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: 09/06/2023

Número de ficha: 2025 | 10 | 7744 | 12 | 05 | 29
(Año | Localidad | Proyecto | Código unidad operativa)

SECCCIÓN A. VARIABLES BÁSICAS

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

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

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

4. Segundo Nombre, según su documento de identidad

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

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

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

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

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

10. Número de documento de identificación: 1247869195

11. Municipio nacimiento: Manizalez

12. Departamento nacimiento: Caldas

13. País nacimiento: Colombia

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

15. Fecha de nacimiento: (según su documento de identidad) 01/03/2003

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
Colero 20 | Actividades Sexuales pagadas 23 | Actividades Artísticas callejeras 24 | Cuidado Indirecto 28 | Vigilar finca o predio 30 | Otras ocupaciones 32
Carretero 21 | Mendicidad 12 | Vigilar o limpiar carros 25 | Calibrar llantas 26 | Estudiante 31 | No aplica 98 X

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

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

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

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

31. ¿Está afiliado a seguridad social?:
Si 1 X | No 2 (pase a la pregunta 34)

32 Regimen de seguridad social
Contributivo 1 | Subsidiado 2 X | 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

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 2023

Número de ficha: 2025 10 77 44 12 23 29
(Año: 2025 | Localidad: 10 | Proyecto: 77 | Código unidad operativa: 44 12 23 29)

SECCIÓN B. VARIABLES TRANSVERSALES

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

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

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

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

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

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

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

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

8. Grupo Étnico: ¿De acuerdo con su cultura, pueblo o rasgos físicos, es o se reconoce cómo?
Indígena [1] | 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 víctimas

13. Año en que realizo la declaración:

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

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

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

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

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	$ 700000	Recreación	$ 200000
Servicios públicos domiciliarios (agua, energía, gas, teléfono fijo, internet, teléfono celular, televisión por cable	$ 200 000	Gastos en salud (consultas, medicamentos, etc.)	$ 0
Pagos a terceros cuidadores	$ 0	Transporte o movilidad de los integrantes del hogar	$ 0
Artículos de aseo personal	$ 150000	Educación (utiles, pensión, transporte escolar, fotocopias, etc.)	$ 0
Alimentación	$ 500000	Total	$ 1750000

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 (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: La Farena

4. Escriba su dirección completa:

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

Número de la vía principal:	Alfabético	BIS	Alfabético	Cuadrante	Número vía generadora	Alfabético		Número placa	Cuadrante
116	C			S S / E E	67	A	-	14	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 | Dos 2 X | Tres 3 | Cuatro 4 | Cinco 5 | Cero 0

8. Teléfono fijo de contacto: 0

9. Teléfono celular de contacto: 3227934619

10. Correo electrónico de contacto: elianavalero13@gmail.com

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

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

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

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

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

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

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: 07 06 2023

Número de ficha: 2025 10 7744 12 05 29
(Año · Localidad · Proyecto · Código unidad operativa)

SECCIÓN D. INFORMACIÓN BÁSICA Y TRANSVERSAL SOBRE LA FAMILIA:

La información básica se repite para el jefe de núcleo familiar

No. Integrante	A: DOCUMENTO DE IDENTIDAD – Tipo	A: DOCUMENTO DE IDENTIDAD – Número	B: APELLIDOS (Escriba: En el renglón 1, primer apellido; En el renglón 2, segundo apellido)	C: NOMBRES (Escriba: En el renglón 1, primer nombre; En el renglón 2, segundo nombre)	D: Sexo	E: ¿Con cuál género se identifica?	F: ¿Transgenero masculino o transgenero femenino?	G: ¿Cuál es su orientación sexual?	H: FECHA NACIMIENTO – Día	H: FECHA NACIMIENTO – Mes	H: FECHA NACIMIENTO – Año	H: Edad aproximada	I: ESTADO CIVIL	J: PARENTESCO (Con jefe/a del núcleo familiar)	K: NIVEL EDUCATIVO ACTUAL – NIVEL / Años aprobados	K: ¿Asiste actualmente?	L: SISTEMA DISTRITAL DE CUIDADO – ¿Es persona cuidadora/o?	M: Niños/as de 0 a 5 años	N: Niños/as de 6 a 10 años	O: Persona con discapacidad	P: Persona mayor	Q: Cuidado de casa	R: Actividad	S: Rol ocupacional	T: ¿Cuantas horas a la semana dedica a esta ocupación?	U: Valor de los ingresos mensuales	V: Forma de percibir los ingresos	W: Localidad donde realiza actividad principal	X: SALUD – Afiliado al régimen de seguridad social	X: SALUD – Régimen de seguridad social	X: SALUD – Calidad del afiliado	Y: DISCAPACIDAD – ¿Persona con discapacidad?	Y: DISCAPACIDAD – Tipo	Z: Grupo étnico	AA: Pueblo Indígena	AB: VÍCTIMA DE CONFLICTO ARMADO – ¿Es víctima del conflicto armado?	AB: VÍCTIMA DE CONFLICTO ARMADO – Motivo	AC: ¿Ha recibido capacitación, formación o tiene experiencia en algún arte u oficio?	AD: De acuerdo con la respuesta anterior ¿En qué cree que puede desempeñarse?
1	1	1032443975	1 Marin 2 Rios	1 Jeison 2	1	1		1	08	06	1991	34	2	1	19 2	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	13	32	72	2300000	1	10	SI No	2	1	SI NO		6		SI NO		SI NO No aplica	
2	1	1109295844	1 Valero 2 Carrillo	1 Eliana 2	2	2		1	13	04	1990	35	2	2	12 5	SI NO	SI No	SI No	SI No	SI NO	SI NO	SI No	11	27	100	0	98	10	SI No	2	1	SI NO		6		SI NO		SI NO No aplica	
3	6	1222170218	1 Marin 2 Valero	1 Valentino 2	1	98		98	06	09	2017	7	1	5	7 1	SI No	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	3	31	35	0	98	10	SI No	2	1	SI NO		6		SI NO		SI No No aplica	
4	6	1109302588	1 Marin 2 Valero	1 Thiago 2	1	98		98	02	08	2020	4	1	5	6 1	SI No	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	3	31	35	0	98	10	SI No	2	1	SI NO		6		SI NO		SI No No aplica	
5	6	1247869195	1 Marin 2 Valero	1 Avril 2	2	98		98	10	03	2023	2	1	5	1	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	98	98	0	0	98	98	SI No	2	1	SI NO		6		SI NO		SI No No aplica	

Powered by CamScanner

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: 17062025

Número Ficha: 2025 (Año) 10 (Localidad) 774 (Proyecto) L2052 (Código Unidad Operativa)

SECCION E. MODALIDAD DE ATENCION

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

Modalidades Familiares

Creciendo Juntos [ ] Crecemos en la Ruralidad [ ]

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

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

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

SECCION F. A QUIEN VA DIRIGIDA LA MODALIDAD FAMILIAR:

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

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

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

SECCIÓN G. CONCEPCIÓN Y GESTACIÓN:

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

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

3. ¿Fecha del último control médico?: D D M M A A A A

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

7. Qué opina sobre esta afirmación: "Se debe amamantar a su hijo o 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] 2 horas [3]
1 hora [2 X] Más de 4 horas [4]

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

5. ¿Cuál fue el peso de su hija-o al nacer?: 2580 Gramos
DATO VALIDO ENTRE 450 Y 6000

6. ¿Cuál fue la talla de su hija-o al nacer?: 46 Centímetros
DATO VALIDO ENTRE 22 Y 60

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

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

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

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

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

12. ¿Qué edad tenía su hija-o cuando dejo de darle leche materna completamente?: 18 Meses

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

14. ¿Fecha del último control?: 21022025
Pase a la pregunta 16

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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 X] Padrastro [3] Madrastra [4] Hermano-a.... [5] Tío-a..... [6] Abuelo-a..... [7] Otro pariente..... [8] Otro No pariente [9]

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

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

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

8. ¿Cuál es la edad en años del cuidador o la cuidadora principal?: 35

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

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

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

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

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

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

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

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

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

18. Número de documento de identidad del cuidador-ra principal. 1109295844

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

19. Primer Apellido: Valero

20. Segundo Apellido: Carrillo

21. Primer Nombre: Eliana

22. Segundo Nombre:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

TRANS.ESPECTRO AUTISTA (TEA)
- TEA.....

AUDITIVA
- Hipoacusia.....
- Sordera .....

VISUAL
- Baja visión.....
- Ceguera.....

INTELECTUAL
- Síndrome de Down.....
- Intelectual ...

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

PSICOSOCIAL
- Psicosocial .....

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

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

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

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

6. Cuenta con ella?: Si.... [1] No... [2]

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

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

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

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

Powered by CamScanner

SECCIÓN N. DESCRIPCIÓN Y REFERENCIACIÓN:

1. Descripción de la problemática:

Hogar familiar nuclear, el padre trabaja de manera independiente, comercializando alimentos, mientras que la madre se dedica al cuidado de sus hijos y el hogar, actualmente no cuentan con redes de apoyo sociales ni familiares, y tampoco disponen de amigos o personas de confianza que puedan colaborar con el cuidado de los niños.
El trabajo del padre demanda mucho tiempo y requiere apoyo adicional, por este motivo estan interesados en un cupo en el jardin para que la madre disponga de más tiempo y le colabore con mayor tranquilidad y su reposo.
Por otro lado consideran de importancia que la niña socialice con otros niños de su edad.

2. Concepto técnico:

Grupo familiar con Fragilidad social media los ingresos cubren los gastos básicos del hogar.
La niña queda en lista de espera cuando se cuente con un cupo se avisará a la madre para que realice la matricula en el jardin; en él, los niños y niñas que allí son atendidos encuentran ambientes sensibles y enriquecidos los que fomentan la curiosidad, la exploración y la formación de conceptos.

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
CEDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO 1.032.443.975

MARIN RIOS

APELLIDOS

JEISON

NOMBRES

Jeison Marin Rios

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 08-JUN-1991

MARIQUITA
(TOLIMA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.74	O+	M
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

08-JUN-2009 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

P-1500150-01245250-M-1032443975-20210715 0074960162A 1 9916017396

Powered by CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO **1.109.295.844**

VALERO CARRILLO

APELLIDOS

ELIANA

NOMBRES

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO **13-ABR-1990**

FRESNO
(TOLIMA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.60 ESTATURA

B+ G.S. RH

F SEXO

15-JUL-2008 FRESNO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

ÍNDICE DERECHO

P-2905500-01077755-F-1109295844-20190627 **0065622159A 1** 9908939276

Powered by CamScanner

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

NUIP 1.222.217.018

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 58602240

58602240

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

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

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

REGISTRADURIA DE CHAPINERO - CL CAFAN - COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BO

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
MARIN	VALERO

Nombre(s)

VALENTINO

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2017 Mes SEP Día 06	MASCULINO	O	POSITIVO

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

COLOMBIA CUNDINAMARCA BOGOTA D.C

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	14367811 - 8

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

VALERO CARRILLO ELIANA

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.109.295.844	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

MARIN RIOS JEISON

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.032.443.975	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

MARIN RIOS JEISON

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC 1.032.443.975	

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma

Fecha de Inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza.
Año 2017 Mes SEP Día 07	ERIKA MARTINEZ DE LA CRUZ - REGIS
	Nombre y firma

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
ORGANIZACION ELECTORAL
REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

CERTIFICADO DE REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Número: N 2191561

NUIP 1.109.302.588

Tipo de certificado | Datos Esenciales ☐ | Acreditar Parentesco ☒

Datos del Inscrito

Apellidos y Nombres completos
MARIN VALERO THIAGO

Fecha de Nacimiento (Mes en letras)
Año 2020 Mes AGO Día 02 | Sexo (en letras): MASCULINO | Tipo Sanguíneo: O +

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

Fecha de Inscripción (Mes en letras)
Año 2020 Mes NOV Día 09 | Indicativo serial: 0061392675

Datos de la Madre

Apellidos y Nombres completos
VALERO CATALINA ELENA

Documento de Identificación (Clase y número)

Datos del Padre

Apellidos y Nombres completos
MARIN RIOS JEISON

Documento de Identificación (Clase y número)
CEDULA DE CIUDADANIA 1.032.443.975 | Nacionalidad: COLOMBIA

Datos del Solicitante

Apellidos y Nombres completos
MARIN RIOS JEISON

Documento de Identificación (Clase y número)
CEDULA DE CIUDADANIA 1.032.443.975

Espacio para notas

Datos de la oficina de registro que expide el certificado

País - Departamento - Municipio
COLOMBIA TOLIMA FRESNO | Código: T9K

Fecha de Expedición del certificado (mes en letras)
Año 2020 Mes NOV Día 09

Nombre y firma del funcionario
SANDRA LILIANA ORREGO
Registrador del Estado Civil

Adhesivo Copia Registro Civil
REGISTRADURÍA
26841417-8

Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA

REGISTRO CIVIL
FIRMADO DIGITALMENTE

ORGANIZACIÓN ELECTORAL
REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
DIRECCIÓN NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

33935123-0

NUIP 1247869195

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 240005031

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registrado [X] | Notaría [ ] | Número [ ] | Consulado [ ] | Corregimiento [ ] | Inspección de [ ] | Código | A | S | R

País - Departamento - Municipio - Corregimiento o Inspección de Policía

COLOMBIA - CALDAS - MANIZALES MANIZALES SES - HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CALDAS ******

Datos del Inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
MARIN **********	VALERO **********

Nombre(s)

AVRIL **********

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2023 Mes MAR Día 10	FEMENINO	B	POSITIVO

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

COLOMBIA - CALDAS - MANIZALES **********

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO **********	23031810372975 ******

Sólo se inscribe a padre (Para todos los padres biológicos con libre estimativa. Excepto del mismo sexo, anexar el prospector que indicando los documentos para el primer apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos

VALERO CARRILLO ELIANA **********

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 1109295844 **********	COLOMBIA ********

Sólo se inscribe a madre (Para todos los padres biológicos con libre estimativa. Excepto del mismo sexo, anexar el prospector que indicando los documentos para el segundo apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos

MARIN RIOS JEISON **********

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 1032443975 **********	COLOMBIA ********

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

MARIN RIOS JEISON **********

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC No. 1032443975 **********	

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos

****

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
**********	**********

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos

****

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
**********	**********

Fecha de inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2023 Mes MAR Día 23	JOSE JAIR CASTAÑO BEDOYA Nombre y firma

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

ESPACIO PARA NOTAS

NUMERO DE PREPARACIÓN 112560872

Powered by CamScanner

EPS

sura

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL PBS DE EPS SURA

EPS SURAMERICANA S.A. en desarrollo de su programa especial para la garantía del Plan de Beneficios en Salud denominado **EPS SURA**

CERTIFICA

Que **AVRIL MARIN VALERO** identificado(a) con **REGISTRO CIVIL** número **1247869195** está registrado(a) en el PBS EPS SURA con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	RC 1247869195
NOMBRES Y APELLIDOS	AVRIL MARIN VALERO
TIPO DE AFILIADO	SUBSIDIADO
PARENTESCO	HIJO(A)
ESTADO DE AFILIACIÓN	TIENE DERECHO A COBERTURA INTEGRAL
CAUSA ESTADO DE LA AFILIACIÓN	REGIMEN SUBSIDIADO
FECHA DE INGRESO A EPS SURA	10/03/2023
FECHA RETIRO EPS SURA	
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SURA	21
SEMANAS COTIZADAS ÚLTIMO AÑO	0

DIRECCIÓN DE AFILIACIONES
Fecha de generación: **20/05/2025**

ESTE DOCUMENTO NO ES VÁLIDO PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, NI PARA TRASLADOS

EPS SURAMERICANA S.A

Medellín, Antioquia, Colombia. Líneas de atención: Barranquilla: 605 319 7901, **Cali:** 602 380 8941,
Medellín: 604 448 61 15, **Bogotá:** 601 448 7941
Línea Nacional: 01 8000 519 519

epssura.com

Vigilado Supersalud

Powered by CamScanner

aseo

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

Cuenta contrato	Número para pagos
Núm. de identificación de este predio	Número de esta factura de servicios públicos
11012958	158711184 18

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

Datos del usuario

Tipo de producto	RESIDENCIAL	Estrato	2
Und. Res. Ocupado:	1	Und. No Res. Ocupado:	0 Densidad 0.000
Und. Res. Desocupado:	000	Und. No Res. Desocupado:	000 Volumen 0.00
Frecuencia Barrido:	03	Frecuencia Recolección:	03 %Participación 0.000%

Componentes de tarifas

Costo Fijo Total CFT.	Costo variable no aprovechable	Valor base aprovechamiento
37.266,42	16.780,80	152.831,36

A Estado de cuenta aseo

Concepto	Valor	Concepto	Valor
Aseo residencial	$75.570	Interés mora	$426
Subsidio	$30.228-	Ajuste a la decena -crédito-	$5-
Deuda vigencias anterior	$44.310	Dev cobro no autoriz	$503-

Subsidio (-)	40%	Valor Aseo	$83.570
Aporte (+)	0%	Total ingresos del periodo	$45.763
Informativo - deuda total		Ingreso 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	0.0390

Histórico de Vigencias cobradas

3	$40.526	2	$40.139	1 $44.192 Días liquidados

61

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: C22104 BIMESTRAL

11012958	15871118418
Cuenta contrato	Número para pagos
Núm. de identificación de este predio	Número de esta factura de servicios públicos

Escanea y descarga el documento electrónico equivalente

¡Hola!

Factura a nombre de
AURORA PALACIOS

Dirección del predio
KR 116C 67A 14

Barrio: **LA FAENA** Localidad: **ENGATIVA**

Dirección de correspondencia

Datos adicionales del predio

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

Período facturado	FEB/14/2025	ABR/14/2025

Pago oportuno	Inmediato	Suspensión	Inmediato

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 13:19:33

¡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

Entre 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.

9076

89749 44577 1/1

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 # 52.035452

NOMBRE SOLICITANTE / BENEFICIARIO Avril Marin Valero DOCUMENTO DE IDENTIDAD CC__ CE__ OTRO X CUAL? RC Número # 1.247.869.795

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 2023

Número de ficha: 2025 10 2744 1205291
Año | Localidad | Proyecto | Código unidad operativa

SECCIÓN A. VARIABLES BÁSICAS

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

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

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

4. Segundo Nombre, según su documento de identidad: JULIETH

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

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

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

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

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: 1233928006

11. Municipio nacimiento: Bogotá

12. Departamento nacimiento: Cundinamarca

13. País nacimiento: Colombia

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

15. Fecha de nacimiento: *(según su documento de identidad)* 09 03 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 25 | Preescolar 6 | Básica secundaria y media 8 | Tecnológico 19 | Universitaria completa (con título) 12 | Postgrado completo (con título) 15
Educación inicial modalidad institucional 27 | Básica primaria 7 | Técnico 18 | Universitaria incompleta (sin título).... 21 | Postgrado incompleto (sin título) 22 | Educación desde lo propio 25 | Ninguno 1 X

18. Años aprobados:

19. ¿Es persona cuidador/a? *(pregunta para mayores de 14 años*
Si 1 | No 2 X *(pase a la pregunta 25)*

20. ¿Es cuidador/a de niños, niñas menores de 5 años? (Aplica para personas mayores de 14 años)
Si 1 | No 2

21. ¿Es cuidador/a de niños, niñas entre 06 a 10 años?
Si 1 | No 2

22. ¿Es cuidador/a de personas con discapacidad?
Si 1 | No 2

23. ¿Es cuidador/a de personas mayores?
Si 1 | No 2

24. ¿Dedica su tiempo a labores del cuidado de casa?
Si 1 | No 2

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

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

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 X | No 2 | *(pase a la pregunta 34)*

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

33. Calidad del afiliado:
Aplica solo si la respuesta en la pregunta 32 es "Contributivo"
Beneficiario 1 X | 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: 17 MAY 2025

Número de ficha: 2025 (Año) 10 (Localidad) 7211 (Proyecto) 12052 (Código unidad operativa)

SECCIÓN B. VARIABLES TRANSVERSALES

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Nasa (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] — Cónyuge o compañero/a [2] — Padre/Madre [3] — Padrastro / Madrastra [4] — Hijo/a [5] — Abuelo/a [6] — Hermano/a [7] — Tío/a [8] — Primo/a [9] — Sobrino/a [10] — Nieto/a [11] X — Otro pariente [12] — Otro No pariente [13] — 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	$600.000	Recreación	$ 50.000
Servicios públicos domiciliarios (agua, energía, gas, teléfono fijo, internet, teléfono celular, televisión por cable	$250.000	Gastos en salud (consultas, medicamentos, etc.)	$ 0
Pagos a terceros cuidadores	$ 0	Transporte o movilidad de los integrantes del hogar	$120.000
Artículos de aseo personal	$130.000	Educación (útiles, pensión, transporte escolar, fotocopias, etc.)	$ 0
Alimentación	$310.000	Total	$1'460.000

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

	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 (Año) | 10 (Localidad) | 774H (Proyecto) | 1203229 (Código unidad operativa)

SECCION C. UBICACIÓN GEOGRAFÍCA

1. Localidad donde habita

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

2. UPZ o UPR: 74

3. Nombre del barrio / Vereda: Engativa

4. Escriba su dirección completa:

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

Número de la vía principal:	Alfabético	BIS	Cuadrante	Número vía generadora	Alfabético		Número placa	Cuadrante
113	D	Alfabético	S S	63	J	-	45	S S
Nombre de la vía principal:			E E					E E
Nombre sinónimo de la vía principal:								

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

Complemento dirección:								
AD. Administración	BG. Bodega	CONJ. Conjunto	ESQ. Esquina	LC. Local	MZ. Manzana	PI. Piso	SL. Solar	TR. Terraza
AG. Agrupación	BQ. Bloque	CT. Carretera	ET. Etapa	LM. Local Mezzanino	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. Mezzanino	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: 3502810773 / 3202630247

10. Correo electrónico de contacto: deimolina14@gmail.com

11. ¿Habita en una vivienda?

Si	1 X	
No	2	pase a la pregunta 15

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: 17 10 2023

Número de ficha: 2025 (Año) 10 (Localidad) 774 (Proyecto) 12 (Código unidad operativa) 29

SECCIÓN D. INFORMACIÓN BÁSICA Y TRANSVERSAL SOBRE LA FAMILIA:

La información básica se repite para el jefe de núcleo familiar

No. Integrante	A		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 femenina?	¿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	Rel ocupacional	¿Cuantas horas a la semana dedica a esta ocupación?	Valor de los ingresos mensuales	Forma de percibir los ingresos	Localidad donde realiza actividad principal	SALUD			DISCAPACIDAD		Grupo étnico	Pueblo Indígena	VÍCTIMA DE CONFLICTO ARMADO		¿Ha recibido capacitación, formación o tiene experiencia en algún arte u oficio?	De acuerdo con la respuesta anterior ¿En qué cree que puede desempeñarse?
	Tipo	Número							Día	Mes	Año					¿Es persona cuidadora/a?	Niñas/os de 0 a 5 años	Niñas/os de 6 a 10 años	Persona con discapacidad	Persona mayor	Cuidado de casa						Afiliado al régimen de seguridad social	Régimen de seguridad social	Calidad del afiliado	¿Persona con discapacidad?	Tipo			¿Es víctima del conflicto armado?	Motivo		
1	8	CD590501	1 Roa	1 Carmen	2	2		1	22	03	1968	57	1	1	8	Sí	X	X	Sí	Sí	Sí	X																
			2 Molina	2											5	No	No	No	X	X	X	No	1	32	60	1300000	5	10	X	2		X		6		Sí		Sí	X
																											No									No aplica	
2	8	CD590502	1 Molina	1 Desireth	2	2		1	11	12	2000	24	1	5	8	Sí	X	X	Sí	Sí	Sí	Sí																
			2 Roa	2 Maholy											5	No	No	No	No	No	No	X	1	32	48	1'430.000	5	10	X	2		X		6		Sí		Sí	X
																											No									No aplica	
3	6	1233928006	1 Rivera	1 Delbani	2	98		98	19	03	2023	22	1	11	1	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí																
			2 Molina	2 Julieth												No	No	No	No	No	No	No	1	32	48	1'430.000	5	10	X	2		X		6		Sí		Sí	No
																											No									No aplica	
4			1	1												Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí															
			2	2												No	No	No	No	No	No	No						Sí			Sí				Sí		Sí	
																											No									No aplica	
5			1	1												Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí															
			2	2												No	No	No	No	No	No	No						Sí			Sí				Sí		Sí	
																											No									No aplica	

Powered by CamScanner

	PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL FORMATO FICHA SIRBE SERVICIOS SOCIALES INFORMACIÓN BÁSICA Y TRANSVERSAL CABEZOTE	Código FOR-PSS-321 Version 1 Fecha Memo 2023015255 - 25/05/2023 Página 3 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 nucleo 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		Situación étnica	Pueblo indígena	VICTIMA DE CONFLICTO ARMADO		¿Ha recibido capacitación, formación o tiene experiencia en alguna labor u oficio?	En una escala de 1 a 10 ¿cuál es la respuesta entre 1 y 10 que cree que mejor describe su desempeño?
	Tipo	Número							Día	Mes	Año			NIVEL Años aprobados	¿Asiste actualmente?	¿Es persona cuidadora/a?	Niñez/as de 0 a 5 años	Niñez/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?				¿Es víctima del conflicto armado?	Motivo		
6			1	1											Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí							Sí			Sí				Sí			
			2	2											No	No	No	No	No	No	No							No			No				No			
7			1	1											Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí							Sí			Sí				Sí			
			2	2											No	No	No	No	No	No	No							No			No				No			
8			1	1											Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí							Sí			Sí				Sí			
			2	2											No	No	No	No	No	No	No							No			No				No			
9			1	1											Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí							Sí			Sí				Sí			
			2	2											No	No	No	No	No	No	No							No			No				No			
10			1	1											Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí							Sí			Sí				Sí			
			2	2											No	No	No	No	No	No	No							No			No				No			
11			1	1											Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí							Sí			Sí				Sí			
			2	2											No	No	No	No	No	No	No							No			No				No			
12			1	1											Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí							Sí			Sí				Sí			
			2	2											No	No	No	No	No	No	No							No			No				No			
13			1	1											Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí							Sí			Sí				Sí			
			2	2											No	No	No	No	No	No	No							No			No				No			

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

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: 17062025

Número Ficha: 2025 (Año) 10 (Localidad) 744 (Proyecto) 1 (Código Unidad Operativa) 29

SECCION E MODALIDAD DE ATENCION

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

Modalidades Familiares

Creciendo Juntos [ ] Crecemos en la Ruralidad [ ]

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

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

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

SECCION F. A QUIEN VA DIRIGIDA LA MODALIDAD FAMILIAR.

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

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

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

SECCIÓN G. CONCEPCIÓN Y GESTACIÓN:

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

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

3. ¿Fecha del último control médico?:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

7. Qué opina sobre esta afirmación: "Se debe amamantar a su hijo o 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? 39 Semanas
DATO VALIDO ENTRE 22 Y 43

5. ¿Cuál fue el peso de su hija-o al nacer? 3240 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 inició 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? 6 Meses

13. ¿Asistió 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?
01 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 oxigeno durante el sueño [1] Alimentación por sonda [3] Procedimientos invasivos [5] Toma de medicamentos [7] Condiciones osteomusculares [9]
Uso de oxigeno permanente [2] Traqueotomía [4] Inmunodeficiencia [6] Alteraciones en la piel [8] Ninguno de los anteriores [96]

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

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

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

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

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

25. ¿Ha presentado solicitud de ingreso a?: (Selección múltiple)
Jardín infantil Diurno [1] Jardín infantil Nocturno [2] Creciendo juntos [3]
Casas de pensamiento intercultural [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 intercultural [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

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

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

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

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

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

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

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

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

8. ¿Cuál es la edad en años del cuidador o la cuidadora principal?: 57

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

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

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

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

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

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

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

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

17. Tipo de documento de identidad del cuidador-ra: Cédula de ciudadanía. 1 | Cédula de extranjería. 2 | Tarjeta de identidad. 3 | Registro civil. 6 | Pasaporte. 13 | PEP. 16 | 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: Roa

20. Segundo Apellido: Molina

21. Primer Nombre: Carmen

22. Segunda Nombre:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

TRANS ESPECTRO AUTISTA (TEA)
- TEA

AUDITIVA
- Hipoacusia
- Sordera

VISUAL
- Baja visión
- Ceguera

INTELECTUAL
- Síndrome de Down
- Intelectual

FISICA
- Osteomuscular
- Neuromuscular
- Parálisis cerebral (EMOC)

PSICOSOCIAL
- Psicosocial

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Powered by CamScanner

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

SECCIÓN N. DESCRIPCIÓN Y REFERENCIACIÓN:

1. Descripción de la problemática:

Hogar familiar extenso donde la madre solicita cupo para su hija para obtener cuidados mientras trabaja en una papelería, asegura que la cuidadora de la niña es su madre quien trabaja como modista en su casa y por lo cual es difícil cuidarla adecuadamente. La madre dice que lo puede en jardín particular o cuidadora porque el costoso y no se siente segura de ello, dice que los ingresos del hogar son muy justos y que el padre de la niña ocasionalmente le ayuda.

2. Concepto técnico:

El jardín infantil ofrece a la niña un cuidado calificado en espacio adecuado y seguro con profesionales idóneos que aportan a su desarrollo integral. Familia con fragilidad al tener ingresos insuficientes y buscar cuidado para la niña.

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

MATERNAL ☐ CAMINADORES ☐ PARVULOS ☐ PREJARDIN ☐ JARDIN ☐

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

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

3. Acciones a seguir:

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

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

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

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

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

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

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

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

Integrante: ___ Proyecto: ___ Modalidad: ___
Integrante: ___ Proyecto: ___ Modalidad: ___
Integrante: ___ Proyecto: ___ Modalidad: ___
Integrante: ___ Proyecto: ___ Modalidad: ___

8. Referenciación a otra entidad: - Si.. 1 ☐ - No 2 ☒ *Finalice*

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

Powered by CamScanner





El titular de este documento debe notificar a Migración Colombia cualquier cambio en la condición o información migratoria

MIGRACIÓN

www.migracioncolombia.gov.co

IPCOL5222642<<3<<<<<<<<<<<<<<<
0012119F3105308VENE2137099<<<3
MOLINA<ROA<<DESIRETH<MAHOLY<<<

Scanned with CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA

PERMISO POR PROTECCIÓN TEMPORAL

MIGRACIÓN

No. 5222642

COL

MOLINA ROA
APELLIDOS

DESIRETH MAHOLY
NOMBRES

VEN
NACIONALIDAD

F
SEXO

27581965
DNI Nro

11-12-2000
FECHA DE NACIMIENTO

28-03-2022 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

30-05-2031
FECHA DE VENCIMIENTO



Desireht
FIRMA

Scanned with CamScanner

Powered by CamScanner

L1704788

INDICE DERECHO

El titular de este documento debe notificar a Migración Colombia cualquier cambio en la condición o información migratoria

MIGRACIÓN
MINISTERIO DE RELACIONES EXTERIORES
www.migracioncolombia.gov.co

Juan Francisco Espinosa Palacios
Director General de Migración Colombia

IPCOL4837846<<4<<<<<<<<<<<<<<<
6803225F3105308VENE1704788<<<9
ROA<MOLINA<<CARMEN<<<<<<<<<<<

REPÚBLICA DE COLOMBIA
PERMISO POR PROTECCIÓN TEMPORAL

MIGRACIÓN
MINISTERIO DE RELACIONES EXTERIORES

COL

No. 4837846

ROA MOLINA
APELLIDOS

CARMEN
NOMBRES

VEN
NACIONALIDAD

F
SEXO

11490031
DNI Nro.

22-03-1968
FECHA DE NACIMIENTO

20-05-2021 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

30-05-2031
FECHA DE VENCIMIENTO



Carmen Roa
FIRMA

Powered by CamScanner

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

NUIP 1.233.928.006

Indicativo Serial 63320415

6332041 5

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduria [X] Notaria [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código E T Z

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

REGISTRADURIA DE AUXILIAR DE SUBA SEDE 2 TIBABUYES - COLOMBIA - CUND

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
RIVERA	MOLINA

Nombre(s)

DEBANI JULIETH

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2023 Mes MAR Día 19	FEMENINO	A	POSITIVO

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

COLOMBIA CUNDINAMARCA BOGOTA D.C

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	230338103859 11

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

MOLINA ROA DESIRETH MAHOLY

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
DE V.27.581.965	VENEZUELA

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

RIVERA DIAZ NIMROD JOSE

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
DE V.26.854.575	VENEZUELA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

RIVERA DIAZ NIMROD JOSE

Documento de Identificación (Clase y número) — Firma

DE V.26.854.575

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de Identificación (Clase y número) — Firma

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de Identificación (Clase y número) — Firma

Fecha de Inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2023 Mes MAR Día 23	MARIA CAROLINA MEDINA BECERRA - R Nombre y firma

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

ESPACIO PARA NOTAS

23.MAR.2023 - LIBRO DE VARIOS - TOMO 67 FOLIO 0154 -" VALIDO PARA DEMOSTRAR NACIONALIDAD RES 8617 DEL 19/082021 " RNEC " EEL

depapeles 60395

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

Fecha Expedición
23 MAR 2023
Fotocopiado por

REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
Adhesivo Copia Registro Civil
33771068-8

VÁLIDO PARA ACREDITAR PARENTESCO

MARIA CAROLINA MEDINA BECERRA
REGISTRADORA AUXILIAR SUBA TIBABUYES

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
ESTA REPRODUCCIÓN FOTOMECÁNICA ES FIEL COPIA DE LA ORIGINAL QUE REPOSA EN LOS ARCHIVOS DE LA REGISTRADURIA

Powered by CamScanner

ADRES

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	1233928006
NOMBRES	DEBANI JULIETH
APELLIDOS	RIVERA MOLINA
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.
MUNICIPIO	BOGOTA D.C.

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	CAPITAL SALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO SAS "CAPITAL SALUD EPS-S S.A.S."	SUBSIDIADO	01/04/2023	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	06/11/2025 20:49:48	**Estación de origen:**	2800:e2:7480:5be:348b:b7a0:3084:8b0a

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".

Powered by CamScanner

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 este enlace.

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 por pagar tu factura

Pagos electrónicos en otras entidades

Redeban · Itaú* · Bancamía · BBVA* · Scotiabank Colpatria* · Banco AV Villas* · GNB · Bancolombia* · Banco Falabella · Banco Pichincha* · Banco Caja Social* · Nequi · 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 interponer un recurso de reposición ante la empresa y apelar ante la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes al conocimiento del acto de suspensión. Sobre el contenido de la presente factura el cliente cuenta con los mecanismos de defensa 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 800 096 812-3 7048/23072024

Por favor dobla y rasga para abrir la factura

¡Hola!

AMANDA GAITAN
KR 113D 63J 45 - ENGATIVA
BOGOTA

vanti
Más formas de avanzar
Vanti S.A. ESP.
Medidor Gas No. 5057101-404249

Lote: P12GN **Ruta:** 0011760019465005000 **Código del Sector:** 412

Cuenta o referencia de pago **61440049**

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 Listo

Remodelar y amoblar tu hogar
es fácil con tu cupo de crédito Vanti Listo hasta de
$8.000.000

TU HOGAR A **TU MEDIDA** con Vanti Listo

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

HOMECENTER · Fiotti · CRAFTOILERS

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

412 0011760019465005000 87027 P12GN C1

Por favor dobla y rasga para abrir la factura

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 Gloria Gladys Reina Herrera DOCUMENTO DE IDENTIDAD CC X CE__ OTRO__ CUAL?_____ Número # _____

NOMBRE SOLICITANTE / BENEFICIARIO Aldani Julieth Rivera Molina DOCUMENTO DE IDENTIDAD CC__ CE__ OTRO X CUAL? RC Número # 1233928006

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

Powered by CamScanner