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 06 23

Número de ficha: 2024 | 10 (Año / Localidad) | 774 (Proyecto) | 1203 (Código unidad operativa) | 29

SECCCIÓN A. VARIABLES BÁSICAS

1. Primer Apellido, según su documento de identidad: Pino
2. Segundo Apellido, según su documento de identidad: Sanchez
3. Primer Nombre, según su documento de identidad: Emanuel
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: 1233700960
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 06 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] 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: B4

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: 28 04 2024

Número de ficha: 2024 10 7344 12052 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]
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 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

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	$ 620000	Recreación	$ 50000
Servicios públicos domiciliarios (agua, energía, gas, teléfono fijo, internet, teléfono celular, televisión por cable	$ 80000	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	$ 60000	Educación (útiles, pensión, transporte escolar, fotocopias, etc.)	$ 0
Alimentación	$ 300000	Total	$ 1110000

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: 14/12/2024

Número de ficha: 2024 | 10 | 774 | 120329
(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	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
116	A			S S	65		-	19	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

MZ 12 LT 8

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: 6

9. Teléfono celular de contacto: 3203559431

10. Correo electrónico de contacto: Sanchezadriana80@yahoo.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. 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: D 04 M 11 2023

Número de ficha: 2024 (Año) 20 (Localidad) 7744 (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		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/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		
1	1	52787686	1 Sanchez 2 Rayo	1 Adriana 2 Maria	2	2		1	18	03	1980	44	1	1	8 6	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	13	32	35	500000	1	10	Sí No	1	2	Sí No		6		Sí No		Sí No No aplica	
2	3	1145226163	1 Pino 2 Sanchez	1 Juan 2 Sebastian	1	98		98	12	05	2011	13	1	5	8 7	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	3	24	40	0	98	10	Sí No	1	1	Sí No		6		Sí No		Sí No No aplica	
3	6	1233700960	1 Pino 2 Sanchez	1 Emanuel 2	1	98		98	01	12	2021	2	1	5	1 	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	98	98	0	0	98	98	Sí No	1	1	Sí No		6		Sí No		Sí No No aplica	
4			1 2	1 2												Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No							Sí No			Sí No				Sí No		Sí No No aplica	
5			1 2	1 2												Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No							Sí No			Sí No				Sí No		Sí 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: 14/12/2024

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 ☒ 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 Pequitos

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 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?: 36 Semanas
DATO VALIDO ENTRE 22 Y 42

5. ¿Cuál fue el peso de su hija-o al nacer?: 2550 Gramos
DATO VALIDO ENTRE 450 Y 6000

6. ¿Cuál fue la talla de su hija-o al nacer?: 41 Centímetros
DATO VALIDO ENTRE 22 Y 60

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

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

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

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

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

12. ¿Qué edad tenía su hija-o cuando dejo de darle leche materna completamente?: 1 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?: 03/10/2024
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] Traqueotomia ..... [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)*
Jardin infantil Diurno... [1] Casas de pensamiento interculturales..... [4] Hogar comunitario ICBF... [7] Institución privada..... [10]
Jardin 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?:
Jardin infantil Diurno..... [1] Casas de pensamiento interculturales..... [4] Hogar comunitario ICBF... [7] Institución privada..... [10]
Jardin 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]

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?: 44

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 X
Otro..... 3 ¿Cuál?: _____

14. En qué momento: (*selección múltiple*)
Mañana.... 1 X
Tarde..... 2
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 | 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. 52 787 686

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

19. Primer Apellido: Sanchez | **20. Segundo Apellido:** Rayo | **21. Primer Nombre:** Adriana | **22. Segundo Nombre:** Maria

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, con jefatura femenina, la madre dicta clases a domicilio de manualidades, mientras cuida a su hijo, el padre le pasa una mensualidad que cubre algunos gastos de la familia asi mismo los tiene afiliados a la seguridad social.
La Sra Adriana no posee redes de apoyo sociales ni familiares.
Desea tener tiempo para buscar un empleo estable en donde tenga mayores garantias y un sueldo mejor para cubrir sus gastos.
Asi mismo quiere que Emanuel ingrese al jardin, comparta con otros niños de su edad y aprenda muchas cosas. Esta interesada en un cupo en Pepitos pues algunas vecinas se lo han recomendado.

2 Concepto técnico

Grupo nuclear con fragilidad social media, los ingresos del nucleo 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 lo matricule en el jardín; este ofrece una atención integral de alta calidad en donde los niños-as que allí se atienden son respetados, valorados y tenidos en cuenta como protagonistas de su aprendizaje y desarrollo, asi mismo encuentran espacios enriquecidos que favorecen la creatividad e imaginación.

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 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 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 Emanuel Pino Sanchez DOCUMENTO DE IDENTIDAD CC__ CE__ OTRO X CUAL? RC Número # 1.233.700.960

FECHA DE ENTREGA PARA DIGITACIÓN 15-1-2024 NOMBRE DEL DIGITADOR AL QUE SE ENTREGA LA FICHA: Edwin Perez

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **52.787.686**

SANCHEZ RAYO

APELLIDOS

ADRIANA MARIA

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **18-MAR-1980**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

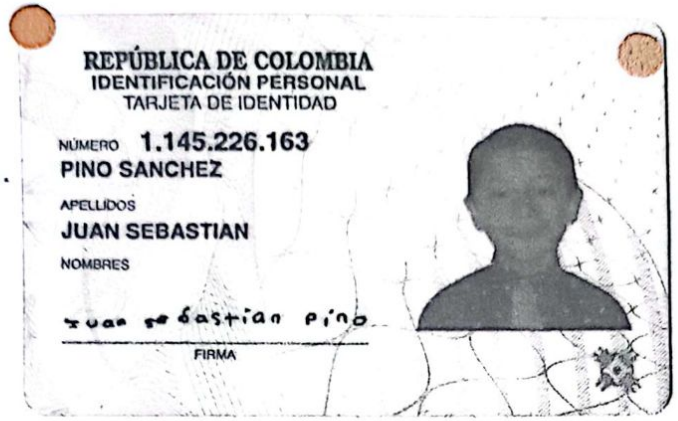
1.58	**O+**	**F**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

07-ABR-1998 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA

A-1500150-00974316-F-0052787686-20180131 0059359742A 1 9903141658



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

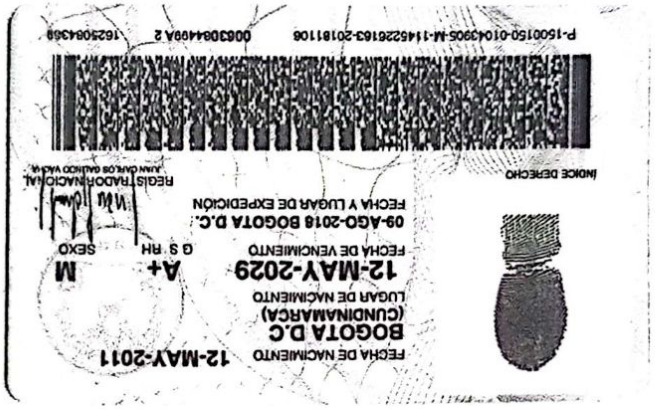
NÚMERO 1.145.226.163
PINO SANCHEZ

APELLIDOS
JUAN SEBASTIAN

NOMBRES

Juan sebastian pino

FIRMA



P-1500150-0104305-M-1145226163-20181106 0063084498A 2 1625084368

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
09-AGO-2018 BOGOTA D.C.

FECHA DE VENCIMIENTO
12-MAY-2029

G. S. RH
A+

SEXO
M

LUGAR DE NACIMIENTO
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

FECHA DE NACIMIENTO
12-MAY-2011

Registraduría Auxiliar de Engativá Centro
Registraduría Distrital del Estado Civil

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

61454151

NUIP	1.233.700.960

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 61454151

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduria	Notaria	Número	Consulado	Corregimiento	Inspección de Policía	Código
X						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
PINO	SANCHEZ

Nombre(s)
EMANUEL

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2021 Mes DIC Día 01	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	168249436

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
SANCHEZ RAYO ADRIANA MARIA

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 52.787.686	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
PINO SOTO JORGE ELIECER

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 94.286.863	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos
PINO SOTO JORGE ELIECER

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC 94.286.863	Jorge Pino

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 2021 Mes DIC Día 13	WILLIAM ORLANDO LANCHEROS RUIZ - Nombre y firma

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

ESPACIO PARA NOTAS
13-DIC-2021 -- LIBRO DE VARIOS -- SE OMITE LA IMPRESION DE LAS HUELLAS

- ESPACIO 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	1233700960
NOMBRES	EMANUEL
APELLIDOS	PINO SANCHEZ
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.
MUNICIPIO	BOGOTA D.C.

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.S.	CONTRIBUTIVO	01/12/2021	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	11/13/2024 20:55:10	Estación de origen:	2800:e2:7400:59:f849:6dd2:842a:9e9c

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

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

Fecha de consulta: **13/11/2024**

Ficha: **11001172850200001263**

B4

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: EMANUEL

Apellidos: PINO SANCHEZ

Tipo de documento: Registro civil

Número de documento: 1233700960

Municipio: Bogotá

Departamento: Bogotá

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: **04/05/2019**

Última actualización ciudadano: **23/05/2023**

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

ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P.
NIT: 860.063.875-6
Calle 93 No. 13 - 45 Piso 1

Para pagos y consultas su número de cliente es: **1469701-7**

FACTURA DE SERVICIOS PÚBLICOS No. 159857022-8

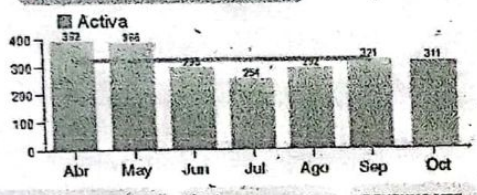
CLIENTE

FERNANDO FIGUEREDO
KR 116 A NO 65 19
MZ 12 LT 8
BOGOTA, D.C. - ENGATIVA ZONA URBANA

05 505 1264 / 018-24310906

¿Quieres tu factura virtual? Escanea el código

COMPORTAMIENTO CONSUMO



VALOR kWh APLICADO $839,70

CONSUMO DIARIO: 10,37 kWh

VALOR DIARIO: $7.054

CONSUMO PROMEDIO ULTIMOS 6 MESES: 303 kWh

PERÍODO FACTURADO: 03 SEP/2024 A 02 OCT/2024

DÍAS FACTURADOS: 30

CONSUMO MES 311 kWh

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

enel

Factura Enel.

Información importante sobre la factura electrónica*.

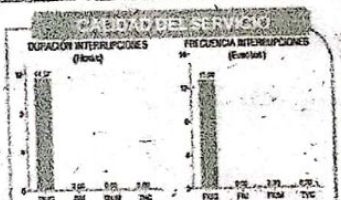
- Es el reporte electrónico de tu factura que cumple todos los requisitos legales y tributarios de la DIAN.
- Seguirás recibiendo tu factura de forma habitual. En caso de requerirlo, deberás registrarte para recibirla por correo electrónico.
- No se modifica el cálculo del valor de la tarifa, información 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

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	2
CARGA kW:	2,00
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	30005055051264
RUTA LECTURA:	35055090516
MANZANA DE LECTURA:	MS90563693
MEDIDOR NO:	018-24310906
MEDIDOR NO:	018-24310906

CALIDAD DEL SERVICIO



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

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

Registrate gratis
Zona privada de la página Web
App Enel Clientes Colombia
318 890 6003 (Línea Bot o paso Asesor)
Enel Colombia
@EnelClientesCO

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

¿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

Billeteras Virtual: Nequi, Daviplata, MOVII, tpaga

Corresponsales Bancarios: Red Digital, Centros de Servicio, Código QR

Red Digital: RED CADE, enel

Almacenes de Cadena

Si acude en un corresponsal bancario, exija el desprendible del datáfono. El sello del corresponsal no es un soporte válido en caso de pedirlo.

Inscríbete a la factura virtual Enel y aprovecha los beneficios.

Escanea el código

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

G: $394,80 T: $44,05 D: $265,30 CV: $169,33 PR: $65,27 R: $11,02 CF: $0,00 / $2.39,70 Costo kWh Mes

GRADO: 01 CIRCUITO: 9L2540231 01 --- NIVEL DE TENSIÓN PROPIEDAD: Empresa
ACTIVIDAD ECONÓMICA 3514 Comercialización de Energía Eléctrica Tarifa 11.04 por ent. 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 comuníquese 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 0061 de 15 de diciembre de 2023

"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 es cobro previo cobro efectivo 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 modifica el Código de Medida, se establecieron obligaciones, actividades y responsabilidades asignadas a ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. y sus usuarios. Para obtener mayor información, le invitamos a consultarlas en nuestra página web www.enel.com.co o comunícate a la línea (601) 5 115 115, fuera de Bogotá al 01 8000 912 115, o en nuestros Centros de Servicio al Cliente

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 agentes, por favor dirigirse a los canales de atención dispuestos 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. 860.063.875-6. Entidad vigilada por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios.

FECHA EXPEDICIÓN: 04/10/2024

Factura impresa por Carvajal Soluciones de Comunicación SAS NIT 800.016.815-

1 Total Energía	+	2 Portafolio Enel X	=	Total a Pagar	PAGO OPORTUNO	FECHA DE SUSPENSIÓN
$211.610		$14.900		$226.510	17 OCT /2024	21 OCT/2024

ENERGÍA

NÚMERO DE CUENTA: 1469701-7 — 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
ENERGIA ACTIVA FP	18.541		18.230		311		1		311	311		$639,70		$281.148
ENERGIA REACTIVA	0		0		0		0		0	0		$268,90		$0
SUBSIDIO	Consumo a subsidiar 120,00 kWh X				Valor kWh $639,7042		X		Beneficio -45,38 %					-$49.534
ESTE MES LA ENERGIA QUE DISFRUTASTE, TE COSTO $7.654 DIARIOS												SUBTOTAL:		$211.614

Otros cobros asociados a energía

Ajustes a la decena	$-4
SUBTOTAL:	$-4

Consumos + Otros cobros asociados a energía — 1 TOTAL ENERGÍA $211.610

Otros cobros de productos y servicios

COBRO SEGUROS	$14.900

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 $14.900

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 $39.558

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 %



NÚMERO DE CLIENTE 1469701-7

Factura de Servicios Públicos No. 159857022-8

(415)7707209014253(8020)011469701715985702 28(3900)00000000226510

PAGO OPORTUNO 17 OCT /2024

TOTAL A PAGAR $226.510