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: 10/06/2025

Número de ficha: 2025 (Año) | 10 (Localidad) | 774 (Proyecto) | 4 (Código unidad operativa) | 12052 | 9

SECCCIÓN 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
Martinez	Ibagon	David	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: 1070404254

11. Municipio nacimiento: Facatativa

12. Departamento nacimiento Cundinamarca

13. País nacimiento: Colombia

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

15. Fecha de nacimiento: *(según su documento de identidad)* 25/11/2003

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 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 ____

Powered by CamScanner

	PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL FORMATO FICHA SIRBE SERVICIOS SOCIALES INFORMACIÓN BÁSICA Y TRANSVERSAL: CABEZOTE	Código: FOR-PSS-321 Versión: 1 Fecha: Memo 2023015255 - 25/05/2023 Página: 2 de 6

Fecha de diligenciamiento: 09 06 2025

Número de ficha: 2025 | 10 (Localidad) | 7744 (Proyecto) | 12052 (Código unidad operativa) | 9

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 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 victimas: _____

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

Powered by CamScanner

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL	PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL FORMATO FICHA SIRBE SERVICIOS SOCIALES INFORMACIÓN BÁSICA Y TRANSVERSAL: CABEZOTE	Código: FOR-PSS-321 Versión: 1 Fecha: Memo 2023015255 - 25/05/2023 Página: 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	$ 350 000	Recreación	$ 50000
Servicios públicos domiciliarios (agua, energía, gas, teléfono fijo, internet, teléfono celular, televisión por cable	$ 100 000	Gastos en salud (consultas, medicamentos, etc.)	$ 0
Pagos a terceros cuidadores	$ 300 000	Transporte o movilidad de los integrantes del hogar	$ 160000
Artículos de aseo personal	$ 150 000	Educación (útiles, pensión, transporte escolar, fotocopias, etc.)	$ 0
Alimentación	$ 700 000	Total	$ 1410000

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

Powered by CamScanner

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

Fecha de diligenciamiento: 17 | 17 | 06 | 2025

Número de ficha: 2025 (Año) | 10 (Localidad) | 774 (Proyecto) | 12052 (Código unidad operativa) | 9

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	Cuadrante	Número vía generadora	Alfabético		Número placa	Cuadrante
116	A	Alfabético	S S / E E	69	B	-	34	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

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: 3044683792

10. Correo electrónico de contacto: yalitssalbagon880@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

Powered by CamScanner

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

Fecha de diligenciamiento: 01 04 06 2025

Número de ficha: 2025 10 774 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: Mes	H: Año	H: Edad aproximada	I: ESTADO CIVIL	J: PARENTESCO (Con jefe/a del núcleo familiar)	K: NIVEL EDUCATIVO ACTUAL / NIVEL / Años aprobados	L: ¿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: Régimen de seguridad social	X: Calidad del afiliado	Y: DISCAPACIDAD ¿Persona con discapacidad?	Y: Tipo	Z: Grupo étnico	AA: Pueblo Indígena	AB: VÍCTIMA DE CONFLICTO ARMADO ¿Es víctima del conflicto armado?	AB: 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	1192794052	1 Ibagon	1 Yulitssa	2	2		1	03	05	2000	24	1	1	8	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No	12	32	50	2000000	5	1	No	1	2	Sí		6		Sí		Sí / No
			2 Martinez	2											6	No	No	No	No	No	No										No				No		No aplica	
2	6	1070404254	1 Martinez	1 David	1	98		98	25	11	2023	1	1	5	1	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	98	98	0	0	98	98	No	1	1	Sí		6		Sí		Sí / No
			2 Ibagon	2 Mathias												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	

Powered by CamScanner

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL	PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL FORMATO FICHA SIRBE SERVICIOS SOCIALES INFORMACIÓN BÁSICA Y TRANSVERSAL: CABEZOTE	Código: FOR-PSS-321 Versión: 1 Fecha: Memo 2023015255 - 25/05/2023 Página: 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/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			1	1												Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí							Sí			Sí				Sí		Sí No	
			2	2												No	No	No	No	No	No	No							No			No				No		No aplica	
7			1	1												Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí							Sí			Sí				Sí		Sí No	
			2	2												No	No	No	No	No	No	No							No			No				No		No aplica	
8			1	1												Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí							Sí			Sí				Sí		Sí No	
			2	2												No	No	No	No	No	No	No							No			No				No		No aplica	
9			1	1												Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí							Sí			Sí				Sí		Sí No	
			2	2												No	No	No	No	No	No	No							No			No				No		No aplica	
10			1	1												Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí							Sí			Sí				Sí		Sí No	
			2	2												No	No	No	No	No	No	No							No			No				No		No aplica	
11			1	1												Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí							Sí			Sí				Sí		Sí No	
			2	2												No	No	No	No	No	No	No							No			No				No		No aplica	
12			1	1												Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí							Sí			Sí				Sí		Sí No	
			2	2												No	No	No	No	No	No	No							No			No				No		No aplica	
13			1	1												Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí							Sí			Sí				Sí		Sí No	
			2	2												No	No	No	No	No	No	No							No			No				No		No aplica	

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

Powered by CamScanner

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

Fecha de diligenciamiento: 17/06/2025 Número Ficha: 2025 (Año) 10 (Localidad) 77 (Proyecto) 4412 (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 Peq,tos

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] *Paso a sección H* No. [2] *Paso 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] *Paso 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] *Paso 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]

Powered by CamScanner

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

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

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

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

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

4. ¿En qué semana de gestación nació su hija-o?: 38 Semanas
DATO VALIDO ENTRE 22 Y 42

5. ¿Cuál fue el peso de su hija-o al nacer?: 2595 Gramos
DATO VALIDO ENTRE 450 Y 6000

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 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?: 3 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 03 2025
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 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] Jardín infantil Nocturno [2] Creciendo juntos [3]
Casas de pensamiento interculturales [4] Crecemos en la ruralidad o espacios rurales [5] Centros Amar [6]
Hogar comunitario ICBF [7] Hogar infantil ICBF [8] FAMI del ICBF [9]
Institución privada [10] Institución Educativa distrital [11] Ninguno [93 X]

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

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

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

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

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

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

Powered by CamScanner

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

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

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

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

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

4. Quién es el cuidador principal de la niña o el niño

Papá.....	1	Madrastra.....	4	Abuelo-a.....	7
Mamá.....	2	Hermano-a....	5	Otro pariente....	8
Padrastro	3	Tío-a.....	6	Otro No pariente	9 X

5. ¿Quién cuida a la niña o al niño en la mañana?:

Papá.....	1	Hermano-a..	5	Otro pariente....	8
Mamá.....	2	Tío-a.....	6	Otro No pariente	9 X
Padrastro	3	Abuelo-a.....	7	Nadie.....	10
Madrastra	4				

6. ¿Quién cuida a la niña o al niño en la tarde?:

Papá.....	1	Hermano-a	5	Otro pariente.....	8
Mamá.....	2	Tío-a.....	6	Otro No pariente	9 X
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?: 40

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. 52845518

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

19. Primer Apellido: Piñeros | **20. Segundo Apellido:** Alcala | **21. Primer Nombre:** Lorena | **22. Segundo Nombre:** Beatriz

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	3. ¿Para la familia es importante que en la atención se conserven las tradiciones del grupo étnico al que pertenece?:	Si... 1 No... 2
2. ¿El niño o la niña, la persona gestante, conserva tradiciones del grupo étnico al que pertenece?: Si... 1 No.... 2 *Pase a sección H*		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?_____

Powered by CamScanner

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

SECCIÓN N. DESCRIPCIÓN Y REFERENCIACIÓN:

1. Descripción de la problemática:

Madre cabeza de hogar, labora como auxiliar de cocina en un restaurante ubicado al norte de la ciudad. Su hijo es cuidado por una vecina. El padre no contribuye de ninguna forma a la crianza del niño, por lo que la madre ha iniciado un proceso legal de demanda de alimentos. Actualmente no cuenta con redes de apoyo sociales, ni familiares. Por otro lado le gustaria que su hijo ingrese al Jardín ya que considera importante que socialice aprenda y fortalezca diversas habilidades propias de la infancia.

2. Concepto técnico:

Grupo Familiar con Fragilidad social media, los ingresos permiten cubrir las necesidades básicas del hogar. El niño queda en lista de espera, una vez se cuente con un cupo en el jardin, se dara aviso a la madre para que realice el proceso de matricula. El Jardin infantil Pepitos ofrece atención integral de calidad, brindando a los niños y niñas ambientes enriquecidos que promueven la curiosidad, la exploración y la adquisición de conceptos, siendo ellos los protagonistas de su proceso de aprendizaje.

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

MATERNAL ☐ CAMINADORES ☒ PARVULOS ☐ PREJARDIN ☐ JARDIN ☐

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

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

3. Acciones a seguir:

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

4. ¿Requiere visita domiciliaria? - Si... 1 ☐ No... 2 ☒ *Pase a la pregunta 5*

Motivo: Verificación de las condiciones socio familiares: - Si... 1 ☐ - No... 2 ☐
Verificación otras condiciones: - Si... 1 ☐ - No... 2 ☐

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

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

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

- Si... 1 ☐ - No... 2 ☒ No oferta niveles 3 ☐

7. Referenciación a un proyecto SDIS: - Si... 1 ☐ - No 2 ☒ *Pase a la 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?: ___

Powered by CamScanner



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO 1.192.794.052
IBAGON MARTINEZ

APELLIDOS
YULITSSA

NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 03-MAY-2000
CARMEN DE APICALA
(TOLIMA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.62 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO

21-AGO-2018 CARMEN DE APICALA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

INDICE DERECHO

P-2902500-01036100-F-1192794052-20180906 0062521021A 1 51006375

Powered by CamScanner

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

NUIP 1070404254

Indicativo Serial 62544598

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☐ Notaría X ☐ Número ☐☐ Consulado ☐ Corregimiento ☐ Inspección de Policía ☐ **Código** 0 4 K

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

COLOMBIA - CUNDINAMARCA - FACATATIVA NOTARIA 2 FACATATIVA * * * * * * * *

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
MARTINEZ * * * * * * * * * * * * * * *	IBAGON * * * * * * * * * * * * * * *

Nombre(s)

DAVID MATHIAS *

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2023 Mes NOV Día 25	MASCULINO	O	POSITIVO

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

COLOMBIA - CUNDINAMARCA - FACATATIVA *

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO * * * * * * * *	23114610755793 * *

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

IBAGON MARTINEZ YULITSSA *

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 1192794052 * * * * * * * * * * * * * * * * * * *	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

MARTINEZ DIAZ DAVID LEONARDO *

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 1070964327 * * * * * * * * * * * * * * * * * * *	COLOMBIA * * * * * * *

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

MARTINEZ DIAZ DAVID LEONARDO *

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC No. 1070964327 * * * * * * * * * * * * * * * * * * *	David Leonardo Martinez D.

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 NOV Día 27	CAMILO ANDRES CRUZ MERCADO (E)
	Nombre y firma

Cadena ta

• SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO •

Powered by CamScanner

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

ADRES Salud

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

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

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	RC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1070404254
NOMBRES	DAVID MATHIAS
APELLIDOS	MARTINEZ IBAGON
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	CUNDINAMARCA
MUNICIPIO	FACATATIVA

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	NUEVA EPS S.A.	CONTRIBUTIVO	25/11/2023	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	04/10/2025 13:40:30	**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

Powered by CamScanner

Línea gratuita desde celular
#523 OPCIÓN. 1
Línea nacional gratuita desde fijo
01 8000 11 52 33 OPCIÓN. 1
Cali Cmtry, Bogotá
(601) 317 5670 OPCIÓN. 1
Línea de atención 24 horas, Bogotá
(601) 345 0188

Más información

Síguenos en nuestras redes sociales

Consulta términos y condiciones en:
www.coorserpark.com - www.capillasdelafe.com

Cr. 11 # 69 - 11 Bogotá - Colombia

CAPILLAS DE LA FE
COORSERPARK
Con usted en los momentos difíciles

Por favor dobla y rasga para abrir la factura

Inscríbete para tener **tu factura** de manera digital

Escanea el código QR, diligencia el formulario y empieza a recibir tu factura de manera digital.

Si tu Revisión Periódica Obligatoria de gas se vence entre julio y diciembre de 2025
¡Agenda ahora y comienza a pagar en el mes de tu vencimiento!
Agenda ya en **grupovanti.com** y paga después

Agenda tu Revisión escaneando el QR

Actividad válida del 17 de marzo al 30 de junio de 2025 para usuarios del servicio de gas natural residencial. Publicidad a cargo de las empresas de servicios públicos que conforman a Grupo Vanti. Recuerda que puedes agendar tu revisión con cualquier organismo de inspección acreditado ante la ONAC. Consúltalos en onac.org.co/

Mundo digital Vanti

Paga a través de nuestra página web
www.grupovanti.com/pagos-en-linea/

Botón PSE

Botón Bancolombia

Recuerda que puedes pagar las facturas de una o varias cuentas contrato en una sola transacción

Escanea para pagar tu factura

Pagos electrónicos en otras entidades

Redeban · Itaú · Bancolombia · BBVA · Scotiabank Colpatria · Banco AV Villas · Banco GNB · Bancolombia · Banca Falabella · Banco Pichincha · Banco Caja Social · Nequi · Davivienda · Davivienda · Daviplata · Rappi pay · dale

*Permite adicionalmente inscripción a débito automático.

Síguenos en nuestra redes sociales como @grupovanti y conoce nuestras iniciativas.

Puntos Presenciales

Corresponsales Banco BBVA
Corresponsales Scotiabank Colpatria
Corresponsales Grupo Aval
Corresponsales Banco Davivienda
Red CADE
Banco GNB Sudameris
Grandes Superficies: Metro, Jumbo, Éxito

*Si cancelas con cheque, éste debe ser de gerencia y a nombre de Vanti S.A. ESP.

Eficiencia energética

Reducir nuestro consumo de energía se traduce en un ahorro para la economía familiar y contribuye a disminuir las emisiones de gases de efecto invernadero, principal causa del cambio climático.

Línea telefónica solo para emergencias
Atención todos los días las 24 horas
Fijo: **01 8000 919 052** Móvil: **164**

Atención presencial
Ingresa a **www.grupovanti.com** y conoce los pasos para agendar tu cita.

Se suspenderá el servicio por falta de pago y cuando se requiera, en caso de que se impida el acceso al medidor o a la instalación interna y de artefactos de consumo. Como consumidor puedes presentar un recurso de reposición ante la empresa y apelar ante la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios dentro de los (5) días hábiles siguientes al conocimiento del acto de suspensión. Sobre el contenido de la presente factura el cliente cuenta con los mecanismos de débitos en la ley 142 de 1994 y puede hacer uso antes de la fecha señalada para el pago oportuno.

CARVAJAL SOLUCIONES DE COMUNICACIÓN S.A.S. NIT. 800.096.811-8 704523072024

Por favor dobla y rasga para abrir la factura

¡Hola!

ARACELY HERNANDEZ
KR 116A 69B 34 00001 - ENGATIVA
BOGOTA

vanti
Más formas de avanzar
Vanti S.A. ESP.
Medidor Gas No. 5057101-97815

Lote: P12GN **Ruta:** 0011760056380005010 **Código del Sector:** 412

Cuenta o referencia de pago **61487206**

vanti Listo

Compra televisor, calentador a gas, moto y mucho más, y paga a cuotas a través de tu factura de gas.

TU CUPO VANTI LISTO APROBADO ES: **$ 4.800.000**

vanti

Ahora tu **cupo de crédito** va desde los **$4.000.000** hasta **$9.000.000**

Y un **extracupo de hasta** **$12.000.000**

*exclusivo para financiar moto

Compra en tiendas aliadas y paga a cuotas a través de tu factura de gas

AKT · Oueco · Hero · Honda · Bajaj

Publicidad a cargo de Vanti S.A. ESP, Gas Natural Cundiboyacense S.A. ESP, Gas Natural del Oriente S.A. ESP y Gasnacer S.A. ESP. Vanti Listo es la marca que identifica el servicio de financiación no bancaria ofrecido por el Grupo Vanti. Aplican condiciones señaladas en la política de financiación; consúltala en: grupovanti.com/vantilisto.

Comunícate con nosotros y solucionemos tus inquietudes

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

Línea gratuita 01 8000 942 794
Bogotá (601) 307 8121
Bucaramanga (607) 685 4755

Atención virtual
Gestiona tus peticiones sin salir de casa

Línea de WhatsApp 315 416 4164

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

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

Por favor dobla y rasga para abrir la factura

412 · 0011760056380005010 · 101098 · P12GN · C1

Powered by CamScanner

Factura de gas

Abril 2025

Cuenta a referencia de pago **61487206**

BOGOTA

Vigilado Superservicios

NIT: 800.007.813-5
Vanti S.A. ESP.
www.grupovanti.com

vanti
Más formas de avanzar

Fechas importantes

1	2	3	4
Pago oportuno	Fecha de suspensión	Periodo facturado	Emisión de tu factura
06 May. 2025	07 May. 2025	Mar. - Abr. 2025	22 Abr. 2025

Conceptos facturados

Concepto	Cantidad Unidad (A)	Valor unitario (B)	IVA (C)	Subtotal D=(A*B)+C
CONS. SIN SUBSIDIO	7M3	2.942,88	0,00	20.600,16
CONS. CON SUBSIDIO	20M3	3.309,16	0,00	66.183,20
MENOS SUBSIDIO (42%)	1UN	-27.975,64	0,00	-27.975,64
AJUSTE DECENA	1UN	-1,72	0,00	-1,72
RECAUDO TERCEROS Coosepark Protecc	0	20.654,00	0,00	20.654,00

1 — Total **$79.460,00**

Tus financiaciones

Tasa de interés/Concepto	Cuota N°	Capital A	Intereses B	Subtotal C=A

2 — Total **$0,00**

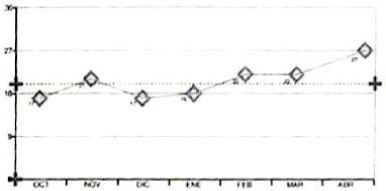
3 — Valor facturas vencidas **$0,00**

Total a pagar 1 + 2 + 3 **$79.460,0**

Paga por pse

Escanea el código QR

Tus últimos consumos



Datos de medición

Usa Residencial | Estrato/Cat. Dos | Días de consumo 32

Fecha	Lectura	Tipo
14 Mar. 2025	6382	REAL
14 Abr. 2025	6417	REAL

m³ corregido= 6417 - 6382 * Factor de corrección = 27

Tu próxima lectura será Entre 12 y el 17 de Mayo

Novedades de tu factura

CuVa $ 2042,88

Después de la fecha de pago oportuno, se cobrarán intereses de mora y se suspenderá el servicio. Valor de la reconexión $71.000

(415)7709998026025(8020)61487206(3900)00000000079460

Revisión Periódica Obligatoria

Vencimiento Revisión Periódica Obligatoria

31 Mar. 2026

La revisión de la instalación interna es tu responsabilidad y debe realizarse en los plazos establecidos en la regulación vigente* *Resoluciones 059 de 2012 y 41385 de 2017

Agenda ya tu RPO aquí

Tarifas

El valor del m³ de gas este mes es de $2943.

Ene. $2480 Feb. $3371 Mar. $2826

Tarifa regulada por la Comisión de Regulación de Energía y Gas (CREG).

Componentes tarifarios

Gm: 1692.63 Tm: 573.01 Dm: 621.53 Cm: 0.0
Pi: 55.71 Cvm: 0.0 Cufm: 0.0 Cuvm: 0.0
Ccm: 0.0 Fpcm: 42.475 DAUR: 0.0 DAUNR: 0.0

Mj/m³Tu consumo en m³ de gas equivale: 319 kWh y el precio unitario del kWh es: $184.35

Factor de corrección

Vm: 35 Kp: 0.76727 Kt: 1.00477 Ft: 0.77092
Vc: 27 Tm: 14.19 Te: 15.56 Pe: 1.01008
Pa: 0.752 Pm: 0.023 Fpcv: 1.0

Factor de corrección: 0.77092

Indicadores de calidad

IRST: 100.0 DES: 0.0 IO: 100.0 IPS: 100.0



C1 101098

CUFE 12b19d91124e6566a2fdd4dc0e2d5ea1f6da5374e2f2ca4c1171c2b3e3ca184c5f4e0d1726611d4f0d5d5fa8746bb9a Factura No. F15B51652617

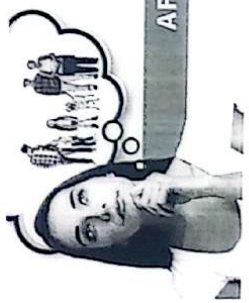
En convenio de recaudo con: vanti Más formas de avanzar

CAPILLAS DE LA FE COOSERPARK

Sabemos que siempre piensas en el bienestar de quienes amas
Brindales cobertura

AFÍLIATE PREVISIÓN EXEQUIAL

Las previsiones exequiales son ofrecidas y comercializadas por Coosepark S.A.S. Vanti S.A. ESP y sus filiales solo actúan como entidad recaudadora a través de la factura de servicio público de gas natural domiciliario



Powered by CamScanner

	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 # 52.035.952

NOMBRE SOLICITANTE / BENEFICIARIO Paul Matthias Martinez Ibagon DOCUMENTO DE IDENTIDAD CC__ CE__ OTRO X CUAL? RC Número # 1.070.404.254

FECHA DE ENTREGA PARA DIGITACIÓN: 18/06/2025 NOMBRE DEL DIGITADOR AL QUE SE ENTREGA LA FICHA: Diana Ramirez

Powered by CamScanner

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

Fecha de diligenciamiento: 07 06 2025

Número de ficha: 2025 | 10 (Localidad) | 74 (Proyecto) | 1205 (Código unidad operativa) | 29

SECCCIÓN 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
SANABRIA	SOTO	ALAN	ANTONIO

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 X

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

10. Número de documento de identificación: CC 590479

11. Municipio nacimiento:

12. Departamento nacimiento

13. País nacimiento: Venezuela

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

15. Fecha de nacimiento: *(según su documento de identidad)* 24 11 2004

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
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)*
Horas

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

29. Forma de percibir los ingresos: *(Aplica solo a personas mayores de 14 años):
Diario 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 | No 2 X *(pase a la pregunta 34)*

32.Regimen de seguridad social
Contributivo 1 | Subsidiado 2 | Especial 3

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

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

35. Clasificación Sisbén

Powered by CamScanner

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL	PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL FORMATO FICHA SIRBE SERVICIOS SOCIALES INFORMACIÓN BÁSICA Y TRANSVERSAL: CABEZOTE	Código: FOR-PSS-321 Versión: 1 Fecha: Memo 2023015255 - 25/05/2023 Página: 2 de 6

Fecha de diligenciamiento: 07 06 24 25

Número de ficha: 2025 10 7 44 1 2 05 29
(Año: 2025 · Localidad: 10 · Proyecto: 7 44 · Código unidad operativa: 1 2 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] · 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] · Otra nacionalidad [2 X] · Binacional [3] · Múltiple nacionalidad [4] · Sin nacionalidad [5] · No reporta [6]

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

8. Grupo Étnico: ¿De acuerdo con su cultura, pueblo o rasgos físicos, es o se reconoce cómo?
Indígena [1] · Palenquero de San Basilio [4] · Rrom (Gitano) [2] · Negro/a, Mulato/a, afro colombiano/a, o afro descendiente [5] · 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] · 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] *Paso 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] *Paso a 17* · No [2 X] *Paso a 16*

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

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

Powered by CamScanner

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

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

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

Rubro	Valor del gasto en pesos	Rubro	Valor del gasto en pesos
Vivienda (Arriendo y/o valor cuota	$580.000	Recreación	$ 0
Servicios públicos domiciliarios (agua, energía, gas, teléfono fijo, internet, teléfono celular, televisión por cable	$270.000	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	$150.000	Educación (útiles, pensión, transporte escolar, fotocopias, etc.)	$ 0
Alimentación	$450000	Total	$1450.000

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

Powered by CamScanner

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

Fecha de diligenciamiento: 17062025

Número de ficha: 2025 | 10 | 27 | 44 | 1205 | 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. 14

3. Nombre del barrio / Vereda. Engativa

4. Escriba su dirección completa:

Calle CL | Transversal TV X | Avenida AV

Carrera KR | Avenida calle AC

Diagonal DG | Avenida carrera AK

Número de la vía principal: 113

Nombre de la vía principal:

Nombre sinónimo de la vía principal:

Alfabético	BIS	Alfabético	Cuadrante	Número vía generadora	Alfabético		Número placa	Cuadrante
F			S S	64	A	-	11	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 | Tres 3 | Cinco 5

Dos 2 X | Cuatro 4 | Cero 0

8. Teléfono fijo de contacto: 0

9. Teléfono celular de contacto: 3186106558
3189297232

10. Correo electrónico de contacto leibersthsanabria1995@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

Powered by CamScanner

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

Fecha de diligenciamiento: 10 06 2025

Número de ficha: 2025 | 10 | 7744 | 1205129
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 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 nucleo familiar)	K NIVEL EDUCATIVO ACTUAL: NIVEL	K Años aprobados	L ¿Asiste actualmente?	L SISTEMA DISTRITAL DE CUIDADO: ¿Es persona cuidadora/o?	M N° Niñ@s de 0 a 5 años	N N° Niñ@s de 6 a 18 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 Régimen de seguridad social	X Calidad del afiliado	Y DISCAPACIDAD: ¿Persona con discapacidad?	Y Tipo	Z Grupo étnico	AA Pueblo indígena	AB VÍCTIMA DE CONFLICTO ARMADO: ¿Es víctima del conflicto armado?	AB Motivo	AC ¿Ha recibido capacitación, formación o tiene experiencia en algún oficio?	AD De acuerdo con la respuesta anterior ¿En qué cree que puede desempeñarse?
1	8	CD590481	1 Sarabria 2 Mora	1 Leibert 2 Antonio	1	1		1	22	09	1995	29	3	1	8 3	Si X	Si X	Si No	Si No	Si No	Si No	Si No	13	32	72	1900000	5	10	Si X			Si X		6		Si X		Si X No aplica	
2	8	CD590482	1 Soto 2 Hernandez	1 Carmen 2 Rosa	2	2		1	15	02	1995	30	3	2	8 5	Si X	X No	X No	Si No	Si No	Si No	Si X	13	32	72	1730000	5	10	Si X			Si X		6		Si X		Si X No aplica	
3	1	27605255	1 Hernandez 2 Rueda	1 Mabel 2	2	2		1	01	06	1977	48	1	12	8 5	Si X	Si X	Si No	Si No	Si No	Si No	Si No	13	32	60	1500000	4	10	X No	2		Si X		6		Si X		Si N No aplica	
4	8	CD590483	1 Soto 2 Hernandez	1 Jadriana 2 Carolina	2	2		1	02	08	2005	19	1	12	8 5	Si X	X No	X No	Si X	Si X	Si X	X No	11	27					Si X			Si X		6		Si X		Si X No aplica	
5	8	CD590479	1 Sarabria 2 Soto	1 Alan 2 Antonio	1	98		98	24	01	2024	1.4	1	5	1 	Si X	Si No	Si No	Si No	Si No	Si No	Si No	98	98					Si X			Si X		6		Si X		Si No No X	

Powered by CamScanner

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

No. Integrante	A		B	C	D	E	F	G	H				I	J	K		L	M	N	O	P	Q	R	S	T	U	V	W	X			Y		Z	AA	AB		AC	AD
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD		APELLIDOS Escriba: En el renglón 1, primer apellido En el renglón 2, segundo apellido	NOMBRES Escriba: En el renglón 1, primer nombre En el renglón 2, segundo nombre	Sexo	¿Con cuál género se identifica?	¿Transgenero masculino o transgenero femenino?	¿Cuál es su orientación sexual?	FECHA NACIMIENTO			Edad aproximada	ESTADO CIVIL	PARENTESCO (Con jefe/a del núcleo familiar)	NIVEL EDUCATIVO ACTUAL		SISTEMA DISTRITAL DE CUIDADO						Actividad	Rol ocupacional	¿Cuantas horas a la semana dedica a esta ocupación?	Valor de los ingresos mensuales	Forma de percibir los ingresos	Localidad donde realiza actividad principal	SALUD			DISCAPACIDAD		Grupo étnico	Pueblo Indígena	VÍCTIMA DE CONFLICTO ARMADO		¿Ha recibido capacitación, formación o tiene experiencia en algún arte u oficio?	De acuerdo con la respuesta anterior ¿En que 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.

Powered by CamScanner

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

Fecha de diligenciamiento: 17/06/2025 Número Ficha: 2025 10 24 44 1 20579
(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: Engativa – 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] 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] 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 multiple)* Lactancia materna... [3] Construcción del vínculo afectivo madre- hijo [6] Desarrollo infantil. [5] Prevención de accidentes en el hogar [4] Ninguna [93] *Pase a la pregunta 7*

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

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

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

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

Powered by CamScanner

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

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

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

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

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

4. ¿En qué semana de gestación nació su hija-o?
38 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?
49 Centímetros
DATO VALIDO ENTRE 22 Y 60

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

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

14. ¿Fecha del último control?
[ ] 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 X] 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]
Consumo de sustancias psicoactivas [3]
Ninguna [93 X]

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]

Powered by CamScanner

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 X] 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] Padrastro [3] Madrastra [4] Hermano-a [5] Tío-a. [6 X] 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] Padrastro. [3] Madrastra. [4] Hermano-a [5] Tío-a. [6 X] 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?: 19

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 binario [5] No informa [4] 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?: Cuidadora

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] 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: Soto 20. Segundo Apellido: Hernandez 21. Primer Nombre: Adriana 22. Segundo Nombre: Cardin

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] *Paso a la sección N*

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

Powered by CamScanner

SECCIÓN N. DESCRIPCIÓN Y REFERENCIACIÓN:

1. Descripción de la problemática:

Hogar familiar compuesto donde el padre del niño solicita cupo en el jardín infantil como apoyo en el cuidado mientras trabajan ya que su cuidadora necesita estudiar y trabajar. El padre afirma que no confían en jardines particulares y son contratos, el padre y madre trabajan en un fruver del barrio y su suegra es independiente en oficios de costuras. Toda la familia es proveniente de Venezuela, se encuentran en solicitud de documentos para poder solicitar Eps por tal motivo no tienen salud. La abuela del niño es casada con colombiano por lo cual es la unica que tiene seguridad social.

2. Concepto técnico:

La Unidad Operativa ofrece un cuidado Calificado con profesionales idóneos que aportan al desarrollo integral del niño.
Familia con fragilidad media al ser migrantes, sin seguridad social y no poseen redes de apoyo económicas.

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 X - No 2 *Finalice*

Integrante: 1 ¿Cuál?: Secretaría de Salud
Integrante: 2 ¿Cuál?: Secretaría de Salud
Integrante: 4 ¿Cuál?: Secretaría de Salud
Integrante: 5 ¿Cuál?: Secretaría de Salud

Powered by CamScanner


REPUBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA

CEDULA DE IDENTIDAD

V 23.493.747

142

Gustavo Vizcaino
Director

APELLIDOS SANABRIA MORA

NOMBRES LEIBERT ANTONIO

Leibert S

22/09/1995 SOLTERO

07/03/2022 03/2032

VENEZOLANO

Powered by CamScanner



Powered by CamScanner


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
27605255
NUMERO
HERNANDEZ RUEDA
APELLIDOS
MABEL
NOMBRES
mabel hernandez
FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 01-JUN-1977
EL BANCO
(MAGDALENA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.57
ESTATURA
B+
G.S. RH
F
SEXO
18-OCT-2000 CUCUTA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
IVAN DUQUE ESCOBAR
INDICE DERECHO
P-2500100-55088231-F-0027605255-20010709
04316 01190A 01 009132611

Powered by CamScanner


REPUBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA

CEDULA DE IDENTIDAD

V 31.371.994

142

Gustavo Vizcaino
Director

APELLIDOS SOTO HERNANDEZ

NOMBRES JADRIANA CAROLINA

Jadri

FIRMA TITULAR

02/08/2005 F. NACIMIENTO

SOLTERA EDO. CIVIL

25/07/2024 F.EXPEDICION

07/2034 F.VENCIMIENTO

VENEZOLANO

Powered by CamScanner

99

ACTA DE NACIMIENTO

Acta Nº 64 ... ALAN ANTONIO SANABRIA SOTO.

LCDA. ANA GABRIELA BRACHO URDANETA, Titular de la Cédula de Identidad Nº 18.963.262, REGISTRADORA CIVIL HOSPITALARIA de la Unidad Hospitalaria Hospital General "Santa Barbara" del Municipio Colón, Estado Zulia, según Gaceta Municipal Número Nº. 15-2021 15-2021 de fecha Veintitres (23) de DICIEMBRE de Dos Mil Veintiuno (2021), por el ciudadano Nervins de Jesús Sarcos Urdaneta, Alcalde y Primera Autoridad Civil del Municipio Colón del Estado Zulia, hago constar: que hoy VEINTICINCO DE ENERO DE DOS MIL VEINTICUATRO, me ha sido presentado un niño por LEIBERT ANTONIO SANABRIA MORA, titular de la Cédula de Identidad No. V-23.493.747, de nacionalidad venezolano, de veintiocho años de edad, comerciante, con residencia en El Sector El Paraiso Calle Ojeda Casa Nº 6-4 Parroquia Santa Barbara, Municipio Colon, quién manifestó que el niño cuya presentación hace nació el día VEINTICUATRO DE ENERO DE DOS MIL VEINTICUATRO, a las cuatro y trece minutos de la tarde en este Centro Hospitalario ubicado en la Parroquia Santa Bárbara del Zulia, Municipio Colón, Estado Zulia y según Certificado Médico de Nacimiento Nº 10918522 y tiene por nombre(s) y apellidos ALAN ANTONIO SANABRIA SOTO que es hijo de el presentante y de CARMEN ROSA SOTO HERNANDEZ, titular de la Cédula de Identidad No. V-24.751.288, de nacionalidad Venezolana, de veintiocho años de edad, Oficios Del Hogar, residenciada en El Sector El Paraiso Calle Ojeda Casa Nº 6-4 Parroquia Santa Barbara, Municipio Colon. Fueron testigos presenciales de este acto: MIGUEL ANTONIO SANABRIA CASTRO, GONZALO DE JESUS SOTO HERNANDEZ, titulares de las cédulas de identidad No. 10.904.870, 28.704.492, respectivamente, venezolanos, mayores de edad y vecinos de esta parroquia. Se terminó, se leyó y conformes firman.

REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA PODER ELECTORAL CONSEJO NACIONAL ELECTORAL REGISTRO CIVIL JEFE DE REGISTRO CIVIL GENERAL SANTA BÁRBARA MUNICIPIO COLÓN ESTADO ZULIA

REGISTRADORA CIVIL HOSPITALARIA

Leibert Sanabria

Presentante

Los Testigos

Miguel Antonio S

NDIAZ/0

Powered by CamScanner



aseo

Período facturado Aseo
MAR/01/2025 - ABR/30/2025
El servicio de aseo se factura de forma bimestral

Cuenta contrato
Núm. de identificación de este predio
10997951

Número para pagos
Número de esta factura de servicios públicos
11077879614

Horario de Atención
LUNES A VIERNES 7:00 AM A 5:00 PM SABADO 9:00 AM A 1:00 PM
KR 69 No. 80-27/45 LC 4 Centro Empresarial Avenida 80

Datos del usuario

Tipo de producto	PEQUEÑO PRODUCTOR	Estrato	2		
Und. Res. Ocupada:	6	Und. No Res. Ocupada:	1	Densidad	0.200
Und. Res. Desocupada:	000	Und. No Res. Desocupada:	000	Volumen	0.13
Frecuencia Barrido:	03	Frecuencia Recolección:	03	%Participación	0.000%

Componentes de tarifas

Costo Fijo Total CFT,	Costo Variable no aprovechable	Valor base aprovechamiento
260.864,94	112.581,00	152.831,36

A Estado de cuenta aseo

Concepto	Valor	Concepto	Valor
Aseo residencial	$453.418	Interés mora	$522
Aseo pequeño productor	$70.685	Ajuste a la decena -crédito-	$-.
Subsidio	$181.367-	Dev.cobro no autoriz	$4.417-
Aporte	$35.343		

Cubsidio (-)	40%	Valor Aseo	$174.193
Aporte (+)	50%	Total ingresos del periodo	$174.193
Informativo - deuda total		Ingresos que Aseo reporta a la UAN en el periodo actual	

Toneladas por suscriptor mes

Barrido y limpieza	Limpieza urbana	Rechazo del aprovechamiento
0.0026	0.0011	0.0000

Efectivamente aprovechables	Residuos no aprovechables | Aforadas - no aforadas
0.0659	0.0268

Histórico de Vigencias cobradas

$338.805	2	$335.528	1	$368.367
3				Días liquidados 61

La fecha límite subsidio o aporte

---

acueducto
AGUA Y ALCANTARILLADO DE BOGOTÁ

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

Natasha Avendaño García
Representante Legal

Para el reparto ZONA:2 CICLO: C2 RUTA:C22096A

BIMESTRAL

10997951
Cuenta contrato
Núm. de identificación de este predio

11077879614
Número para pagos
Número de esta factura de servicios públicos

Escanea y descarga el documento electrónico equivalente

¡Hola!

Factura a nombre de
LEONARDO VELASQUEZ ROJAS

Dirección del predio
TV 113F 64A 11

Barrio: ENGATIVA **Localidad:** ENGATIVA

Dirección de correspondencia

Datos adicionales del predio

Clase de uso:	**Residencial**
Estrato:	**2**
Unidades Habitacionales:	**1**
Unidades No Habitacionales:	**0**

Periodo facturado	FEB/14/2025	ABR/14/2025
Pago oportuno	MAY/21/2025	Suspensión MAY/26/2025

Fecha esperada próxima factura	Fecha y hora de expedición factura	Fecha y hora de generación factura
JUL/11/2025	MAY/05/2025 05:55:04	MAY/05/2025 13:11:41

¡Nuestra relación con el agua tiene que cambiar y por eso la factura cambió
Visita www.acueducto.com.co y conoce cómo navegar la nueva factura.

En este período **consumiste más agua** que en el anterior.
Abre y descubre el detalle de tu pago y consumo ↓

Llámanos 116 Acueducto 110 Aseo

Entra a **www.acueducto.com.co** haz clic en Servicios al Ciudadano y obtén información de los puntos de atención, copia de la factura y realiza tu pago a través de internet.

cadena.

Powered by CamScanner

	PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES FORMATO REGISTRO DE DILIGENCIAMIENTO DE FICHA SIRBE EN FÍSICO	Código: FGR-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 Gloria Gladys Reina Herrera DOCUMENTO DE IDENTIDAD CC X CE__ OTRO__ CUAL?_____ Número # _____

NOMBRE SOLICITANTE / BENEFICIARIO Alan Antonio Sanabria Soto DOCUMENTO DE IDENTIDAD CC__ CE__ OTRO X CUAL? CD Número # 590479

FECHA DE ENTREGA PARA DIGITACIÓN 18/06/2023 NOMBRE DEL DIGITADOR AL QUE SE ENTREGA LA FICHA Alvaro Ramirez

Powered by CamScanner