discapacidad	Persona mayor	Cuidado de casa							Afiliado al régimen de seguridad social	Régimen de seguridad social	Calidad del afiliado	¿Persona con discapacidad?	Tipo			¿Es víctima del conflicto armado?	Motivo		
6			1	1												Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí							Sí			Sí				Sí		Sí No	
			2	2												No	No	No	No	No	No	No							No			No				No		No aplica	
7			1	1												Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí							Sí			Sí				Sí		Sí No	
			2	2												No	No	No	No	No	No	No							No			No				No		No aplica	
8			1	1												Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí							Sí			Sí				Sí		Sí No	
			2	2												No	No	No	No	No	No	No							No			No				No		No aplica	
9			1	1												Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí							Sí			Sí				Sí		Sí No	
			2	2												No	No	No	No	No	No	No							No			No				No		No aplica	
10			1	1												Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí							Sí			Sí				Sí		Sí No	
			2	2												No	No	No	No	No	No	No							No			No				No		No aplica	
11			1	1												Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí							Sí			Sí				Sí		Sí No	
			2	2												No	No	No	No	No	No	No							No			No				No		No aplica	
12			1	1												Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí							Sí			Sí				Sí		Sí No	
			2	2												No	No	No	No	No	No	No							No			No				No		No aplica	
13			1	1												Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí							Sí			Sí				Sí		Sí No	
			2	2												No	No	No	No	No	No	No							No			No				No		No aplica	

Tratamiento de datos personales: Los datos personales aquí consignados tienen carácter confidencial, razón por la cual es un deber y un compromiso de los asistentes y de la SDIS no divulgar información alguna en propósito diferente a la de este registro so pena de las sanciones legales a que haya lugar de acuerdo con la Ley 1581 de 2012 y Decreto 1377 de 2013.

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL	PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL PROYECTO 7744 GENERACION DE OPORTUNIDADES PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA DE BOGOTÁ FORMATO FICHA SIRBE SERVICIOS: JARDINES INFANTILES Y CRECIENDO JUNTOS	Código: FOR-PSS-334 Versión: 2 Fecha: Memo I2023015020-24/05/2023 Página: 1 de 4

Fecha de diligenciamiento: 26/12/2024 | Número Ficha: 2024 (Año) 10 (Localidad) 774 (Proyecto) 12052 (Código Unidad Operativa) 9

SECCION E. MODALIDAD DE ATENCION

1 Indique la modalidad en la cual se diligencia la ficha SIRBE

Modalidades Familiares

Creciendo Juntos [ ] Crecemos en la Ruralidad [ ]

Modalidades institucionales: Si selecciona alguna de las modalidades institucionales diligencie la pregunta 2 y pase a la seccion I

Jardines Infantiles [X] Jardines Infantiles Nocturnos [ ] Casas De Pensamiento Intercultural [ ] Espacios Rurales [ ]

2 Escriba el nombre de la Subdirección Local – SLIS o Unidad Operativa donde se identifica la gestante, lactante, niña o el niño: Jardin Infantil cofinanciado Peritos

SECCION F. A QUIEN VA DIRIGIDA LA MODALIDAD FAMILIAR

1 La modalidad se solicita para: Gestante [1] *Pase a sección G* Niña - niño [2]

2. ¿La atención de la niña-niño en la modalidad se ha realizado desde la gestación?: Si [1] Nombre de la madre: _____ Nº. Identificación de la madre: _____ No [2]

3. ¿La niña o niño es menor de 6 meses y está lactando? Si [1] *Pase a sección H* No [2] *Pase a sección I*

SECCIÓN G. CONCEPCIÓN Y GESTACIÓN

1. ¿Cuál fue la fecha de inicio de su última menstruación FUM?: D D M M A A A A

2. ¿Asiste a control prenatal?: Si [1] No [2] *Pase a la pregunta 4*

3. ¿Fecha del último control médico?: D D M M A A A A

4. ¿Número de hijas-hijos nacidos vivos?: Entre 1 y 3 [1] Más de 6 [3] Entre 4 y 6 [2] Ninguna [93]

5. ¿Qué edad tiene el padre de la hija- hijo que espera?: Entre 14 y 16 años [1] Entre 21 y 40 años [3] Entre 17 y 20 años [2] Más de 41 años [4] Menor de 14 años [5]

6. ¿Cuenta con el apoyo del padre de su hija-hijo para el cuidado de su embarazo? Si [1] No [2]

7. ¿Quién cuidará principalmente a su hija-hijo después del nacimiento?: Padres [1] Sólo Padre [3] Otros parientes [5] Modalidad institucional para la Primera infancia [7] Sólo Madre [2] Abuelo-a [4] Otros no parientes [6]

8. ¿Recibió información o capacitación sobre sus derechos sexuales y reproductivos, antes de quedar embarazada?: Si [1] No [2] *Pase a la pregunta 10*

9. ¿Quién le brindo la información sobre sus derechos?: Hospital [1] Colegio [3] Amigos-as [5] Madre [7] SDIS [2] ONG [4] Hermanos-as [6] Padre [8] Partera/ doula [9]

10. ¿Ha recibido información o capacitación acerca de algunos de estos temas?: *(selección múltiple)*
Cuidados durante la gestación [1] Lactancia materna [3] Construcción del vínculo afectivo madre- hijo [6]
Sus derechos y los de su pareja en el momento del parto [2] Desarrollo infantil [5] Prevención de accidentes en el hogar [4] Ninguna [93] *Pase a la pregunta 12*

11. ¿Quién le brindo la información sobre los temas anteriores?: Hospital [1] Colegio [3] Otra entidad [5] Otra persona [6] SDIS [2] ONG [4] Partera/ doula [9]

12. ¿Usted deseaba quedar en embarazo? Si [1] No [2]

13. ¿Cuál es el estado nutricional actual de la persona gestante según el control prenatal o concepto de salud? Bajo peso [1] Peso adecuado [2] Exceso de peso [3] Sin información [4]

14. El embarazo es múltiple? Si [1] No [2]

15. ¿El embarazo ha sido clasificado como de alto riesgo?: Si [1] No [2]

16. ¿Cómo piensa alimentar a su hija-hijo cuando nazca?: Leche materna [1] Leche de fórmula [2] Leche de vaca [3] Otros alimentos [4]

17. Después de la hija-hijo que está esperando, le gustaría: Tener otro [1] No tener otro [2] Está indecisa/o Insegura/o [3] *Pase sección k*

SECCIÓN H. INFORMACION DE LA LACTANTE: (persona que amamanta)

1. ¿Qué tipo de parto tuvo? Vaginal [1] Cesárea [2]

2. ¿Para el parto tuvo la oportunidad de elegir *(selección múltiple)*? Lugar donde se producirá el parto [1] Tipo de parto [2] Ninguna [93] La posición de parir [3] La elección del acompañante [4]

3. ¿Está usando un método anticonceptivo? Si [1] No [2]

4 ¿En cuánto tiempo desea tener otro embarazo? Antes de 1 año [1] Antes de 2 años [2] Después de 2 años o más [3] No tendré más embarazos [4]

5. ¿Ha recibido información o capacitación acerca de algunos de estos temas?: *(selección múltiple)* Lactancia materna [3] Construcción del vínculo afectivo madre- hijo [6] Desarrollo infantil [5] Prevención de accidentes en el hogar [4] Ninguna [93] *Pase a la pregunta 7*

6. ¿Quién le brindo la información sobre los temas anteriores?: Hospital [1] Colegio [3] Otra entidad [5] Otra persona [6] SDIS [2] ONG [4] Partera/ doula [9]

7. Qué opina sobre esta afirmación: "Se debe amamantar a su hijo e hija durante los primeros 6 meses de vida de forma exclusiva": Totalmente de acuerdo [1] Parcialmente de acuerdo [2] En desacuerdo [3]

8. ¿Tiene información sobre como iniciar la alimentación complementaria? Si [1] No [2]

9. ¿Tiene acompañamiento para su cuidado durante la lactancia? Si [1] No [2]

SECCION I. INFORMACIÓN DEL NIÑO O LA NIÑA Si se desconoce la información de alguna(s) de la(s) pregunta(s) de 1 a la 12, por que el niño o la niña se encuentra en medida de protección o bajo custodia de familiares que desconocen la información relacionada con sus primeros años de vida, deje la(s) respuesta(s) en blanco e indique la situación en la descripción de la problemática

1. ¿Dónde fue atendido el parto de la niña o niño?
Hospital [1 X] Casa [3] Ambulancia [5]
Centro de salud [2] Espacio público [4]

2. Quien atendió el nacimiento de la niña o el niño?
Médico [1 X] Partera/doula [3]
Enfermera [2] Personal no médico [4]

3. ¿El primer contacto piel a piel con su hija-o, después de nacer, fue?:
½ hora o antes [1 X] 2 horas [3]
1 hora [2] Más de 4 horas [4]

4. ¿En qué semana de gestación nació su hija-o?: 42 Semanas
DATO VALIDO ENTRE 22 Y 42

5. ¿Cuál fue el peso de su hija-o al nacer?: 3500 Gramos
DATO VALIDO ENTRE 450 Y 6000

6. ¿Cuál fue la talla de su hija-o al nacer?: 51 Centimetros
DATO VALIDO ENTRE 22 Y 60

7. La niña o el niño recibió leche materna alguna vez?
Si [1 X] No [2] *Pase a la pregunta 13*

8. ¿Después de cuánto tiempo de nacido su hija-o inicio la lactancia materna?:
Inmediatamente [1 X] Menos de 24 horas [3]
Menos de 1 hora [2] Más de 24 horas [4] No sabe/No responde [5]

9. ¿Actualmente el niña-o recibe leche materna?:
Si [1 X] No [2] *Pase a la pregunta 12*

10. La niña o el niño recibe algún alimento diferente a la leche materna?: Si [1 X] No [2] *Pase a la pregunta 13*

11. ¿Qué edad tenía su hija-o cuando recibió un alimento diferente a la leche materna?: 6 Meses. *Pase a la pregunta 13*

12. ¿Qué edad tenía su hija-o cuando dejo de darle leche materna completamente?: ____ Meses

13. ¿Asiste a valoración integral de la salud y el desarrollo (crecimiento y desarrollo) ?:
Si [1 X] No [2] *Pase a la pregunta 15*

14. ¿Fecha del último control?: 2 0 0 9 2 0 2 4
Pase a la pregunta 16

15. Por qué la niña o el niño no ha asistido a valoración integral de la salud y el desarrollo?:
Dificultad en la asignación de la cita [1] Sin servicio de salud [2] Desconocimiento [3] Falta de tiempo [4]

16. ¿La niña o el niño, cuenta con el esquema de vacunación al dia?:
Si [1 X] *Pase a la pregunta 18* No [2]

17. ¿Por qué la niña o el niño no cuenta con el esquema de vacunación al dia?:
Creencias religiosas o culturales [1] Olvido [2] Pérdida del carné [3] Desconocimiento [4] Falta de tiempo [5]

18. ¿Actualmente, la niña o el niño tiene una condición de salud?:
Si [1] No [2 X] *pase a la pregunta 21.*

19. ¿La condición de salud de la niña o el niño, implica?: *(Selección múltiple)*
Uso de oxígeno durante el sueño [1] Alimentación por sonda [3] Procedimientos invasivos [5] Toma de medicamentos [7] Condiciones osteomusculares [9]
Uso de oxígeno permanente [2] Traqueotomía [4] Inmunodeficiencia [6] Alteraciones en la piel [8] Ninguno de los anteriores [96]

20. ¿La condición de salud de la niña o el niño pone en riesgo su vida al ingresar al entono institucional?
Si [1] Requiere verificación [3]
No [2]

21. ¿Actualmente, el padre, la madre o el cuidador de la niña o el niño presenta alguna de las siguientes condiciones?: *(Selección múltiple)*
Habitabilidad en calle [1] Realiza actividades sexuales pagas [2]
Ninguna [93 X] Consumo de sustancias psicoactivas [3]

22. ¿Actualmente, la niña o el niño se encuentra expuesto a condiciones de?: *(Selección múltiple)*
Habitabilidad en calle [1] Espacios donde se desarrollan actividades sexuales pagas [2] Consumo de sustancias psicoactivas [3] Trabajo infantil [4] Mendicidad [5] Ninguna. [93 X]

23. El padre o madre de la niña o niño es?: *(Selección múltiple)*
Desmovilizado [1] Militar con discapacidad [3] Ninguna de las anteriores.. [96 X]
Desvinculado.. [2] Militar fallecido [4]

24. El padre o madre de la niña o el niño trabaja en reciclaje?
Si [1] No [2 X]

25. ¿Ha presentado solicitud de ingreso a?: *(Selección múltiple)*
Jardín infantil Diurno [1] Casas de pensamiento interculturales [4] Hogar comunitario ICBF [7] Institución privada [10]
Jardín infantil Nocturno [2] Crecemos en la ruralidad o espacios rurales [5] Hogar infantil ICBF [8] Institución Educativa distrital [11]
Creciendo juntos [3] Centros Amar [6] FAMI del ICBF [9] Ninguno [93 X]

26. ¿Actualmente, el niño o la niña recibe atención en?:
Jardín infantil Diurno [1] Casas de pensamiento interculturales [4] Hogar comunitario ICBF [7] Institución privada [10]
Jardín infantil Nocturno [2] Crecemos en la ruralidad o espacios rurales [5] Hogar infantil ICBF [8] Institución Educativa distrital [11]
Creciendo juntos [3] Centros Amar [6] FAMI del ICBF [9] Ninguno [93 X]

27. ¿Ha estado vinculado a modalidades familiares o institucionales de Educación inicial de la SDIS?:
Si [1] No [2 X] *Pase a la pregunta 29*

28. ¿En qué localidad?:
Usaquén [1] Santa fe [3] Usme [5] Bosa [7] Fontibón [9] Suba [11] Teusaquillo [13] Antonio Nariño [15] La Candelaria [17] Ciudad Bolivar [19]
Chapinero [2] San Cristóbal [4] Tunjuelito [6] Kennedy [8] Engativá [10] Barrios Unidos [12] Los Mártires [14] Puente Aranda [16] Rafael Uribe [18] Sumapaz [20]

29. ¿Cuál es el principal motivo por el que solicitó el servicio?:
Nuevas oportunidades para su calidad de vida [1] Superar condiciones de segregación y discriminación [2] Desarrollo integral para su hija-o [3 X] Responde a las necesidades de la niña-o y su familia [4] Fortalecimiento cultural [5] Cuidado de su hija o hijo mientras trabaja [6]

30. ¿Considera importante fortalecer sus conocimientos sobre crianza y desarrollo integral de su hija-hijo?: Si [1 X] No [2]

31. La niña o niño presenta desnutrición aguda moderada o severa verificada por un nutricionista de la Subdirección Local de acuerdo con la resolución 2465 de 2016 del Ministerio de Salud y Proteccion Social Si [1] No [2 X]

	PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL PROYECTO 7744 GENERACION DE OPORTUNIDADES PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA DE BOGOTÁ FORMATO FICHA SIRBE SERVICIOS: JARDINES INFANTILES Y CRECIENDO JUNTOS	Código: FOR-PSS-334 Versión: 2 Fecha: Memo I2023015020-24/05/2023 Página: 3 de 4

SECCIÓN J. INFORMACIÓN DEL CUIDADO DE LA NIÑA O DEL NIÑO.

1. ¿La niña o el niño en algún momento queda sólo-a?: Si... 1 | No... 2 X *Pase a la pregunta 4*

2 ¿En qué momento Mañana 1 | Tarde 2 | Noche 3

3 ¿Cuánto tiempo queda sólo? Menos de una (1) hora 1 | Entre 1 y 3 horas 2 | Más de tres (3) horas 3

4. Quién es el cuidador principal de la niña o el niño Papá 1 | Mamá 2 | Padrastro 3 | Madrastra 4 | Hermano-a 5 | Tío-a 6 | Abuelo-a 7 | Otro pariente 8 | Otro No pariente 9 X

5. ¿Quién cuida a la niña o al niño en la mañana?: Papá 1 | Mamá 2 | Padrastro 3 | Madrastra 4 | Hermano-a 5 | Tío-a 6 | Abuelo-a 7 | Otro pariente 8 | Otro No pariente 9 X | Nadie 10

6. ¿Quién cuida a la niña o al niño en la tarde?: Papá 1 | Mamá 2 | Padrastro 3 | Madrastra 4 | Hermano-a 5 | Tío-a 6 | Abuelo-a 7 | Otro pariente 8 | Otro No pariente 9 X | Nadie 10

7. ¿Quién cuida a la niña o al niño en la noche? Papá 1 | Mamá 2 X | Padrastro 3 | Madrastra 4 | Hermano-a 5 | Tío-a 6 | Abuelo-a 7 | Otro pariente 8 | Otro No pariente 9 | Nadie 10

8. ¿Cuál es la edad en años del cuidador o la cuidadora principal?: 50

9. ¿Cuál es el sexo del cuidador o cuidadora principal?: Hombre 1 | Mujer 2 X | Intersexual 3

10. ¿Cuál es el género del cuidador o la cuidadora principal?: Masculino 1 | Femenino 2 X | Transgénero 3 | No informa 4 | No binario 5 | No aplica 98

11 ¿Cuál es la orientación sexual del cuidador -ra principal?: Heterosexual 1 X | Bisexual 3 | No informa 4 | Lesbiana 5 | Gay 6 | No aplica 98

12. Nivel educativo actual del cuidador o la cuidadora principal: Básica primaria 7 | Básica secundaria y media 8 X | Técnico 18 | Tecnológico 19 | Universitaria incompleta (sin título) 21 | Universitaria completa (con título) 12 | Postgrado incompleto (sin título) 22 | Postgrado completo (con título) 15 | Ninguno 93

13. A qué se dedica el cuidador -ra principal? Estudia 1 | Trabaja 2 | Otro 3 ¿Cuál?: Hogar

14. En qué momento: (*selección múltiple*) Mañana 1 X | Tarde 2 X | Noche 3 X

15. El cuidador-ra principal presenta una discapacidad? Si 1 | No 2 X

16. El cuidador-ra principal presenta una enfermedad de alto costo Si 1 | No 2 X

17. Tipo de documento de identidad del cuidador-ra Cédula de ciudadanía 1 X | Cédula de extranjería 2 | Tarjeta de identidad 3 | Registro civil 6 | Pasaporte 13 | PEP 18 | PPT 21 | Salvo conducto 9 | Sin identificación 8

18. Número de documento de identidad del cuidador-ra principal 32866912

Nombres y apellidos del cuidador-ra principal (*según documento identidad*)

19. Primer Apellido: Diez

20. Segundo Apellido: Beltran

21. Primer Nombre: Loira

22. Segundo Nombre: Patricia

23.¿La niña-niño se encuentra bajo medida de protección legal?: Si 1 | No 2 X

24.¿El niño o la niña ha estado bajo medida de protección legal?: Si... 1 | No 2 X *Pase a sección K*

25. ¿En qué fecha el niño o la niña tuvo la medida de protección legal?: D D M M A A A A

SECCIÓN K. INFORMACION RURALIDAD: si en la pregunta 6 de la Sección C del Cabezote indicó Rural, diligencie esta sección, de lo contrario pase a la sección L

1. La niña, niño o gestante habita en: Centro Poblado 1 | Rural disperso 2

2. La familia de la niña o el niño o la gestante a partir de sus prácticas culturales se reconoce como: Campesino /a 1 | Rural 2 *pasar a la sección L*

3. ¿Para la familia de la niña o el niño o gestante es importante mantener las tradiciones de su identidad campesina en la crianza de su hija o hijo?: Si 1 | No 2

4. ¿La familia de la niña o el niño o gestante conserva tradiciones campesinas?: Si 1 | No 2

5. ¿Para la familia es importante conservar las tradiciones campesinas, en su vida cotidiana?: Si 1 | No 2

SECCION L: INFORMACION ADICIONAL ETNIAS Si en la pregunta 4 de la sección B del cabezote indico que se reconoce perteneciente a un grupo étnico diligencié esta sección, de lo contrario *pase a sección M.*

1. ¿El niño, la niña, la persona gestante habla la lengua del grupo étnico al que pertenece?: Si... 1 | No.... 2

2. ¿El niño o la niña, la persona gestante, conserva tradiciones del grupo étnico al que pertenece?: Si... 1 | No.... 2 *Pase a sección H*

3. ¿Para la familia es importante que en la atención se conserven las tradiciones del grupo étnico al que pertenece?: Si... 1 | No... 2

4. ¿Para la familia es importante conservar en su vida cotidiana las tradiciones del grupo étnico al que pertenece?: Si... 1 | No... 2

SECCION M: DISCAPACIDAD Y ALTERACIONES EN EL DESARROLLO Si en la pregunta 1 de la sección B del cabezote indico que la niña o niño, gestante presenta alguna discapacidad diligencié esta sección, de lo contrario *pase a sección N*

1. Clase de discapacidad (marque la clase de acuerdo con el tipo indicado en la sección de cabezote, si es múltiple indique las clases necesarias, con excepción de las relacionadas con las alteraciones en el desarrollo

ALTERACIONES EN EL DESARROLLO
- Del habla y del lenguaje
- De la función motriz
- Del desarrollo mixto
- Del comportamiento e hiperquinéticos
- De los procesos cognitivos

TRANS.ESPECTRO AUTISTA (TEA)
- TEA

AUDITIVA
- Hipoacusia
- Sordera

VISUAL
- Baja visión
- Ceguera

INTELECTUAL
- Síndrome de Down
- Intelectual ...

FISICA
- Osteomuscular
- Neuromuscular
- Parálisis cerebral (EMOC)...

PSICOSOCIAL
- Psicosocial ...

2. Tiene diagnóstico clínico relacionado con la discapacidad?: Si... 1 | No... 2 *Pase a la pregunta 5*

3. Cuenta con el certificado de discapacidad? Si... 1 | No... 2 *Pase a la pregunta 5*

4. La niña o el niño está inscrito en el RLCPD? Si... 1 | No... 2

5. Requiere ayuda técnica para las actividades de la vida diaria? Si... 1 | No... 2 *Pase a la pregunta 7*

6. Cuenta con ella?: Si... 1 | No... 2

7. Es independiente para el desplazamiento?: Si... 1 | No... 2

8. Apoyos requeridos en el servicio? Intermitente o Limitado 1 | Extenso o Generalizado 2 | En observación 3

9. Cuenta con habilitación o rehabilitación en salud? Si... 1 | No.... 2 *Pase a la sección N*

10. De qué tipo: Fonoaudiología 1 | Fisioterapia... 2 | Terapia ocupacional 3 | Neurología... 4 | Otro... 5 -cuál?

	PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL PROYECTO 7744 GENERACION DE OPORTUNIDADES PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA DE BOGOTÁ FORMATO FICHA SIRBE SERVICIOS: JARDINES INFANTILES Y CRECIENDO JUNTOS	Código: FOR-PSS-334 Versión: 2 Fecha: Memo I2023015020-24/05/2023 Página: 4 de 4

SECCIÓN N. DESCRIPCIÓN Y REFERENCIACIÓN:

1. Descripción de la problemática:

Hogar familiar nuclear, el padre se desempeña como operador en la empresa ETB, la madre es mercaderista en Alcor, la niña se encuentra al cuidado de una amiga de la Sra Dessire, no cuentan con redes de apoyo sociales, ni familiares.

El año entrante la madre tiene entre sus planes ponerse a estudiar de tiempo completo para su crecimiento personal y mejorar la calidad de vida de su familia a futuro, por este motivo dejara de laborar y por ende de recibir un ingreso. Por este motivo busca un espacio de confianza, que le brinde seguridad y pueda dejar a su pequeña con total tranquilidad a sabiendas que allí crecera de forma integral.

2. Concepto técnico:

Grupo familiar con fragilidad social media, la niña queda en lista de espera, cuando se tenga un cupo, se avisara a la madre, para que realice la matrícula en Pepitos; este ofrece atención integral de alta calidad, en donde los niños y niñas que allí son atendidos, son los protagonistas de su aprendizaje siendo reconocidos, respetados y valorados; igualmente disfrutan de experiencias sensibles y significativas encaminadas al fortalecimiento de las diferentes dimensiones del desarrollo infantil.

Si ingresa a un jardín infantil diurno o casa de pensamiento, seleccione el nivel en el que recibirá la atención, de acuerdo a la edad que la niña o niño tiene, tuvo o tendrá a 31 de marzo del año en curso; con excepción de las niñas y los niños con discapacidad que se hará de acuerdo con el concepto técnico, sin que esto sobre pase dos niveles anteriores al correspondiente por fecha de nacimiento

MATERNAL ☐ CAMINADORES ☒ PARVULOS ☐ PREJARDIN ☐ JARDIN ☐

De acuerdo con la oferta institucional de su momento, indique si ingresa a atención presencial o algún esquema de atención flexible.

ATENCIÓN PRESENCIAL ☒ ALTERNANCIA: ☐ EI EN CASA ☐ MULTIMODAL ☐

3. Acciones a seguir:

Ingreso prioritario..... 1 ☐
Lista de espera – Cumple criterios de ingreso..... 2 ☒
No cumple criterios de ingreso..... 3 ☐

4. ¿Requiere visita domiciliaria? - Si... 1 ☐ No... 2 ☒ *Pase a la pregunta 5*

Motivo: Verificación de las condiciones socio familiares: - Si... 1 ☐ - No... 2 ☐
Verificación otras condiciones: - Si... 1 ☐ - No... 2 ☐

5. La modalidad en el que se atenderá la niña, el niño, persona gestante o lactante se encuentra en convenio interadministrativo con (selección múltiple):

SED 1 ☐ ICBF 2 ☐ Ninguno de los anteriores 96 ☒

6. La unidad operativa ofrece nivel pre jardín o jardín porque se encuentra en una UPZ deficitaria para la SED?

- Si... 1 ☐ - No... 2 ☒ No oferta niveles 3 ☐

7. Referenciación a un proyecto SDIS: - Si... 1 ☐ - No 2 ☒ *Pase a la pregunte 8*

Integrante: ____ Proyecto: _____ Modalidad: _____
Integrante: ____ Proyecto: _____ Modalidad: _____
Integrante: ____ Proyecto: _____ Modalidad: _____
Integrante: ____ Proyecto: _____ Modalidad: _____

8. Referenciación a otra entidad: - Si... 1 ☐ - No 2 ☒ *Finalice*

Integrante: ____ ¿Cuál?: _____
Integrante: ____ ¿Cuál?: _____
Integrante: ____ ¿Cuál?: _____
Integrante: ____ ¿Cuál?: _____

	PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES FORMATO REGISTRO DE DILIGENCIAMIENTO DE FICHA SIRBE EN FÍSICO	Código: FOR-PSS-743 Versión: 0 Fecha: Memo I2024000787 - 12/01/2024 Página: 1 de 1

LOCALIDAD ENGATIVA UNIDAD OPERATIVA: JARDIN INFANTIL COFINANCIADO PEPITOS RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA: DIANA MARCELA RUBIO CASTAÑO

NOMBRE DEL RECOLECTOR JACKELINE MENDOZA GONZALEZ DOCUMENTO DE IDENTIDAD CC X CE__ OTRO__ CUAL?_____ Número # 52.035.452

NOMBRE SOLICITANTE / BENEFICIARIO Ainara Gamarra Alvarez DOCUMENTO DE IDENTIDAD CC__ CE__ OTRO X CUAL? RC Número # 1.233.701.840

FECHA DE ENTREGA PARA DIGITACIÓN: 29/11/2024 NOMBRE DEL DIGITADOR AL QUE SE ENTREGA LA FICHA: Edwin Perez

CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA



NUIP **1.014.262.224**

Apellidos
GAMARRA BARRIOS

Nombres
ALVARO ENRIQUE

Nacionalidad	Estatura	Sexo
COL	1.73	M

Fecha de nacimiento
15 OCT 1994

G.S.
O+

Lugar de nacimiento
CARTAGENA (BOLIVAR)

Fecha y lugar de expedición
25 ENE 2013, BOGOTA D.C.

Firma
ALVARO GAMARRA

Fecha de expiración
15 SEPT 2033

.CO

030595213

REGISTRADOR NACIONAL
Alexander Vega Rocha

ICCOL030595213615001<<<<<<<<<<
9410154M3309151COL1014262224<7
GAMARRA<BARRIOS<<ALVARO<ENRIQU

CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.014.317.139



Apellidos
ALVAREZ RICARDO

Nombres
DESSIRE DEL CARMEN

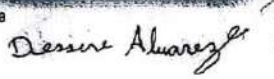


Nacionalidad	Estatura	Sexo
COL	1.59	F
Fecha de nacimiento	G.S.	
24 NOV 2004	O+	

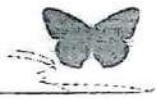
Lugar de nacimiento
ZULIA-LA CAÑADA DE URDANETA (VENEZUELA)

Fecha y lugar de expedición
30 NOV 2022, BOGOTA D.C.

Firma



Fecha de expiración
30 NOV 2032



.CO

009932906





REGISTRADOR NACIONAL
Alexander Vega Rocha



ICCOL009932906215001<<<<<<<<<<
0411240F3211304COL1014317139<9
ALVAREZ<RICARDO<<DESSIRE<DEL<C

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

Registraduría Auxiliar de Engativá Centro
Registraduría Distrital
del Estado Civil

63243015

NUIP 1.233.701.840

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 63243015

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [X] Notaría [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código E T Y

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía

REGISTRADURIA DE AUXILIAR ENGATIVA SEDE 2 - COLOMBIA - CUNDINAMARCA

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
GAMARRA	ALVAREZ

Nombre(s)

AINARA

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2022 Mes SEP Día 09	FEMENINO	O	POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)

COLOMBIA CUNDINAMARCA BOGOTA D.C

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	220923100834461

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

ALVAREZ RICARDO DESSIRE DEL CARMEN

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
TI 1.014.317.139	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

GAMARRA BARRIOS ALVARO ENRIQUE

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.014.262.224	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

GAMARRA BARRIOS ALVARO ENRIQUE

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC 1.014.262.224	ALVARO GAMARRA

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma

Fecha de Inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2022 Mes SEP Día 12	WILLIAM ERNESTO LANCHEROS RUIZ Nombre y firma

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
ALVARO GAMARRA Firma	Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

12.SEP.2022 - LIBRO DE VARIOS - SE OMITE IMPRESION HUELLAS PLANTARES DE LA INSCRITA , CIRCULAR 084 DEL 01/09/2020 RNEC. TOMO 17 FOLIO 0115.EVA.M.

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

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 SEGÚN ART. 11 DECRETO 2150 DE 1995. SE EXPIDE PARA ACREDITAR PARENTES PARENTESCO.

REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

Adhesivo Copia Registro Civil 32302829-2

FECHA DE EXPEDICION 14 SEP 2022

WILLIAM ERNESTO LANCHEROS RUIZ

AUXILIAR DEL ESTADO CIVIL ENGATIVA CENTRO - BOGOTA D.C. L-10 - 2

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

ADRES Salud

ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	RC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1233701840
NOMBRES	AINARA
APELLIDOS	GAMARRA ALVAREZ
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	EPS FAMISANAR S.A.S. -CM	SUBSIDIADO	09/09/2022	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	05/02/2024 10:35:03	Estación de origen:	192.168.70.220

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la ADRES, normativa por la cual se adopta el anexo técnico, los lineamientos y especificaciones técnicas y operativas para el reporte y actualización de las bases de datos de afiliación que opera la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES".

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya

enel Bogotá

1582659-8

MIGUEL ANGEL GOMEZ
CL 83 J NO 119 B 41
BOGOTA, D.C. - SABANA DEL DORADO

05 501 4144 / 018 25377615

¿Quieres tu factura virtual? Escanea el código

Activa

VALOR kWh APLICADO	$833,65
CONSUMO DIARIO:	6,07 kWh
VALOR DIARIO:	$3.438
PERIODO FACTURADO:	01 OCT 2024 A 01 NOV 2024
DIAS FACTURADOS:	30
CONSUMO MES	182 kWh

¡Este mes tuvimos acceso a la LECTURA DE TU MEDIDOR y tu CONSUMO de energía se encuentra dentro de lo habitual!



INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO	Residencial
ESTRATO	2
CARGA kW	4,00
FACTOR	1
RUTA REPARTO	3666[illegible]14144
RUTA LECTURA	2583[illegible]
MANZANA DE LECTURA	M[illegible]
MEDIDOR NO:	018 25377615
MEDIDOR NO:	018 25377615

CALIDAD DEL SERVICIO

CONTÁCTANOS

Bogotá, Sabana y Cundinamarca 601 5 115 115

115

¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?

Medios virtuales de Pago

Billetera Virtual

Corresponsales Bancarios

Red Distrital

Centros de Servicio

Código QR

RED CADE

Almacenes de Cadena



COMPONENTES TARIFARIOS - Componentes del costo - Vigencia: OCT 2024

FECHA GENERACIÓN 07/11/2024 01:32:12
FECHA EXPEDICIÓN 07/11/2024 14:51:27

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

Fecha de diligenciamiento: 26 MAR 2024

Número de ficha: 2024 (Año) | 10 (Localidad) | 774 (Proyecto) | 12032 (Código unidad operativa)

SECCIÓN A. VARIABLES BÁSICAS

1. Primer Apellido, según su documento de identidad: Vargas
2. Segundo Apellido, según su documento de identidad: Tibata
3. Primer Nombre, según su documento de identidad: Alisson
4. Segundo Nombre, según su documento de identidad: Ariana

5. ¿Con cuál género se identifica?: * (Esta pregunta aplica solo a personas mayores de 14 años):
Masculino [1] Femenino [2] Transgénero [3] (Travesti, transexual, transformista)
No binario [5] No informa [4] No Aplica [98] X

6. Nombre Identitario * (Esta pregunta aplica solo a personas mayores de 14 años y que hayan marcado la opción 3 de la pregunta 5):

7. ¿Se identifica como persona transgénero femenina o transgénero masculino? * (Esta pregunta aplica solo a personas mayores de 14 años y que hayan marcado la opción 3 de la pregunta 5):
Transgénero Masculino [1] Transgénero Femenina [2]

8. ¿Cuál es su orientación sexual?: * (Esta pregunta aplica solo a personas mayores de 14 años):
Heterosexual [1] Bisexual [3] Otro, ¿Cuál?
Lesbiana [5] No informa [4]
Gay [6] No Aplica [98]

9. Tipo de documento de identificación:
Cédula de ciudadanía [1] Cédula de extranjería [2] Tarjeta de identidad [3] Registro civil [6] X Pasaporte... [13]
Permiso especial de permanencia [18] Salvo conducto [19] Permiso por protección temporal .. [21] Sin Identificación [8]

10. Número de documento de identificación: 1233701460
11. Municipio nacimiento: Bogota D.c
12. Departamento nacimiento: Bogota D.c

13. País nacimiento: Colombia
14. Sexo de nacimiento:
Hombre [1] Mujer [2] X Intersexual [3]
15. Fecha de nacimiento: (según su documento de identidad) 10 05 2002
16. Estado civil:
Soltero/a [1] X Casado/a [2] Unión libre [3] Separado/a Divorciado/a [4] Viudo/a [5] Unión marital de hecho [6]

17. Nivel educativo actual
Educación Inicial modalidad familiar [26] Preescolar [6] Básica secundaria y media [8] Tecnológico [19] Universitaria completa (con título) [12] Postgrado completo (con título) [15]
Educación inicial modalidad institucional [27] Básica primaria [7] Técnico [18] Universitaria incompleta (sin título).... [21] Postgrado incompleto (sin título) [22] Educación desde lo propio [25] Ninguno [1] X
18. Años aprobados:

19. ¿Es persona cuidador/a? (pregunta para mayores de 14 años
Si [1] No [2] X (pase a la pregunta 25)
20. ¿Es cuidador/a de niños, niñas menores de 5 años? (Aplica para personas mayores de 14 años)
Si [1] No [2]
21. ¿Es cuidador/a de niños, niñas entre 06 a 10 años?
Si [1] No [2]
22. ¿Es cuidador/a de personas con discapacidad?
Si [1] No [2]
23. ¿Es cuidador/a de personas mayores?
Si [1] No [2]
24. ¿Dedica su tiempo a labores del cuidado de casa?
Si [1] No [2]

25. Actividad Principal: * (Esta pregunta aplica solo a personas mayores de 3 años)
Buscando trabajo [2] Trabajo no remunerado [4] Sin actividad [8]
Estudiando [3] Jubilado / pensionado [6] Cuidador [11]
Trabajo Formal [12] Trabajo Informal [13] No aplica [98] X

26. Rol ocupacional: * (Esta pregunta aplica solo a personas mayores de 14 años
Vendedor Informal [19] Cachivachero [22] Reciclador [9] Cuidado directo [27] Jornalero [33] Actividades rurales [29]
Cotero [20] Actividades Sexuales pagadas [23] Actividades Artísticas callejeras [24] Cuidado Indirecto [28] Vigilar finca o predio [30] Otras ocupaciones [32]
Carretero [21] Mendicidad [12] Vigilar o limpiar carros [25] Calibrar llantas [26] Estudiante [31] No aplica [98] X

27. ¿Cuántas horas a la semana dedica al rol ocupacional seleccionado?: (Esta pregunta aplica solo a mayores de 14 años)
0 Horas

28. Valor de los ingresos mensuales: * (Esta pregunta aplica solo a personas mayores de 14 años)
$ 0

29. Forma de percibir los ingresos: *(Aplica solo a personas mayores de 14 años):
Diario [1] Semanal [4]
Mensual [2] Quincenal [5]
Esporádico [3] No aplica [98] X

30. Localidad donde desarrolla su rol ocupacional: * (Esta pregunta aplica solo a personas mayores de 14 años):
Usaquén [1] San Cristóbal [4] Bosa [7] Engativá [10] Teusaquillo [13] Puente Aranda [16] Ciudad Bolívar [19]
Chapinero [2] Usme [5] Kennedy [8] Suba [11] Los Mártires [14] La Candelaria [17] Sumapaz [20]
Santa fe [3] Tunjuelito [6] Fontibón [9] Barrios Unidos [12] Antonio Nariño [15] Rafael Uribe [18] No Aplica [98] X

31. ¿Está afiliado a seguridad social?:
Si [1] X No [2] (pase a la pregunta 34)

32. Regimen de seguridad social
Contributivo [1] X Subsidiado [2]
Especial [3]

33. Calidad del afiliado:
Aplica solo si la respuesta en la pregunta 32 es "Contributivo"
Beneficiario [1] X Cotizante [2]

34. ¿Tiene clasificación de Sisbén?
Si [1] No [2] X

35. Clasificación Sisbén

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.	PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL FORMATO FICHA SIRBE SERVICIOS SOCIALES INFORMACIÓN BÁSICA Y TRANSVERSAL: CABEZOTE	Código: FOR-PSS-321 Versión: 1 Fecha: Memo 2023015255 - 25/05/2023 Página: 2 de 6

Fecha de diligenciamiento: 26 / 11 / 2024

Número de ficha: 2024 (Año) 10 (Localidad) 774 (Proyecto) 1205 (Código unidad operativa) 29

SECCIÓN B. VARIABLES TRANSVERSALES

1. Persona con discapacidad
Si [1] No [2] X *Pase a 4*

2. Tipo de discapacidad
Física [20] Auditiva [31] Intelectual [39]
Psicosocial [40] Visual [32] Sordo ceguera [10]
Alteración del desarrollo [37] Múltiple [42] Trastornos del espectro autista (TEA) [38]

3. Presenta alguna de las siguientes dificultades o limitaciones permanentes para:

Acción / Dificultad	No puedo hacerlo	Sí, con mucha dificultad	Sí, con alguna dificultad	Puedo hacerlo sin dificultad
1. ¿Relacionarse o interactuar con las demás personas?				
2. ¿Hablar o conversar?				
3. ¿Agarrar o mover objetos con las manos?				
4. ¿Entender, aprender, recordar o tomar decisiones por sí mismo(a)?				
5. ¿Oír la voz o los sonidos?				
6. ¿Mover el cuerpo, caminar o subir y bajar escaleras?				
7. ¿Ver de cerca, de lejos o alrededor?				
8. ¿Comer, vestirse o bañarse por sí mismo(a)?				

4. Tipología de estructura familiar:
Hogar familiar Nuclear [1] X — Hogar familiar amplio compuesto [3]
Hogar familiar amplio extenso [2] — Hogar familiar sin Núcleo [4]
Hogar no familiar unipersonal [5] — Hogar no familiar sin núcleo [6]

5. Situaciones y/o condiciones diferenciales de las familias
Familia con pertenencia étnica [1]
Familia transgenero [2]
Familia víctimas del conflicto armado [3]
No aplica [98] X

6. Identifique su nacionalidad con las siguientes opciones:
Nacional [1] X
Otra nacionalidad [2]
Binacional [3]
Múltiple nacionalidad [4]
Sin nacionalidad [5]
No reporta [6]

7. ¿Es una persona migrante?
Si [1] No [2] X

8. Grupo Étnico: ¿De acuerdo con su cultura, pueblo o rasgos físicos, es o se reconoce cómo?
Indígena [1]
Rrom (Gitano) [2]
Raizal del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina [3]
Palenquero de San Basilio [4]
Negro/a, Mulato/a, afro colombiano/a, o afro descendiente. [5]
Ninguno de los anteriores [6] X

9. Pueblo indígena: (En las instrucciones de diligenciamiento se encuentra la lista completa de los pueblos indígenas con sus respectivos códigos, en la opción otro se debe escribir solo el código que refiera el instructivo
Nasa (Paéz) [1] — Quillasinga [4] — Sicuani [6] — Misak Misak [60] — Cañamomos [10] — Kichwas [15] — Arhuacos [13] — Embera Chamí [35] — Ninguna de las anteriores [17]
Wayuu [2] — Uitotos [85] — Tubu [67] — Eperara-siapidara [30] — Muíscas [16] — Kankuamo [45] — Pijao [14] — Embera Dóbida [29] — Otro ¿cuál? Digite código del instructivo
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] — Hijo/a [5] X — Hermano/a [7] — Primo/a [9] — Nieto/a [11] — Otro No pariente [13]
Cónyuge o compañero/a [2] — Padrastro / Madrastra [4] — Abuelo/a [6] — Tío/a [8] — Sobrino/a [10] — Otro pariente [12] — Hijastro [14]

11. ¿Víctima de conflicto armado?:
Si [1]
No [2] X *Pase a 15*

12. Número registro único de víctimas

13. Año en que realizo la declaración:

14. Si respondió afirmativamente la pregunta 11, indique los motivos: (Selección múltiple)
Acto terrorista, atentado [1] — Amenazas [3] — Masacres [5] — Tortura [7] — Desaparición forzada [9] — Minas personales, municiones sin explotar y artefactos explosivos [11] — VSRC en su grupo familiar [14]
Combates, enfrentamientos [2] — Homicidio [4] — Secuestro [6] — Despojo y abandono de tierras [8] — Desplazamiento forzado [10] — Vinculación de niños/as y adolescentes a grupos al margen de la ley [12] — VSRC en población LGBTI [15]
Orfandad [16] — No informa [17]

15. ¿Habita en calle?
Si [1] *Pase a 17*
No [2] X *Pase a 16*

16. ¿Se encuentra en riesgo de habitar en calle?
Si [1]
No [2] X

17. ¿Ha recibido capacitación, formación o tiene experiencia en algún arte u oficio?: ** (Esta pregunta aplica solo a personas mayores de 14 años):*
Si [1] — No aplica [98] X
No [2]
Si la respuesta es 2 o 98 Pase a 18

18. De acuerdo con la respuesta anterior, ¿En qué campo cree que puede desempeñarse laboralmente?: (Selección múltiple)

Agricultura y labores del campo 1	Reciclaje 5	Cuidado de personas mayores 9	Mecánica 13	Cocina 17	Carpintería 21
Artesanías 2	Ventas ambulantes 6	Cuidado de personas enfermas 10	Jardinería 14	Sistemas 18	Plomería 22
Construcción 3	Cuidado de personas con discapacidad 7	Confección 11	Electricidad 15	Operario de máquinas 19	Marroquinería 23
Comercio 4	Cuidado de niños-as de 0 a <6 8	Servicios generales 12	Electrónica 16	Belleza 20	Ninguna de las anteriores 24

19. En los últimos treinta (30) días, ¿Cuántos fueron los gastos aproximados del hogar en los siguientes rubros?: * (Esta pregunta aplica para el hogar

Rubro	Valor del gasto en pesos	Rubro	Valor del gasto en pesos
Vivienda (Arriendo y/o valor cuota	$600 000	Recreación	$120 000
Servicios públicos domiciliarios (agua, energía, gas, teléfono fijo, internet, teléfono celular, televisión por cable	$150000	Gastos en salud (consultas, medicamentos, etc.)	$ 0
Pagos a terceros cuidadores	$0	Transporte o movilidad de los integrantes del hogar	$ 150 000
Artículos de aseo personal	$150 000	Educación (útiles, pensión, transporte escolar, fotocopias, etc.)	$0
Alimentación	$300 000	Total	$1490 000

20. ¿Usted se considera campesino/a? Se responde lo que el/ella entrevistado/a responda según su sentir y apropiación de concepto.

Si 1 | No 2 X | No informa 3

21. ¿Usted considera que la comunidad en la que vive es campesina? Se responde lo que el/ella entrevistado/a responda según su sentir y apropiación de concepto

Si 1 | No 2 X | No informa 3

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: 4 de 6

Fecha de diligenciamiento: 26/12/2024

Número de ficha: 2024 (Año) 10 (Localidad) 774 (Proyecto) 12059 (Código unidad operativa)

SECCION C. UBICACIÓN GEOGRAFÍCA

1. Localidad donde habita

Usaquén	1	Santa fe	3	Usme	5	Bosa	7	Fontibón	9	Suba	11	Teusaquillo	13	Antonio Nariño	15	La Candelaria	17	Ciudad Bolivar	19
Chapinero	2	San Cristóbal	4	Tunjuelito	6	Kennedy	8	Engativá	10 X	Barrios Unidos	12	Los Mártires	14	Puente Aranda	16	Rafael Uribe	18	Sumapaz	20

2. UPZ o UPR: 74

3. Nombre del barrio / Vereda: Engativa

4. Escriba su dirección completa:

Calle	CL X	Transversal	TV	Avenida	AV
Carrera	KR	Avenida calle	AC		
Diagonal	DG	Avenida carrera	AK		

Número de la vía principal:	Alfabético	BIS	Cuadrante	Número vía generadora	Alfabético		Número placa	Cuadrante
69		Alfabético	S S	122		–	11	S S
Nombre de la vía principal:			E E					E E
Nombre sinónimo de la vía principal:								

5. Escriba el complemento de la dirección: (dirección rural, interior, apartamento, oficina)
* vea las convenciones a continuación, y/o en las instrucciones de el instructivo de diligenciamiento

Complemento dirección:								
AD. Administración	BG. Bodega	CONJ. Conjunto	ESQ. Esquina	LC. Local	MZ. Manzana	PI. Piso	SL. Solar	TR. Terraza
AG. Agrupación	BQ. Bloque	CT. Carretera	ET. Etapa	LM. Local Mezzanine	OF. Oficina	PN. Puente	SM. Súper manzana	UN. Unidad
AL. Altillo	CA. Casa	DP. Depósito	GJ. Garaje	LS. Local sótano	OS. Oficina sótano	PS. Paseo	SR. Sector	UR. Unidad residencial
AP. Apartamento	CEL. Célula	DS. Depósito sótano	GS. Garaje sótano	LT. Lote	PA. Parcela	PT. Portería	SS. Semi sótano	URB. Urbanización
AS. Apartamento sótano	CM. Camino	ED. Edificio	IN. Interior	MD. Módulo	PD. Predio	SA. Salón	SU. Suite	ZN. Zona
	CN. Consultorio	EN. Entrada	KM. Kilometro	MN. Mezzanine	PH. Pent-house	SC. Salón Comunal	TO. Torre	

6. Tipo de zona

Urbana 1 X | Rural 2 | Urbana sin dirección 3

7. Estrato socio – económico del predio

Uno 1 | Tres 3 | Cinco 5
Dos 2 X | Cuatro 4 | Cero 0

8. Teléfono fijo de contacto: 0

9. Teléfono celular de contacto: 3225899891

10. Correo electrónico de contacto: edwinvargascaro1998@gmail.com

11. ¿Habita en una vivienda?.

Si 1 X
No 2 *pase a la pregunta 16*

12. Tipo de vivienda

Casa o apartamento	1 X	Vivienda móvil	4	Lugar de trabajo	7
Cuarto o cuartos	2	Casa lote	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

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: 5 de 6

Fecha de diligenciamiento: 26/04/2024

Número de ficha: 2024 | 10 | 7744 | 12052a

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 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 NIVEL Años aprobados	¿Asiste actualmente?	SISTEMA DISTRITAL DE CUIDADO ¿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	¿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 Afiliado al régimen de seguridad social	Régimen de seguridad social	Calidad del afiliado	DISCAPACIDAD ¿Persona con discapacidad?	Tipo	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							Día	Mes	Año																												
1	1	1023972773	1 Vargas	1 Edwin	1	1		1	19	04	1998	26	3	1	8	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	12	32	48	2000000	5	8	Sí	1	2	Sí		6		Sí		Sí / No	
			2 Caro	2 Ernesto											6	No	No	No	No	No	No	No							No			No				No		No aplica	
2	1	1057186090	1 Tibata	1 Gloria	2	2		1	03	09	1997	27	3	2	8	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	12	27	100	0	98	10	Sí	1	2	Sí		6		Sí		Sí / No	
			2 Rodriguez	2 Isabel											6	No	No	No	No	No	No	No							No			No				No		No aplica	
3	6	1233701960	1 Vargas	1 Alisson	2	98		98	10	05	2022		1	5	1	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	98	98	0	0	98	98	Sí	1	1	Sí		6		Sí		Sí / No	
			2 Tibata	2 Ariana												No	No	No	No	No	No	No							No			No				No		No aplica	
4			1	1												Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí							Sí			Sí				Sí		Sí / No	
			2	2												No	No	No	No	No	No	No							No			No				No		No aplica	
5			1	1												Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí							Sí			Sí				Sí		Sí / No	
			2	2												No	No	No	No	No	No	No							No			No				No		No aplica	

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: 6 de 6

No. Integrante	A		B	C	D	E	F	G	H				I	J	K		L	M	N	O	P	Q	R	S	T	U	V	W	X			Y		Z	AA	AB		AC	AD
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD		APELLIDOS Escriba: En el renglón 1, primer apellido En el renglón 2, segundo apellido	NOMBRES Escriba: En el renglón 1, primer nombre En el renglón 2, segundo nombre	Sexo	¿Con cuál género se identifica?	¿Transgenero masculino o transgenero femenino?	¿Cuál es su orientación sexual?	FECHA NACIMIENTO			Edad aproximada	ESTADO CIVIL	PARENTESCO (Con jefe/a del núcleo familiar)	NIVEL EDUCATIVO ACTUAL		SISTEMA DISTRITAL DE CUIDADO						Actividad	Rol ocupacional	¿Cuantas horas a la semana dedica a esta ocupación?	Valor de los ingresos mensuales	Forma de percibir los ingresos	Localidad donde realiza actividad principal	SALUD			DISCAPACIDAD		Grupo étnico	Pueblo Indígena	VÍCTIMA DE CONFLICTO ARMADO		¿Ha recibido capacitacion, formación o tiene experiencia en algún arte u oficio?	De acuerdo con la respuesta anterior ¿En qué cree que puede desempeñarse?
	Tipo	Número							Día	Mes	Año				NIVEL Años aprobados	¿Asiste actualmente?	¿Es persona cuidadora/a?	Niños/as de 0 a 5 años	Niños/as de 6 a 10 años	Persona con discapacidad	Persona mayor	Cuidado de casa							Afiliado al régimen de seguridad social	Régimen de seguridad social	Calidad del afiliado	¿Persona con discapacidad?	Tipo			¿Es víctima del conflicto armado?	Motivo		
6			1	1												Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí							Sí			Sí				Sí		Sí No	
			2	2												No	No	No	No	No	No	No							No			No				No		No aplica	
7			1	1												Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí							Sí			Sí				Sí		Sí No	
			2	2												No	No	No	No	No	No	No							No			No				No		No aplica	
8			1	1												Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí							Sí			Sí				Sí		Sí No	
			2	2												No	No	No	No	No	No	No							No			No				No		No aplica	
9			1	1												Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí							Sí			Sí				Sí		Sí No	
			2	2												No	No	No	No	No	No	No							No			No				No		No aplica	
10			1	1												Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí							Sí			Sí				Sí		Sí No	
			2	2												No	No	No	No	No	No	No							No			No				No		No aplica	
11			1	1												Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí							Sí			Sí				Sí		Sí No	
			2	2												No	No	No	No	No	No	No							No			No				No		No aplica	
12			1	1												Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí							Sí			Sí				Sí		Sí No	
			2	2												No	No	No	No	No	No	No							No			No				No		No aplica	
13			1	1												Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí							Sí			Sí				Sí		Sí No	
			2	2												No	No	No	No	No	No	No							No			No				No		No aplica	

Tratamiento de datos personales: Los datos personales aquí consignados tienen carácter confidencial, razón por la cual es un deber y un compromiso de los asistentes y de la SDIS no divulgar información alguna en propósito diferente a la de este registro so pena de las sanciones legales a que haya lugar de acuerdo con la Ley 1581 de 2012 y Decreto 1377 de 2013.

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL	PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL PROYECTO 7744 GENERACION DE OPORTUNIDADES PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA DE BOGOTÁ FORMATO FICHA SIRBE SERVICIOS: JARDINES INFANTILES Y CRECIENDO JUNTOS	Código: FOR-PSS-334 Versión: 2 Fecha: Memo I2023015020-24/05/2023 Página: 1 de 4

Fecha de diligenciamiento: 26/12/2024 Número Ficha: 2024 (Año) 10 (Localidad) 77 (Proyecto) 44 (Código Unidad Operativa) 12 0529

SECCION E. MODALIDAD DE ATENCION

1. Indique la modalidad en la cual se diligencia la ficha SIRBE

Modalidades Familiares: Creciendo Juntos [ ] Crecemos en la Ruralidad [ ]

Modalidades institucionales: Si selecciona alguna de las modalidades institucionales diligencie la pregunta 2 y pase a la seccion I.

Jardines Infantiles [X] Jardines Infantiles Nocturnos [ ] Casas De Pensamiento Intercultural [ ] Espacios Rurales [ ]

2. Escriba el nombre de la Subdirección Local – SLIS o Unidad Operativa donde se identifica la gestante, lactante, niña o el niño: Jardin Infantil cofinanciado Pepitos

SECCION F. A QUIEN VA DIRIGIDA LA MODALIDAD FAMILIAR:

1. La modalidad se solicita para:
Gestante... [1] *Pase a sección G* Niña - niño... [2]

2. ¿La atención de la niña-niño en la modalidad se ha realizado desde la gestación?:
Si... [1] Nombre de la madre: _____ Nº. Identificación de la madre: _____ No..... [2]

3. ¿La niña o niño es menor de 6 meses y está lactando?
Si.. [1] *Pase a sección H* No. [2] *Pase a sección I*

SECCIÓN G. CONCEPCIÓN Y GESTACIÓN:

1. ¿Cuál fue la fecha de inicio de su última menstruación FUM?: D D M M A A A A

2. ¿Asiste a control prenatal?:
Si..... [1]
No... [2] *Pase a la pregunta 4*

3. ¿Fecha del último control médico?: D D M M A A A A

4. ¿Número de hijas-hijos nacidos vivos?:
Entre 1 y 3.. [1] Más de 6... [3]
Entre 4 y 6.. [2] Ninguna.... [93]

5. ¿Qué edad tiene el padre de la hija- hijo que espera?:
Entre 14 y 16 años [1] Entre 21 y 40 años [3]
Entre 17 y 20 años [2] Más de 41 años... [4]
Menor de 14 años [5]

6. ¿Cuenta con el apoyo del padre de su hija-hijo para el cuidado de su embarazo?:
Si... [1] No... [2]

7. ¿Quién cuidará principalmente a su hija-hijo después del nacimiento?:
Padres..... [1] Sólo Padre... [3] Otros parientes..... [5]
Sólo Madre... [2] Abuelo-a..... [4] Otros no parientes.. [6]
Modalidad institucional para la Primera infancia... [7]

8. ¿Recibió información o capacitación sobre sus derechos sexuales y reproductivos, antes de quedar embarazada?:
Si... [1] No... [2] *Pase a la pregunta 10*

9. ¿Quién le brindo la información sobre sus derechos?:
Hospital [1] Colegio [3] Amigos-as.... [5] Madre..... [7]
SDIS.... [2] ONG.... [4] Hermanos-as [6] Padre..... [8]
Partera/ doula.. [9]

10. ¿Ha recibido información o capacitación acerca de algunos de estos temas?: *(selección múltiple)*
Cuidados durante la gestación..... [1] Lactancia materna..... [3] Construcción del vínculo afectivo madre- hijo... [6]
Sus derechos y los de su pareja en el momento del parto. [2] Desarrollo infantil..... [5] Prevención de accidentes en el hogar..... [4]
Ninguna... [93] *Pase a la pregunta 12*

11. ¿Quién le brindo la información sobre los temas anteriores?:
Hospital..... [1] Colegio..... [3] Otra entidad..... [5] Otra persona... [6]
SDIS..... [2] ONG..... [4] Partera/ doula... [9]

12. ¿Usted deseaba quedar en embarazo?:
Si..... [1]
No..... [2]

13. ¿Cuál es el estado nutricional actual de la persona gestante según el control prenatal o concepto de salud?
Bajo peso..... [1] Peso adecuado..... [2]
Exceso de peso... [3] Sin información..... [4]

14. El embarazo es múltiple?
Si... [1] No... [2]

15. ¿El embarazo ha sido clasificado como de alto riesgo?:
Si... [1] No... [2]

16. ¿Cómo piensa alimentar a su hija-hijo cuando nazca?:
Leche materna... [1] Leche de fórmula..... [2]
Leche de vaca... [3] Otros alimentos..... [4]

17. Después de la hija-hijo que está esperando, le gustaría:
Tener otro..... [1] No tener otro... [2]
Está indecisa/o Insegura/o... [3] *Pase sección k*

SECCIÓN H. INFORMACION DE LA LACTANTE: (persona que amamanta)

1. ¿Qué tipo de parto tuvo?
Vaginal. ..... [1]
Cesárea. ..... [2]

2. ¿Para el parto tuvo la oportunidad de elegir *(selección múltiple)*?
Lugar donde se producirá el parto. [1] La posición de parir..... [3]
Tipo de parto .. [2] Ninguna... [93] La elección del acompañante [4]

3. ¿Está usando un método anticonceptivo?
Si. ..... [1]
No. ..... [2]

4 ¿En cuánto tiempo desea tener otro embarazo?
Antes de 1 año .. [1] Después de 2 años o más. . [3]
Antes de 2 años [2] No tendré más embarazos. . [4]

5. ¿Ha recibido información o capacitación acerca de algunos de estos temas?: *(selección múltiple)*
Lactancia materna... [3] Construcción del vínculo afectivo madre- hijo. [6]
Desarrollo infantil... [5] Prevención de accidentes en el hogar. ..... [4]
Ninguna [93] *Pase a la pregunta 7*

6. ¿Quién le brindo la información sobre los temas anteriores?:
Hospital..... [1] Colegio..... [3] Otra entidad..... [5] Otra persona... [6]
SDIS..... [2] ONG..... [4] Partera/ doula... [9]

7. Qué opina sobre esta afirmación: "Se debe amamantar a su hijo e hija durante los primeros 6 meses de vida de forma exclusiva":
Totalmente de acuerdo. ..... [1] Parcialmente de acuerdo. .. [2] En desacuerdo. . [3]

8. ¿Tiene información sobre como iniciar la alimentación complementaria?
Si.... [1] No.... [2]

9. ¿Tiene acompañamiento para su cuidado durante la lactancia?
Si. .. [1] No.... [2]

	PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL PROYECTO 7744 GENERACION DE OPORTUNIDADES PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA DE BOGOTÁ FORMATO FICHA SIRBE SERVICIOS: JARDINES INFANTILES Y CRECIENDO JUNTOS	Código: FOR-PSS-334 Versión: 2 Fecha: Memo I2023015020-24/05/2023 Página: 2 de 4

SECCION I. INFORMACIÓN DEL NIÑO O LA NIÑA Si se desconoce la información de alguna(s) de la(s) pregunta(s) de 1 a la 12, por que el niño o la niña se encuentra en medida de protección o bajo custodia de familiares que desconocen la información relacionada con sus primeros años de vida, deje la(s) respuesta(s) en blanco e indique la situación en la descripción de la problemática

1. ¿Dónde fue atendido el parto de la niña o niño?
Hospital [1 X] Casa [3] Ambulancia [5]
Centro de salud [2] Espacio público [4]

2. Quien atendió el nacimiento de la niña o el niño?
Médico [1 X] Partera/doula [3]
Enfermera [2] Personal no médico [4]

3. ¿El primer contacto piel a piel con su hija-o, después de nacer, fue?:
½ hora o antes [1] 2 horas [3]
1 hora [2 X] Más de 4 horas [4]

4. ¿En qué semana de gestación nació su hija-o?: 40 Semanas
DATO VALIDO ENTRE 22 Y 42

5. ¿Cuál fue el peso de su hija-o al nacer?: 3000 Gramos
DATO VALIDO ENTRE 450 Y 6000

6. ¿Cuál fue la talla de su hija-o al nacer?: 51 Centímetros
DATO VALIDO ENTRE 22 Y 60

7. La niña o el niño recibió leche materna alguna vez?
Si [1 X] No [2] *Pase a la pregunta 13*

8. ¿Después de cuánto tiempo de nacido su hija-o inicio la lactancia materna?:
Inmediatamente [1] Menos de 24 horas [3]
Menos de 1 hora [2 X] Más de 24 horas [4]
No sabe/No responde [5]

9. ¿Actualmente el niña-o recibe leche materna?:
Si [1 X] No [2] *Pase a la pregunta 12*

10. La niña o el niño recibe algún alimento diferente a la leche materna?: Si [1 X] No [2] *Pase a la pregunta 13*

11. ¿Qué edad tenía su hija-o cuando recibió un alimento diferente a la leche materna?: 6 Meses. *Pase a la pregunta 13*

12. ¿Qué edad tenía su hija-o cuando dejo de darle leche materna completamente?: _____ Meses

13. ¿Asiste a valoración integral de la salud y el desarrollo (crecimiento y desarrollo) ?:
Si [1 X] No [2] *Pase a la pregunta 15*

14. ¿Fecha del último control?: 15 11 12 02 24
Pase a la pregunta 16

15. Por qué la niña o el niño no ha asistido a valoración integral de la salud y el desarrollo?:
Dificultad en la asignación de la cita [1] Sin servicio de salud [2] Desconocimiento [3] Falta de tiempo [4]

16. ¿La niña o el niño, cuenta con el esquema de vacunación al día?:
Si [1 X] *Pase a la pregunta 18* No [2]

17. ¿Por qué la niña o el niño no cuenta con el esquema de vacunación al día?:
Creencias religiosas o culturales [1] Olvido [2] Pérdida del carné [3] Desconocimiento [4] Falta de tiempo [5]

18. ¿Actualmente, la niña o el niño tiene una condición de salud?:
Si [1] No [2 X] *pase a la pregunta 21*

19. ¿La condición de salud de la niña o el niño, implica?: *(Selección múltiple)*
Uso de oxigeno durante el sueño [1] Alimentación por sonda [3] Procedimientos invasivos [5] Toma de medicamentos [7] Condiciones osteomusculares [9]
Uso de oxigeno 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 entono institucional?
Si [1] No [2] Requiere verificación [3]

21. ¿Actualmente, el padre, la madre o el cuidador de la niña o el niño presenta alguna de las siguientes condiciones?: *(Selección múltiple)*
Habitabilidad en calle [1] Realiza actividades sexuales pagas [2]
Ninguna [93 X] Consumo de sustancias psicoactivas [3]

22. ¿Actualmente, la niña o el niño se encuentra expuesto a condiciones de?: *(Selección múltiple)*
Habitabilidad en calle [1] Espacios donde se desarrollan actividades sexuales pagas [2] Consumo de sustancias psicoactivas [3] Trabajo infantil [4] Mendicidad [5] Ninguna. [93 X]

23. El padre o madre de la niña o niño es?: *(Selección múltiple)*
Desmovilizado [1] Desvinculado [2] Militar con discapacidad [3] Militar fallecido [4] Ninguna de las anteriores. [96 X]

24. El padre o madre de la niña o el niño trabaja en reciclaje?
Si [1] No [2 X]

25. ¿Ha presentado solicitud de ingreso a?: *(Selección múltiple)*
Jardín infantil Diurno [1] Casas de pensamiento interculturales [4] Hogar comunitario ICBF [7] Institución privada [10]
Jardín infantil Nocturno [2] Crecemos en la ruralidad o espacios rurales [5] Hogar infantil ICBF [8] Institución Educativa distrital [11]
Creciendo juntos [3] Centros Amar [6] FAMI del ICBF [9] Ninguno [93 X]

26. ¿Actualmente, el niño o la niña recibe atención en?:
Jardín infantil Diurno [1] Casas de pensamiento interculturales [4] Hogar comunitario ICBF [7] Institución privada [10]
Jardín infantil Nocturno [2] Crecemos en la ruralidad o espacios rurales [5] Hogar infantil ICBF [8] Institución Educativa distrital [11]
Creciendo juntos [3] Centros Amar [6] FAMI del ICBF [9] Ninguno [93 X]

27. ¿Ha estado vinculado a modalidades familiares o institucionales de Educación inicial de la SDIS?:
Si [1] No [2 X] *Pase a la pregunta 29*

28. ¿En qué localidad?:
Usaquén [1] Santa fe [3] Usme [5] Bosa [7] Fontibón [9] Suba [11] Teusaquillo [13] Antonio Nariño [15] La Candelaria [17] Ciudad Bolívar [19]
Chapinero [2] San Cristóbal [4] Tunjuelito [6] Kennedy [8] Engativá [10] Barrios Unidos [12] Los Mártires [14] Puente Aranda [16] Rafael Uribe [18] Sumapaz [20]

29. ¿Cuál es el principal motivo por el que solicitó el servicio?:
Nuevas oportunidades para su calidad de vida [1] Superar condiciones de segregación y discriminación [2] Desarrollo integral para su hija-o [3 X] Responde a las necesidades de la niña-o y su familia [4] Fortalecimiento cultural [5] Cuidado de su hija o hijo mientras trabaja [6]

30. ¿Considera importante fortalecer sus conocimientos sobre crianza y desarrollo integral de su hija-hijo?: Si [1 X] No [2]

31. La niña o niño presenta desnutrición aguda moderada o severa verificada por un nutricionista de la Subdirección Local de acuerdo con la resolución 2465 de 2016 del Ministerio de Salud y Protección Social Si [1] No [2 X]

	PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL PROYECTO 7744 GENERACION DE OPORTUNIDADES PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA DE BOGOTÁ FORMATO FICHA SIRBE SERVICIOS: JARDINES INFANTILES Y CRECIENDO JUNTOS	Código: FOR-PSS-334 Versión: 2 Fecha: Memo I2023015020-24/05/2023 Página: 3 de 4

SECCIÓN J. INFORMACIÓN DEL CUIDADO DE LA NIÑA O DEL NIÑO:

1. ¿La niña o el niño en algún momento queda sólo-a?: Si... 1 | No... 2 X *Pase a la pregunta 4*

2. ¿En qué momento: Mañana.. 1 | Tarde.... 2 | Noche.... 3

3. ¿Cuánto tiempo queda sólo?: Menos de una (1) hora. 1 | Entre 1 y 3 horas..... 2 | Más de tres (3) horas... 3

4. Quién es el cuidador principal de la niña o el niño
Papá..... 1 | Madrastra..... 4 | Abuelo-a..... 7
Mamá..... 2 X | 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 X | 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 X | 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 X | 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?: 29

9. ¿Cuál es el sexo del cuidador o cuidadora principal?: Hombre..... 1 | Mujer..... 2 X | Intersexual... 3

10. ¿Cuál es el género del cuidador o la cuidadora principal?:
Masculino..... 1 | Transgénero. 3 | No binario ... 5
Femenino..... 2 X | No informa 4 | No aplica..... 98

11. ¿Cuál es la orientación sexual del cuidador -ra principal?:
Heterosexual... 1 X | 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 X | 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 X ¿Cuál?: Hogar

14. En qué momento: *(selección múltiple)*
Mañana.... 1 X
Tarde..... 2 X
Noche..... 3 X

15. El cuidador-ra principal presenta una discapacidad? Si..... 1 | No..... 2 X

16. El cuidador-ra principal presenta una enfermedad de alto costo Si..... 1 | No..... 2 X

17. Tipo de documento de identidad del cuidador-ra
Cédula de ciudadanía..... 1 X | 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. 1057186900

Nombres y apellidos del cuidador-ra principal *(según documento identidad)*

19. Primer Apellido: Tibata | **20. Segundo Apellido:** Rodriguez | **21. Primer Nombre:** Gloria | **22. Segundo Nombre:** Isabel

23. ¿La niña-niño se encuentra bajo medida de protección legal?: Si. 1 | No 2 X

24. ¿El niño o la niña ha estado bajo medida de protección legal?: Si... 1 | No 2 X *Pase a sección K*

25. ¿En qué fecha el niño o la niña tuvo la medida de protección legal?: D D M M A A A A

SECCIÓN K. INFORMACION RURALIDAD: si en la pregunta 6 de la Sección C del Cabezote indicó Rural, diligencie esta sección, de lo contrario pase a la sección L

1. La niña, niño o gestante habita en: Centro Poblado..... 1 | Rural disperso..... 2

2. La familia de la niña o el niño o la gestante a partir de sus prácticas culturales se reconoce como:
Campesino /a..... 1
Rural..... 2 *pasar a la sección L*

3. ¿Para la familia de la niña o el niño o gestante es importante mantener las tradiciones de su identidad campesina en la crianza de su hija o hijo?: Si..... 1 | No..... 2

4. ¿La familia de la niña o el niño o gestante conserva tradiciones campesinas?: Si..... 1 | No..... 2

5. ¿Para la familia es importante conservar las tradiciones campesinas, en su vida cotidiana?: Si..... 1 | No..... 2

SECCION L: INFORMACION ADICIONAL ETNIAS Si en la pregunta 4 de la sección B del cabezote indico que se reconoce perteneciente a un grupo étnico diligencié esta sección, de lo contrario *pase a sección M.*

1. ¿El niño, la niña, la persona gestante habla la lengua del grupo étnico al que pertenece?: Si... 1 | No.... 2

2. ¿El niño o la niña, la persona gestante, conserva tradiciones del grupo étnico al que pertenece?: Si... 1 | No.... 2 *Pase a sección H*

3. ¿Para la familia es importante que en la atención se conserven las tradiciones del grupo étnico al que pertenece?: Si... 1 | No... 2

4. ¿Para la familia es importante conservar en su vida cotidiana las tradiciones del grupo étnico al que pertenece?: Si... 1 | No... 2

SECCION M: DISCAPACIDAD Y ALTERACIONES EN EL DESARROLLO Si en la pregunta 1 de la sección B del cabezote indico que la niña o niño, gestante presenta alguna discapacidad diligencié esta sección, de lo contrario *pase a sección N*

1. Clase de discapacidad (marque la clase de acuerdo con el tipo indicado en la sección de cabezote, si es múltiple indique las clases necesarias, con excepción de las relacionadas con las alteraciones en el desarrollo

ALTERACIONES EN EL DESARROLLO
Del habla y del lenguaje.....
De la función motriz.....
Del desarrollo mixto.....
Del comportamiento e hiperquinéticos.....
De los procesos cognitivos.....

TRANS ESPECTRO AUTISTA (TEA)
TEA.....

AUDITIVA
Hipoacusia .....
Sordera .....

VISUAL
Baja visión.....
Ceguera.....

INTELECTUAL
Sindrome de Down.....
Intelectual ...

FISICA
Osteomuscular.....
Neuromuscular.....
Parálisis cerebral (EMOC) ..

PSICOSOCIAL
Psicosocial .....

2. Tiene diagnóstico clínico relacionado con la discapacidad?: Si.... 1 | No... 2 *Pase a la pregunta 5*

3. Cuenta con el certificado de discapacidad? Si.... 1 | No... 2 *Pase a la pregunta 5*

4. La niña o el niño está inscrito en el RLCPD? Si.... 1 | No... 2

5. Requiere ayuda técnica para las actividades de la vida diaria? Si.... 1 | No... 2 *Pase a la pregunta 7*

6. Cuenta con ella?: Si.... 1 | No... 2

7. Es independiente para el desplazamiento?: Si.... 1 | No... 2

8. Apoyos requeridos en el servicio?
Intermitente o Limitado..... 1
Extenso o Generalizado..... 2
En observación..... 3

9. Cuenta con habilitación o rehabilitación en salud? Si... 1 | No.... 2 *Pase a la sección N*

10. De qué tipo: Fonoaudiología 1 | Fisioterapia... 2 | Terapia ocupacional 3 | Neurología... 4 | Otro... 5 -cuál?_____

	PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL PROYECTO 7744 GENERACION DE OPORTUNIDADES PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA DE BOGOTÁ FORMATO FICHA SIRBE SERVICIOS: JARDINES INFANTILES Y CRECIENDO JUNTOS	Código: FOR-PSS-334 Versión: 2 Fecha: Memo I2023015020-24/05/2023 Página: 4 de 4

SECCIÓN N. DESCRIPCIÓN Y REFERENCIACIÓN:

1. Descripción de la problemática:

Hogar familiar nuclear, el padre es el único proveedor económico del nucleo, se desempeña como técnico en Claro, la madre se encuentra en casa dedicada a su hija y el hogar.
No poseen redes de apoyo sociales ni familiares.
La madre ha decidido que el año entrante va a trabajar y apoyar a su conyuge con los gastos del hogar, asi mismo sentirse útil y hacerse cargo de ella, y sus necesidades.
Asi mismo los padres desean que su hija comparta con otros niños ya que siempre esta con ellos, es muy timida y apegada a la madre, de igual manera que fortalezca diferentes habilidades, entre ellas su lenguaje.

2. Concepto técnico:

Grupo familiar con fragilidad social media, los ingresos cubren las necesidades del núcleo, la niña queda en lista de espera cuando se cuente con el cupo, se avisara a la madre para que matricule a la niña en el jardín, este ofrece una gran variedad de experiencias sensibles y significativas, las que se llevan a cabo, en ambientes enriquecidos, permitiendo la exploración, y el disfrute de los diversos elementos que en ellos se disponen, asi misma los niños y niñas son tenidos encuenta como los protagonistas de su aprendizaje a partir de sus intereses, gustos y opiniones.

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 [X] 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 [X] ALTERNANCIA: ☐ EI EN CASA ☐ MULTIMODAL ☐

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] *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 [X]

6. La unidad operativa ofrece nivel pre jardin o jardin porque se encuentra en una UPZ deficitaria para la SED?

- Si... 1 ☐ - No... 2 [X] No oferta niveles 3 ☐

7. Referenciación a un proyecto SDIS: - Si... 1 ☐ - No 2 [X] *Pase a la pregunte 8*

Integrante: ____ Proyecto: _____ Modalidad: _____
Integrante: ___ Proyecto: _____ Modalidad: _____
Integrante: ____ Proyecto: _____ Modalidad: _____
Integrante: ____ Proyecto: _____ Modalidad: _____

8. Referenciación a otra entidad: - Si... 1 ☐ - No 2 [X] *Finalice*

Integrante: ____ ¿Cuál?: _____
Integrante: ____ ¿Cuál?: _____
Integrante: ____ ¿Cuál?: _____
Integrante: ____ ¿Cuál?: _____

	PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES FORMATO REGISTRO DE DILIGENCIAMIENTO DE FICHA SIRBE EN FÍSICO	Código: FOR-PSS-743 Version: 0 Fecha: Memo I2024000787 - 12/01/2024 Página: 1 de 1

LOCALIDAD ENGATIVA UNIDAD OPERATIVA: JARDIN INFANTIL COFINANCIADO PEPITOS RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA: DIANA MARCELA RUBIO CASTAÑO

NOMBRE DEL RECOLECTOR JACKELINE MENDOZA GONZALEZ DOCUMENTO DE IDENTIDAD CC X CE__ OTRO__ CUAL?_____ Numero # 52.035.452

NOMBRE SOLICITANTE / BENEFICIARIO _____ DOCUMENTO DE IDENTIDAD CC__ CE__ OTRO__ CUAL?_____ Numero # _____

FECHA DE ENTREGA PARA DIGITACIÓN. 29122024 NOMBRE DEL DIGITADOR AL QUE SE ENTREGA LA FICHA: Edwin Peña

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.023.972.773**

VARGAS CARO

APELLIDOS

EDWIN ERNESTO

NOMBRES

Edwin Vargas Caro

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **19-ABR-1998**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.72 ESTATURA | **A+** G.S. RH | **M** SEXO

28-NOV-2016 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA

P-1500150-00872810-M-1023972773-20161222 0052762988A 1 46621507

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.057.186.900**

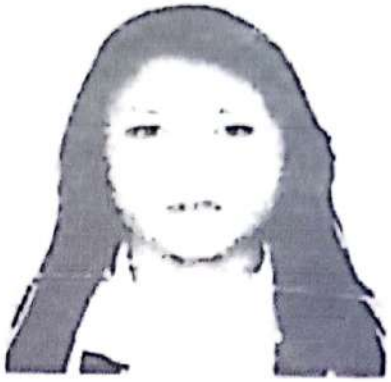
TIBATA RODRIGUEZ

APELLIDOS

GLORIA ISABEL

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **03-JUL-1997**

SIACHOQUE
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.47 ESTATURA

O+ G.S. RH

F SEXO

24-AGO-2015 SIACHOQUE
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P 0726500-00755529 F-1057186900-20151013 0046925643A 1 39442275

Escaneado con CamScanner

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 61476694

NUIP 1.233.701.460

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina
Registraduría [X] Notaría [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código E 7 Y
País - Departamento - Municipio - Corregimiento o/o Inspección de Policía
REGISTRADURIA DE AUXILIAR ENGATIVA SEDE 2 - COLOMBIA - CUNDINAMARCA

Datos del inscrito
Primer Apellido: VARGAS
Segundo Apellido: TIBATA
Nombre(s): ALISSON ARIANA
Fecha de nacimiento: Año 2022 Mes MAY Día 10
Sexo (en letras): FEMENINO
Grupo sanguíneo: O
Factor RH: POSITIVO
Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento o/o 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: 172871006

Datos de la madre (Para casos de parejas 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: TIBATA RODRIGUEZ GLORIA ISABEL
Documento de Identificación (Clase y número): CC 1.057.156.900
Nacionalidad: COLOMBIA

Datos del padre (Para casos de parejas 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: VARGAS CARO EDWIN ERNESTO
Documento de Identificación (Clase y número): CC 1.123.972.773
Nacionalidad: COLOMBIA

Datos del declarante
Apellidos y nombres completos: VARGAS CARO EDWIN ERNESTO
Documento de Identificación (Clase y número): CC 1.123.972.773
Firma: Edwin Vargas

Datos primer testigo
Apellidos y nombres completos:
Documento de Identificación (Clase y número):
Firma:

Datos segundo testigo
Apellidos y nombres completos:
Documento de Identificación (Clase y número):
Firma:

Fecha de inscripción: Año 2022 Mes MAY Día 16
Nombre y firma del funcionario que autoriza: WILLIAM ERNESTO LANCHEROS RUIZ
Nombre y firma

Reconocimiento del padre
Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS
16-MAY-2022 -- LIBRO DE VARIOS -- SE OMITE IMPRESION HUELLAS PLANTARES DE LA INSCRITA. CIRCULAR 64 01/09/2020 - RNEC. - LV - TOMO - 16 - FOLIO - 139 - A - NEIRA.

ESTE REGISTRO ES FOTOCOPIA FIEL 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 2158 DE 1970, EL COMITE SELLO SEGÚN ART. 11 DECRETO 2150 DE 1995. SE EXPIDE PARA ACREDITAR PARENTES PARENTESCO.

FECHA DE EXPEDICION

WILLIAM ERNESTO LANCHEROS RUIZ
REGISTRADOR AUXILIAR DEL ESTADO CIVIL EN LA NOTARIA CENTRO - BOGOTA D.C. L-10 - 2

• ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO •

• 61476694 •

8

Escaneado con CamScanner

Famisanar EPS

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) ALISSON ARIANA VARGAS TIBATA identificado(a) con RC. 1233701460 se encuentra afiliado(a) a la EPS en condición de BENEFICIARIO.

Fecha de Activación de Servicios:	**2022/05/10**
Estado de la Afiliación:	**ACTIVO**
IPS:	**CENTRO MEDICO COLSUBSIDIO PLAZA DE LAS AMERICAS**
Categoría:	**A**

La presente certificación se expide a solicitud del (de la) interesado(a) en Bogotá para **QUIEN INTERESE**, a los 20 días del mes de 11 del año 2024.

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

Observaciones:

NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,



Fredy Alexander Caicedo Sierra

Director Operaciones Comerciales

EPS FAMISANAR S.A.S.

enel Bogotá

ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P.
NIT 860.063.875-8
Calle 93 No. 13 - 45 Piso 3

1761178-3

FACTURA DE SERVICIOS PUBLICOS No. 161610316-8

BAUDELINO CUBIDES PINEDA
CL 69 NO 122 11
CASA
BOGOTA, D.C. - CENTRO ENGATIVA II

05 502 7328 / 074-927966



VALOR kWh APLICADO: $571,66

CONSUMO DIARIO: 5,47 kWh

VALOR DIARIO: $2.972

PERIODO FACTURADO: 03 JUL 2024 A 01 AGO 2024

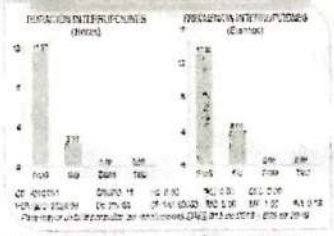
DÍAS FACTURADOS: 30

CONSUMO MES: 164 kWh

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	2
CARGA kW:	4,00
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	3600305027328
RUTA LECTURA:	3605201357
MANZANA DE LECTURA:	MS0958794
MEDIDOR NO:	074-927966
MEDIDOR NO:	074-927966

Es importante que apagues por completo todos los dispositivos que no vas a usar, si no se pueden apagar te recomendamos configurarlos en modo ahorro de energía.



CONTÁCTANOS

Tarifas y peticiones
Chat de servicios
316 809 6003 (Línea Bot o pase Asesor)
Enel Colombia
@EnelClientesCO
Regístrate gratis
Zona privada de la página Web
App Enel Clientes Colombia
Bogotá, Soacha y Cundinamarca 601 5 115 115
115 Opción 2 las 24 horas
601 5140005
https://www.enel.com.co/es/personas/defensor-cliente.html
defensor@enel.com

¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?

Medios Presenciales de Pago
Oficinas Bancolombia
Internet
Tarjeta Débito
Débito Automático
Cobro Electrónico
ATP EnelClientes Colombia
Botón de Pago Caixa
Botón de Pago Bancolombia
Oficina Virtual
Nequi
Tpaga
Corresponsales Externos
Red Bancaria
Centros de Servicio
Código QR
Efecty
Gana
Red Codi
Aliados de Cobro



COMPONENTES TARIFARIOS Componentes del costo: Vigencia: JUL 2024

FECHA EXPEDICIÓN 05/08/2024