

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

Fecha de diligenciamiento: 08/07/2025

Número de ficha: 2025107744120529

Año: 2025 Localidad: 10 Proyecto: 774412 Código unidad operativa: 0529

SECCIÓN A. VARIABLES BÁSICAS

1. Primer Apellido, según su documento de identidad: RINCON			2. Segundo Apellido, según su documento de identidad: ENRIQUEZ			3. Primer Nombre, según su documento de identidad: THALIANA			4. Segundo Nombre, según su documento de identidad: ANDREA		
5. ¿Con cuál género se identifica? * (Esta pregunta aplica solo a personas mayores de 14 años): Masculino ☐ 1 Feminino ☐ 2 Transgénero ☐ 3 (Travesti, transsexual, transformista) No binario ☐ 5 No informa ☐ 4 No Aplica ☒ 98			6. Nombre Identitario * (Esta pregunta aplica solo a personas mayores de 14 años y que hayan marcado la opción 3 de la pregunta 5): _____			7. ¿Se identifica como persona transgénero femenina o transgénero masculino? * (Esta pregunta aplica solo a personas mayores de 14 años y que hayan marcado la opción 3 de la pregunta 5): Transgénero Masculino ☐ 1 Transgénero Femenino ☐ 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 No Aplica ☒ 98		
9. Tipo de documento de identificación: Cédula de ciudadanía ☐ 1 Cédula de extranjería ☐ 2 Tarjeta de identidad ☐ 3 Registro civil ☒ 6 Pasaporte ☐ 13 Permiso especial de permanencia ☐ 18 Salvo conducto ☐ 19 Permiso por protección temporal ☐ 21 Sin identificación ☐ 8			10. Número de documento de identificación: 1014 318062			11. Municipio nacimiento: Bogotá			12. Departamento nacimiento: Cundinamarca		
13. País nacimiento: Colombia			14. Sexo de nacimiento: Hombre ☐ 1 Mujer ☒ 2 Interssexual ☐ 3			15. Fecha de nacimiento (según su documento de identidad): 07/01/2028			16. Estado civil: Soltero/a ☒ 1 Casado/a ☐ 2 Unión libre ☐ 3 Separado/a ☐ 4 Divorciado/a ☐ 5 Viudo/a ☐ 6 Unión marital de hecho ☐ 6		
17. Nivel educativo actual: Educación inicial modalidad familiar ☐ 26 Preescolar ☐ 6 Básica secundaria y media ☐ 8 Tecnológico ☐ 19 Universitaria completa (con título) ☐ 12 Postgrado completo (con título) ☐ 15 Educación inicial modalidad institucional ☐ 27 Básica primaria ☐ 7 Técnico ☐ 18 Universitaria incompleta (sin título) ☐ 21 Postgrado incompleto (sin título) ☐ 22 Educación desde lo propio ☐ 25 Ninguno ☒ 1			18. Años aprobados: _____			19. ¿Es persona cuidadora? (pregunta para mayores de 14 años): Sí ☐ 1 No ☒ 2 (pase a la pregunta 25)			20. ¿Es cuidador/a de niños, niñas menores de 5 años? (Aplica para personas mayores de 14 años): Sí ☐ 1 No ☐ 2		
21. ¿Es cuidador/a de niños, niñas entre 06 a 10 años?: Sí ☐ 1 No ☐ 2			22. ¿Es cuidador/a de personas con discapacidad?: Sí ☐ 1 No ☐ 2			23. ¿Es cuidador/a de personas mayores?: Sí ☐ 1 No ☐ 2			24. ¿Dedica su tiempo a labores del cuidado de casa?: Sí ☐ 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			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 Ume ☐ 5 Kennedy ☐ 8 Suba ☐ 11 Los Mártires ☐ 14 La Candelaria ☐ 17 Sumapaz ☐ 20 Santa Fe ☐ 3 Tunjuelito ☐ 6 Fontibón ☐ 9 Barrios Unidos ☐ 12 Antonio Nariño ☐ 15 Rafael Uribe ☐ 18 No Aplica ☒ 98					
31. ¿Está afiliado a seguridad social?: Sí ☒ 1 No ☐ 2 (pase a la pregunta 34)			32. Régimen de seguridad social: Contributivo ☐ 1 Subsidiado ☒ 2 Especial ☐ 3			33. Calidad del afiliado: Aplica solo si la respuesta en la pregunta 32 es "Contributivo" Beneficiario ☒ 1 Cotizante ☐ 2			34. ¿Tiene clasificación de Sisben?: Sí ☐ 1 No ☒ 2		
						35. Clasificación Sisben: _____					

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

Fecha de diligenciamiento:

2025

Número de ficha

2025102344120529

Año

Localidad

Proyecto

Código unidad operativa

SECCIÓN B. VARIABLES TRANSVERSALES

1. Persona con discapacidad Si ☐ 1 No ☒ 2 <i>Pase a 4</i>	2. Tipo de discapacidad Física ☐ 20 Auditiva ☐ 31 Intelectual ☐ 39 Psicosocial ☐ 40 Visual ☐ 32 Sordo ciego ☐ 10 Alteración del desarrollo ☐ 37 Múltiple ☐ 42 Trastornos del espectro autista (TEA) ☐ 36	3. Presenta alguna de las siguientes dificultades o limitaciones permanentes para: <table border="1"> <thead> <tr> <th>Acción / Dificultad</th> <th>No puedo hacerlo</th> <th>Si, con mucha dificultad</th> <th>Si, con alguna dificultad</th> <th>Puedo hacerlo sin dificultades</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. ¿Relacionarse o interactuar con las demás personas?</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2. ¿Hablar o conversar?</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>3. ¿Agarrar o mover objetos con las manos?</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>4. ¿Entender, aprender, recordar o tomar decisiones por sí mismo(a)?</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>5. ¿Oír la voz o los sonidos?</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>6. ¿Mover el cuerpo, caminar o subir y bajar escaleras?</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>7. ¿Ver de cerca, de lejos o alrededor?</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>8. ¿Comer, vestirse o bañarse por sí mismo(a)?</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Acción / Dificultad	No puedo hacerlo	Si, con mucha dificultad	Si, con alguna dificultad	Puedo hacerlo sin dificultades	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 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 ☒ 99	6. Identifique su nacionalidad con las siguientes opciones: Nacional ☒ 1 Otra nacionalidad ☐ 2 Binacional ☐ 3 Múltiple nacionalidad ☐ 4 Sin nacionalidad ☐ 5 No reporta ☐ 6
Acción / Dificultad	No puedo hacerlo	Si, con mucha dificultad	Si, con alguna dificultad	Puedo hacerlo sin dificultades																																														
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)?																																																		
7. ¿Es una persona migrante? Si ☐ 1 No ☒ 2	8. Grupo Étnico: ¿De acuerdo con su cultura, pueblo o rasgos físicos, es o se reconoce cómo? Indígena ☐ 1 Palenquero de San Basilio ☐ 4 Rom (Gitano) ☐ 2 Negro/a, Mulato/a, afro colombiano/a, o afro descendiente ☐ 5 Racial del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina ☐ 3 Ninguno de los anteriores ☒ 6	9. Pueblo indígena: (En las instrucciones de diligenciamiento se encuentra la lista completa de los pueblos indígenas con sus respectivos códigos, en la opción otro se debe escribir solo el código que refiera el instructivo) Nasa (Paéz) ☐ 1 Guilasiga ☐ 2 Sikuani ☐ 8 Nisak Misak ☐ 60 Wayuu ☐ 2 Uitoto ☐ 65 Tubu ☐ 67 Eperara-sipidara ☐ 30 Pastos ☐ 65 Senú ☐ 5 Yanacunas ☐ 7 Inga ☐ 9 Awa (Kwasikar) ☐ 11 Kogi ☐ 49 Ceñamomo ☐ 10 Kichwa ☐ 15 Aruaco ☐ 13 Embera Chami ☐ 35 Múscas ☐ 16 Kankuame ☐ 45 Piapo ☐ 14 Embera Dóbida ☐ 29 Kubeo ☐ 50 Embera Katío ☐ 34 Ninguna de las anteriores ☐ 17 Otro ¿cuál? <input type="text"/> Digite código del instructivo <input type="text"/>	10. Parentesco con jefe/a de la familia: Jefe/a núcleo familiar ☐ 1 Padre/Madre ☐ 3 Hijo/a ☒ 5 Hermano/a ☐ 7 Primo/a ☐ 9 Nieto/a ☐ 11 Otro No pariente ☐ 13 Cónyuge o compañera ☐ 2 Padrastro / Madrastra ☐ 4 Abuelo/a ☐ 6 Tío/a ☐ 8 Sobrino/a ☐ 10 Otro pariente ☐ 12 Hijastra ☐ 14	11. ¿Víctima de conflicto armado? Si ☐ 1 No ☒ 2 <i>Pase a 15</i>	12. Número registro único de víctimas <input type="text"/>	13. Año en que realizó la declaración: <input type="text"/>																																												
14. Si respondió afirmativamente la pregunta 11, indique los motivos. (Selección múltiple) Acto terrorista, atentado ☐ 1 Amenazas ☐ 3 Nasacres ☐ 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 <i>Pase a 17</i> No ☒ 2 <i>Pase a 16</i>	16. ¿Se encuentra en riesgo de habitar en calle? Si ☐ 1 No ☒ 2 <i>Pase a 16</i>	17. ¿Ha recibido capacitación, formación o bene experiencia en algún arte u oficio? <i>*(Esta pregunta aplica solo a personas mayores de 14 años)*</i> Si ☐ 1 No ☐ 2 No aplica ☒ 99 <i>Si la respuesta es 2 o 99 Pase a 18</i>																																													

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL	PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL FORMATO FICHA SIRBE SERVICIOS SOCIALES INFORMACIÓN BÁSICA Y TRANSVERSAL: CABEZOTE	Código: FOR-PSS-321 Versión: 1 Fecha: Memo 2023015255 - 25/05/2023 Página: 3 de 6
--	--	--

18. De acuerdo con la respuesta anterior, ¿En qué campo cree que puede desempeñarse laboralmente? (Selección múltiple)						19. En los últimos treinta (30) días, ¿Cuántos fueron los gastos aproximados del hogar en los siguientes rubros? * (Esta pregunta aplica para el hogar)									
Agricultura y labores del campo	1	Reciclaje	5	Cuidado de personas mayores	9	Mecánica	13	Cocina	17	Carpintería	21	Rubro	Valor del gasto en pesos	Rubro	Valor del gasto en pesos
Artesanías	2	Ventas ambulantes	6	Cuidado de personas enfermas	10	Jardinería	14	Sistemas	18	Plomería	22	Vivienda (Alquiler y/o valor cuota)	\$ 500.000	Recreación	\$ 0
Construcción	3	Cuidado de personas con discapacidad	7	Confección	11	Electricidad	15	Operario de máquinas	19	Marroquinería	23	Servicios públicos domiciliarios (agua, energía, gas, teléfono fijo, internet, teléfono celular, televisión por cable)	\$ 400.000	Gastos en salud (consultas, medicamentos, etc.)	\$ 0
Comercio	4	Cuidado de niños-es de 0 a <6	8	Servicios generales	12	Electrónica	16	Belleza	20	Ninguna de las anteriores	24	Pagos a terceros cuidadores	\$ 0	Transporte o movilidad de los integrantes del hogar	\$ 0
												Artículos de aseo personal	\$ 100.000	Educación (útiles, pensión, transporte escolar, fotocopias, etc.)	\$ 70.000
												Alimentación	\$ 600.000	Total	\$ 2020.000
20. ¿Usted se considera campesino/a? Se responde lo que el/ella entrevistado/a responde según su sentir y apropiación de concepto.						21. ¿Usted considera que la comunidad en la que vive es campesina? Se responde lo que el/ella entrevistado/a responde según su sentir y apropiación de concepto.									
Sí 1 ☐ No 2 ☒ No informa 3 ☐						Sí 1 ☐ No 2 ☒ No informa 3 ☐									



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

Código: FOR-PSS-321
Versión: 1
Fecha: Memo 2023015255 - 25/05/2023
Página: 4 de 6

Fecha de diligenciamiento:

08/07/2025

Número de ficha

2025107744120529

Año

Localidad

Proyecto

Código unidad operativa

SECCION C. UBICACIÓN GEOGRÁFICA

1. Localidad donde habita										2. UPZ o UPR:		3. Nombre del barrio / Vereda:																	
Usaquén	1	Santa Fe	3	Usme	5	Bosa	7	Fontibón	9	Suba	11	Teusaquillo	13	Antonio Nariño	15	La Candelaria	17	Ciudad Bolívar	19	74	La Toona								
Chapinero	2	San Cristóbal	4	Tunjuelito	6	Kennedy	8	Engativá	10	Barríos Unidos	12	Los Mártires	14	Puente Aranda	16	Rafael Uribe	18	Sumapaz	20										
4. Escriba su dirección completa:										Número de la vía principal:		Alfabético		BIS		Cuadrante		Número vía generadora		Alfabético		Número placa		Cuadrante					
Calle CL										Transversal TV		Avenida AV		127				S S		65		A		60		S S			
Carrera KR										Avenida calle AC						E E								E E					
Diagonal DG										Avenida carrera AK																			
5. Escriba el complemento de la dirección: (dirección rural, interior, apartamento, oficina)										Complemento dirección:																			
* ver las convenciones a continuación, y/o en las instrucciones de el instructivo de diligenciamiento										BG, Bodega; CONJ, Conjunto; ESQ, Esquina; LG, Local; MZ, Manzana; PL, Piso; SL, Solar; TR, Terraza; AD, Administración; BQ, Bloque; GT, Carretera; ET, Etapa; LM, Local Mezzanine; OF, Oficina; PN, Puente; SM, Super manzana; UN, Unidad; AG, Agrupación; CA, Casa; DP, Depósito; GJ, Garaje; LS, Local sótano; OS, Oficina sótano; PS, Paseo; SR, Sector; UR, Unidad residencial; AL, Altillo; CEL, Celula; DS, Depósito sótano; GS, Garaje sótano; LT, Lote; PA, Parcela; PT, Portería; SS, Semi sótano; URB, Urbanización; AP, Apartamento; CM, Camino; ED, Edificio; IN, Interior; MD, Módulo; PD, Predio; SA, Salón; SU, Suite; ZN, Zona; AS, Apartamento sótano; CN, Consultorio; EN, Entrada; KM, Kilometro; MN, Mezzanine; PH, Pent-house; SC, Salón Comunal; TO, Torre																			
6. Tipo de zona										7. Estrato socio - económico del predio					8. Teléfono fijo de contacto:		9. Teléfono celular de contacto:		10. Correo electrónico de contacto:		11. ¿Habita en una vivienda?								
Urbana 1 ☒ Rural 2 ☐ Urbana sin dirección 3 ☐										Uno 1 ☐ Tres 3 ☐ Cinco 5 ☐ Dos 2 ☒ Cuatro 4 ☐ Cero 0 ☐					0		3229083917		2020dreanm@gmail.com		Si 1 ☒ No 2 ☐ pase a la pregunta 16								
12. Tipo de vivienda										13. Condición de la vivienda					14. Tenencia de la vivienda					15. Forma de pago					16. Lugar diferente a vivienda donde habita:				
Casa o apartamento 1 ☒ 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 ☐										Ruina 1 ☐ Demolición 2 ☐ Buen estado 3 ☒ Aceptable 4 ☐ Mal Estado 5 ☐					Propia 1 ☐ otra forma 3 ☐ Amortizado 4 ☐ Arrendada 2 ☒					Diaria 1 ☐ Mensual 2 ☒ Quincenal 3 ☐ Semanal 4 ☐ Contributivo 5 ☐					Equipamiento Urbano 1 ☐ Refugio natural 2 ☐				

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

Fecha de diligenciamiento:

08/07/2023

Número de ficha

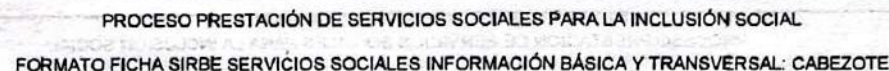
2028107744120729

Año Localidad Proyecto Código unidad operativa

SECCIÓN D. INFORMACIÓN BÁSICA Y TRANSVERSAL SOBRE LA FAMILIA:

La información básica se repite para el jefe de núcleo familiar

No. Integrante	A		B	C	D	E	F	G	H		I	J	K		L	M	N	O	P	Q	R	S	T	U	V	W	X	Y	Z	AA	AB	AC	AD						
	Tipo	Documento de Identidad	APELLIDOS Escriba: En el renglón 1, primer apellido En el renglón 2, segundo apellido	NOMBRES Escriba: En el renglón 1, primer nombre En el renglón 2, segundo nombre	Sexo	¿Con cuál género se identifica?	¿Transgénero masculino o transgénero femenino?	¿Cuál es su orientación sexual?	FECHA NACIMIENTO			Edad aproximada	ESTADO CIVIL	PARENTESCO (Con jefe/a del núcleo familiar)	NIVEL EDUCATIVO ACTUAL	SISTEMA DISTRITAL DE CUIDADO								Rol ocupacional ¿Cuántas horas a la semana dedica a esta ocupación?	Valor de los ingresos mensuales	Forma de percibir los ingresos	Localidad donde realiza actividad principal	SALUD		DISCAPACIDAD	Grupo étnico	Pueblo indígena	VÍCTIMA DE CONFLICTO ARMADO? ¿Es víctima del conflicto armado?	Motivo	¿Ha recibido capacitación, formación o tiene experiencia en algún arte u oficio?	De acuerdo con la respuesta anterior ¿En qué cree que puede desempeñarse?			
									NIVEL	¿Júiste actualmente?	¿Es persona cuidadora/a?				Niños/as de 0 a 5 años	Niños/as de 6 a 10 años	Persona con discapacidad	Persona mayor	Cuidado de casa	Actividad	Regimen de seguridad social	Calidad del afiliado	¿Persona con discapacidad?					Tipo											
																													Años aprobados										
		Número						Día	Mes	Año																													
1	1	1016021185	1 Rincón	1 Rene	1	1		1	04	08	1989	35	3	1	7	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	13	32	72	2100.000	5	10	X	1	2	SI		6	SI		SI	No aplica
			2 Ardila	2											5	X	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No aplica	
2	1	1116259044	1 Enriquez	1 Luz	2	2		1	20	04	1993	32	3	2	7	SI	X	SI	SI	SI	SI	SI	SI	11	23				X	2	1	SI		6	SI		SI	No aplica	
			2 Valverde	2 Andrea											5	X	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No aplica	
3	1	1112151163	1 Huñoz	1 Vanessa	2	2		1	25	05	2007	18	1	14	8	X	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	3	78				X	2	1	SI		6	X		SI	No aplica	
			2 Enriquez	2											5	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No aplica		
4	3	1113069460	1 Enriquez	1 Eddie	1	98		98	21	09	2012	12	1	14	8	X	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	3	98				X	2	1	SI		6	SI		SI	No	
			2 Valverde	2 Santiago											2	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No aplica	
5	6	1014318067	1 Rincón	1 Shakara	2	98		98	07	01	2023	25	1	5	1	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	98	98				X	2	1	SI		6	SI		SI	No	
			2 Enriquez	2 Andrea												X	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No aplica	



Página: 6 de 6

No. Integrante	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S	T	U	V	W	X	Y	Z	AA	AB	AC	AD	
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD		APELLIDOS Escriba: En el renglón 1, primer apellido En el renglón 2, segundo apellidos	NOMBRES Escriba: En el renglón 1, primer nombre En el renglón 2, segundo nombre	Sexo ¿Con cuál género se identifica? ¿Transgénero masculino o transgénero femenino?	FECHA NACIMIENTO Día Mes Año	Educación Edad aproximada	ESTADO CIVIL PARENTESCO (con jefe/a del núcleo familiar)	NIVEL EDUCATIVO ACTUAL NIVEL Años aprobados	¿Asiste actualmente? ¿Es persona cuidadora/a? ¿Niños/as de 0 a 5 años Niños/as de 6 a 10 años Persona con discapacidad Persona mayor Cuidado de casa	SISTEMA DISTITAL 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 Tipo	Grupo étnico Pueblo indígena	¿Es víctima del conflicto armado?	VÍCTIMA DE CONFLICTO ARMADO Motivo	¿Ha recibido capacitación, formación o tiene experiencia en algún arte u oficio?	De acuerdo con la respuesta anterior ¿En qué caso que puede semejarse?
	Tipo	Número																													
6			1	1							SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI							SI		SI		SI		SI	No
			2	2							No	No	No	No	No	No	No							No		No		No		No aplica	
7			1	1							SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI							SI		SI		SI		SI	No
			2	2							No	No	No	No	No	No	No							No		No		No		No aplica	
8			1	1							SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI							SI		SI		SI		SI	No
			2	2							No	No	No	No	No	No	No							No		No		No		No aplica	
9			1	1							SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI							SI		SI		SI		SI	No
			2	2							No	No	No	No	No	No	No							No		No		No		No aplica	
10			1	1							SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI							SI		SI		SI		SI	No
			2	2							No	No	No	No	No	No	No							No		No		No		No aplica	
11			1	1							SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI							SI		SI		SI		SI	No
			2	2							No	No	No	No	No	No	No							No		No		No		No aplica	
12			1	1							SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI							SI		SI		SI		SI	No
			2	2							No	No	No	No	No	No	No							No		No		No		No aplica	
13			1	1							SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI							SI		SI		SI		SI	No
			2	2							No	No	No	No	No	No	No							No		No		No		No aplica	

Tratamiento de datos personales: Los datos personales aquí consignados tienen carácter confidencial, razón por la cual es un deber y un compromiso de los asistentes y de la SDHS 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.

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

Fecha de diligenciamiento: 08072025 Número Ficha: 20251077441120529

Año Localidad Proyecto Código Unidad Operativa

SECCION E. MODALIDAD DE ATENCION

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

Modalidades Familiares: Creciendo Juntos ☐ Creemos en la Ruralidad ☐ Modalidades institucionales: Si selecciona alguna de las modalidades institucionales diligencie la pregunta 2 y pase a la sección I.

Jardines Infantiles ☒ Jardines Infantiles Nocturnos ☐ Casas De Pensamiento Intercultural ☐ Espacios Rurales ☐

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

SECCION F. A QUIEN VA DIRIGIDA LA MODALIDAD FAMILIAR:

1. La modalidad se solicita para: Gestante... ☐ Pase a sección G Niña - niño... ☐ 2. ¿La atención de la niña-niño en la modalidad se ha realizado desde la gestación? Si... ☐ Nombre de la madre: N°. Identificación de la madre: No... ☐ 3. ¿La niña o niño es menor de 6 meses y está lactando? Si... ☐ Pase a sección H No... ☐ Pase a sección I

SECCIÓN G. CONCEPCIÓN Y GESTACIÓN:

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

2. ¿Asiste a control prenatal? Si... ☐ No... ☐ Pase a la pregunta 4

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

4. ¿Número de hijas-hijos nacidos vivos? Entre 1 y 3... ☐ Más de 6... ☐ Entre 4 y 6... ☐ Ninguna... ☐ 93

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

6. ¿Cuenta con el apoyo del padre de su hija-hijo para el cuidado de su embarazo? Si... ☐ No... ☐ 7. ¿Quién cuidará principalmente a su hija-hijo después del nacimiento? Padres... ☐ Sólo Padre... ☐ Otros parientes... ☐ 5 Modalidad institucional para la Primera Infancia... ☐ 7

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

9. ¿Quién le brindó la información sobre sus derechos? Madre... ☐ 7 Hospital... ☐ Colegio... ☐ Amigos-as... ☐ 5 Padre... ☐ 8 SDIS... ☐ 2 ONG... ☐ 4 Hermanos-as... ☐ 6 Partera/ doula... ☐ 9

10. ¿Ha recibido información o capacitación acerca de algunos de estos temas?: (selección múltiple) Cuidados durante la gestación... ☐ 1 Lactancia materna... ☐ 3 Construcción del vínculo afectivo madre- hijo... ☐ 6 Sus derechos y los de su pareja en el momento del parto... ☐ 2 Desarrollo infantil... ☐ 5 Prevención de accidentes en el hogar... ☐ 4 Ninguna... ☐ 93 Pase a la pregunta 12

11. ¿Quién le brindó 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... ☐ No... ☐ 13. ¿Cuál es el estado nutricional actual de la persona gestante según el control prenatal o concepto de salud? Bajo peso... ☐ 1 Peso adecuado... ☐ 2 Exceso de peso... ☐ 3 Sin información... ☐ 4

14. El embarazo es múltiple? Si... ☐ No... ☐ 15. ¿El embarazo ha sido clasificado como de alto riesgo? Si... ☐ No... ☐ 16. ¿Cómo piensa alimentar a su hija-hijo cuando nazca? Lactancia materna... ☐ 1 Lactancia de fórmula... ☐ 2 Lactancia 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... ☐ No... ☐ 2

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

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

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

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

8. ¿Tiene información sobre cómo iniciar la alimentación complementaria? Si... ☐ No... ☐ 2

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

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

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

1. ¿Dónde fue atendido el parto de la niña o niño? Hospital..... ☒ Casa..... ☒ Ambulancia..... ☐ Centro de salud..... ☐ Espacio público..... ☐		2. Quien atendió el nacimiento de la niña o el niño? Médico..... ☒ Partera/doula..... ☐ Enfermera..... ☐ Personal no médico..... ☐		3. ¿El primer contacto piel a piel con su hijo-o, después de nacer, fue?: 1/4 hora o antes..... ☒ 2 horas..... ☐ 1 hora..... ☐ Más de 4 horas..... ☐		4. ¿En qué semana de gestación nació su hijo-o?: 41 Semanas DATO VALIDO ENTRE 22 Y 42		5. ¿Cuál fue el peso de su hijo-o al nacer?: 3.735 Gramos DATO VALIDO ENTRE 450 Y 6000		6. ¿Cuál fue la talla de su hijo-o al nacer?: 49 Centímetros DATO VALIDO ENTRE 22 Y 90			
7. La niña o el niño recibió leche materna alguna vez? Si..... ☒ No..... ☐ Pase a la pregunta 13		8. ¿Después de cuánto tiempo de nacido su hijo-o inició la lactancia materna?: Inmediatamente..... ☒ Menos de 24 horas..... ☐ Menos de 1 hora..... ☐ Más de 24 horas..... ☐ No sabe/No responde..... ☐		9. ¿Actualmente el niño-o recibe leche materna?: Si..... ☐ No..... ☒ Pase a la pregunta 12		10. La niña o el niño recibe algún alimento diferente a la leche materna?: Si..... ☐ No..... ☒ Pase a la pregunta 13		11. ¿Qué edad tenía su hijo-o cuando recibió un alimento diferente a la leche materna?: Meses..... ☐ Pase a la pregunta 13					
12. ¿Qué edad tenía su hijo-o cuando dejó de darle leche materna completamente?: 4 Meses		13. ¿Asiste a valoración integral de la salud y el desarrollo (crecimiento y desarrollo)? Si..... ☒ No..... ☐ Pase a la pregunta 15		14. ¿Fecha del último control?: 15/05/2023 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..... ☐ Sin servicio de salud..... ☐ Desconocimiento..... ☐ Falta de tiempo..... ☐		16. ¿La niña o el niño, cuenta con el esquema de vacunación al día?: Si..... ☒ No..... ☐ Pase a la pregunta 18		17. ¿Por qué la niña o el niño no cuenta con el esquema de vacunación al día?: Creencias religiosas o culturales..... ☐ Olvido..... ☐ Pérdida del carné..... ☐ Desconocimiento..... ☐ Falta de tiempo..... ☐			
19. ¿La condición de salud de la niña o el niño, implica?: (Selección múltiple) Uso de oxígeno durante el sueño..... ☐ Alimentación por sonda..... ☐ Procedimientos invasivos..... ☐ Toma de medicamentos..... ☐ Condiciones osteomusculares..... ☐ Uso de oxígeno permanente..... ☐ Traqueotomía..... ☐ Inmunodeficiencia..... ☐ Alteraciones en la piel..... ☐ Ninguno de los anteriores..... ☒		20. ¿La condición de salud de la niña o el niño pone en riesgo su vida al ingresar al entorno institucional?: Si..... ☐ Requiere verificación..... ☐ No..... ☒		21. ¿Actualmente, el padre, la madre o el cuidador de la niña o el niño presenta alguna de las siguientes condiciones?: (Selección múltiple) Habitabilidad en calle..... ☐ Realiza actividades sexuales pagas..... ☐ Ninguna..... ☒ Consumo de sustancias psicoactivas..... ☐		22. ¿Actualmente, la niña o el niño se encuentra expuesto a condiciones de?: (Selección múltiple) Habitabilidad en calle..... ☐ Espacios donde se desarrollan actividades sexuales pagas..... ☐ Consumo de sustancias psicoactivas..... ☐ Trabajo infantil..... ☐ Mendicidad..... ☐ Ninguna..... ☒		23. El padre o madre de la niña o niño es?: (Selección múltiple) Desmovilizado..... ☐ Militar con discapacidad..... ☐ Ninguna de las anteriores..... ☒ Desvinculado..... ☐ Militar fallecido..... ☐		24. El padre o madre de la niña o el niño trabaja en reciclaje? Si..... ☐ No..... ☒			
25. ¿Ha presentado solicitud de ingreso a?: (Selección múltiple) Jardín infantil Dúmo..... ☐ Casas de pensamiento intercultural..... ☐ Hogar comunitario ICBF..... ☐ Institución privada..... ☐ Jardín infantil Nocturno..... ☐ Creemos en la ruralidad o espacios rurales..... ☐ Hogar infantil ICBF..... ☐ Institución Educativa distrital..... ☐ Creciendo juntos..... ☐ Centros Amar..... ☐ FAMI del ICBF..... ☐ Ninguno..... ☒		26. ¿Actualmente, el niño o la niña recibe atención en?: Jardín infantil Dúmo..... ☐ Casas de pensamiento intercultural..... ☐ Hogar comunitario ICBF..... ☐ Institución privada..... ☐ Jardín infantil Nocturno..... ☐ Creemos en la ruralidad o espacios rurales..... ☐ Hogar infantil ICBF..... ☐ Institución Educativa distrital..... ☐ Creciendo juntos..... ☐ Centros Amar..... ☐ FAMI del ICBF..... ☐ Ninguno..... ☒		27. ¿Ha estado vinculado a modalidades familiares o institucionales de Educación Inicial de la SDIS?: Si..... ☐ No..... ☒ Pase a la pregunta 29		28. ¿En qué localidad?: Usaquén..... ☐ Santa fe..... ☐ Usme..... ☐ Bosa..... ☐ Fontibón..... ☐ Suba..... ☐ Teusaquillo..... ☐ Antonio Nariño..... ☐ La Candelaria..... ☐ Ciudad Bolívar..... ☐ Chapinero..... ☐ San Cristóbal..... ☐ Tunjuelito..... ☐ Kennedy..... ☐ Engativá..... ☐ Barrios Unidos..... ☐ Los Mártires..... ☐ Puente Aranda..... ☐ Rafael Uribe..... ☐ Sumapaz..... ☐		29. ¿Cuál es el principal motivo por el que solicitó el servicio?: Nuevas oportunidades para su calidad de vida..... ☐ Superar condiciones de segregación y discriminación..... ☐ Desarrollo integral para su hijo-o..... ☐ Responde a las necesidades de la niña-o y su familia..... ☐ Fortalecimiento cultural..... ☐ Cuidado de su hijo o hijo mientras trabaja..... ☒		30. ¿Considera importante fortalecer sus conocimientos sobre crianza y desarrollo integral de su hijo-hijo?: Si..... ☒ No..... ☐		31. La niña o niño presenta desnutrición aguda moderada o severa verificada por un nutricionista de la Subdirección Local de acuerdo con la resolución 2465 de 2016 del Ministerio de Salud y Protección Social Si..... ☐ No..... ☒	

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

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

1. ¿La niña o el niño en algún momento queda solo-a?: Si ☐ 1 No ☒ 2 <i>Pase a la pregunta 4</i>	2. ¿En qué momento: Mañana ☐ 1 Tarde ☐ 2 Noche ☐ 3	3. ¿Cuánto tiempo queda solo-a?: Menos de una (1) hora ☐ 1 Entre 1 y 3 horas ☐ 2 Más de tres (3) horas ☐ 3	4. ¿Quién es el cuidador principal de la niña o el niño: Papá ☐ 1 Madrastra ☐ 4 Abuelo-a ☐ 7 Mamá ☒ 2 Hermano-a ☐ 5 Otro pariente ☐ 8 Padrastro ☐ 3 Tío-a ☐ 6 Otro No pariente ☐ 9	5. ¿Quién cuida a la niña o al niño en la mañana?: Papá ☐ 1 Hermano-a ☐ 5 Otro pariente ☐ 8 Mamá ☒ 2 Tío-a ☐ 6 Otro No pariente ☐ 9 Padrastro ☐ 3 Abuelo-a ☐ 7 Nadie ☐ 10 Madrastra ☐ 4	6. ¿Quién cuida a la niña o al niño en la tarde?: Papá ☐ 1 Hermano-a ☐ 5 Otro pariente ☐ 8 Mamá ☒ 2 Tío-a ☐ 6 Otro No pariente ☐ 9 Padrastro ☐ 3 Abuelo-a ☐ 7 Nadie ☐ 10 Madrastra ☐ 4
7. ¿Quién cuida a la niña o al niño en la noche?: Papá ☐ 1 Hermano-a ☐ 5 Otro pariente ☐ 8 Mamá ☒ 2 Tío-a ☐ 6 Otro No pariente ☐ 9 Padrastro ☐ 3 Abuelo-a ☐ 7 Nadie ☐ 10 Madrastra ☐ 4		8. ¿Cuál es la edad en años del cuidador o la cuidadora principal?: <div style="text-align: center; font-size: 1.2em;">32</div>		9. ¿Cuál es el sexo del cuidador o cuidadora principal?: Hombre ☐ 1 Mujer ☒ 2 Interssexual ☐ 3	
10. ¿Cuál es el género del cuidador o la cuidadora principal?: Masculino ☐ 1 Transgénero ☐ 3 No binario ☐ 5 Femenino ☒ 2 No informa ☐ 4 No aplica ☐ 98		11. ¿Cuál es la orientación sexual del cuidador -ra principal?: Heterosexual ☒ 1 Lesbiana ☐ 5 Bisexual ☐ 3 Gay ☐ 6 No informa ☐ 4 No aplica ☐ 98		12. Nivel educativo actual del cuidador o la cuidadora principal: Básica primaria ☒ 7 Universitaria incompleta (sin título) ☐ 21 Básica secundaria y media ☐ 8 Universitaria completa (con título) ☐ 12 Ninguno ☐ 93 Técnico ☐ 18 Postgrado incompleto (sin título) ☐ 22 Tecnológico ☐ 19 Postgrado completo (con título) ☐ 15	
13. A qué se dedica el cuidador -ra principal?: Estudia ☐ 1 Trabaja ☐ 2 Otro ☒ 3 <i>cuál: Cuidadora</i>		14. En qué momento (selección múltiple): Mañana ☒ 1 Tarde ☒ 2 Noche ☒ 3		15. El cuidador-ra principal presenta una discapacidad?: Si ☐ 1 No ☒ 2	
16. El cuidador-ra principal presenta una enfermedad de alto costo: Si ☐ 1 No ☒ 2		17. Tipo de documento de identidad del cuidador-ra principal: Cédula de ciudadanía ☒ 1 Registro civil ☐ 6 PPT ☐ 21 Cédula de extranjería ☐ 2 Pasaporte ☐ 13 Salvo conducto ☐ 9 Tarjeta de identidad ☐ 3 PEP ☐ 18 Sin identificación ☐ 8		18. Número de documento de identidad del cuidador-ra principal: <div style="text-align: center; font-size: 1.2em;">1116259044</div>	
Nombres y apellidos del cuidador-ra principal (según documento identidad): <i>Enriquez</i>		19. Primer Apellido: <i>Enriquez</i>		20. Segundo Apellido: <i>Valverde</i>	
21. Primer Nombre: <i>Luz</i>		22. Segundo Nombre: <i>Andrea</i>		23. La niña-niño se encuentra bajo medida de protección legal?: Si ☐ 1 No ☒ 2 <i>Pase a la pregunta 24</i>	
24. El niño o la niña ha estado bajo medida de protección legal?: Si ☐ 1 No ☒ 2 <i>Pase a la sección K</i>		25. En qué fecha el niño o la niña tuvo la medida de protección legal?: <i>DD MM AAAA</i>		26. En qué fecha el niño o la niña tuvo la medida de protección legal?: <i>DD MM AAAA</i>	

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

1. La niña, niño o gestante habita en: Centro Poblado ☐ 1 Rural disperso ☒ 2	2. La familia de la niña o el niño o la gestante a partir de sus prácticas culturales se reconoce como: Campesino/a ☐ 1 Rural ☒ 2 <i>pase a la sección L</i>	3. ¿Para la familia de la niña o el niño o gestante es importante mantener las tradiciones de su identidad campesina en la crianza de su hijo o hija?: Si ☐ 1 No ☐ 2
4. ¿La familia de la niña o el niño o gestante conserva tradiciones campesinas?: Si ☐ 1 No ☐ 2		5. ¿Para la familia es importante conservar las tradiciones campesinas, en su vida cotidiana?: Si ☐ 1 No ☐ 2

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

1. ¿El niño, la niña, la persona gestante habla la lengua del grupo étnico al que pertenece?: Si ☐ 1 No ☐ 2	3. ¿Para la familia es importante que en la atención se conserven las tradiciones del grupo étnico al que pertenece?: Si ☐ 1 No ☐ 2
2. ¿El niño o la niña, la persona gestante, conserva tradiciones del grupo étnico al que pertenece?: Si ☐ 1 No ☐ 2 <i>Pase a sección H</i>	4. ¿Para la familia es importante conservar en su vida cotidiana las tradiciones del grupo étnico al que pertenece?: Si ☐ 1 No ☐ 2

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

1. Clase de discapacidad (marque la clase de acuerdo con el tipo indicado en la sección de cabezote, si es múltiple indique las clases necesarias, con excepción de las relacionadas con las alteraciones en el desarrollo) <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;"> ALTERACIONES EN EL DESARROLLO Del habla y del lenguaje ☐ De la función motriz ☐ Del desarrollo mixto ☐ Del comportamiento e hiperactividad ☐ De los procesos cognitivos ☐ </td> <td style="width: 33%;"> TRANS.SPECTRO AUTISTA (TEA) TEA ☐ AUDITIVA Hipoacusia ☐ Sordera ☐ </td> <td style="width: 33%;"> VISUAL Baja visión ☐ Ceguera ☐ INTELLECTUAL Síndrome de Down ☐ Intelectual ☐ </td> </tr> <tr> <td colspan="3"> FISICA Osteomuscular ☐ Neuromuscular ☐ Partición cerebral (EMOC) ☐ PSICOSOCIAL Psicosocial ☐ </td> </tr> </table>	ALTERACIONES EN EL DESARROLLO Del habla y del lenguaje ☐ De la función motriz ☐ Del desarrollo mixto ☐ Del comportamiento e hiperactividad ☐ De los procesos cognitivos ☐	TRANS.SPECTRO AUTISTA (TEA) TEA ☐ AUDITIVA Hipoacusia ☐ Sordera ☐	VISUAL Baja visión ☐ Ceguera ☐ INTELLECTUAL Síndrome de Down ☐ Intelectual ☐	FISICA Osteomuscular ☐ Neuromuscular ☐ Partición cerebral (EMOC) ☐ PSICOSOCIAL Psicosocial ☐			2. Tiene diagnóstico clínico relacionado con la discapacidad?: Si ☐ 1 No ☐ 2 <i>Pase a la pregunta 5</i> 3. Cuenta con el certificado de discapacidad?: Si ☐ 1 No ☐ 2 <i>Pase a la pregunta 5</i> 4. La niña o el niño está inscrito en el RLCPD?: Si ☐ 1 No ☐ 2 5. Requiere ayuda técnica para las actividades de la vida diaria?: Si ☐ 1 No ☐ 2 <i>Pase a la pregunta 7</i> 6. Cuenta con ella?: Si ☐ 1 No ☐ 2 7. Es independiente para el desplazamiento?: Si ☐ 1 No ☐ 2
ALTERACIONES EN EL DESARROLLO Del habla y del lenguaje ☐ De la función motriz ☐ Del desarrollo mixto ☐ Del comportamiento e hiperactividad ☐ De los procesos cognitivos ☐	TRANS.SPECTRO AUTISTA (TEA) TEA ☐ AUDITIVA Hipoacusia ☐ Sordera ☐	VISUAL Baja visión ☐ Ceguera ☐ INTELLECTUAL Síndrome de Down ☐ Intelectual ☐					
FISICA Osteomuscular ☐ Neuromuscular ☐ Partición cerebral (EMOC) ☐ PSICOSOCIAL Psicosocial ☐							
8. Apoyos requeridos en el servicio? Intermitente o Limitado ☐ 1 Extenso o Generalizado ☐ 2 En observación ☐ 3	9. Cuenta con habilitación o rehabilitación en salud? Si ☐ 1 No ☐ 2 <i>Pase a la sección N</i> 10. De qué tipo: Fonoaudiología ☐ 1 Fisioterapia ☐ 2 Terapia ocupacional ☐ 3 Neurología ☐ 4 Otro ☐ 5 <i>cuál?</i>						



PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL

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

SECCIÓN N. DESCRIPCIÓN Y REFERENCIACIÓN:

1. Descripción de la problemática:

Hogar familiar núcleo donde la madre solicita cupo para su hijo para ella poder ingresar a trabajar de forma fija ya que en este momento de vez en cuando hace temas en un asadero de pollo donde labora como administradora el padre de la niña quien en este momento es el proveedor del hogar. Así mismo informa la madre que tiene 7 hijos más que no son de él y los gastos de esos hijos los tiene que cubrir solo ella, por tal motivo afirma que no tendría los ingresos para pagar una vida digna.

2. Concepto técnico:

El jardín infantil ofrece a la niña un espacio adecuado con profesionales idóneos que aporten a su desarrollo integral, familia con fragilidad materna al tener ingresos insuficientes en el hogar y no poseer redes de apoyo familiar con estabilidad baja.

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

MATERNAL ☐ CAMINADORES ☐ PARVULOS ☒ PREJARDIN ☐ JARDIN ☐

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

ATENCIÓN PRESENCIAL ☒ ALTERNANCIA: ☐ EN CASA ☐ MULTIMODAL ☐

3. Acciones a seguir:

Ingreso prioritario: ☐ 1
Lista de espera - Cumple criterios de ingreso: ☒ 2
No cumple criterios de ingreso: ☐ 34. ¿Requiere visita domiciliar? - Si... ☐ 1 - No... ☒ 2 Pase a la pregunta 5Motivo: Verificación de las condiciones socio familiares: - Si... ☐ 1 - No... ☒ 2
Verificación otras condiciones: - Si... ☐ 1 - No... ☒ 2

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

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

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

- Si... ☐ 1 - No... ☒ 2 No oferta niveles ☐ 37. Referenciación a un proyecto SDIS: - Si... ☐ 1 - No... ☒ 2 Pase a la pregunta 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?: _____

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.016.021.185
RINCON ARDILA

APELLIDOS
RENE

NOMBRES

RENE RINCÓN



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 04-AGO-1989
ENCINO
(SANTANDER)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.72

A+

M

ESTATURA

G S. RH

SEXO

10-OCT-2007 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARNEL SANCHEZ TORRES



P-1500150-00072103-M-1016021185-20080917

0003407344A 1

23589056

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.116.259.044**
ENRIQUEZ VALVERDE

APELLIDOS
LUZ ANDREA

NOMBRES

Luz Andrea E.

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **20-ABR-1993**
TULUA
(VALLE)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.55
ESTATURA

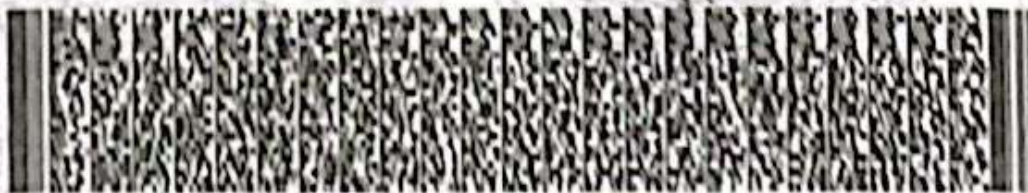
O+
G.S. RH

F
SEXO

20-JUN-2011 TULUA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sanchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

INDICE DERECHO



P-3110600-00314208-F-1116259044-20110714

0027419942A 1

37203870

CÉDULA DE
CIUDADANÍA



REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.112.151.163

Apellidos
MUÑOZ ENRIQUEZ

Nombres
VANESSA

Nacionalidad

COL

Estatura

1 59

Sexo

F

Fecha de nacimiento

25 MAY 2007

G.S.

Q+

Lugar de nacimiento

BUGA (VALLE)

Fecha y lugar de expedición

03 JUN 2025, BOGOTÁ D.C.

Fecha de expiración

04 JUN 2035

Firma

Vanessa M.



062258146 8



[Signature]
REGISTRADOR NACIONAL
Herman Paragón Giraldo



Toca el QR para compartir
tu información.

ICCOL062258146215001<<<<<<<<<<
0705257F3506042COL1112151163<3
MUNOZ<ENRIQUEZ<<VANESSA<<<<<<<<

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO **1.113.069.460**
ENRIQUEZ VALVERDE

APELLIDOS
EDDIE SANTIAGO

NOMBRES

Eddie Santiago

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **21-SEP-2012**

CALI
(VALLE)

LUGAR DE NACIMIENTO

21-SEP-2030

FECHA DE VENCIMIENTO

18-ENE-2021 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

O+

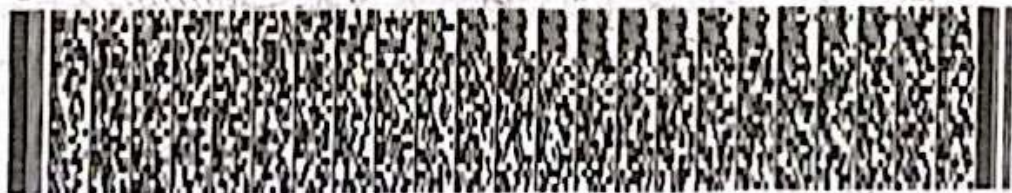
G S RH

M

SEXO

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

ÍNDICE DERECHO



P-1500150-01204198-M-1113069460-20210122

0073175023A 1

8501325578



REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO

Indicativo
Serial 63260258

NUIP 1.014.318.067

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☒ Notaría ☐ Número ☐ Consulado ☐ Corregimiento ☐ Inspección de Policía ☐ Código A G H

País - Departamento - Municipio - Corregimiento o Inspección de Policía

REGISTRADURÍA DE ENGATIVA BOGOTÁ D.C. - COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTÁ

Datos del inscrito

Primer Apellido RINCON Segundo Apellido ENRIQUEZ

Nombre(s) THALIANA ANDREA

Fecha de nacimiento Año 2023 Mes ENE Día 07 Sexo (en letras) FEMENINO Grupo sanguíneo C Factor RH POSITIVO

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

COLOMBIA CUNDINAMARCA BOGOTÁ D.C.

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO

Número certificado de nacido vivo 23013510280800

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 ENRIQUEZ VALVERDE LUZ ANDREA

Documento de identificación (Clase y número) CC 1.116.259.044

Nacionalidad COLOMBIA

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

Apellidos y nombres completos RINCON ARDILA RENE

Documento de identificación (Clase y número) CC 1.016.021.185

Nacionalidad COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos RINCON ARDILA RENE

Documento de identificación (Clase y número) CC 1.016.021.185

Firma RENE RINCON

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número)

Firma

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número)

Firma

Fecha de inscripción Año 2023 Mes ENE Día 12

Nombre y firma del funcionario que autoriza OLGA SOFIA ACOSTA HERRERA (E) - F

Reconocimiento paterno

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

Firma RENE RINCON

Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

12.ENE.2023 - LIBRO DE VARIOS - TOMO 093 FOLIO 0186. NO SE TOMAN HUELLAS PLANTARES DEL INSCRITO DE ACUERDO CON LA CIRCULAR 057 DEL 29/09/2020.

Ciudad y Fecha: Bogotá D.C., 12 ENE 2023

VALIDO PARA PARENTESCO. ESTA REPRODUCCIÓN FOTOMECÁNICA ES FIEL COPIA DE LA ORIGINAL QUE REPOSA EN LOS ARCHIVOS DE LA REGISTRADURÍA

REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

OLGA SOFIA ACOSTA HERRERA REGISTRADORA (E.F.) ENGATIVA BOYACA REAL

FOTOCOPIADO POR: Nery Carpeno

Adhesivo Copia Registro Civil

REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL 330841344

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO



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	1014318067
NOMBRES	THALIANA ANDREA
APELLIDOS	RINCON ENRIQUEZ
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.
MUNICIPIO	BOGOTA D.C.

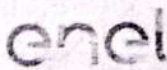
Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR -CM	SUBSIDIADO	07/01/2023	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión: 06/18/2025 11:50:55 Estación de origen: 2801:12:c800:2070::1

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

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**,



Bogotá



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



Para pagos y consultas
tu número de cliente es:

7889330-4

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 355078709-6

57705

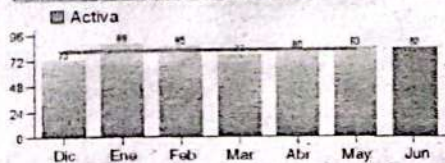
QUYNZA S.A.S. NA
KR 127 NO 65 A 60 TO 1 AP 1401
11001000
BOGOTÁ, D.C. - EL GACO

05 502 6633 / 117-23614816



Quynza tu factura
virtual. Escanea el
código

COMPORTAMIENTO CONSUMO



VALOR kWh
APLICADO

\$799,42

CONSUMO DIARIO:

2,56 kWh

VALOR DIARIO:

\$1.224

PERÍODO FACTURADO:

03 MAY 2025 A 03 JUN 2025

DÍAS
FACTURADOS:

32

CONSUMO MES

82 kWh

CONSUMO PROMEDIO
DE TODOS LOS MESES
82 kWh



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

**No estarás
en casa para
la lectura
del medidor?**

Evita problemas en tu
factura respondiendo la
lectura a tiempo desde
App Clientes Colombia
o escaneando el QR:



¡LLEGÓ A TU CASA!
Préstamos de hasta \$12.000.000

Encuentra nuestros puntos
Crédito Fácil CODENSA escaneando el QR:

50

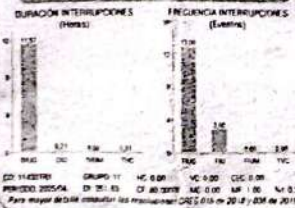
Nuestros préstamos de The Bank of Nova Scotia, otorgados bajo licencia, Scotiabank
Colombia S.A. (Financiamiento Bancario), otorgados por la Superintendencia
Financiera de Colombia. Aprobación rápida y sencilla desde el punto de la entidad.
Consulta más en www.creditofacil-codensa.com



INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO: Residencial
ESTRATO: 2
CARGA kW: 3,00
FACTOR: 1
RUTA REPARTO: 30005055026633
RUTA LECTURA: 35055021286
MAZANA DE LECTURA: 145110650114
MEDIDOR NO.: 117-23614816
SUBCLASE: Básica

CALIDAD DE SERVICIO



CONTÁCTANOS

Trabaja y sustituye
en el área de personal y cobranza

Chat de servicio al
cliente en el aplicativo personal y cobranza

318 990 8000 (línea bot o para Asesor)

Enel Colombia

Regístrate gratis

Zona privada
de la página Web

App Enel Clientes Colombia

ENERGÍA SERVICIO AL CLIENTE

Bogotá, Sabana y Guineámarca
801 5 115 115

EMERGENCIAS

115 Grúalo las 24 horas

DEINFORMES

801 5140055
denuncias@enel.com

DIRECCIÓN DEL CLIENTE

<https://www.enel.com.co/as/parametros/telefonos-clienta.html>
defensor@enel.com

¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?

Medios virtuales de Pago

APP Enel
Internet
Teléfono Banco
Dólar Automático
Cobro Decuento
APP Enel Clientes Colombia
Servicio de Pago Online
Banco de Pago Decuento

Redes Virtuales

Corresponsales Bancarios
Red Distrital
Centros de Servicio
Código QR

RED CADE
Almacenes de Codensa

**Inscríbete a la factura virtual
Enel y aprovecha los beneficios.**

Escanea el
código

Si pujan en un correo electrónico, asegure el desdoblamiento del código. El código del correo electrónico no es un código válido en caso de recibo.

COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo: Vigencia: MAY 2025
Q. \$298,02 I. \$26,78 O. \$29,01 CV. \$79,72 PR. \$55,59 R. \$40,31 CF. \$0,00 / \$799,42 Costo kWh Mes

Segundo TI (GRUPO: PRIMARIO) - Nivel de Tensión: Intermedia - Empresa: ACTIVIDAD ECONOMICA 3814 Comercialización de Energía Eléctrica Tarifa 11 (p. por m. Sin subsidios) según Resolución No. 0547 de 25 de enero 2002. IVA Régimen Común. CUMPLIMIENTO RESOLUCIÓN CREG 915 DE 1998.

Siempre al momento de la presente factura el Cliente cuenta con los mecanismos de defensa previstos en la Ley 142 de 1994, y podrá hacer uso de éstos antes de la fecha señalada para pago oportuno. Para mayor información comuníquese al 8011 5 115 115, línea de Bogotá, al 01 8000 912 115, o en nuestros Centros de Servicio al Cliente. Operador de red: ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. - Somos grandes contribuyentes según resolución del DNEC de 10 de diciembre de 2020.

Con el acto de suscripción o cuando el recurso de reposición y en su defecto de apelación, el cual deberá presentarse ante la Empresa previo a la suspensión del servicio.

Esta factura de costo presta mérito ejecutivo de conformidad con el Artículo 130 de la Ley 142 de 1994.

En cumplimiento de la resolución CREG 156111 consultada www.ureg.gov.co

IMPORTANTE: En cumplimiento de la resolución CREG 038 de 2014, la cual modificó el Código de Medida, se establecieron obligaciones, actividades y responsabilidades asignadas a ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. y sus usuarios. Para obtener mayor información, se invita a consultar en nuestra página web www.enel.com.co o comunicarse a la línea (801) 5 115 115, línea de Bogotá, al 01 8000 912 115, o en nuestros Centros de Servicio al Cliente.

ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. presta el servicio de recolección para llevar a través de la factura del servicio público domiciliario de energía eléctrica (Encajes de Cobranza), de acuerdo con la autorización expresa emitida por el cliente para el uso de la factura como canal de recolección. ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. no es responsable por el servicio que prestan los terceros, ni por los valores facturados. Para mayor información relacionada con estos aspectos, por favor dirigirse a los canales de atención definidos por cada Empresa.

El prestador del servicio de comercialización y distribución de energía eléctrica y de productos y servicios de valor agregado es ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. NIT. 860.063.875-8. Entidad vigilada por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios.

FECHA GENERACIÓN:
07/06/2025 02:15:14
FECHA EXPEDICIÓN:
07/06/2025 17:22:15

Proveedor Tecnología: Canva, Logotipo y Servicios S.A.S. Nombre del SW: CLN/Procedero NIT 860.321.151-0

Factura impresa por Canva/ Soluciones de Comunicación S.A.S NIT 860.098.212

	PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES FORMATO REGISTRO DE DILIGENCIAMIENTO DE FICHA SIRSE EN FÍSICO	Código: FOR-PSG-740 Versión: 5 Fecha: Mayo 2024-05-10 - 12/01/2024 Página: 1 de 1
LOCALIDAD ENGATIVA	UNIDAD OPERATIVA: JARDIN INFANTIL COFINANCIADO PERITOS	RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA: DIANA MARCELA RUBIO CASTAÑO
NOMBRE DEL RECOLECTOR GLORIA GLADYS REINA HERRERA	DOCUMENTO DE IDENTIDAD CC N.º DE OTRO CUAL?	Número: 80.954.288
NOMBRE SOLICITANTE / BENEFICIARIO	Thalana Andrea Renteria Escobedo Thalana Andrea Renteria Escobedo	DOCUMENTO DE IDENTIDAD CC N.º DE OTRO CUAL? <u>RC</u> Número: <u>1014318363</u>
FECHA DE ENTREGA PARA DIGITACIÓN	<u>10/07/2025</u> NOMBRE DEL DIGITADOR AL QUE SE ENTREGA LA FICHA: <u>Diana Ramirez</u>	

 ALCALDIA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SERVICIOS SOCIALES	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:

07/07/2025

Número de ficha:

2025104744120529

Año

Localidad

Proyecto

Código unidad operativa

SECCIÓN A. VARIABLES BÁSICAS

1. Primer Apellido, según su documento de identidad: Belton	2. Segundo Apellido, según su documento de identidad: Andrade	3. Primer Nombre, según su documento de identidad: San	4. Segundo Nombre, según su documento de identidad:
5. ¿Con cuál género se identifica? * (Esta pregunta aplica solo a personas mayores de 14 años): Masculino ☐ Femenino ☐ Transgénero ☐ (Transsexual, transexual, transformista) No binario ☐ No informa ☐ No Aplica ☒	6. Nombre Identitario * (Esta pregunta aplica solo a personas mayores de 14 años y que hayan marcado la opción 3 de la pregunta 5): 	7. ¿Se identifica como persona transgénero femenina o transgénero masculino? * (Esta pregunta aplica solo a personas mayores de 14 años y que hayan marcado la opción 3 de la pregunta 5): Transgénero Masculino ☐ Transgénero Femenina ☐	8. ¿Cuál es su orientación sexual? * (Esta pregunta aplica solo a personas mayores de 14 años): Heterosexual ☐ Bisexual ☐ Otro: ¿Cuál? <input type="text"/> Lesbiana ☐ No informa ☐ Gay ☐ No Aplica ☒
9. Tipo de documento de identificación: Cédula de ciudadanía ☐ Cédula de extranjería ☐ Tarjeta de identidad ☐ Registro civil ☒ Pasaporte ☐ Permiso especial de permanencia ☐ Salvo conducto ☐ Permiso por protección temporal ☐ Sin identificación ☐	10. Número de documento de identificación: 1243 763929	11. Municipio nacimiento: Bogotá	12. Departamento nacimiento: Cundinamarca
13. País nacimiento: Colombia	14. Sexo de nacimiento: Hombre ☐ Mujer ☒ Interssexual ☐	15. Fecha de nacimiento (según su documento de identidad): 04/02/2022	16. Estado civil: Soltero/a ☒ Casado/a ☐ Unión libre ☐ Separado/a Divorciado/a ☐ Viudo/a ☐ Unión marital de hecho ☐
17. Nivel educativo actual: Educación inicial modalidad familiar ☐ Preescolar ☐ Básica secundaria y media ☐ Tecnológica ☐ Universitaria completa (con título) ☐ Postgrado completo (con título) ☐ Educación inicial modalidad institucional ☐ Básica primaria ☐ Técnico ☐ Universitaria incompleta (sin título) ☐ Postgrado incompleto (sin título) ☐ Educación desde lo propio ☐ Ninguno ☒	18. Años aprobados: 		
19. ¿Es persona ciudadana? (pregunta para mayores de 14 años): Si ☐ No ☒ (pase a la pregunta 25)	20. ¿Es cuidador/a de niños, niñas menores de 5 años? (Aplica para personas mayores de 14 años): Si ☐ No ☐	21. ¿Es cuidador/a de niños, niñas entre 06 a 10 años?: Si ☐ No ☐	22. ¿Es cuidador/a de personas con discapacidad?: Si ☐ No ☐
23. ¿Es cuidador/a de personas mayores?: Si ☐ No ☐	24. ¿Dedica su tiempo a labores del cuidado de casa?: Si ☐ No ☐		
25. Actividad Principal * (Esta pregunta aplica solo a personas mayores de 3 años): Buscando trabajo ☐ Trabajo no remunerado ☐ Sin actividad ☐ Estudiando ☐ Jubilado / pensionado ☐ Cuidador ☐ Trabajo Formal ☐ Trabajo Informal ☐ No aplica ☒	26. Rol ocupacional * (Esta pregunta aplica solo a personas mayores de 14 años): Vendedor Informal ☐ Cachivachero ☐ Recolector ☐ Cuidado directo ☐ Jornalero ☐ Actividades rurales ☐ Cotero ☐ Actividades Sexuales pagadas ☐ Actividades Artísticas callejeras ☐ Cuidado indirecto ☐ Vigilar línea o predo ☐ Otras ocupaciones ☐ Carretero ☐ Mendicidad ☐ Vigilar o limpiar carros ☐ Calibrar llantas ☐ Estudiante ☐ No aplica ☒	27. ¿Cuántas horas a la semana dedica al rol ocupacional seleccionado? (Esta pregunta aplica solo a mayores de 14 años): Horas: <input type="text"/>	
28. Valor de los ingresos mensuales * (Esta pregunta aplica solo a personas mayores de 14 años): 3	29. Forma de percibir los ingresos * (Aplica solo a personas mayores de 14 años): Diaria ☐ Semanal ☐ Mensual ☐ Quincenal ☐ Esporádico ☐ No aplica ☒	30. Localidad donde desarrolla su rol ocupacional * (Esta pregunta aplica solo a personas mayores de 14 años): Usaquén ☐ San Cristóbal ☐ Bosa ☐ Engativá ☐ Teusaquillo ☐ Puente Aranda ☐ Ciudad Bolívar ☐ Chapinero ☐ Usme ☐ Kennedy ☐ Suba ☐ Los Mártires ☐ La Candelaria ☐ Sumapaz ☐ Santa Fe ☐ Tunjuelito ☐ Fontibón ☐ Barrios Unidos ☐ Antonio Nariño ☐ Rafael Uribe ☐ No Aplica ☒	
31. ¿Está afiliado a seguridad social?: Si ☒ No ☐ (pase a la pregunta 34)	32. Régimen de seguridad social: Contributivo ☐ Subsidiado ☒ Especial ☐	33. Calidad del afiliado: Aplica solo si la respuesta en la pregunta 32 es "Contributivo" Beneficiario ☒ Cotizante ☐	34. ¿Tiene clasificación de Sisben?: Si ☐ No ☒
		35. Clasificación Sisben: 	

 ALIANZA GOBIERNO Y CIUDADANÍA 2.0 MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL	PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL FORMATO FICHA SIRBE SERVICIOS SOCIALES INFORMACIÓN BÁSICA Y TRANSVERSAL: CABEZOTE	Código: FOR-PSS-321 Versión: 1 Fecha: Memo 2023015255 - 25/05/2023 Página: 2 de 6
--	--	--

Fecha de diligenciamiento:

17/07/2025

Número de ficha

2075107344120529

Año

Localidad

Proyecto

Código unidad operativa

SECCIÓN B. VARIABLES TRANSVERSALES

1. Persona con discapacidad Si ☐ 1 No ☒ 2 Pase a 4	2. Tipo de discapacidad Física ☐ 20 ☐ 21 ☐ 22 ☐ 23 ☐ 24 ☐ 25 ☐ 26 ☐ 27 ☐ 28 ☐ 29 Psicosocial ☐ 40 ☐ 41 ☐ 42 ☐ 43 ☐ 44 ☐ 45 ☐ 46 ☐ 47 ☐ 48 ☐ 49 Alteración del desarrollo ☐ 37 ☐ 38 ☐ 39 ☐ 40 ☐ 41 ☐ 42 ☐ 43 ☐ 44 ☐ 45 ☐ 46 ☐ 47 ☐ 48 ☐ 49 Sordo ciego ☐ 10 ☐ 11 ☐ 12 ☐ 13 ☐ 14 ☐ 15 ☐ 16 ☐ 17 ☐ 18 ☐ 19 Trastornos del espectro autista (TEA) ☐ 30 ☐ 31 ☐ 32 ☐ 33 ☐ 34 ☐ 35 ☐ 36 ☐ 37 ☐ 38 ☐ 39	3. Presenta alguna de las siguientes dificultades o limitaciones permanentes para: <table border="1"> <thead> <tr> <th>Acción / Dificultad</th> <th>No puedo hacerlo</th> <th>Si, con mucha dificultad</th> <th>Si, con alguna dificultad</th> <th>Puedo hacerlo sin dificultad</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. ¿Relacionarse o interactuar con las demás personas?</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2. ¿Hablar o conversar?</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>3. ¿Agarrar o mover objetos con las manos?</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>4. ¿Entender, aprender, recordar o tomar decisiones por sí mismo(a)?</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>5. ¿Oír la voz o los sonidos?</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>6. ¿Mover el cuerpo, caminar o subir y bajar escaleras?</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>7. ¿Ver de cerca, de lejos o alrededor?</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>8. ¿Comer, vestirse o bañarse por sí mismo(a)?</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Acción / Dificultad	No puedo hacerlo	Si, con mucha dificultad	Si, con alguna dificultad	Puedo hacerlo sin dificultad	1. ¿Relacionarse o interactuar con las demás personas?					2. ¿Hablar o conversar?					3. ¿Agarrar o mover objetos con las manos?					4. ¿Entender, aprender, recordar o tomar decisiones por sí mismo(a)?					5. ¿Oír la voz o los sonidos?					6. ¿Mover el cuerpo, caminar o subir y bajar escaleras?					7. ¿Ver de cerca, de lejos o alrededor?					8. ¿Comer, vestirse o bañarse por sí mismo(a)?					4. Tipología de estructura familiar: Hogar familiar Nuclear ☒ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 Hogar familiar amplio compuesto ☐ 3 ☐ 4 Hogar familiar sin núcleo ☐ 4 ☐ 5 Hogar no familiar sin núcleo ☐ 5 ☐ 6	5. Situaciones y/o condiciones diferenciales de las familias: Familia con pertenencia étnica ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 Familia transgénero ☐ 2 ☐ 3 Familia víctimas del conflicto armado ☐ 3 ☐ 4 No aplica ☒ 88	6. Identifique su nacionalidad con las siguientes opciones: Nacional ☒ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 Otra nacionalidad ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 Binacional ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 Múltiple nacionalidad ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 Sin nacionalidad ☐ 5 ☐ 6 No reporta ☐ 6
Acción / Dificultad	No puedo hacerlo	Si, con mucha dificultad	Si, con alguna dificultad	Puedo hacerlo sin dificultad																																														
1. ¿Relacionarse o interactuar con las demás personas?																																																		
2. ¿Hablar o conversar?																																																		
3. ¿Agarrar o mover objetos con las manos?																																																		
4. ¿Entender, aprender, recordar o tomar decisiones por sí mismo(a)?																																																		
5. ¿Oír la voz o los sonidos?																																																		
6. ¿Mover el cuerpo, caminar o subir y bajar escaleras?																																																		
7. ¿Ver de cerca, de lejos o alrededor?																																																		
8. ¿Comer, vestirse o bañarse por sí mismo(a)?																																																		
7. ¿Es una persona migrante? Si ☐ 1 No ☒ 2	8. Grupo Étnico: ¿De acuerdo con su cultura, pueblo o rasgos físicos, es o se reconoce cómo? Indígena ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 Palenquero de San Basilio ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 Rrom (Gitano) ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 Raizal del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 Ninguno de los anteriores ☒ 6	9. Pueblo indígena: (En las instrucciones de diligenciamiento se encuentra la lista completa de los pueblos indígenas con sus respectivos códigos, en la opción otro se debe escribir solo el código que refiere el instructivo) Nasa (Paéz) ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 ☐ 11 ☐ 12 ☐ 13 ☐ 14 ☐ 15 ☐ 16 ☐ 17 ☐ 18 ☐ 19 ☐ 20 ☐ 21 ☐ 22 ☐ 23 ☐ 24 ☐ 25 ☐ 26 ☐ 27 ☐ 28 ☐ 29 ☐ 30 ☐ 31 ☐ 32 ☐ 33 ☐ 34 ☐ 35 ☐ 36 ☐ 37 ☐ 38 ☐ 39 ☐ 40 ☐ 41 ☐ 42 ☐ 43 ☐ 44 ☐ 45 ☐ 46 ☐ 47 ☐ 48 ☐ 49 ☐ 50 ☐ 51 ☐ 52 ☐ 53 ☐ 54 ☐ 55 ☐ 56 ☐ 57 ☐ 58 ☐ 59 ☐ 60 ☐ 61 ☐ 62 ☐ 63 ☐ 64 ☐ 65 ☐ 66 ☐ 67 ☐ 68 ☐ 69 ☐ 70 ☐ 71 ☐ 72 ☐ 73 ☐ 74 ☐ 75 ☐ 76 ☐ 77 ☐ 78 ☐ 79 ☐ 80 ☐ 81 ☐ 82 ☐ 83 ☐ 84 ☐ 85 ☐ 86 ☐ 87 ☐ 88 ☐ 89 ☐ 90 ☐ 91 ☐ 92 ☐ 93 ☐ 94 ☐ 95 ☐ 96 ☐ 97 ☐ 98 ☐ 99 ☐ 100 Guámbi ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 ☐ 11 ☐ 12 ☐ 13 ☐ 14 ☐ 15 ☐ 16 ☐ 17 ☐ 18 ☐ 19 ☐ 20 ☐ 21 ☐ 22 ☐ 23 ☐ 24 ☐ 25 ☐ 26 ☐ 27 ☐ 28 ☐ 29 ☐ 30 ☐ 31 ☐ 32 ☐ 33 ☐ 34 ☐ 35 ☐ 36 ☐ 37 ☐ 38 ☐ 39 ☐ 40 ☐ 41 ☐ 42 ☐ 43 ☐ 44 ☐ 45 ☐ 46 ☐ 47 ☐ 48 ☐ 49 ☐ 50 ☐ 51 ☐ 52 ☐ 53 ☐ 54 ☐ 55 ☐ 56 ☐ 57 ☐ 58 ☐ 59 ☐ 60 ☐ 61 ☐ 62 ☐ 63 ☐ 64 ☐ 65 ☐ 66 ☐ 67 ☐ 68 ☐ 69 ☐ 70 ☐ 71 ☐ 72 ☐ 73 ☐ 74 ☐ 75 ☐ 76 ☐ 77 ☐ 78 ☐ 79 ☐ 80 ☐ 81 ☐ 82 ☐ 83 ☐ 84 ☐ 85 ☐ 86 ☐ 87 ☐ 88 ☐ 89 ☐ 90 ☐ 91 ☐ 92 ☐ 93 ☐ 94 ☐ 95 ☐ 96 ☐ 97 ☐ 98 ☐ 99 ☐ 100 Wayuu ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 ☐ 11 ☐ 12 ☐ 13 ☐ 14 ☐ 15 ☐ 16 ☐ 17 ☐ 18 ☐ 19 ☐ 20 ☐ 21 ☐ 22 ☐ 23 ☐ 24 ☐ 25 ☐ 26 ☐ 27 ☐ 28 ☐ 29 ☐ 30 ☐ 31 ☐ 32 ☐ 33 ☐ 34 ☐ 35 ☐ 36 ☐ 37 ☐ 38 ☐ 39 ☐ 40 ☐ 41 ☐ 42 ☐ 43 ☐ 44 ☐ 45 ☐ 46 ☐ 47 ☐ 48 ☐ 49 ☐ 50 ☐ 51 ☐ 52 ☐ 53 ☐ 54 ☐ 55 ☐ 56 ☐ 57 ☐ 58 ☐ 59 ☐ 60 ☐ 61 ☐ 62 ☐ 63 ☐ 64 ☐ 65 ☐ 66 ☐ 67 ☐ 68 ☐ 69 ☐ 70 ☐ 71 ☐ 72 ☐ 73 ☐ 74 ☐ 75 ☐ 76 ☐ 77 ☐ 78 ☐ 79 ☐ 80 ☐ 81 ☐ 82 ☐ 83 ☐ 84 ☐ 85 ☐ 86 ☐ 87 ☐ 88 ☐ 89 ☐ 90 ☐ 91 ☐ 92 ☐ 93 ☐ 94 ☐ 95 ☐ 96 ☐ 97 ☐ 98 ☐ 99 ☐ 100 Pastos ☐ 55 ☐ 56 ☐ 57 ☐ 58 ☐ 59 ☐ 60 ☐ 61 ☐ 62 ☐ 63 ☐ 64 ☐ 65 ☐ 66 ☐ 67 ☐ 68 ☐ 69 ☐ 70 ☐ 71 ☐ 72 ☐ 73 ☐ 74 ☐ 75 ☐ 76 ☐ 77 ☐ 78 ☐ 79 ☐ 80 ☐ 81 ☐ 82 ☐ 83 ☐ 84 ☐ 85 ☐ 86 ☐ 87 ☐ 88 ☐ 89 ☐ 90 ☐ 91 ☐ 92 ☐ 93 ☐ 94 ☐ 95 ☐ 96 ☐ 97 ☐ 98 ☐ 99 ☐ 100 Senufo ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 ☐ 11 ☐ 12 ☐ 13 ☐ 14 ☐ 15 ☐ 16 ☐ 17 ☐ 18 ☐ 19 ☐ 20 ☐ 21 ☐ 22 ☐ 23 ☐ 24 ☐ 25 ☐ 26 ☐ 27 ☐ 28 ☐ 29 ☐ 30 ☐ 31 ☐ 32 ☐ 33 ☐ 34 ☐ 35 ☐ 36 ☐ 37 ☐ 38 ☐ 39 ☐ 40 ☐ 41 ☐ 42 ☐ 43 ☐ 44 ☐ 45 ☐ 46 ☐ 47 ☐ 48 ☐ 49 ☐ 50 ☐ 51 ☐ 52 ☐ 53 ☐ 54 ☐ 55 ☐ 56 ☐ 57 ☐ 58 ☐ 59 ☐ 60 ☐ 61 ☐ 62 ☐ 63 ☐ 64 ☐ 65 ☐ 66 ☐ 67 ☐ 68 ☐ 69 ☐ 70 ☐ 71 ☐ 72 ☐ 73 ☐ 74 ☐ 75 ☐ 76 ☐ 77 ☐ 78 ☐ 79 ☐ 80 ☐ 81 ☐ 82 ☐ 83 ☐ 84 ☐ 85 ☐ 86 ☐ 87 ☐ 88 ☐ 89 ☐ 90 ☐ 91 ☐ 92 ☐ 93 ☐ 94 ☐ 95 ☐ 96 ☐ 97 ☐ 98 ☐ 99 ☐ 100 Yamboré ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 ☐ 11 ☐ 12 ☐ 13 ☐ 14 ☐ 15 ☐ 16 ☐ 17 ☐ 18 ☐ 19 ☐ 20 ☐ 21 ☐ 22 ☐ 23 ☐ 24 ☐ 25 ☐ 26 ☐ 27 ☐ 28 ☐ 29 ☐ 30 ☐ 31 ☐ 32 ☐ 33 ☐ 34 ☐ 35 ☐ 36 ☐ 37 ☐ 38 ☐ 39 ☐ 40 ☐ 41 ☐ 42 ☐ 43 ☐ 44 ☐ 45 ☐ 46 ☐ 47 ☐ 48 ☐ 49 ☐ 50 ☐ 51 ☐ 52 ☐ 53 ☐ 54 ☐ 55 ☐ 56 ☐ 57 ☐ 58 ☐ 59 ☐ 60 ☐ 61 ☐ 62 ☐ 63 ☐ 64 ☐ 65 ☐ 66 ☐ 67 ☐ 68 ☐ 69 ☐ 70 ☐ 71 ☐ 72 ☐ 73 ☐ 74 ☐ 75 ☐ 76 ☐ 77 ☐ 78 ☐ 79 ☐ 80 ☐ 81 ☐ 82 ☐ 83 ☐ 84 ☐ 85 ☐ 86 ☐ 87 ☐ 88 ☐ 89 ☐ 90 ☐ 91 ☐ 92 ☐ 93 ☐ 94 ☐ 95 ☐ 96 ☐ 97 ☐ 98 ☐ 99 ☐ 100 Inga ☐ 9 ☐ 10 ☐ 11 ☐ 12 ☐ 13 ☐ 14 ☐ 15 ☐ 16 ☐ 17 ☐ 18 ☐ 19 ☐ 20 ☐ 21 ☐ 22 ☐ 23 ☐ 24 ☐ 25 ☐ 26 ☐ 27 ☐ 28 ☐ 29 ☐ 30 ☐ 31 ☐ 32 ☐ 33 ☐ 34 ☐ 35 ☐ 36 ☐ 37 ☐ 38 ☐ 39 ☐ 40 ☐ 41 ☐ 42 ☐ 43 ☐ 44 ☐ 45 ☐ 46 ☐ 47 ☐ 48 ☐ 49 ☐ 50 ☐ 51 ☐ 52 ☐ 53 ☐ 54 ☐ 55 ☐ 56 ☐ 57 ☐ 58 ☐ 59 ☐ 60 ☐ 61 ☐ 62 ☐ 63 ☐ 64 ☐ 65 ☐ 66 ☐ 67 ☐ 68 ☐ 69 ☐ 70 ☐ 71 ☐ 72 ☐ 73 ☐ 74 ☐ 75 ☐ 76 ☐ 77 ☐ 78 ☐ 79 ☐ 80 ☐ 81 ☐ 82 ☐ 83 ☐ 84 ☐ 85 ☐ 86 ☐ 87 ☐ 88 ☐ 89 ☐ 90 ☐ 91 ☐ 92 ☐ 93 ☐ 94 ☐ 95 ☐ 96 ☐ 97 ☐ 98 ☐ 99 ☐ 100 Awa (Kwáiker) ☐ 11 ☐ 12 ☐ 13 ☐ 14 ☐ 15 ☐ 16 ☐ 17 ☐ 18 ☐ 19 ☐ 20 ☐ 21 ☐ 22 ☐ 23 ☐ 24 ☐ 25 ☐ 26 ☐ 27 ☐ 28 ☐ 29 ☐ 30 ☐ 31 ☐ 32 ☐ 33 ☐ 34 ☐ 35 ☐ 36 ☐ 37 ☐ 38 ☐ 39 ☐ 40 ☐ 41 ☐ 42 ☐ 43 ☐ 44 ☐ 45 ☐ 46 ☐ 47 ☐ 48 ☐ 49 ☐ 50 ☐ 51 ☐ 52 ☐ 53 ☐ 54 ☐ 55 ☐ 56 ☐ 57 ☐ 58 ☐ 59 ☐ 60 ☐ 61 ☐ 62 ☐ 63 ☐ 64 ☐ 65 ☐ 66 ☐ 67 ☐ 68 ☐ 69 ☐ 70 ☐ 71 ☐ 72 ☐ 73 ☐ 74 ☐ 75 ☐ 76 ☐ 77 ☐ 78 ☐ 79 ☐ 80 ☐ 81 ☐ 82 ☐ 83 ☐ 84 ☐ 85 ☐ 86 ☐ 87 ☐ 88 ☐ 89 ☐ 90 ☐ 91 ☐ 92 ☐ 93 ☐ 94 ☐ 95 ☐ 96 ☐ 97 ☐ 98 ☐ 99 ☐ 100 Kogi ☐ 49 ☐ 50 ☐ 51 ☐ 52 ☐ 53 ☐ 54 ☐ 55 ☐ 56 ☐ 57 ☐ 58 ☐ 59 ☐ 60 ☐ 61 ☐ 62 ☐ 63 ☐ 64 ☐ 65 ☐ 66 ☐ 67 ☐ 68 ☐ 69 ☐ 70 ☐ 71 ☐ 72 ☐ 73 ☐ 74 ☐ 75 ☐ 76 ☐ 77 ☐ 78 ☐ 79 ☐ 80 ☐ 81 ☐ 82 ☐ 83 ☐ 84 ☐ 85 ☐ 86 ☐ 87 ☐ 88 ☐ 89 ☐ 90 ☐ 91 ☐ 92 ☐ 93 ☐ 94 ☐ 95 ☐ 96 ☐ 97 ☐ 98 ☐ 99 ☐ 100 Kubeo ☐ 50 ☐ 51 ☐ 52 ☐ 53 ☐ 54 ☐ 55 ☐ 56 ☐ 57 ☐ 58 ☐ 59 ☐ 60 ☐ 61 ☐ 62 ☐ 63 ☐ 64 ☐ 65 ☐ 66 ☐ 67 ☐ 68 ☐ 69 ☐ 70 ☐ 71 ☐ 72 ☐ 73 ☐ 74 ☐ 75 ☐ 76 ☐ 77 ☐ 78 ☐ 79 ☐ 80 ☐ 81 ☐ 82 ☐ 83 ☐ 84 ☐ 85 ☐ 86 ☐ 87 ☐ 88 ☐ 89 ☐ 90 ☐ 91 ☐ 92 ☐ 93 ☐ 94 ☐ 95 ☐ 96 ☐ 97 ☐ 98 ☐ 99 ☐ 100 Embera Chami ☐ 35 ☐ 36 ☐ 37 ☐ 38 ☐ 39 ☐ 40 ☐ 41 ☐ 42 ☐ 43 ☐ 44 ☐ 45 ☐ 46 ☐ 47 ☐ 48 ☐ 49 ☐ 50 ☐ 51 ☐ 52 ☐ 53 ☐ 54 ☐ 55 ☐ 56 ☐ 57 ☐ 58 ☐ 59 ☐ 60 ☐ 61 ☐ 62 ☐ 63 ☐ 64 ☐ 65 ☐ 66 ☐ 67 ☐ 68 ☐ 69 ☐ 70 ☐ 71 ☐ 72 ☐ 73 ☐ 74 ☐ 75 ☐ 76 ☐ 77 ☐ 78 ☐ 79 ☐ 80 ☐ 81 ☐ 82 ☐ 83 ☐ 84 ☐ 85 ☐ 86 ☐ 87 ☐ 88 ☐ 89 ☐ 90 ☐ 91 ☐ 92 ☐ 93 ☐ 94 ☐ 95 ☐ 96 ☐ 97 ☐ 98 ☐ 99 ☐ 100 Embera Dóbida ☐ 29 ☐ 30 ☐ 31 ☐ 32 ☐ 33 ☐ 34 ☐ 35 ☐ 36 ☐ 37 ☐ 38 ☐ 39 ☐ 40 ☐ 41 ☐ 42 ☐ 43 ☐ 44 ☐ 45 ☐ 46 ☐ 47 ☐ 48 ☐ 49 ☐ 50 ☐ 51 ☐ 52 ☐ 53 ☐ 54 ☐ 55 ☐ 56 ☐ 57 ☐ 58 ☐ 59 ☐ 60 ☐ 61 ☐ 62 ☐ 63 ☐ 64 ☐ 65 ☐ 66 ☐ 67 ☐ 68 ☐ 69 ☐ 70 ☐ 71 ☐ 72 ☐ 73 ☐ 74 ☐ 75 ☐ 76 ☐ 77 ☐ 78 ☐ 79 ☐ 80 ☐ 81 ☐ 82 ☐ 83 ☐ 84 ☐ 85 ☐ 86 ☐ 87 ☐ 88 ☐ 89 ☐ 90 ☐ 91 ☐ 92 ☐ 93 ☐ 94 ☐ 95 ☐ 96 ☐ 97 ☐ 98 ☐ 99 ☐ 100 Embera Kalló ☐ 34 ☐ 35 ☐ 36 ☐ 37 ☐ 38 ☐ 39 ☐ 40 ☐ 41 ☐ 42 ☐ 43 ☐ 44 ☐ 45 ☐ 46 ☐ 47 ☐ 48 ☐ 49 ☐ 50 ☐ 51 ☐ 52 ☐ 53 ☐ 54 ☐ 55 ☐ 56 ☐ 57 ☐ 58 ☐ 59 ☐ 60 ☐ 61 ☐ 62 ☐ 63 ☐ 64 ☐ 65 ☐ 66 ☐ 67 ☐ 68 ☐ 69 ☐ 70 ☐ 71 ☐ 72 ☐ 73 ☐ 74 ☐ 75 ☐ 76 ☐ 77 ☐ 78 ☐ 79 ☐ 80 ☐ 81 ☐ 82 ☐ 83 ☐ 84 ☐ 85 ☐ 86 ☐ 87 ☐ 88 ☐ 89 ☐ 90 ☐ 91 ☐ 92 ☐ 93 ☐ 94 ☐ 95 ☐ 96 ☐ 97 ☐ 98 ☐ 99 ☐ 100 Ninguna de las anteriores ☐ 17 ☐ 18 ☐ 19 ☐ 20 ☐ 21 ☐ 22 ☐ 23 ☐ 24 ☐ 25 ☐ 26 ☐ 27 ☐ 28 ☐ 29 ☐ 30 ☐ 31 ☐ 32 ☐ 33 ☐ 34 ☐ 35 ☐ 36 ☐ 37 ☐ 38 ☐ 39 ☐ 40 ☐ 41 ☐ 42 ☐ 43 ☐ 44 ☐ 45 ☐ 46 ☐ 47 ☐ 48 ☐ 49 ☐ 50 ☐ 51 ☐ 52 ☐ 53 ☐ 54 ☐ 55 ☐ 56 ☐ 57 ☐ 58 ☐ 59 ☐ 60 ☐ 61 ☐ 62 ☐ 63 ☐ 64 ☐ 65 ☐ 66 ☐ 67 ☐ 68 ☐ 69																																																

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

<p>18. De acuerdo con la respuesta anterior, ¿En qué campo cree que puede desempeñarse laboralmente? (Selección múltiple)</p>						<p>19. En los últimos treinta (30) días, ¿Cuántos fueron los gastos aproximados del hogar en los siguientes rubros? * (Esta pregunta aplica para el hogar)</p>																								
<p>Agricultura y labores del campo ☐ 1</p> <p>Artesanías ☐ 2</p> <p>Construcción ☐ 3</p> <p>Comercio ☐ 4</p>	<p>Reciclaje ☐ 5</p> <p>Ventas ambulantes ☐ 6</p> <p>Cuidado de personas con discapacidad ☐ 7</p> <p>Cuidado de niños-as de 0 a <6 ☐ 8</p>	<p>Cuidado de personas mayores ☐ 9</p> <p>Cuidado de personas enfermas ☐ 10</p> <p>Confección ☐ 11</p> <p>Servicios generales ☐ 12</p>	<p>Mecánica ☐ 13</p> <p>Jardinería ☐ 14</p> <p>Electricidad ☐ 15</p> <p>Electrónica ☐ 16</p>	<p>Cocina ☐ 17</p> <p>Sistemas ☐ 18</p> <p>Operario de máquinas ☐ 19</p> <p>Belleza ☐ 20</p>	<p>Carpintería ☐ 21</p> <p>Plomería ☐ 22</p> <p>Marroquinería ☐ 23</p> <p>Ninguna de las anteriores ☐ 24</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Rubro</th> <th>Valor del gasto en pesos</th> <th>Rubro</th> <th>Valor del gasto en pesos</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Vivienda (Arriendo y/o valor cuota)</td> <td>\$ 800.000</td> <td>Recreación</td> <td>\$ 200.000</td> </tr> <tr> <td>Servicios públicos domiciliarios (agua, energía, gas, teléfono fijo, internet, teléfono celular, televisión por cable)</td> <td>\$ 170.000</td> <td>Gastos en salud (consultas, medicamentos, etc.)</td> <td>\$ 0</td> </tr> <tr> <td>Pagos a terceros cuidadores</td> <td>\$ 150.000</td> <td>Transporte o movilidad de los integrantes del hogar</td> <td>\$ 200.000</td> </tr> <tr> <td>Artículos de aseo personal</td> <td>\$ 150.000</td> <td>Educación (Coles, pensión, transporte escolar, fotocopias, etc.)</td> <td>\$ 0</td> </tr> <tr> <td>Alimentación</td> <td>\$ 700.000</td> <td>Total</td> <td>\$ 2.250.000</td> </tr> </tbody> </table>	Rubro	Valor del gasto en pesos	Rubro	Valor del gasto en pesos	Vivienda (Arriendo y/o valor cuota)	\$ 800.000	Recreación	\$ 200.000	Servicios públicos domiciliarios (agua, energía, gas, teléfono fijo, internet, teléfono celular, televisión por cable)	\$ 170.000	Gastos en salud (consultas, medicamentos, etc.)	\$ 0	Pagos a terceros cuidadores	\$ 150.000	Transporte o movilidad de los integrantes del hogar	\$ 200.000	Artículos de aseo personal	\$ 150.000	Educación (Coles, pensión, transporte escolar, fotocopias, etc.)	\$ 0	Alimentación	\$ 700.000	Total	\$ 2.250.000
Rubro	Valor del gasto en pesos	Rubro	Valor del gasto en pesos																											
Vivienda (Arriendo y/o valor cuota)	\$ 800.000	Recreación	\$ 200.000																											
Servicios públicos domiciliarios (agua, energía, gas, teléfono fijo, internet, teléfono celular, televisión por cable)	\$ 170.000	Gastos en salud (consultas, medicamentos, etc.)	\$ 0																											
Pagos a terceros cuidadores	\$ 150.000	Transporte o movilidad de los integrantes del hogar	\$ 200.000																											
Artículos de aseo personal	\$ 150.000	Educación (Coles, pensión, transporte escolar, fotocopias, etc.)	\$ 0																											
Alimentación	\$ 700.000	Total	\$ 2.250.000																											
<p>20. ¿Usted se considera campesino/a? Se responde lo que el/ella entrevistado/a responde según su sentir y apropiación de concepto.</p> <p> ☐ 1 ☒ 2 ☐ 3 </p>						<p>21. ¿Usted considera que la comunidad en la que vive es campesina? Se responde lo que el/ella entrevistado/a responde según su sentir y apropiación de concepto.</p> <p> ☐ 1 ☒ 2 ☐ 3 </p>																								

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

Fecha de diligenciamiento:

17 07 20 25

Número de ficha

2025 10 7744 120529

Año

Localidad

Proyecto

Código unidad operativa

SECCION C. UBICACIÓN GEOGRÁFICA

<p>1. Localidad donde habita</p> <p>Usaquén 1 Santa Fe 3 Usme 5 Bosa 7 Fontibón 9 Suba 11 Teusaquillo 13 Antonio Nariño 15 La Candelaria 17 Ciudad Bolívar 19</p> <p>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</p>										<p>2. UPZ o UPR:</p> <p>74</p>		<p>3. Nombre del barrio / Vereda:</p> <p>La Tarena</p>																																																					
<p>4. Escriba su dirección completa:</p> <p>Calle CL Transversal TV Avenida AV</p> <p>Carrera KR Avenida calle AC</p> <p>Diagonal DG Avenida carrera AK</p>			<p>Número de la vía principal:</p> <p>126</p>		<p>Alfabetico</p> <p>BIS</p> <p>Cuadrante</p> <p>S S</p> <p>E E</p>		<p>Número vía generadora:</p> <p>65</p>		<p>Alfabetico</p> <p>Número placa:</p> <p>21</p>		<p>Cuadrante</p> <p>S S</p> <p>E E</p>																																																						
<p>5. Escriba el complemento de la dirección: (dirección rural, interior, apartamento, oficina)</p> <p>* ver las convenciones a continuación, y/o en las instrucciones de el instructivo de diligenciamiento</p> <p>P12</p>				<table border="1"> <tr> <td>Complemento dirección:</td> <td>BQ. Bodega</td> <td>CONJ. Conjunto</td> <td>ESQ. Esquina</td> <td>LC. Local</td> <td>MZ. Manzana</td> <td>PI. Piso</td> <td>SL. Solar</td> <td>TR. Terraza</td> </tr> <tr> <td>AD. Administración</td> <td>BQ. Bloque</td> <td>CT. Carretera</td> <td>ET. Etapa</td> <td>LM. Local Mezzanine</td> <td>OF. Oficina</td> <td>PN. Puente</td> <td>SM. Súper manzana</td> <td>UN. Unidad</td> </tr> <tr> <td>AG. Agrupación</td> <td>CA. Casa</td> <td>DP. Depósito</td> <td>GJ. Garaje</td> <td>LS. Local sótano</td> <td>OS. Oficina sótano</td> <td>PS. Paseo</td> <td>SR. Sector</td> <td>UR. Unidad residencial</td> </tr> <tr> <td>AL. Altillo</td> <td>CEL. Célula</td> <td>DS. Depósito sótano</td> <td>GS. Garaje sótano</td> <td>LT. Lote</td> <td>PA. Parcela</td> <td>PT. Portada</td> <td>SS. Semi sótano</td> <td>URB. Urbanización</td> </tr> <tr> <td>AP. Apartamento</td> <td>CM. Camino</td> <td>ED. Edificio</td> <td>IN. Interior</td> <td>MD. Módulo</td> <td>PD. Predio</td> <td>SA. Salón</td> <td>SU. Suite</td> <td>ZN. Zona</td> </tr> <tr> <td>AS. Apartamento sótano</td> <td>CH. Consultorio</td> <td>EN. Entrada</td> <td>KM. Kilómetro</td> <td>MN. Mezzanine</td> <td>PH. Pent-house</td> <td>SC. Salón Comunal</td> <td>TO. Torre</td> <td></td> </tr> </table>								Complemento dirección:	BQ. Bodega	CONJ. Conjunto	ESQ. Esquina	LC. Local	MZ. Manzana	PI. Piso	SL. Solar	TR. Terraza	AD. Administración	BQ. Bloque	CT. Carretera	ET. Etapa	LM. Local Mezzanine	OF. Oficina	PN. Puente	SM. Súper manzana	UN. Unidad	AG. Agrupación	CA. Casa	DP. Depósito	GJ. Garaje	LS. Local sótano	OS. Oficina sótano	PS. Paseo	SR. Sector	UR. Unidad residencial	AL. Altillo	CEL. Célula	DS. Depósito sótano	GS. Garaje sótano	LT. Lote	PA. Parcela	PT. Portada	SS. Semi sótano	URB. Urbanización	AP. Apartamento	CM. Camino	ED. Edificio	IN. Interior	MD. Módulo	PD. Predio	SA. Salón	SU. Suite	ZN. Zona	AS. Apartamento sótano	CH. Consultorio	EN. Entrada	KM. Kilómetro	MN. Mezzanine	PH. Pent-house	SC. Salón Comunal	TO. Torre	
Complemento dirección:	BQ. Bodega	CONJ. Conjunto	ESQ. Esquina	LC. Local	MZ. Manzana	PI. Piso	SL. Solar	TR. Terraza																																																									
AD. Administración	BQ. Bloque	CT. Carretera	ET. Etapa	LM. Local Mezzanine	OF. Oficina	PN. Puente	SM. Súper manzana	UN. Unidad																																																									
AG. Agrupación	CA. Casa	DP. Depósito	GJ. Garaje	LS. Local sótano	OS. Oficina sótano	PS. Paseo	SR. Sector	UR. Unidad residencial																																																									
AL. Altillo	CEL. Célula	DS. Depósito sótano	GS. Garaje sótano	LT. Lote	PA. Parcela	PT. Portada	SS. Semi sótano	URB. Urbanización																																																									
AP. Apartamento	CM. Camino	ED. Edificio	IN. Interior	MD. Módulo	PD. Predio	SA. Salón	SU. Suite	ZN. Zona																																																									
AS. Apartamento sótano	CH. Consultorio	EN. Entrada	KM. Kilómetro	MN. Mezzanine	PH. Pent-house	SC. Salón Comunal	TO. Torre																																																										
<p>6. Tipo de zona</p> <p>Urbana 1 Rural 2 Urbana sin dirección 3</p>			<p>7. Estrato socio - económico del predio</p> <p>Uno 1 Tres 3 Cinco 5</p> <p>Dos 2 Cuatro 4 Cero 0</p>			<p>8. Teléfono fijo de contacto:</p> <p>0</p>		<p>9. Teléfono celular de contacto:</p> <p>3123366940</p>		<p>10. Correo electrónico de contacto:</p> <p>laura.proom_2008@hotmail.com</p>		<p>11. ¿Habita en una vivienda?</p> <p>Si 1 No 2</p>																																																					
<p>12. Tipo de vivienda</p> <p>Casa o apartamento 1 Cuarto o cuartos 2 Inquilinato 3</p> <p>Vivienda móvil 4 Casa lote 5 Residencia 6</p> <p>Lugar de trabajo 7 Rancho 8 Finca 9</p> <p>Paga diario 10</p>			<p>13. Condición de la vivienda</p> <p>Ruina 1 Demolición 2 Buen estado 3 Aceptable 4 Mal Estado 5</p>		<p>14. Tenencia de la vivienda</p> <p>Propia 1 otra forma 3</p> <p>Amortizado 4 Arrendada 2</p>		<p>15. Forma de pago</p> <p>Diaria 1 Mensual 2 Quincenal 3 Semanal 4 Contributivo 5</p>		<p>16. Lugar diferente a vivienda donde habita:</p> <p>Equipamiento Urbano 1 Refugio natural 2</p>																																																								

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

Fecha de diligenciamiento: 07/04/2025
 Número de ficha: 202510374120529

Año: 2025 Localidad: 10 Proyecto: 3741 Código unidad operativa: 20529

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?	¿Transgénero masculino o transgénero femenino?	¿Cuál es su orientación sexual?	FECHA NACIMIENTO			Edad aproximada	ESTADO CIVIL	PARENTESCO (Con jefe/a del núcleo familiar)	NIVEL EDUCATIVO ACTUAL	SISTEMA DISTRITAL DE CUIDADO							¿Cuántas horas a la semana dedica a esta ocupación?	Valor de los ingresos mensuales	Forma de percibir los ingresos	Localidad donde realiza actividad principal	SALUD		DISCAPACIDAD	Grupo étnico	Pueblo indígena	VÍCTIMA DE CONFLICTO ARMADO		¿Ha recibido capacitación, formación o tiene experiencia en algún arte u oficio?	De acuerdo con la respuesta anterior ¿En qué cree que puede desempeñarse?
	NIVEL	¿Asiste actualmente?							¿Es persona cuidadora?	¿Es persona cuidada?	Niños/as de 0 a 5 años				Niños/as de 6 a 10 años	Persona con discapacidad	Persona mayor	Cuidado de casa	Actividad	Rol ocupacional	Regimen de seguridad social	Calidad del afiliado					¿Persona con discapacidad?	Tipo				¿Es víctima del conflicto armado?	Niño/a		
Tipo	Número							Día	Mes	Año																									
1	1	1033734000	1 Beltrón	1 Idel		1		1	06	1991	34	3	1	8	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	123248	2'000.000	2	10	X	1	2	SI	6	SI	SI	X
			2 Chingate	2 Ernesto	1	1								6	X	X	No	No	No	No	No	No					No	1	2	X		6	X	No aplica	
2	1	1092962036	1 Andrade	1 Laura	2	2		1	25	02	1993	32	3	2	19	SI	X	X	X	SI	SI	X	123244	1'600.000	5	10	X	1	2	SI		SI		SI	X
			2 Goffere	2 Mayerly										2	X	No	No	No	X	X	No					No	1	2	X		6	X	No aplica		
3	3	1220225461	1 Beltrón	1 Luciana	2	98		98	10	01	2018	7	1	5	7	X	SI	SI	SI	SI	SI	SI	378				X	1	1	SI		SI		SI	No
			2 Andrade	2										1	No	X	No	No	No	No	No	No				No	1	1	X		6	X	No aplica		
4	6	1243763929	1 Beltrón	1 Sony	2	98		98	14	10	2022	29	1	5	1	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	9898				X	1	1	SI		SI		SI	No
			2 Andrade	2											X	X	No	No	No	No	No	No				No	1	1	X		6	X	No aplica		
5			1	1											SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI					SI			SI		SI		SI	No	
			2	2											No	No	No	No	No	No	No	No				No			No		No		No aplica		



MUNICIPALIDAD DE SAN JOSÉ
DIRECCIÓN DE SERVICIOS SOCIALES

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

Código: FOR-PSS-321

Versión: 1

Fecha: Memo 2023015255 - 25/05/2023

Página: 6 de 6

No. Integrante	A		B	C	D	E	F	G	H			I	J	K	L M N O P Q				R	S	T	U	V	W	X		Y	Z	AA	AB	AC	AD										
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD		APELLIDOS Escriba: En el renglón 1, primer apellido En el renglón 2, segundo apellido	NOMBRES Escriba: En el renglón 1, primer nombre En el renglón 2, segundo nombre	Sexo	¿Con cuál género se identifica?	¿Transgénero masculino o transgénero femenino?	¿Cuál es su orientación sexual?	FECHA NACIMIENTO			Edad aproximada	ESTADO CIVIL	PARENTESCO (Con jefe/a del núcleo familiar)	NIVEL EDUCATIVO ACTUAL	SISTEMA DISTRITAL DE CUIDADO				¿Ajuste actualmente?	¿Es persona cuidadora?	¿Es persona de 0 a 5 años	¿Es persona de 6 a 10 años	Persona con discapacidad	Persona mayor	Cuidado de casa	Actividad	Rol ocupacional	¿Cuántas horas a la semana dedica a esta ocupación?	Valor de los ingresos mensuales	Forma de percibir los ingresos	Localidad donde realiza actividad principal	SALUD		¿Discapacidad?	Tipo	Grupo étnico	Pueblo indígena	¿Es víctima del conflicto armado?	Motivo	¿Ha recibido capacitación, formación o tiene experiencia en algún arte u oficio?	De acuerdo con la respuesta anterior ¿En qué cree que puede desempeñarse?
	Tipo	Número							NIVEL	Años aprobados	¿Ajuste actualmente?				¿Es persona de 0 a 5 años	¿Es persona de 6 a 10 años	Persona con discapacidad	Persona mayor	Cuidado de casa														Actividad	¿Cuántas horas a la semana dedica a esta ocupación?								
6			1	1											SI	SI	SI	SI	SI	SI						SI		SI		SI		SI	No									
			2	2											No	No	No	No	No	No						No		No		No		No aplica										
7			1	1											SI	SI	SI	SI	SI	SI						SI		SI		SI		SI	No									
			2	2											No	No	No	No	No	No						No		No		No		No aplica										
8			1	1											SI	SI	SI	SI	SI	SI						SI		SI		SI		SI	No									
			2	2											No	No	No	No	No	No						No		No		No		No aplica										
9			1	1											SI	SI	SI	SI	SI	SI						SI		SI		SI		SI	No									
			2	2											No	No	No	No	No	No						No		No		No		No aplica										
10			1	1											SI	SI	SI	SI	SI	SI						SI		SI		SI		SI	No									
			2	2											No	No	No	No	No	No						No		No		No		No aplica										
11			1	1											SI	SI	SI	SI	SI	SI						SI		SI		SI		SI	No									
			2	2											No	No	No	No	No	No						No		No		No		No aplica										
12			1	1											SI	SI	SI	SI	SI	SI						SI		SI		SI		SI	No									
			2	2											No	No	No	No	No	No						No		No		No		No aplica										
13			1	1											SI	SI	SI	SI	SI	SI						SI		SI		SI		SI	No									
			2	2											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 SOIS no divulgar información alguna en propósito diferente a la de este registro so pena de las sanciones legales o que haya lugar de acuerdo con la Ley 1591 de 2012 y Decreto 1377 de 2011.

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

Fecha de diligenciamiento: 17/07/2025
 Número Ficha: 2025107744120529
 Año: 2025 Localidad: 10 Proyecto: 7744 Código Unidad Operativa: 120529

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 sección L

Jardines Infantiles ☒ Jardines Infantiles Nocturnos ☐ Casas De Pensamiento Intercultural ☐ Espacios Rurales ☐

2. Escriba el nombre de la Subdirección Local – SLIS o Unidad Operativa donde se identifica la gestante, lactante, niña o el niño: Ergativo – Cafiranciado REPITOS

SECCION F. A QUIEN VA DIRIGIDA LA MODALIDAD FAMILIAR:

1. La modalidad se solicita para: Gestante... ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 ☐ 11 ☐ 12 ☐ 13 ☐ 14 ☐ 15 ☐ 16 ☐ 17 ☐ 18 ☐ 19 ☐ 20 ☐ 21 ☐ 22 ☐ 23 ☐ 24 ☐ 25 ☐ 26 ☐ 27 ☐ 28 ☐ 29 ☐ 30 ☐ 31 ☐ 32 ☐ 33 ☐ 34 ☐ 35 ☐ 36 ☐ 37 ☐ 38 ☐ 39 ☐ 40 ☐ 41 ☐ 42 ☐ 43 ☐ 44 ☐ 45 ☐ 46 ☐ 47 ☐ 48 ☐ 49 ☐ 50 ☐ 51 ☐ 52 ☐ 53 ☐ 54 ☐ 55 ☐ 56 ☐ 57 ☐ 58 ☐ 59 ☐ 60 ☐ 61 ☐ 62 ☐ 63 ☐ 64 ☐ 65 ☐ 66 ☐ 67 ☐ 68 ☐ 69 ☐ 70 ☐ 71 ☐ 72 ☐ 73 ☐ 74 ☐ 75 ☐ 76 ☐ 77 ☐ 78 ☐ 79 ☐ 80 ☐ 81 ☐ 82 ☐ 83 ☐ 84 ☐ 85 ☐ 86 ☐ 87 ☐ 88 ☐ 89 ☐ 90 ☐ 91 ☐ 92 ☐ 93 ☐ 94 ☐ 95 ☐ 96 ☐ 97 ☐ 98 ☐ 99 ☐ 100 ☐ 101 ☐ 102 ☐ 103 ☐ 104 ☐ 105 ☐ 106 ☐ 107 ☐ 108 ☐ 109 ☐ 110 ☐ 111 ☐ 112 ☐ 113 ☐ 114 ☐ 115 ☐ 116 ☐ 117 ☐ 118 ☐ 119 ☐ 120 ☐ 121 ☐ 122 ☐ 123 ☐ 124 ☐ 125 ☐ 126 ☐ 127 ☐ 128 ☐ 129 ☐ 130 ☐ 131 ☐ 132 ☐ 133 ☐ 134 ☐ 135 ☐ 136 ☐ 137 ☐ 138 ☐ 139 ☐ 140 ☐ 141 ☐ 142 ☐ 143 ☐ 144 ☐ 145 ☐ 146 ☐ 147 ☐ 148 ☐ 149 ☐ 150 ☐ 151 ☐ 152 ☐ 153 ☐ 154 ☐ 155 ☐ 156 ☐ 157 ☐ 158 ☐ 159 ☐ 160 ☐ 161 ☐ 162 ☐ 163 ☐ 164 ☐ 165 ☐ 166 ☐ 167 ☐ 168 ☐ 169 ☐ 170 ☐ 171 ☐ 172 ☐ 173 ☐ 174 ☐ 175 ☐ 176 ☐ 177 ☐ 178 ☐ 179 ☐ 180 ☐ 181 ☐ 182 ☐ 183 ☐ 184 ☐ 185 ☐ 186 ☐ 187 ☐ 188 ☐ 189 ☐ 190 ☐ 191 ☐ 192 ☐ 193 ☐ 194 ☐ 195 ☐ 196 ☐ 197 ☐ 198 ☐ 199 ☐ 200 ☐ 201 ☐ 202 ☐ 203 ☐ 204 ☐ 205 ☐ 206 ☐ 207 ☐ 208 ☐ 209 ☐ 210 ☐ 211 ☐ 212 ☐ 213 ☐ 214 ☐ 215 ☐ 216 ☐ 217 ☐ 218 ☐ 219 ☐ 220 ☐ 221 ☐ 222 ☐ 223 ☐ 224 ☐ 225 ☐ 226 ☐ 227 ☐ 228 ☐ 229 ☐ 230 ☐ 231 ☐ 232 ☐ 233 ☐ 234 ☐ 235 ☐ 236 ☐ 237 ☐ 238 ☐ 239 ☐ 240 ☐ 241 ☐ 242 ☐ 243 ☐ 244 ☐ 245 ☐ 246 ☐ 247 ☐ 248 ☐ 249 ☐ 250 ☐ 251 ☐ 252 ☐ 253 ☐ 254 ☐ 255 ☐ 256 ☐ 257 ☐ 258 ☐ 259 ☐ 260 ☐ 261 ☐ 262 ☐ 263 ☐ 264 ☐ 265 ☐ 266 ☐ 267 ☐ 268 ☐ 269 ☐ 270 ☐ 271 ☐ 272 ☐ 273 ☐ 274 ☐ 275 ☐ 276 ☐ 277 ☐ 278 ☐ 279 ☐ 280 ☐ 281 ☐ 282 ☐ 283 ☐ 284 ☐ 285 ☐ 286 ☐ 287 ☐ 288 ☐ 289 ☐ 290 ☐ 291 ☐ 292 ☐ 293 ☐ 294 ☐ 295 ☐ 296 ☐ 297 ☐ 298 ☐ 299 ☐ 300 ☐ 301 ☐ 302 ☐ 303 ☐ 304 ☐ 305 ☐ 306 ☐ 307 ☐ 308 ☐ 309 ☐ 310 ☐ 311 ☐ 312 ☐ 313 ☐ 314 ☐ 315 ☐ 316 ☐ 317 ☐ 318 ☐ 319 ☐ 320 ☐ 321 ☐ 322 ☐ 323 ☐ 324 ☐ 325 ☐ 326 ☐ 327 ☐ 328 ☐ 329 ☐ 330 ☐ 331 ☐ 332 ☐ 333 ☐ 334 ☐ 335 ☐ 336 ☐ 337 ☐ 338 ☐ 339 ☐ 340 ☐ 341 ☐ 342 ☐ 343 ☐ 344 ☐ 345 ☐ 346 ☐ 347 ☐ 348 ☐ 349 ☐ 350 ☐ 351 ☐ 352 ☐ 353 ☐ 354 ☐ 355 ☐ 356 ☐ 357 ☐ 358 ☐ 359 ☐ 360 ☐ 361 ☐ 362 ☐ 363 ☐ 364 ☐ 365 ☐ 366 ☐ 367 ☐ 368 ☐ 369 ☐ 370 ☐ 371 ☐ 372 ☐ 373 ☐ 374 ☐ 375 ☐ 376 ☐ 377 ☐ 378 ☐ 379 ☐ 380 ☐ 381 ☐ 382 ☐ 383 ☐ 384 ☐ 385 ☐ 386 ☐ 387 ☐ 388 ☐ 389 ☐ 390 ☐ 391 ☐ 392 ☐ 393 ☐ 394 ☐ 395 ☐ 396 ☐ 397 ☐ 398 ☐ 399 ☐ 400 ☐ 401 ☐ 402 ☐ 403 ☐ 404 ☐ 405 ☐ 406 ☐ 407 ☐ 408 ☐ 409 ☐ 410 ☐ 411 ☐ 412 ☐ 413 ☐ 414 ☐ 415 ☐ 416 ☐ 417 ☐ 418 ☐ 419 ☐ 420 ☐ 421 ☐ 422 ☐ 423 ☐ 424 ☐ 425 ☐ 426 ☐ 427 ☐ 428 ☐ 429 ☐ 430 ☐ 431 ☐ 432 ☐ 433 ☐ 434 ☐ 435 ☐ 436 ☐ 437 ☐ 438 ☐ 439 ☐ 440 ☐ 441 ☐ 442 ☐ 443 ☐ 444 ☐ 445 ☐ 446 ☐ 447 ☐ 448 ☐ 449 ☐ 450 ☐ 451 ☐ 452 ☐ 453 ☐ 454 ☐ 455 ☐ 456 ☐ 457 ☐ 458 ☐ 459 ☐ 460 ☐ 461 ☐ 462 ☐ 463 ☐ 464 ☐ 465 ☐ 466 ☐ 467 ☐ 468 ☐ 469 ☐ 470 ☐ 471 ☐ 472 ☐ 473 ☐ 474 ☐ 475 ☐ 476 ☐ 477 ☐ 478 ☐ 479 ☐ 480 ☐ 481 ☐ 482 ☐ 483 ☐ 484 ☐ 485 ☐ 486 ☐ 487 ☐ 488 ☐ 489 ☐ 490 ☐ 491 ☐ 492 ☐ 493 ☐ 494 ☐ 495 ☐ 496 ☐ 497 ☐ 498 ☐ 499 ☐ 500 ☐ 501 ☐ 502 ☐ 503 ☐ 504 ☐ 505 ☐ 506 ☐ 507 ☐ 508 ☐ 509 ☐ 510 ☐ 511 ☐ 512 ☐ 513 ☐ 514 ☐ 515 ☐ 516 ☐ 517 ☐ 518 ☐ 519 ☐ 520 ☐ 521 ☐ 522 ☐ 523 ☐ 524 ☐ 525 ☐ 526 ☐ 527 ☐ 528 ☐ 529 ☐ 530 ☐ 531 ☐ 532 ☐ 533 ☐ 534 ☐ 535 ☐ 536 ☐ 537 ☐ 538 ☐ 539 ☐ 540 ☐ 541 ☐ 542 ☐ 543 ☐ 544 ☐ 545 ☐ 546 ☐ 547 ☐ 548 ☐ 549 ☐ 550 ☐ 551 ☐ 552 ☐ 553 ☐ 554 ☐ 555 ☐ 556 ☐ 557 ☐ 558 ☐ 559 ☐ 560 ☐ 561 ☐ 562 ☐ 563 ☐ 564 ☐ 565 ☐ 566 ☐ 567 ☐ 568 ☐ 569 ☐ 570 ☐ 571 ☐ 572 ☐ 573 ☐ 574 ☐ 575 ☐ 576 ☐ 577 ☐ 578 ☐ 579 ☐ 580 ☐ 581 ☐ 582 ☐ 583 ☐ 584 ☐ 585 ☐ 586 ☐ 587 ☐ 588 ☐ 589 ☐ 590 ☐ 591 ☐ 592 ☐ 593 ☐ 594 ☐ 595 ☐ 596 ☐ 597 ☐ 598 ☐ 599 ☐ 600 ☐ 601 ☐ 602 ☐ 603 ☐ 604 ☐ 605 ☐ 606 ☐ 607 ☐ 608 ☐ 609 ☐ 610 ☐ 611 ☐ 612 ☐ 613 ☐ 614 ☐ 615 ☐ 616 ☐ 617 ☐ 618 ☐ 619 ☐ 620 ☐ 621 ☐ 622 ☐ 623 ☐ 624 ☐ 625 ☐ 626 ☐ 627 ☐ 628 ☐ 629 ☐ 630 ☐ 631 ☐ 632 ☐ 633 ☐ 634 ☐ 635 ☐ 636 ☐ 637 ☐ 638 ☐ 639 ☐ 640 ☐ 641 ☐ 642 ☐ 643 ☐ 644 ☐ 645 ☐ 646 ☐ 647 ☐ 648 ☐ 649 ☐ 650 ☐ 651 ☐ 652 ☐ 653 ☐ 654 ☐ 655 ☐ 656 ☐ 657 ☐ 658 ☐ 659 ☐ 660 ☐ 661 ☐ 662 ☐ 663 ☐ 664 ☐ 665 ☐ 666 ☐ 667 ☐ 668 ☐ 669 ☐ 670 ☐ 671 ☐ 672 ☐ 673 ☐ 674 ☐ 675 ☐ 676 ☐ 677 ☐ 678 ☐ 679 ☐ 680 ☐ 681 ☐ 682 ☐ 683 ☐ 684 ☐ 685 ☐ 686 ☐ 687 ☐ 688 ☐ 689 ☐ 690 ☐ 691 ☐ 692 ☐ 693 ☐ 694 ☐ 695 ☐ 696 ☐ 697 ☐ 698 ☐ 699 ☐ 700 ☐ 701 ☐ 702 ☐ 703 ☐ 704 ☐ 705 ☐ 706 ☐ 707 ☐ 708 ☐ 709 ☐ 710 ☐ 711 ☐ 712 ☐ 713 ☐ 714 ☐ 715 ☐ 716 ☐ 717 ☐ 718 ☐ 719 ☐ 720 ☐ 721 ☐ 722 ☐ 723 ☐ 724 ☐ 725 ☐ 726 ☐ 727 ☐ 728 ☐ 729 ☐ 730 ☐ 731 ☐ 732 ☐ 733 ☐ 734 ☐ 735 ☐ 736 ☐ 737 ☐ 738 ☐ 739 ☐ 740 ☐ 741 ☐ 742 ☐ 743 ☐ 744 ☐ 745 ☐ 746 ☐ 747 ☐ 748 ☐ 749 ☐ 750 ☐ 751 ☐ 752 ☐ 753 ☐ 754 ☐ 755 ☐ 756 ☐ 757 ☐ 758 ☐ 759 ☐ 760 ☐ 761 ☐ 762 ☐ 763 ☐ 764 ☐ 765 ☐ 766 ☐ 767 ☐ 768 ☐ 769 ☐ 770 ☐ 771 ☐ 772 ☐ 773 ☐ 774 ☐ 775 ☐ 776 ☐ 777 ☐ 778 ☐ 779 ☐ 780 ☐ 781 ☐ 782 ☐ 783 ☐ 784 ☐ 785 ☐ 786 ☐ 787 ☐ 788 ☐ 789 ☐ 790 ☐ 791 ☐ 792 ☐ 793 ☐ 794 ☐ 795 ☐ 796 ☐ 797 ☐ 798 ☐ 799 ☐ 800 ☐ 801 ☐ 802 ☐ 803 ☐ 804 ☐ 805 ☐ 806 ☐ 807 ☐ 808 ☐ 809 ☐ 810 ☐ 811 ☐ 812 ☐ 813 ☐ 814 ☐ 815 ☐ 816 ☐ 817 ☐ 818 ☐ 819 ☐ 820 ☐ 821 ☐ 822 ☐ 823 ☐ 824 ☐ 825 ☐ 826 ☐ 827 ☐ 828 ☐ 829 ☐ 830 ☐ 831 ☐ 832 ☐ 833 ☐ 834 ☐ 835 ☐ 836 ☐ 837 ☐ 838 ☐ 839 ☐ 840 ☐ 841 ☐ 842 ☐ 843 ☐ 844 ☐ 845 ☐ 846 ☐ 847 ☐ 848 ☐ 849 ☐ 850 ☐ 851 ☐ 852 ☐ 853 ☐ 854 ☐ 855 ☐ 856 ☐ 857 ☐ 858 ☐ 859 ☐ 860 ☐ 861 ☐ 862 ☐ 863 ☐ 864 ☐ 865 ☐ 866 ☐ 867 ☐ 868 ☐ 869 ☐ 870 ☐ 871 ☐ 872 ☐ 873 ☐ 874 ☐ 875 ☐ 876 ☐ 877 ☐ 878 ☐ 879 ☐ 880 ☐ 881 ☐ 882 ☐ 883 ☐ 884 ☐ 885 ☐ 886 ☐ 887 ☐ 888 ☐ 889 ☐ 890 ☐ 891 ☐ 892 ☐ 893 ☐ 894 ☐ 895 ☐ 896 ☐ 897 ☐ 898 ☐ 899 ☐ 900 ☐ 901 ☐ 902 ☐ 903 ☐ 904 ☐ 905 ☐ 906 ☐ 907 ☐ 908 ☐ 909 ☐ 910 ☐ 911 ☐ 912 ☐ 913 ☐ 914 ☐ 915 ☐ 916 ☐ 917 ☐ 918 ☐ 919 ☐ 920 ☐ 921 ☐ 922 ☐ 923 ☐ 924 ☐ 925 ☐ 926 ☐ 927 ☐ 928 ☐ 929 ☐ 930 ☐ 931 ☐ 932 ☐ 933 ☐ 934 ☐ 935 ☐ 936 ☐ 937 ☐ 938 ☐ 939 ☐ 940 ☐ 941 ☐ 942 ☐ 943 ☐ 944 ☐ 945 ☐ 946 ☐ 947 ☐ 948 ☐ 949 ☐ 950 ☐ 951 ☐ 952 ☐ 953 ☐ 954 ☐ 955 ☐ 956 ☐ 957 ☐ 958 ☐ 959 ☐ 960 ☐ 961 ☐ 962 ☐ 963 ☐ 964 ☐ 965 ☐ 966 ☐ 967 ☐ 968 ☐ 969 ☐ 970 ☐ 971 ☐ 972 ☐ 973 ☐ 974 ☐ 975 ☐ 976 ☐ 977 ☐ 978 ☐ 979 ☐ 980 ☐ 981 ☐ 982 ☐ 983 ☐ 984 ☐ 985 ☐ 986 ☐ 987 ☐ 988 ☐ 989 ☐ 990 ☐ 991 ☐ 992 ☐ 993 ☐ 994 ☐ 995 ☐ 996 ☐ 997 ☐ 998 ☐ 999 ☐ 1000 ☐ 1001 ☐ 1002 ☐ 1003 ☐ 1004 ☐ 1005 ☐ 1006 ☐ 1007 ☐ 1008 ☐ 1009 ☐ 1010 ☐ 1011 ☐ 1012 ☐ 1013 ☐ 1014 ☐ 1015 ☐ 1016 ☐ 1017 ☐ 1018 ☐ 1019 ☐ 1020 ☐ 1021 ☐ 1022 ☐ 1023 ☐ 1024 ☐ 1025 ☐ 1026 ☐ 1027 ☐ 1028 ☐ 1029 ☐ 1030 ☐ 1031 ☐ 1032 ☐ 1033 ☐ 1034 ☐ 1035 ☐ 1036 ☐ 1037 ☐ 1038 ☐ 1039 ☐ 1040 ☐ 1041 ☐ 1042 ☐ 1043 ☐ 1044 ☐ 1045 ☐ 1046 ☐ 1047 ☐ 1048 ☐ 1049 ☐ 1050 ☐ 1051 ☐ 1052 ☐ 1053 ☐ 1054 ☐ 1055 ☐ 1056 ☐ 1057 ☐ 1058 ☐ 1059 ☐ 1060 ☐ 1061 ☐ 1062 ☐ 1063 ☐ 1064 ☐ 1065 ☐ 1066 ☐ 1067 ☐ 1068 ☐ 1069 ☐ 1070 ☐ 1071 ☐ 1072 ☐ 1073 ☐ 1074 ☐ 1075 ☐ 1076 ☐ 1077 ☐ 1078 ☐ 1079 ☐ 1080 ☐ 1081 ☐ 1082 ☐ 1083 ☐ 1084 ☐ 1085 ☐ 1086 ☐ 1087 ☐ 1088 ☐ 1089 ☐ 1090 ☐ 1091 ☐ 1092 ☐ 1093 ☐ 1094 ☐ 1095 ☐ 1096 ☐ 1097 ☐ 1098 ☐ 1099 ☐ 1100 ☐ 1101 ☐ 1102 ☐ 1103 ☐ 1104 ☐ 1105 ☐ 1106 ☐ 1107 ☐ 1108 ☐ 1109 ☐ 1110 ☐ 1111 ☐ 1112 ☐ 1113 ☐ 1114 ☐ 1115 ☐ 1116 ☐ 1117 ☐ 1118 ☐ 1119 ☐ 1120 ☐ 1121 ☐ 1122 ☐ 1123 ☐ 1124 ☐ 1125 ☐ 1126 ☐ 1127 ☐ 1128 ☐ 1129 ☐ 1130 ☐ 1131 ☐ 1132 ☐ 1133 ☐ 1134 ☐ 1135 ☐ 1136 ☐ 1137 ☐ 1138 ☐ 1139 ☐ 1140 ☐ 1141 ☐ 1142 ☐ 1143 ☐ 1144 ☐ 1145 ☐ 1146

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

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

1. ¿Dónde fue atendido el parto de la niña o niño? Hospital ☒ Casa ☒ Ambulancia ☐ Centro de salud ☐ Espacio público ☐		2. Quién atendió el nacimiento de la niña o el niño? Médico ☒ Partera/doula ☐ Enfermera ☐ Personal no médico ☐		3. ¿El primer contacto piel a piel con su hijo-a, después de nacer, fue?: 1/2 hora o antes ☒ 2 horas ☐ 1 hora ☐ Más de 4 horas ☐		4. ¿En qué semana de gestación nació su hijo-a?: 37 Semanas DATO VALIDO ENTRE 22 Y 42		5. ¿Cuál fue el peso de su hijo-a al nacer?: 2850 Gramos DATO VALIDO ENTRE 450 Y 6000		6. ¿Cuál fue la talla de su hijo-a al nacer?: 49 Centímetros DATO VALIDO ENTRE 22 Y 85			
7. La niña o el niño recibió leche materna alguna vez? SI ☒ No ☐ Pase a la pregunta 13		8. ¿Después de cuánto tiempo de nacido su hijo-a inició la lactancia materna?: Inmediatamente ☒ Menos de 24 horas ☐ Menos de 1 hora ☐ Más de 24 horas ☐ No sabe/no responde ☐		9. ¿Actualmente el niño-a recibe leche materna?: SI ☐ No ☒ Pase a la pregunta 12		10. La niña o el niño recibe algún alimento diferente a la leche materna?: SI ☐ No ☐ Pase a la pregunta 13		11. ¿Qué edad tenía su hijo-a cuando recibió un alimento diferente a la leche materna?: Meses ☐ Pase a la pregunta 17					
12. ¿Qué edad tenía su hijo-a cuando dejó de darle leche materna completamente?: 11 Meses		13. ¿Asiste a valoración integral de la salud y el desarrollo (crecimiento y desarrollo)? SI ☒ No ☐ Pase a la pregunta 15		14. ¿Fecha del último control?: 03/03/2023 Pase a la pregunta 15		15. Por qué la niña o el niño no ha asistido a valoración integral de la salud y el desarrollo? Dificultad en la asignación de la cita ☐ Sin servicio de salud ☐ Desconocimiento ☐ Falta de tiempo ☐		16. ¿La niña o el niño, cuenta con el esquema de vacunación al día?: SI ☒ No ☐ Pase a la pregunta 18		17. ¿Por qué la niña o el niño no cuenta con el esquema de vacunación al día?: Creencias religiosas o culturales ☐ Olvido ☐ Pérdida del carné ☐ Desconocimiento ☐ Falta de tiempo ☐			
19. ¿La condición de salud de la niña o el niño, implica?: (Selección múltiple) Uso de oxígeno durante el sueño ☐ Alimentación por sonda ☐ Procedimientos invasivos ☐ Toma de medicamentos ☐ Condiciones osteomusculares ☐ Uso de oxígeno permanente ☐ Traqueotomía ☐ Inmunodeficiencia ☐ Alteraciones en la piel ☐ Ninguno de los anteriores ☒		20. ¿La condición de salud de la niña o el niño pone en riesgo su vida al ingresar al entorno institucional? SI ☐ Requiere verificación ☐ No ☒		21. ¿Actualmente, el padre, la madre o el cuidador de la niña o el niño presenta alguna de las siguientes condiciones?: (Selección múltiple) Habitabilidad en calle ☐ Realiza actividades sexuales pagas ☐ Ninguna ☒ Consumo de sustancias psicoactivas ☐		22. ¿Actualmente, la niña o el niño se encuentra expuesto a condiciones de?: (Selección múltiple) Habitabilidad en calle ☐ Espacios donde se desarrollan actividades sexuales pagas ☐ Consumo de sustancias psicoactivas ☐ Trabajo infantil ☐ Mendicidad ☐ Ninguna ☒		23. El padre o madre de la niña o niño es?: (Selección múltiple) Desmovilizado ☐ Militar con discapacidad ☐ Ninguna de las anteriores ☒ Desvinculado ☐ Militar fallecido ☐		24. El padre o madre de la niña o el niño trabaja en rectilínea? SI ☐ No ☒			
25. ¿Ha presentado solicitud de ingreso a?: (Selección múltiple) Jardín infantil Diurno ☐ Casas de pensamiento interculturales ☐ Hogar comunitario ICBF ☐ Institución privada ☐ Jardín infantil Nocturno ☐ Creemos en la ruralidad o espacios rurales ☐ Hogar infantil ICBF ☐ Institución Educativa distrital ☐ Creciendo juntos ☐ Centros Amar ☐ FAM del ICBF ☐ Ninguna ☒		26. ¿Actualmente, el niño o la niña recibe atención en?: Jardín infantil Diurno ☐ Casas de pensamiento interculturales ☐ Hogar comunitario ICBF ☐ Institución privada ☐ Jardín infantil Nocturno ☐ Creemos en la ruralidad o espacios rurales ☐ Hogar infantil ICBF ☐ Institución Educativa distrital ☐ Creciendo juntos ☐ Centros Amar ☐ FAM del ICBF ☐ Ninguna ☒		27. ¿Ha estado vinculado a modalidades familiares o institucionales de Educación inicial de la SDIS?: SI ☐ No ☒ Pase a la pregunta 29		28. ¿En qué localidad?: Usaquén ☐ Santa fe ☐ Usme ☐ Bosa ☐ Fontibón ☐ Suba ☐ Teusaquillo ☐ Antonio Nariño ☐ La Candelaria ☐ Ciudad Bolívar ☐ Chapinero ☐ San Cristóbal ☐ Tunjuelito ☐ Kennedy ☐ Engativá ☐ Barrios Unidos ☐ Los Mártires ☐ Puente Aranda ☐ Rafael Uribe ☐ Sumapaz ☐		29. ¿Cuál es el principal motivo por el que solicitó el servicio?: Nuevas oportunidades para su calidad de vida ☐ Superar condiciones de segregación y discriminación ☐ Desarrollo integral para su hijo-a ☒ Responde a las necesidades de la niña-o y su familia ☐ Fortalecimiento cultural ☐ Cuidado de su hijo o hija mientras trabaja ☐		30. ¿Considera importante fortalecer sus conocimientos sobre crianza y desarrollo integral de su hijo-hija?: SI ☒ No ☐		31. La niña o niño presenta desnutrición aguda moderada o severa verificada por un nutricionista de la Subdirección Local de acuerdo con la resolución 2465 de 2016 del Ministerio de Salud y Protección Social SI ☐ No ☒	

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

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

1. ¿La niña o el niño en algún momento queda sólo-a?: Sí... ☐ 1 No... ☒ 2 <i>Pase a la pregunta 4</i>	2. ¿En qué momento: Mañana... ☐ 1 Tarde... ☐ 2 Noche... ☐ 3	3. ¿Cuánto tiempo queda sólo-a?: Menos de una (1) hora... ☐ 1 Entre 1 y 3 horas... ☐ 2 Más de tres (3) horas... ☐ 3	4. ¿Quién es el cuidador principal de la niña o el niño: Papá... ☐ 1 Madrastra... ☐ 4 Abuelo-a... ☐ 7 Mamá... ☒ 2 Hermano-a... ☐ 5 Otro pariente... ☐ 8 Padrastro... ☐ 3 Tío-a... ☐ 6 Otro No pariente... ☐ 9	5. ¿Quién cuida a la niña o al niño en la mañana?: Papá... ☐ 1 Hermano-a... ☐ 5 Otro pariente... ☐ 8 Mamá... ☐ 2 Tío-a... ☐ 6 Otro No pariente... ☒ 9 Padrastro... ☐ 3 Abuelo-a... ☐ 7 Nadie... ☐ 10 Madrastra... ☐ 4	6. ¿Quién cuida a la niña o al niño en la tarde?: Papá... ☐ 1 Hermano-a... ☐ 5 Otro pariente... ☐ 8 Mamá... ☒ 2 Tío-a... ☐ 6 Otro No pariente... ☐ 9 Padrastro... ☐ 3 Abuelo-a... ☐ 7 Nadie... ☐ 10 Madrastra... ☐ 4
7. ¿Quién cuida a la niña o al niño en la noche?: Papá... ☐ 1 Hermano-a... ☐ 5 Otro pariente... ☐ 8 Mamá... ☒ 2 Tío-a... ☐ 6 Otro No pariente... ☐ 9 Padrastro... ☐ 3 Abuelo-a... ☐ 7 Nadie... ☐ 10 Madrastra... ☐ 4	8. ¿Cuál es la edad en años del cuidador o la cuidadora principal?: <u>32</u>	9. ¿Cuál es el sexo del cuidador o cuidadora principal?: Hombre... ☐ 1 Mujer... ☒ 2 Intersexual... ☐ 3	10. ¿Cuál es el género del cuidador o la cuidadora principal?: Masculino... ☐ 1 Transgénero... ☐ 3 No binario... ☐ 5 Femenino... ☒ 2 No informa... ☐ 4 No aplica... ☐ 98	11. ¿Cuál es la orientación sexual del cuidador o la cuidadora principal?: Heterosexual... ☒ 1 Lesbiana... ☐ 5 Bisexual... ☐ 3 Gay... ☐ 6 No informa... ☐ 4 No aplica... ☐ 98	12. Nivel educativo actual del cuidador o la cuidadora principal: Básica primaria... ☐ 7 Universitaria incompleta (sin título)... ☐ 21 Básica secundaria y media... ☐ 8 Universitaria completa (con título)... ☐ 12 Ninguno... ☐ 93 Técnico... ☐ 18 Postgrado incompleto (sin título)... ☐ 22 Tecnológico... ☒ 19 Postgrado completo (con título)... ☐ 15
13. A qué se dedica el cuidador o la cuidadora principal? Estudia... ☐ 1 Trabaja... ☒ 2 Otro... ☐ 3 ¿Cuál?:	14. En qué momento (selección múltiple): Mañana... ☒ 1 Tarde... ☐ 2 Noche... ☐ 3	15. El cuidador o la cuidadora principal presenta una discapacidad?: Sí... ☐ 1 No... ☒ 2	16. El cuidador o la cuidadora principal presenta una enfermedad de alto costo: Sí... ☐ 1 No... ☒ 2	17. Tipo de documento de identidad del cuidador o la cuidadora principal: Cédula de ciudadanía... ☒ 1 Registro civil... ☐ 6 PPT... ☐ 21 Cédula de extranjería... ☐ 2 Pasaporte... ☐ 13 Salvo conducto... ☐ 9 Tarjeta de identidad... ☐ 3 PEP... ☐ 18 Sin identificación... ☐ 8	18. Número de documento de identidad del cuidador o la cuidadora principal: <u>1072962036</u>
Nombres y apellidos del cuidador o la cuidadora principal (según documento de identidad): 19. Primer Apellido: <u>Andrade</u> 20. Segundo Apellido: <u>Gutiérrez</u> 21. Primer Nombre: <u>Laura</u> 22. Segundo Nombre: <u>Mayerly</u>					
23. ¿La niña-niño se encuentra bajo medida de protección legal?: Sí... ☐ 1 No... ☒ 2 24. ¿El niño o la niña ha estado bajo medida de protección legal?: Sí... ☐ 1 No... ☒ 2 <i>Pase a sección K</i> 25. ¿En qué fecha el niño o la niña tuvo la medida de protección legal?: <u>D D M M A A A</u>					

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

1. La niña, niño o gestante habita en: Centro Poblado... ☐ 1 Rural disperso... ☒ 2	2. La familia de la niña o el niño o la gestante a partir de sus prácticas culturales se reconoce como: Campesino/a... ☐ 1 Rural... ☒ 2 <i>pase a la sección L</i>	3. ¿Para la familia de la niña o el niño o gestante es importante mantener las tradiciones de su identidad campesina en la crianza de su hijo o hija?: Sí... ☐ 1 No... ☐ 2	4. ¿La familia de la niña o el niño o gestante conserva tradiciones campesinas?: Sí... ☐ 1 No... ☐ 2	5. ¿Para la familia es importante conservar las tradiciones campesinas, en su vida cotidiana?: Sí... ☐ 1 No... ☐ 2
--	--	---	---	---

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

1. ¿El niño, la niña, la persona gestante habla la lengua del grupo étnico al que pertenece?: Sí... ☐ 1 No... ☒ 2	3. ¿Para la familia es importante que en la atención se conserven las tradiciones del grupo étnico al que pertenece?: Sí... ☐ 1 No... ☐ 2
2. ¿El niño o la niña, la persona gestante, conserva tradiciones del grupo étnico al que pertenece?: Sí... ☐ 1 No... ☐ 2 <i>Pase a sección H</i>	4. ¿Para la familia es importante conservar en su vida cotidiana las tradiciones del grupo étnico al que pertenece?: Sí... ☐ 1 No... ☐ 2

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

1. 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... ☐ INTELLECTUAL Síndrome de Down... ☐ Intelectual... ☐ FISICA Osteomuscular... ☐ Neuromuscular... ☐ Parálisis cerebral (EMOC)... ☐ PSICOSOCIAL Psicosocial... ☐	2. Tiene diagnóstico clínico relacionado con la discapacidad?: Sí... ☐ 1 No... ☒ 2 <i>Pase a la pregunta 5</i>	3. Cuenta con el certificado de discapacidad?: Sí... ☐ 1 No... ☒ 2 <i>Pase a la pregunta 6</i>	4. La niña o el niño está inscrito en el RLCPD?: Sí... ☐ 1 No... ☒ 2	5. Requiere ayuda técnica para las actividades de la vida diaria?: Sí... ☐ 1 No... ☒ 2 <i>Pase a la pregunta 7</i>	6. Cuenta con ella?: Sí... ☐ 1 No... ☒ 2	7. Es independiente para el desplazamiento?: Sí... ☐ 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? Sí... ☐ 1 No... ☒ 2 <i>Pase a la sección N</i>	10. De qué tipo: Fonoaudiología... ☐ 1 Fisioterapia... ☐ 2 Terapia ocupacional... ☐ 3 Neurología... ☐ 4 Otro... ☐ 5 -cuál?						

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

SECCIÓN N. DESCRIPCIÓN Y REFERENCIACIÓN:

<p>1. Descripción de la problemática:</p> <p>Hogar familiar nuclear donde la madre solicita cupo para su hijo porque afirma que el pediatra se lo recomendó para fortalecer su comunicación, dice que también porque le queda cerca a su casa. Informa que los jardines privados no le dan confianza, la madre trabaja como asesora y cuida a su hijo con una conocida pero la mayor parte del tiempo está con ella y su padre quien trabaja como auxiliar operativo.</p>	<p>2. Concepto técnico:</p> <p>El jardín infantil ofrece a la niña un cuidado calificado con profesionales que aportan a su desarrollo integral. Familia con fragilidad baja al dejar cuidado y apoyo en su desarrollo para su hijo</p>	<p>3. Acciones a seguir:</p> <p>Ingreso prioritario: ☐ 1 ☒ 2 ☐ 3</p> <p>Lista de espera - Cumple criterios de ingreso: ☐ 1 ☒ 2 ☐ 3</p> <p>No cumple criterios de ingreso: ☐ 1 ☒ 2 ☐ 3</p> <p>4. ¿Requiere visita domiciliar? - Si... ☐ 1 No... ☒ 2 ☐ 3 <i>Pase a la pregunta 5</i></p> <p>Motivo: Verificación de las condiciones socio familiares: - Si... ☐ 1 - No... ☒ 2</p> <p>Verificación otras condiciones: - Si... ☐ 1 - No... ☒ 2</p> <p>5. La modalidad en el que se atenderá la niña, el niño, persona gestante o lactante se encuentra en convenio interadministrativo con (selección múltiple):</p> <p>SED ☐ 1 ICBF ☐ 2 Ninguno de los anteriores ☒ 3</p> <p>6. La unidad operativa ofrece nivel pre jardín o jardín porque se encuentra en una UPZ deficitaria para la SED?</p> <p>- Si... ☐ 1 - No... ☒ 2 ☐ 3 <i>No oferta niveles</i></p> <p>7. Referenciación a un proyecto SDIS: - Si... ☐ 1 - No... ☒ 2 <i>Pase a la pregunta 8</i></p> <p>Integrante: _____ Proyecto: _____ Modalidad: _____</p> <p>Integrante: _____ Proyecto: _____ Modalidad: _____</p> <p>Integrante: _____ Proyecto: _____ Modalidad: _____</p> <p>Integrante: _____ Proyecto: _____ Modalidad: _____</p> <p>8. Referenciación a otra entidad: - Si... ☐ 1 - No... ☒ 2 <i>Finalice</i></p> <p>Integrante: _____ ¿Cuál?: _____</p> <p>Integrante: _____ ¿Cuál?: _____</p> <p>Integrante: _____ ¿Cuál?: _____</p> <p>Integrante: _____ ¿Cuál?: _____</p>
<p>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</p> <p>MATERNAL ☐ CAMINADORES ☐ PARVULOS ☒ PREJARDIN ☐ JARDIN ☐</p> <p>De acuerdo con la oferta institucional de su momento, indique si ingresa a atención presencial o algún esquema de atención flexible.</p> <p>ATENCIÓN PRESENCIAL ☒ ALTERNANCIA: ☐ EJ EN CASA ☐ MULTIMODAL ☐</p>		

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.033.734.000

BELTRAN CHINGATE

APELLIDOS

FIDEL ERNESTO

NOMBRES

Fidel Beltrán Chingate

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 04-JUN-1991

BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.67

ESTATURA

O+

G.S. RH

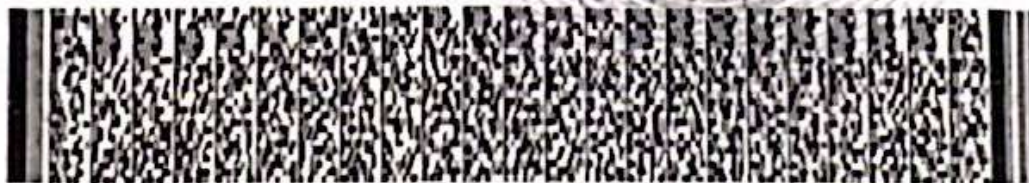
M

SEXO

06-JUN-2009 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sánchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



P-1500150-00165050-M-1033734000-20090730

0014189809A 3

29050895

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.072.962.036

ANDRADE GUTIERREZ

APELLIDOS

LAURA MAYERLY

NOMBRES

Mayerly Andrade

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 25-FEB-1993

ANAPOIMA
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.73

ESTATURA

A+

G.S. RH

F

SEXO

15-MAR-2011 ANAPOIMA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ANIEL SUAREZ TORRES



A-1500150-00750567-F-1072962036-20150923

0046610298A 1

1503592767

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO 1.220.225.461
BELTRAN ANDRADE

APELLIDOS
LUCIANA

NOMBRES

Luciana Beltrán

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 10-ENE-2018

BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

10-ENE-2036

FECHA DE VENCIMIENTO

A+

F

G S RH

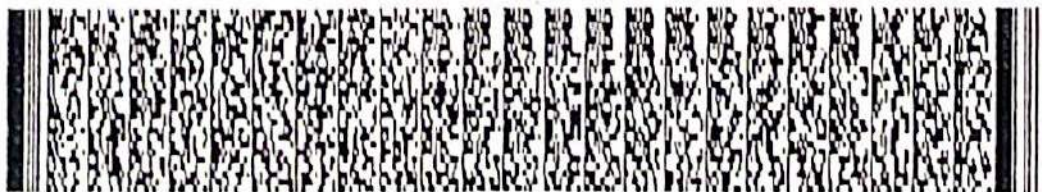
SEXO

07-FEB-2025 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
HERNÁN PENAGOS GIRALDO

ÍNDICE DERECHO



P-1500150-01496165-F-1220225461-20250227

0144133155A 2

8514436546

REGISTRO CIVIL
FIRMADO DIGITALMENTE



Adhesivo Códice
Registro Civil
32319343-7

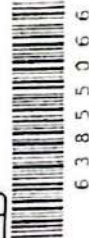
ORGANIZACIÓN ELECTORAL
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
DIRECCIÓN NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

NUIP 1243763929

REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO

Indicativo
Serial

63855066



Datos de la oficina de registro - Clase de oficina
Registraduría ☒ Notaría ☐ Número ☐ Consulado ☐ Concesionario ☐ Inspección de Policía ☐ Código A 7 G

País - Departamento - Municipio - Corregimiento o Inspección de Policía
COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTÁ D.C. CHAPINERO-CLINICA COLSUBSIDIO CALLE 94 EPS FAMISANAR S.A.S.

Datos del inscrito
Primer Apellido BELTRAN Segundo Apellido ANDRADE
Nombre(s) SARA
Fecha de nacimiento Año 2 0 2 2 Mes O C T Día 1 4 Sexo (en letras) FEMENINO Grupo sanguíneo O Factor Hb POSITIVO
Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento o Inspección de Policía)
COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTÁ D.C.

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO Número certificado de nacido vivo 22102510142183

Datos de madre o padre (Para casos de uniones indígenas con línea matrimonial o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indique los declarantes para el primer apellido del nacido)
Apellidos y nombres completos ANDRADE GUTIERREZ LAURA MAYERLY
Documento de identificación (Clase y número) CC No. 1072962036 Nacionalidad COLOMBIA

Datos de padre o madre (Para casos de uniones indígenas con línea matrimonial o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indique los declarantes para el segundo apellido del inscrito)
Apellidos y nombres completos BELTRAN CHINGATE FIDEL ERNESTO
Documento de identificación (Clase y número) CC No. 1033734000 Nacionalidad COLOMBIA

Datos del declarante
Apellidos y nombres completos BELTRAN CHINGATE FIDEL ERNESTO
Documento de identificación (Clase y número) CC No. 1033734000 Firma

Datos primer testigo
Apellidos y nombres completos
Documento de identificación (Clase y número) Firma

Datos segundo testigo
Apellidos y nombres completos
Documento de identificación (Clase y número) Firma

Fecha de inscripción Año 2 0 2 2 Mes O C T Día 1 8 Nombre y firma del funcionario que autoriza JORGE LUIS DANGOND AGUANCHÁ

Reconocimiento paterno Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento JORGE LUIS DANGOND AGUANCHÁ

ESPACIO PARA NOTAS
LIBRO DE VARIOS FOLIO 1493; OTRO SE OMITEN IMPRESIONES PLANTARES DEL INSCRITO DE ACUERDO CIRCULAR NO.084 01/SEP/2020; OTRO CN - RUAF, 18/10/2022

NÚMERO DE PREPARACIÓN 111144012

**CERTIFICA QUE:**

El(La) Señor(a) SARA BELTRAN ANDRADE identificado(a) con RC. 1243763929 se encuentra afiliado(a) a la EPS en condición de BENEFICIARIO del Régimen Subsidiado.

Fecha de Activación de Servicios:	2022/10/14
Estado de la Afiliación:	ACTIVO
IPS:	CENTRO MEDICO COLSUBSIDIO CALLE 26
Categoría:	SISBEN-2

La presente certificación se expide a solicitud del (de la) interesado(a) en Bogotá para **QUIEN INTERESE**, a los 16 días del mes de 07 del año 2025.

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

Observaciones:

NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,

Fredy Alexander Caicedo Sierra
Director Operaciones Comerciales
EPS FAMISANAR S.A.S.

Scanned with
 CamScanner

	PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES		Código: FOR-PSS-743
	FORMATO REGISTRO DE DILIGENCIAMIENTO DE FICHA SIRBE EN FÍSICO		Versión: 0
			Fecha: Memo I2024000787 - 12/01/2024
			Página: 1 de 1
LOCALIDAD 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 # 51.954.089	
NOMBRE SOLICITANTE / BENEFICIARIO <u>Sara Beltran Andrade</u>	DOCUMENTO DE IDENTIDAD CC CE OTRO X CUAL? <u>CC</u>	Número # <u>1243763.929</u>	
FECHA DE ENTREGA PARA DIGITACIÓN: <u>24/07/2025</u>	NOMBRE DEL DIGITADOR AL QUE SE ENTREGA LA FICHA: <u>Diana Ramirez</u>		

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

Fecha de diligenciamiento:

22/07/2023

Número de ficha

2025107744120529

Año

Localidad

Proyecto

Código unidad operativa

SECCIÓN A. VARIABLES BÁSICAS

1. Primer Apellido, según su documento de identidad: CAICEDO		2. Segundo Apellido, según su documento de identidad: CELIS		3. Primer Nombre, según su documento de identidad: EMILY		4. Segundo Nombre, según su documento de identidad: VICOL	
5. ¿Con cuál género se identifica? * (Esta pregunta aplica solo a personas mayores de 14 años): Masculino ☐ Femenino ☒ Transgénero ☐ (Transatl, transsexual, transconformista) No binario ☐ No informa ☐ No Aplica ☒		6. Nombre Identitario * (Esta pregunta aplica solo a personas mayores de 14 años y que hayan marcado la opción 3 de la pregunta 5): _____		7. ¿Se identifica como persona transgénero femenina o transgénero masculino? * (Esta pregunta aplica solo a personas mayores de 14 años y que hayan marcado la opción 3 de la pregunta 5): Transgénero Masculino ☐ Transgénero Femenina ☒		8. ¿Cuál es su orientación sexual? * (Esta pregunta aplica solo a personas mayores de 14 años): Heterosexual ☐ Bisexual ☐ Otro, ¿Cuál? _____ Lesbiana ☐ No informa ☐ No Aplica ☒	
9. Tipo de documento de identificación: Cédula de ciudadanía ☐ Cédula de extranjería ☐ Tarjeta de identidad ☐ Registro civil ☒ Pasaporte ☐ Permiso especial de permanencia ☐ Salvo conducto ☐ Permiso por protección temporal ☐ Sin identificación ☐		10. Número de documento de identificación: 1233702153		11. Municipio nacimiento: Bogotá		12. Departamento nacimiento: Cundinamarca	
13. País nacimiento: Colombia		14. Sexo de nacimiento: Hombre ☐ Mujer ☒ Intersexual ☐		15. Fecha de nacimiento (según su documento de identidad): 02/04/2023		16. Estado civil: Soltero/a ☒ Casado/a ☐ Unión libre ☐ Separado/a ☐ Divorciado/a ☐ Viudo/a ☐ Unión marital de hecho ☐	
17. Nivel educativo actual: Educación inicial modalidad familiar ☐ Educación inicial modalidad institucional ☐ Prescolar ☐ Básica primaria ☐ Técnica ☐ Básica secundaria y media ☐ Tecnológico ☐ Universitaria completa (con título) ☐ Postgrado completo (con título) ☐ Básica secundaria ☐ Tecnológica ☐ Universitaria incompleta (sin título) ☐ Postgrado incompleto (sin título) ☐ Educación desde lo propio ☐ Ninguno ☒		18. Años aprobados: _____		19. ¿Es persona cuidadora? (pregunta para mayores de 14 años): Sí ☐ No ☒ (pase a la pregunta 25)		20. ¿Es cuidador/a de niños, niñas menores de 5 años? (Aplica para personas mayores de 14 años): Sí ☐ No ☒	
21. ¿Es cuidador/a de niños, niñas entre 06 a 10 años?: Sí ☐ No ☒		22. ¿Es cuidador/a de personas con discapacidad?: Sí ☐ No ☒		23. ¿Es cuidador/a de personas mayores?: Sí ☐ No ☒		24. ¿Dedica su tiempo a labores del cuidado de casa?: Sí ☐ No ☒	
25. Actividad Principal: * (Esta pregunta aplica solo a personas mayores de 3 años): Buscando trabajo ☐ Trabajo no remunerado ☐ Sin actividad ☐ Estudiando ☐ Jubilado / pensionado ☐ Cuidador ☐ Trabajo Formal ☐ Trabajo Informal ☐ No aplica ☒		26. Rol ocupacional: * (Esta pregunta aplica solo a personas mayores de 14 años): Vendedor informal ☐ Cachivachero ☐ Recolector ☐ Cuidado directo ☐ Jornalero ☐ Actividades rurales ☐ Cotero ☐ Actividades Sexuales pagadas ☐ Actividades Artísticas callejeras ☐ Cuidado indirecto ☐ Vigilar finca o predio ☐ Otras ocupaciones ☐ Carretero ☐ Mendicidad ☐ Vigilar o limpiar carros ☐ Cobrar rentas ☐ Estudiante ☐ No aplica ☒		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 ☐ Semanal ☐ Mensual ☐ Quincenal ☐ Esporádico ☐ No aplica ☒		30. Localidad donde desarrolla su rol ocupacional: * (Esta pregunta aplica solo a personas mayores de 14 años): Usaquén ☐ San Cristóbal ☐ Bosa ☐ Engativá ☐ Teusaquillo ☐ Puente Aranda ☐ Ciudad Bolívar ☐ Chapinero ☐ Usme ☐ Kennedy ☐ Suba ☐ Los Mártires ☐ La Candelaria ☐ Sumapaz ☐ Santa Fe ☐ Tunjuelito ☐ Fontibón ☐ Barrios Unidos ☐ Antonio Nariño ☐ Rafael Uribe ☐ No Aplica ☒			
31. ¿Está afiliado a seguridad social?: Sí ☒ No ☐ (pase a la pregunta 34)		32. Régimen de seguridad social: Contributivo ☒ Subordinado ☐ Especial ☐		33. Calidad del afiliado: Aplica solo si la respuesta en la pregunta 32 es "Contributivo" Beneficiario ☒ Cotizante ☐		34. ¿Tiene clasificación de Sísben?: Sí ☐ No ☒	
				35. Clasificación Sísben: _____ Horas			

 <small>ALCALDIA DE SAN ANDRÉS SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA Y TRANSFORMACIÓN SOCIAL</small>	PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL	Código: FOR-PSS-321
		Versión: 1
	FORMATO FICHA SIRBE SERVICIOS SOCIALES INFORMACIÓN BÁSICA Y TRANSVERSAL: CABEZOTE	Fecha: Memo 2023015255 - 25/05/2023
		Página: 2 de 6

Fecha de diligenciamiento:

22/05/2025

Número de ficha:

2025/10/24/44/12/0529

Año Localidad Proyecto Código unidad operativa

SECCIÓN B. VARIABLES TRANSVERSALES

1. Persona con discapacidad: Si ☐ 1 No ☒ 2 <i>Pass a 4</i>	2. Tipo de discapacidad: Física ☐ 20 Auditiva ☐ 31 Intelectual ☐ 30 Psicosocial ☐ 40 Visual ☐ 32 Sordo ciego ☐ 10 Alteración del desarrollo ☐ 37 Múltiple ☐ 42 Trastornos del espectro autista (TEA) ☐ 38	3. Presenta alguna de las siguientes dificultades o limitaciones permanentes para: <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>Acción / Dificultad</th> <th>No puedo hacerlo</th> <th>Si, con mucha dificultad</th> <th>Si, con alguna dificultad</th> <th>Puedo hacerlo sin dificultad</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1. ¿Relacionarse o interactuar con las demás personas?</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>2. ¿Hablar o conversar?</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>3. ¿Agarrar o mover objetos con las manos?</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>4. ¿Entender, aprender, recordar o tomar decisiones por sí mismo(a)?</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>5. ¿Oír la voz o los sonidos?</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>6. ¿Mover el cuerpo, caminar o subir y bajar escaleras?</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>7. ¿Ver de cerca, de lejos o alrededor?</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>8. ¿Comer, vestirse o bañarse por sí mismo(a)?</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>	Acción / Dificultad	No puedo hacerlo	Si, con mucha dificultad	Si, con alguna dificultad	Puedo hacerlo sin dificultad	1. ¿Relacionarse o interactuar con las demás personas?					2. ¿Hablar o conversar?					3. ¿Agarrar o mover objetos con las manos?					4. ¿Entender, aprender, recordar o tomar decisiones por sí mismo(a)?					5. ¿Oír la voz o los sonidos?					6. ¿Mover el cuerpo, caminar o subir y bajar escaleras?					7. ¿Ver de cerca, de lejos o alrededor?					8. ¿Comer, vestirse o bañarse por sí mismo(a)?					4. Tipología de estructura familiar: Hogar familiar Nuclear ☒ 1 Hogar familiar amplio compuesto ☐ 3 Hogar familiar amplio extenso ☐ 2 Hogar familiar sin núcleo ☐ 4 Hogar no familiar unipersonal ☐ 5 Hogar no familiar sin núcleo ☐ 6	5. Situaciones y/o condiciones diferenciadas de las familias: Familia con pertenencia étnica ☐ 1 Familia transgenero ☐ 2 Familia víctimas del conflicto armado ☐ 3 No aplica ☒ 98	6. Identifique su nacionalidad con las siguientes opciones: Nacional ☒ 1 Otra nacionalidad ☐ 2 Binacional ☐ 3 Múltiple nacionalidad ☐ 4 Sin nacionalidad ☐ 5 No reporta ☐ 6
Acción / Dificultad	No puedo hacerlo	Si, con mucha dificultad	Si, con alguna dificultad	Puedo hacerlo sin dificultad																																														
1. ¿Relacionarse o interactuar con las demás personas?																																																		
2. ¿Hablar o conversar?																																																		
3. ¿Agarrar o mover objetos con las manos?																																																		
4. ¿Entender, aprender, recordar o tomar decisiones por sí mismo(a)?																																																		
5. ¿Oír la voz o los sonidos?																																																		
6. ¿Mover el cuerpo, caminar o subir y bajar escaleras?																																																		
7. ¿Ver de cerca, de lejos o alrededor?																																																		
8. ¿Comer, vestirse o bañarse por sí mismo(a)?																																																		
7. ¿Es una persona migrante? Si ☐ 1 No ☒ 2	8. Grupo Étnico: ¿De acuerdo con su cultura, pueblo o rasgos físicos, es o se reconoce cómo? Indígena ☐ 1 Palenquero de San Basilio ☐ 4 Rrom (Gitano) ☐ 2 Negra/o, Mulato/a, afro colombiano/a, o afro descendiente ☐ 5 Raíz del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina ☐ 3 Ninguno de los anteriores ☒ 6	9. Pueblo indígena: (En las instrucciones de diligenciamiento se encuentra la lista completa de los pueblos indígenas con sus respectivos códigos, en la opción otro se debe escribir solo el código que refiera el instructivo) <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>Nasa (Paéz) ☐ 1</td> <td>Quillasingo ☐ 8</td> <td>Sicuaní ☐ 6</td> <td>Misak Misak ☐ 60</td> <td>Cañamomo ☐ 10</td> <td>Kichwa ☐ 15</td> <td>Arhuaco ☐ 13</td> <td>Embera Chami ☐ 35</td> <td>Ninguno de los anteriores ☐ 17</td> </tr> <tr> <td>Wayuu ☐ 2</td> <td>Uikoto ☐ 85</td> <td>Tubu ☐ 67</td> <td>Eperara-sapidera ☐ 30</td> <td>Musca ☐ 16</td> <td>Kankuamo ☐ 45</td> <td>Pijao ☐ 14</td> <td>Embera Dóbida ☐ 29</td> <td>Otro ¿cual? Digite código del instructivo <input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>Pastos ☐ 65</td> <td>Senú ☐ 9</td> <td>Yanacona ☐ 7</td> <td>Ingas ☐ 9</td> <td>Awa (Kweiker) ☐ 11</td> <td>Kogui ☐ 49</td> <td>Kubeo ☐ 50</td> <td>Embera Katío ☐ 34</td> <td></td> </tr> </table>				Nasa (Paéz) ☐ 1	Quillasingo ☐ 8	Sicuaní ☐ 6	Misak Misak ☐ 60	Cañamomo ☐ 10	Kichwa ☐ 15	Arhuaco ☐ 13	Embera Chami ☐ 35	Ninguno de los anteriores ☐ 17	Wayuu ☐ 2	Uikoto ☐ 85	Tubu ☐ 67	Eperara-sapidera ☐ 30	Musca ☐ 16	Kankuamo ☐ 45	Pijao ☐ 14	Embera Dóbida ☐ 29	Otro ¿cual? Digite código del instructivo <input type="text"/>	Pastos ☐ 65	Senú ☐ 9	Yanacona ☐ 7	Ingas ☐ 9	Awa (Kweiker) ☐ 11	Kogui ☐ 49	Kubeo ☐ 50	Embera Katío ☐ 34																			
Nasa (Paéz) ☐ 1	Quillasingo ☐ 8	Sicuaní ☐ 6	Misak Misak ☐ 60	Cañamomo ☐ 10	Kichwa ☐ 15	Arhuaco ☐ 13	Embera Chami ☐ 35	Ninguno de los anteriores ☐ 17																																										
Wayuu ☐ 2	Uikoto ☐ 85	Tubu ☐ 67	Eperara-sapidera ☐ 30	Musca ☐ 16	Kankuamo ☐ 45	Pijao ☐ 14	Embera Dóbida ☐ 29	Otro ¿cual? Digite código del instructivo <input type="text"/>																																										
Pastos ☐ 65	Senú ☐ 9	Yanacona ☐ 7	Ingas ☐ 9	Awa (Kweiker) ☐ 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 Hermano/a ☐ 7 Primo/a ☐ 9 Nieto/a ☐ 11 Otro No parente ☐ 13 Cónyuge o compañero/a ☐ 2 Padrastro / Madrastra ☐ 4 Abuelo/a ☐ 6 Tío/a ☐ 8 Sobrino/a ☐ 10 Otro parente ☐ 12 Hijastra ☐ 14		11. ¿Víctima de conflicto armado? Si ☐ 1 No ☒ 2 <i>Pass a 15</i>		12. Número registro único de víctimas <input type="text"/>		13. Año en que realizó la declaración: <input type="text"/>																																												
14. Si respondió afirmativamente la pregunta 11, indique los motivos. (Selección múltiple) <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>Acto terrorista, atentado ☐ 1</td> <td>Amenazas ☐ 3</td> <td>Masacres ☐ 5</td> <td>Tortura ☐ 7</td> <td>Desaparición forzada ☐ 9</td> <td>Minas personales, municiones sin explotar y artefactos explosivos ☐ 11</td> <td>VSRC en su grupo familiar ☐ 14</td> </tr> <tr> <td>Combates, enfrentamientos ☐ 2</td> <td>Homicidio ☐ 4</td> <td>Secuestro ☐ 6</td> <td>Despojo y abandono de tierras ☐ 8</td> <td>Desplazamiento forzado ☐ 10</td> <td>Vinculación de niños/as y adolescentes a grupos al margen de la ley ☐ 12</td> <td>VSRC en población LGBTI ☐ 15</td> </tr> <tr> <td>Ofensas ☐ 16</td> <td>No informa ☐ 17</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>				Acto terrorista, atentado ☐ 1	Amenazas ☐ 3	Masacres ☐ 5	Tortura ☐ 7	Desaparición forzada ☐ 9	Minas personales, municiones sin explotar y artefactos explosivos ☐ 11	VSRC en su grupo familiar ☐ 14	Combates, enfrentamientos ☐ 2	Homicidio ☐ 4	Secuestro ☐ 6	Despojo y abandono de tierras ☐ 8	Desplazamiento forzado ☐ 10	Vinculación de niños/as y adolescentes a grupos al margen de la ley ☐ 12	VSRC en población LGBTI ☐ 15	Ofensas ☐ 16	No informa ☐ 17						15. ¿Habita en calle? Si ☐ 1 <i>Pass a 17</i> No ☒ 2 <i>Pass a 16</i>		16. ¿Se encuentra en riesgo de habitar en calle? Si ☐ 1 No ☒ 2		17. ¿Ha recibido capacitación, formación o tiene experiencia en algún arte u oficio? * (Esta pregunta aplica solo a personas mayores de 14 años): Si ☐ 1 No aplica ☒ 98 No ☐ 2																					
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																																												
Ofensas ☐ 16	No informa ☐ 17																																																	

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

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

Agricultura y labores del campo	1	Reciclaje	5	Cuidado de personas mayores	9	Mecánica	13	Cooler	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	Ninguno de los anteriores	24

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

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

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

Rubro	Valor del gasto en pesos	Rubro	Valor del gasto en pesos
Vivienda (Alquiler y/o valor cuota)	\$400.000	Recreación	\$ 0
Servicios públicos domiciliarios (agua, energía, gas, teléfono fijo, internet, teléfono celular, televisión por cable)	\$200.000	Gastos en salud (consultas, medicamentos, etc.)	\$434.300
Pagos a terceros cuidadores	\$ 0	Transporte o movilidad de los integrantes del hogar	\$ 0
Artículos de aseo personal	\$100.000	Educación (útiles, pensión, transporte escolar, fotocopias, etc.)	\$ 0
Alimentación	\$200.000	Total	\$1.334.300

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

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



MINISTERIO DE SERVICIOS SOCIALES
GOBIERNO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA

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:

22072025

Número de ficha

2025107744120529

Año

Localidad

Proyecto

Código unidad operativa

SECCION C. UBICACIÓN GEOGRÁFICA

1. Localidad donde habita										2. UPZ o UPR:		3. Nombre del barrio / Vereda:																																															
Usaquén	1	San José	3	Usme	5	Bosa	7	Fontibón	9	Suba	11	Teusaquillo	13	Antonio Nariño	15	La Candelaria	17	Ciudad Bolívar	19	74	Engativa																																						
Chapinero	2	San Cristóbal	4	Tunjuelito	6	Kennedy	8	Engativá	10	Barrios Unidos	12	Los Mártires	14	Puerta Aranda	16	Rafael Uribe	18	Sumapaz	20																																								
4. Escriba su dirección completa:										Número de la vía principal:		Alfabetico		BIS		Cuadrante		Número vía generadora		Alfabetico		Número placa		Cuadrante																																			
Calle CL										121						S S		65				05		S S																																			
Carrera KR										Nombre de la vía principal:		Alfabetico				E E								E E																																			
Avenida calle AC										Nombre sinónimo de la vía principal:																																																	
Diagonal DG																																																											
Avenida carrera AK																																																											
5. Escriba el complemento de la dirección: (dirección rural, interior, apartamento, oficina)										Complemento dirección:																																																	
*vea las convenciones a continuación, y/o en las instrucciones de el instructivo de diligenciamiento										BQ. Bodega AD. Administración AG. Agrupación AL. Altillo AP. Apartamento AS. Apartamento sótano BQ. Bodega CT. Carrizal DP. Depósito DS. Depósito sótano ED. Edificio EN. Entrada CONJ. Conjunto ET. Etapa GJ. Garage GS. Garage sótano IN. Interior KM. Kilometro ESQ. Esquina LC. Local LM. Local Mezzanine LS. Local sótano LT. Lote MD. Módulo MN. Mezzanine MZ. Manzana OF. Oficina OS. Oficina sótano PA. Parcela PD. Predio PH. Pent-house PL. Piso PN. Puente PS. Paseo PT. Portaria SA. Salón SC. Salón Comunal SL. Solar SM. Super manzana SR. Sector SS. Semi sótano SU. Suite TO. Torre TR. Terraza UN. Unidad UR. Unidad residencial URB. Urbanización ZN. Zona																																																	
6. Tipo de zona										7. Estrato socio - económico del predio										8. Teléfono fijo de contacto:										9. Teléfono celular de contacto:										10. Correo electrónico de contacto:										11. ¿Habita en una vivienda?									
Urbana 1 X										Uno 1										0										3123610380										celisad64@gmail.com										Si 1 X									
Rural 2										Tres 3																																								No 2									
Urbana sin dirección 3										Cuatro 4																																								Pase a la pregunta 16									
Dos 2 X										Cero 0																																																	
12. Tipo de vivienda										13. Condición de la vivienda										14. Tenencia de la vivienda										15. Forma de pago										16. Lugar diferente a vivienda donde habita:																			
Casa o apartamento 1 X										Ruina 1										Propia 1										Diaria 1																													
Cuarto o cuartos 2										Demolición 2										otra forma 3										Mensual 2 X										Equipamiento Urbano 1																			
Inquilinato 3										Buen estado 3 X										Amortizado 4										Quincenal 3										Refugio natural 2																			
Vivienda móvil 4										Aceptable 4										Arrendada 2 X										Semanal 4																													
Casa lote 5										Mal Estado 5																				Contributivo 5																													
Residencia 6																																																											
Lugar de trabajo 7																																																											
Rancho 8																																																											
Finca 9																																																											
Pago diario 10																																																											

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

Fecha de diligenciamiento:

22/07/2025

Número de ficha

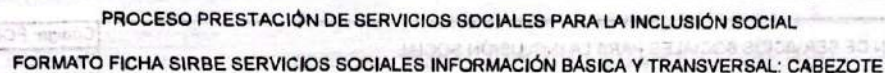
2025107744120529

Año Localidad Proyecto Código unidad operativa

SECCIÓN D. INFORMACIÓN BÁSICA Y TRANSVERSAL SOBRE LA FAMILIA:

La información básica se repite para el jefe de núcleo familiar

No. Integrante	A		B		C		D	E	F	G	H			I	J	K		L										R	S	T	U	V	W	X		Y		Z	AA	AB		AC	AD			
	Tipo	Número	APELLIDOS	NOMBRES	FECHA NACIMIENTO						Edad aproximada	ESTADO CIVIL	PARENTESCO (Con jefe/a del núcleo familiar)			NIVEL EDUCATIVO ACTUAL		SISTEMA DISTRITAL DE CUIDADO																SALUD		DISCAPACIDAD				Grupo étnico	Pueblo indígena			VICTIMA DE CONFLICTO ARMADO		
					¿Asiste actualmente?	NIVEL										Años aprobados	¿Es persona cuidadora/a?	¿Es persona de 0 a 5 años	¿Es persona de 6 a 10 años	Persona con discapacidad	Persona mayor	Cuidado de casa	Actividad	Rol ocupacional	¿Cuentas horas a la semana dedica a esta ocupación?	Valor de los ingresos mensuales	Forma de percibir los ingresos							Localidad donde realiza actividad principal	Afiliado al régimen de seguridad social	Régimen de seguridad social	Calidad del afiliado							¿Persona con discapacidad?	Tipo	¿Es víctima del conflicto armado?
1	1	1018406339	1 Caicedo	1 Juan	1	1	1	02/07/1986	39	3	1	8	SI	X	No	No	X	SI	SI	SI	SI	SI	SI	13	32	25	13000000	2	10	X	12	SI	6	SI	SI	SI	No aplica									
2	1	1019012233	1 Celis	1 Diana	2	2	1	27/10/1986	38	3	2	18	SI	X	No	No	X	SI	SI	SI	SI	X	12	32	44	14000000	5	10	X	12	SI	6	SI	SI	SI	No aplica										
3	3	1141128535	1 Caicedo	1 Juan	1	98	98	23/03/2013	12	1	5	8	X	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	3	98						X	1	1	SI	6	SI	SI	SI	No									
4	6	1233702153	1 Caicedo	1 Emily	2	98	98	02/01/2023	26	1	5	1	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	98	98					X	1	1	SI	6	SI	SI	SI	No									
5			1	1									SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI								SI		SI		SI	SI	SI	No										
			2	2									No	No	No	No	No	No	No	No	No								No		No		No	No	No	No aplica										



Página: 6 de 6

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

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

Fecha de diligenciamiento: 22 07 2025 Número Ficha: 2025107744120529

Año Localidad Proyecto Código Unidad Operativa

SECCION E. MODALIDAD DE ATENCION

1. Indique la modalidad en la cual se diligencia la ficha SIRBE		Modalidades institucionales: Si selecciona alguna de las modalidades institucionales diligencie la pregunta 2 y pase a la seccion I.	
Modalidades Familiares		Jardines Infantiles	
Creciendo Juntos ☐	Crecemos en la Ruralidad ☐	Jardines Infantiles Nocturnos ☐	Casas De Pensamiento Intercultural ☐
		Espacios Rurales ☐	
2. Escriba el nombre de la Subdirección Local - SUS o Unidad Operativa donde se identifica la gestante, lactante, niña o el niño: <u>Engativo - Cofinanciado REPITAL</u>			

SECCION F. A QUIEN VA DIRIGIDA LA MODALIDAD FAMILIAR:

1. La modalidad se solicita para:	2. ¿La atención de la niña-niño en la modalidad se ha realizado desde la gestación?	3. ¿La niña o niño es menor de 6 meses y está lactando?
Gestante... ☐ 1 ☐ Pase a sección G Niña - niño... ☐ 2 ☐	Si... ☐ 1 ☐ Nombre de la madre: N°. Identificación de la madre: No... ☐ 2 ☐	Si... ☐ 1 ☐ Pase a sección H No... ☐ 2 ☐ Pase a sección I

SECCION G. CONCEPCIÓN Y GESTACIÓN:

1. ¿Cuál fue la fecha de inicio de su última menstruación FUM?:	2. ¿Asiste a control prenatal?	3. ¿Fecha del último control médico?	4. ¿Número de hijos-hijos nacidos vivos?	5. ¿Qué edad tiene el padre de la hija-hijo que espera?
☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 0	Si... ☐ 1 ☐ No... ☐ 2 ☐ Pase a la pregunta 4	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 0	Entre 1 y 3... ☐ 1 ☐ Más de 6... ☐ 3 ☐ Entre 4 y 6... ☐ 2 ☐ Ninguna... ☐ 93 ☐	Entre 14 y 16 años ☐ 1 ☐ Entre 21 y 40 años ☐ 3 ☐ Entre 17 y 20 años ☐ 2 ☐ Más de 41 años... ☐ 4 ☐ Menor de 14 años ☐ 5 ☐
6. ¿Cuenta con el apoyo del padre de su hijo-hijo para el cuidado de su embarazo?	7. ¿Quién cuidará principalmente a su hijo-hijo después del nacimiento?	8. ¿Recibió información o capacitación sobre sus derechos sexuales y reproductivos, antes de quedar embarazada?	9. ¿Quién le brindó la información sobre sus derechos?	
Si... ☐ 1 ☐ No... ☐ 2 ☐	Padres... ☐ 1 ☐ Sólo Padre... ☐ 3 ☐ Otros parientes... ☐ 5 ☐ Sólo Madre... ☐ 2 ☐ Abuelo-a... ☐ 4 ☐ Otros no parientes... ☐ 6 ☐	Si... ☐ 1 ☐ No... ☐ 2 ☐ Pase a la pregunta 10	Hospital... ☐ 1 ☐ Colegio... ☐ 3 ☐ Amigos-as... ☐ 5 ☐ SDIS... ☐ 2 ☐ ONG... ☐ 4 ☐ Hermanos-as... ☐ 6 ☐ Madre... ☐ 7 ☐ Padre... ☐ 8 ☐ Partera/ doula... ☐ 9 ☐	
10. ¿Ha recibido información o capacitación acerca de algunos de estos temas? (selección múltiple)	11. ¿Quién le brindó la información sobre los temas anteriores?			
Cuidados durante la gestación... ☐ 1 ☐ Lactancia materna... ☐ 3 ☐ Construcción del vínculo afectivo madre-hijo... ☐ 6 ☐ Sus derechos y los de su pareja en el momento del parto... ☐ 2 ☐ Desarrollo infantil... ☐ 5 ☐ Prevención de accidentes en el hogar... ☐ 4 ☐ Ninguna... ☐ 93 ☐ Pase a la pregunta 12	Hospital... ☐ 1 ☐ Colegio... ☐ 3 ☐ Otra entidad... ☐ 5 ☐ Otra persona... ☐ 6 ☐ SDIS... ☐ 2 ☐ ONG... ☐ 4 ☐ Partera/ doula... ☐ 9 ☐			
12. ¿Usted desea quedar embarazada?	13. ¿Cuál es el estado nutricional actual de la persona gestante según el control prenatal o concepto de salud?	14. El embarazo es múltiple?	15. ¿El embarazo ha sido clasificado como de alto riesgo?	16. ¿Cómo piensa alimentar a su hijo-hijo cuando nazca?
Si... ☐ 1 ☐ No... ☐ 2 ☐	Bajo peso... ☐ 1 ☐ Peso adecuado... ☐ 2 ☐ Exceso de peso... ☐ 3 ☐ Sin información... ☐ 4 ☐	Si... ☐ 1 ☐ No... ☐ 2 ☐	Si... ☐ 1 ☐ No... ☐ 2 ☐	Lactancia materna... ☐ 1 ☐ Lactancia de fórmula... ☐ 2 ☐ Lactancia 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 infectado/o inseguro/o... ☐ 3 ☐ Pase a sección K				

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

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

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

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

1. ¿Dónde fue atendido el parto de la niña o niño?		2. ¿Quién atendió el nacimiento de la niña o el niño?		3. ¿El primer contacto piel a piel con su hijo-o, después de nacer, fue?:		4. ¿En qué semana de gestación nació su hijo-o?:		5. ¿Cuál fue el peso de su hijo-o al nacer?:		6. ¿Cuál fue la talla de su hijo-o al nacer?:			
Hospital ☒ Casa ☒ Centro de salud ☒ Espacio público ☒ Ambulancia ☐		Médico ☒ Partera/doula ☒ Enfermera ☒ Personal no médico ☒		1/2 hora o antes ☒ 1 hora ☒ 2 horas ☒ Más de 4 horas ☒		34 Semanas DATO VALIDO ENTRE 22 Y 42		2590 Gramos DATO VALIDO ENTRE 450 Y 6000		49 Centímetros DATO VALIDO ENTRE 22 Y 80			
7. La niña o el niño recibió leche materna alguna vez?		8. Después de cuánto tiempo de nacido su hijo-o inició la lactancia materna?		9. Actualmente el niño-a recibe leche materna?		10. La niña o el niño recibe algún alimento diferente a la leche materna?		11. ¿Qué edad tenía su hijo-o cuando recibió un alimento diferente a la leche materna?		12. ¿Qué edad tenía su hijo-o cuando dejó de darle leche materna completamente?			
SI ☒ No ☒		Inmediatamente ☒ Menos de 24 horas ☒ No sabe/No responde ☒ Menos de 1 hora ☒ Más de 24 horas ☒		SI ☒ No ☒		SI ☒ No ☒		Meses ☒		24 Meses			
13. ¿Asiste a valoración integral de la salud y el desarrollo (crecimiento y desarrollo)?:		14. Fecha del último control?:		15. Por qué la niña o el niño no ha asistido a valoración integral de la salud y el desarrollo?		16. ¿La niña o el niño, cuenta con el esquema de vacunación al día?:		17. ¿Por qué la niña o el niño no cuenta con el esquema de vacunación al día?:		18. ¿Actualmente, la niña o el niño tiene una condición de salud?:			
SI ☒ No ☒		11/10/2023		Dificultad en la asignación de la cita ☒ Sin servicio de salud ☒ Desconocimiento ☒ Falta de tiempo ☒		SI ☒ No ☒		Creencias religiosas o culturales ☒ Olvido ☒ Pérdida del carné ☒ Desconocimiento ☒ Falta de tiempo ☒		SI ☒ No ☒			
19. ¿La condición de salud de la niña o el niño, implica?: (Selección múltiple)		20. ¿La condición de salud de la niña o el niño pone en riesgo su vida al ingresar al entorno institucional?		21. ¿Actualmente, el padre, la madre o el cuidador de la niña o el niño presenta alguna de las siguientes condiciones?: (Selección múltiple)		22. ¿Actualmente, la niña o el niño se encuentra expuesto a condiciones de?: (Selección múltiple)		23. El padre o madre de la niña o el niño es?: (Selección múltiple)		24. ¿El padre o madre de la niña o el niño trabaja en recolección?			
Uso de oxígeno durante el sueño ☒ Alimentación por sonda ☒ Procedimientos invasivos ☒ Toma de medicamentos ☒ Condiciones osteomusculares ☒ Uso de oxígeno permanente ☒ Traqueotomía ☒ Inmunodeficiencia ☒ Alteraciones en la piel ☒ Ninguno de los anteriores ☒		SI ☒ No ☒		Habitabilidad en calle ☒ Espacios donde se desarrollan actividades sexuales pagas ☒ Consumo de sustancias psicoactivas ☒ Trabajo infantil ☒ Mendicidad ☒ Ninguna ☒		SI ☒ No ☒		Desmovilizado ☒ Desvinculado ☒ Militar con discapacidad ☒ Militar fallecido ☒ Ninguna de las anteriores ☒		SI ☒ No ☒			
25. ¿Ha presentado solicitud de ingreso a?: (Selección múltiple)		26. ¿Actualmente, el niño o la niña recibe atención en?:		27. ¿Ha estado vinculado a modalidades familiares o institucionales de Educación inicial de la EDSI?:		28. ¿En qué localidad?:		29. ¿Cuál es el principal motivo por el que solicitó el servicio?:		30. ¿Considera importante fortalecer sus conocimientos sobre crianza y desarrollo integral de su hijo-a-hija?:			
Jardín infantil Diurno ☒ Casas de pensamiento interculturales ☒ Hogar comunitario ICBF ☒ Institución privada ☒ Jardín infantil Nocturno ☒ Creemos en la ruralidad o espacios rurales ☒ Hogar infantil ICBF ☒ Institución Educativa distrital ☒ Creciendo juntos ☒ Centros Amar ☒ FAMI del ICBF ☒ Ninguno ☒		Jardín infantil Diurno ☒ Casas de pensamiento interculturales ☒ Hogar comunitario ICBF ☒ Institución privada ☒ Jardín infantil Nocturno ☒ Creemos en la ruralidad o espacios rurales ☒ Hogar infantil ICBF ☒ Institución Educativa distrital ☒ Creciendo juntos ☒ Centros Amar ☒ FAMI del ICBF ☒ Ninguno ☒		SI ☒ No ☒		Usaquén ☒ Santa Fe ☒ Usme ☒ Bosa ☒ Fontibón ☒ Suba ☒ Teusaquillo ☒ Antonio Nariño ☒ La Candelaria ☒ Ciudad Bolívar ☒ Chapinero ☒ San Cristóbal ☒ Tunjuelito ☒ Kennedy ☒ Engativá ☒ Barrios Unidos ☒ Los Mártires ☒ Puente Aranda ☒ Rafael Uribe ☒ Sumapaz ☒		Nuevas oportunidades para su calidad de vida ☒ Superar condiciones de segregación y discriminación ☒ Desarrollo integral para su hijo-o ☒ Responde a las necesidades de la niña-o y su familia ☒ Fortalecimiento cultural ☒ Cuidado de su hijo o hija mientras trabaja ☒		SI ☒ No ☒		SI ☒ No ☒	

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

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

1. ¿La niña o el niño en algún momento queda sólo-a?: SI... ☐ 1 No... ☒ 2 <i>Pase a la pregunta 4</i>	2. ¿En qué momento: Mañana... ☐ 1 Tarde... ☐ 2 Noche... ☐ 3	3. ¿Cuánto tiempo queda sólo-a?: Menos de una (1) hora... ☐ 1 Entre 1 y 3 horas... ☐ 2 Más de tres (3) horas... ☐ 3	4. ¿Quién es el cuidador principal de la niña o el niño: Papá... ☒ 1 ☐ 2 Madrastra... ☐ 4 Abuelo-a... ☐ 7 Mamá... ☐ 2 Hermano-a... ☐ 5 Otro pariente... ☐ 8 Padrastro... ☐ 3 Tío-a... ☐ 6 Otro No pariente... ☐ 9	5. ¿Quién cuida a la niña o el niño en la mañana?: Papá... ☒ 1 ☐ 2 Hermano-a... ☐ 5 Otro pariente... ☐ 8 Mamá... ☐ 2 Tío-a... ☐ 6 Otro No pariente... ☐ 9 Padrastro... ☐ 3 Abuelo-a... ☐ 7 Nadie... ☐ 10 Madrastra... ☐ 4	6. ¿Quién cuida a la niña o el niño en la tarde?: Papá... ☒ 1 ☐ 2 Hermano-a... ☐ 5 Otro pariente... ☐ 8 Mamá... ☐ 2 Tío-a... ☐ 6 Otro No pariente... ☐ 9 Padrastro... ☐ 3 Abuelo-a... ☐ 7 Nadie... ☐ 10 Madrastra... ☐ 4
7. ¿Quién cuida a la niña o el niño en la noche?: Papá... ☐ 1 Hermano-a... ☐ 5 Otro pariente... ☐ 8 Mamá... ☒ 2 Tío-a... ☐ 6 Otro No pariente... ☐ 9 Padrastro... ☐ 3 Abuelo-a... ☐ 7 Nadie... ☐ 10 Madrastra... ☐ 4	8. ¿Cuál es la edad en años del cuidador o la cuidadora principal?: <u>39</u>	9. ¿Cuál es el sexo del cuidador o cuidadora principal?: Hombre... ☒ 1 Mujer... ☐ 2 Interssexual... ☐ 3	10. ¿Cuál es el género del cuidador o la cuidadora principal?: Masculino... ☒ 1 Transgénero... ☐ 3 No binario... ☐ 5 Femenino... ☐ 2 No informa... ☐ 4 No aplica... ☐ 98	11. ¿Cuál es la orientación sexual del cuidador -ra principal?: Heterosexual... ☒ 1 Lesbiana... ☐ 5 Bisexual... ☐ 3 Gay... ☐ 6 No informa... ☐ 4 No aplica... ☐ 98	12. Nivel educativo actual del cuidador o la cuidadora principal: Básica primaria... ☐ 7 Universitaria incompleta (sin título)... ☐ 21 Básica secundaria y media... ☒ 8 Universitaria completa (con título)... ☐ 12 Ninguno... ☐ 93 Técnico... ☐ 18 Postgrado incompleto (sin título)... ☐ 22 Tecnológico... ☐ 19 Postgrado completo (con título)... ☐ 15
13. A qué se dedica el cuidador -ra principal? Estudia... ☐ 1 Trabaja... ☒ 2 Otro... ☐ 3 ¿Cuál?:	14. En qué momento (selección múltiple): Mañana... ☒ 1 Tarde... ☐ 2 Noche... ☐ 3	15. El cuidador -ra principal presenta una discapacidad? SI... ☐ 1 No... ☒ 2	16. El cuidador -ra principal presenta una enfermedad de alto costo SI... ☐ 1 No... ☒ 2	17. Tipo de documento de identidad del cuidador -ra principal: Cédula de ciudadanía... ☒ 1 Registro civil... ☐ 6 Cédula de extranjería... ☐ 2 Pasaporte... ☐ 13 Tarjeta de identidad... ☐ 3 PEP... ☐ 18	18. Número de documento de identidad del cuidador -ra principal: <u>1018406339</u>
Nombres y apellidos del cuidador -ra principal (según documento identidad): 19. Primer Apellido: <u>Carcedo</u> 20. Segundo Apellido: <u>Sachica</u> 21. Primer Nombre: <u>Juan</u> 22. Segundo Nombre: <u>Ricardo</u>					
23. La niña-niño se encuentra bajo medida de protección legal?: SI ☐ 1 No ☒ 2 24. ¿El niño o la niña ha estado bajo medida de protección legal?: SI... ☐ 1 No ☒ 2 <i>Pase a sección K</i> 25. ¿En qué fecha el niño o la niña tuvo la medida de protección legal?: <u>D D M M A A A A</u>					

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

1. La niña, niño o gestante habita en: Centro Poblado... ☐ 1 Rural disperso... ☒ 2	2. La familia de la niña o el niño o la gestante a partir de sus prácticas culturales se reconoce como: Campesino/a... ☐ 1 Rural... ☒ 2 <i>pase a la sección L</i>	3. ¿Para la familia de la niña o el niño o la gestante es importante mantener las tradiciones de su identidad campesina en la crianza de su hijo o hija?: SI... ☐ 1 No... ☒ 2	4. ¿La familia de la niña o el niño o la 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 indicó que se reconoce perteneciente a un grupo étnico diligencie esta sección, de lo contrario *pase a sección M*.

1. ¿El niño, la niña, la persona gestante habla la lengua del grupo étnico al que pertenece?: SI... ☐ 1 No... ☒ 2	3. ¿Para la familia es importante que en la atención se conserven las tradiciones del grupo étnico al que pertenece?: SI... ☐ 1 No... ☒ 2
2. ¿El niño o la niña, la persona gestante, conserva tradiciones del grupo étnico al que pertenece?: SI... ☐ 1 No... ☒ 2 <i>Pase a sección H</i>	4. ¿Para la familia es importante conservar en su vida cotidiana las tradiciones del grupo étnico al que pertenece?: SI... ☐ 1 No... ☒ 2

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

1. Clase de discapacidad (marque la clase de acuerdo con el tipo indicado en la sección de cabezote, si es múltiple indique las clases necesarias, con excepción de las relacionadas con las alteraciones en el desarrollo)	2. Tiene diagnóstico clínico relacionado con la discapacidad?: SI... ☐ 1 No... ☒ 2 <i>Pase a la pregunta 5</i>	3. Cuenta con el certificado de discapacidad?: SI... ☐ 1 No... ☒ 2 <i>Pase a la pregunta 5</i>	4. La niña o el niño está inscrito en el RLCPD?: SI... ☐ 1 No... ☒ 2	5. Requiere ayuda técnica para las actividades de la vida diaria?: SI... ☐ 1 No... ☒ 2 <i>Pase a la pregunta 7</i>	6. Cuenta con ella?: SI... ☐ 1 No... ☒ 2	7. Es independiente para el desplazamiento?: SI... ☐ 1 No... ☒ 2	8. Apoyos requeridos en el servicio? Intermitente o Limitado... ☐ 1 Extenso o Generalizado... ☒ 2 En observación... ☐ 3
ALTERACIONES EN EL DESARROLLO Del habla y del lenguaje... ☐ De la función motriz... ☐ Del desarrollo mixto... ☐ Del comportamiento e hiperquímicos... ☐ De los procesos cognitivos... ☐	TRANS ESPECTRO AUTISTA (TEA) TEA... ☐ AUDITIVA Hipoacusia... ☐ Sordera... ☐	VISUAL Baja visión... ☐ Ceguera... ☐ INTELLECTUAL Síndrome de Down... ☐ Intelectual... ☐	FISICA Osteomuscular... ☐ Neuromuscular... ☐ Parálisis cerebral (EMOC)... ☐ PSICOSOCIAL Psicosocial... ☐	9. Cuenta con habitación o rehabilitación en salud? SI... ☐ 1 No... ☒ 2 <i>Pase a la sección N</i>			
10. De qué tipo: Fonoaudiología ☐ 1 Fisioterapia... ☒ 2 Terapia ocupacional ☐ 3 Neurología... ☐ 4 Otro... ☐ 5 -cuál?							

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

SECCIÓN N. DESCRIPCIÓN Y REFERENCIACIÓN:

<p>1. Descripción de la problemática:</p> <p>Hogar familiar nuclear donde la madre solicita apoyo para su hijo porque le queda cerca a su casa y desea que obtenga aprendizajes, la madre labora como auxiliar de archivo y el padre como técnico instalador independiente por lo tanto afirma que los ingresos no los alcanzan para pagar un privado, además tienen conflicto con su otro hijo. La madre afirma que el padre de la niña es quien la cuida en la mayoría del tiempo y cubre sus honorarios para trabajar.</p>	<p>2. Concepto técnico:</p> <p>El jardín infantil ofrece a la niña un cuidado calificado con profesionales que aportan a su desarrollo integral. Familia con habilidad para el deseo aprendizajes para su hija en los aspectos laboral de los padres, e ingresos insuficientes.</p>	<p>3. Acciones a seguir:</p> <p>Ingreso prioritario: ☐ 1 ☒ 2 ☐ 3</p> <p>Lista de espera - Cumple criterios de ingreso: ☐ 1 ☒ 2 ☐ 3</p> <p>No cumple criterios de ingreso: ☐ 1 ☒ 2 ☐ 3</p>
<p>4. ¿Requiere visita domiciliar? - Si... ☐ 1 No... ☒ 2 ☐ 3 <small>Pase a la pregunta 5</small></p> <p>Motivo: Verificación de las condiciones socio familiares: - Si... ☐ 1 - No... ☒ 2</p> <p>Verificación otras condiciones: - Si... ☐ 1 - No... ☒ 2</p>		
<p>5. La modalidad en la que se atenderá la niña, el niño, persona gestante o lactante se encuentra en convenio interadministrativo con (selección múltiple):</p> <p>SED ☐ 1 ICBF ☐ 2 Ninguno de los anteriores ☒ 96</p>		
<p>6. La unidad operativa ofrece nivel pre jardín o jardín porque se encuentra en una UPZ deficitaria para la SED?</p> <p>- Si... ☐ 1 - No... ☒ 2 No oferta niveles ☒ 3</p>		
<p>7. Referenciación a un proyecto SDIS: - Si... ☐ 1 - No... ☒ 2 <small>Pase a la pregunta 8</small></p> <p>Integrante: Proyecto: Modalidad:</p> <p>Integrante: Proyecto: Modalidad:</p> <p>Integrante: Proyecto: Modalidad:</p> <p>Integrante: Proyecto: Modalidad:</p>		
<p>8. Referenciación a otra entidad: - Si... ☐ 1 - No... ☒ 2 <small>Finalice</small></p> <p>Integrante: ¿Cuál?:</p> <p>Integrante: ¿Cuál?:</p> <p>Integrante: ¿Cuál?:</p> <p>Integrante: ¿Cuál?:</p>		

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 ☐ EÍ EN CASA ☐ MULTIMODAL ☐

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.018.406.339**

CAICEDO SACHICA

APELLIDOS

JUAN RICARDO

NOMBRES



[Handwritten signature]
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **02-JUL-1986**
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

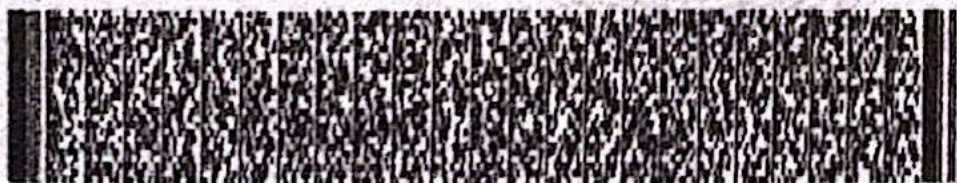
1.70
ESTATURA

O+
G.S. RH

M
SEXO

13-OCT-2004 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

[Handwritten signature]
REGISTRADORA NACIONAL
ALMADEATRIZ HENRÍQUEZ LOPEZ



P-1500102-42133443-M-1018408339-20050124

0559905022A 02 180842641

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.019.012.233**

CELIS RODRIGUEZ

APELLIDOS

DIANA MARCELA

NOMBRES

Diana H. Celis Rodriguez

FIRMA



REPÚBLICA DE
COLOMBIA



ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **27-OCT-1986**
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.60

ESTATURA

O+

G.S. RH

F

SEXO

02-FEB-2005 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS BALBUENA YACHA



A-1500150-00925695-F-1019012233-20170725

0056625183A 1

0910075771

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO 1.141.128.535
CAICEDO CELIS

APELLIDOS
JUAN ANDRES

NOMBRES

Juan caicedo

FIRMA



P-1500150-01216602-M-1141128535-20210218 0073495622A1 6501430633



INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
AL EXAMEN VEGA AROCA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
10-FEB-2021 BOGOTÁ D.C.

SEXO
M

GRUPO SANGUÍNEO
O+

FECHA DE VENCIMIENTO
23-MAR-2031

LUGAR DE NACIMIENTO
BOGOTÁ D.C.

(CUNDINAMARCA)

FECHA DE NACIMIENTO
23-MAR-2013



NUIP

1.233.702.153

REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTOIndicativo
Serial

63270355

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☒ Notaría ☐ Número ☐ Consulado ☐ Corregimiento ☐ Inspección de Policía ☐ Código E T Y

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

REGISTRADURIA DE AUXILIAR ENGATIVA SEDE 2 - COLOMBIA - CUNDINAMARCA

Datos del inscrito

Primer Apellido		Segundo Apellido	
CAICEDO		CELIS	
Nombre(s)			
EMILY NICOL			
Fecha de nacimiento		Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo
Año	2023	Mes	ENE
Día	02	FEMENINO	O
Factor RH			
POSITIVO			
Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento a/o Inspección)			
COLOMBIA CUNDINAMARCA BOGOTA D.C.			

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos

CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO

Número certificado de nacido vivo

23017310272146

Datos de la madre o padre (Para casos de pueblos indígenas con líneas matrilineales, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el primer apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos

CELIS RODRIGUEZ DIANA MARCELA

Documento de identificación (Clase y número)

CC 1.019.012.233

Nacionalidad

COLOMBIA

Datos de la madre o padre (Para casos de pueblos indígenas con líneas matrilineales, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el segundo apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos

CAICEDO SACHICA JUAN RICARDO

Documento de identificación (Clase y número)

CC 1.018.406.339

Nacionalidad

COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

CAICEDO SACHICA JUAN RICARDO

Documento de identificación (Clase y número)

CC 1.018.406.339

Firma

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número)

Firma

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número)

Firma

Fecha de inscripción

Año 2023 Mes ENE Día 06

Nombre y firma del funcionario que autoriza

IVAN CAMILO MARROQUIN J (E) - REG

Nombre y firma

Reconocimiento paterno

Firma

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

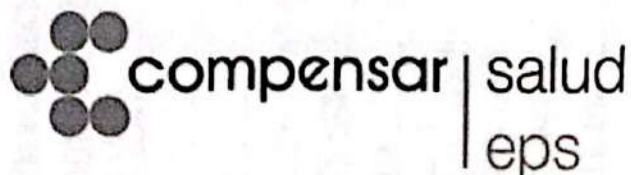
Nombre y firma

06.ENE.2023 - LIBRO DE VARIOS ESPACIO PARA NOTAS TONO 18 FOLIO 9037 ENG. EVA.M



REGISTRADURÍA

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



**EL PROGRAMA DE EPS DE LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR
COMPENSAR
NIT 860.066.942-7**

CERTIFICA QUE

Que el(la) señor(a) JUAN RICARDO CAICEDO SACHICA identificado(a) con Cedula Ciudadania 1018406339, se encuentra Afiliado en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar como colizante Independiente contrato de prestaci??n según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro
20190314	0

Beneficiarios:

Nombre Beneficiario	Paren.	Identificación	Tipo de Identificación	Fecha de Afiliación	Fecha de Retiro	Estado Afiliación
JUAN ANDRES CAICEDO CELIS	HI	1141128535	TI	20190314	No Registrada	Activo
EMILY NICOL CAICEDO CELIS	HI	1233702153	RC	20230102	No Registrada	Activo
JESSICA VERONICA ACERO CELIS	HI	1011094964	CC	20190314	No Registrada	Activo
DIANA MARCELA CELIS RODRIGUEZ	CP	1019012233	CC	20190218	20190218	Retirado

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 15 días del mes de Julio de 2.025

Observaciones:

Información sujeta a verificación por parte de COMPENSAR EPS, cualquier aclaración con gusto será atendida en la línea (601) 4441234 - Documento no válido como autorización de traslado ni aclaración de

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

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

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

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

FORTIFICACIÓN CON MICRONUTRIENTES

1.ª entrega		
2.ª entrega		
3.ª entrega		

ATENCIÓN EN SALUD BUCAL

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

SUPLEMENTACIÓN CON MICRONUTRIENTES

1.ª entrega		
2.ª entrega		
3.ª entrega		
4.ª entrega		
5.ª entrega		

VALORACIÓN DE LA SALUD VISUAL - AGUDEZA VISUAL

3 años		
4 años		
5 años		

*Menor o igual a 20 normal

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

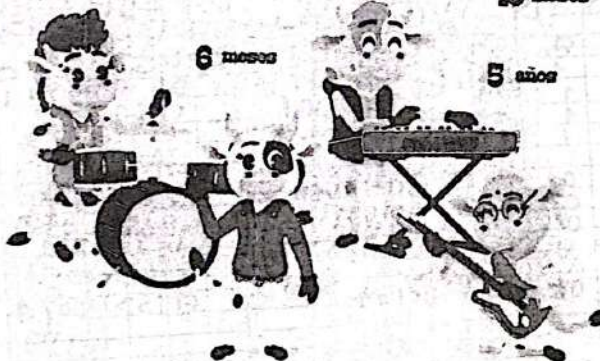
Tuberculosis meningea, hepatitis B, poliomielitis, meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b, difteria, tosferina, tétanos, diarrea por rotavirus; neumonía, otitis, meningitis, bacteriemia causada por neumococo, enfermedad respiratoria causada por el virus de la influenza,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

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

0 meses 2 meses 12 meses

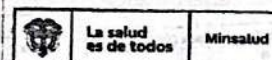
4 meses 7 meses 18 meses

6 meses 5 años



Ministerio de Salud y Protección Social

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



Carné de vacunación

Nombre y Apellidos: EMILY CAICEDO

Fecha de nacimiento: 02 Enero 2023

Nº de certificado de nacido vivo: 23013310232146

Registro civil: 12.337.021.53

Sexo: Femenino

Grupo sanguíneo: O+

Peso al nacer: 2590 gr Talla: 49 cm

Dirección: Cr 121 # 65-05

Teléfono 1: 3123610280

Teléfono 2: 3202917743

Responsable: Diana Marcela Celis Rodríguez

Municipio de residencia: Bosco

Departamento: Cundinamarca

CC: 1019012233

Busca ya
las vacunas
¡es gratis, hazlo de una!

www.minsalud.gov.co @MinsaludCol

Nombres y Apellidos:

Tipo identificación:

No. ID:

Edad	Nombre de la vacuna	Dosis	Fecha de aplicación	Laboratorio	Resultado	IPS	Fecha de aplicación	Nombre y apellido del vacunado
			Día Mes Año		SI No		Día Mes Año	
Recién nacido	Tuberculosis meningíea (BCG)	Única	02 01 23	SII	SI	HOSPITAL	02 03 23	CLAY
	Hepatitis B	Recién nacido	02 01 23	SII	SI	SAN JOSE	02 03 23	CLAY
2 meses	Poliomielitis (VIP)	1ª	08 Mayo 2023	Bilthoven	SI	ASISTE SALUD		CLAY
	Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	1ª						
	Hepatitis B	1ª		Serum	SI			
	Difteria, tétanos y tosferina (DPT)	1ª		GES	SI			
	Diarrhea por rotavirus	1ª		PRU	SI			
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	1ª		PRU	SI			
4 meses	Poliomielitis (VIP)	2ª	08 Mayo 2023	Bilthoven	SI	ASISTE SALUD		CLAY
	Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	2ª						
	Hepatitis B	2ª		Serum	SI			
	Difteria, tétanos y tosferina (DPT)	2ª		GES	SI			
	Diarrhea por rotavirus	2ª		PRU	SI			
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	2ª		PRU	SI			
6 meses	Poliomielitis (VIP)	3ª	08 Mayo 2023	Bilthoven	SI	ASISTE SALUD		CLAY
	Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	3ª						
	Hepatitis B	3ª		Serum	SI			
	Difteria, tétanos y tosferina (DPT)	3ª		GES	SI			
7 meses	Influenza estacional	1ª	08 Mayo 2023	CRPL	SI	ASISTE SALUD		CLAY
	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	1ª		Serum	SI			
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	1ª		Piepenar	SI			
12 meses	Varicela	1ª	08 Mayo 2023	MSD	SI	ASISTE SALUD		CLAY
	Hepatitis A	1ª		MSD	SI			
18 meses	Influenza estacional	2ª	08 Mayo 2023	CRPL	SI	ASISTE SALUD		CLAY
	Poliomielitis (VIP)	1ª refuerzo	13 07 24	Bilthoven	SI			
	Difteria, tétanos y tosferina (DPT)	1ª refuerzo	13 07 24	Serum	SI			
	Fiebre amarilla	Única	13 07 24	Sanofi	SI			
5 años	Poliomielitis (VIP)	2ª refuerzo	13 07 24	Bilthoven	SI	ASISTE SALUD		CLAY
	Difteria, tétanos y tosferina (DPT)	2ª refuerzo	13 07 24	Serum	SI			
	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	2ª		Serum	SI			
	Varicela	Refuerzo						
Más de 5 años	Virus del papiloma humano (VPH)	1ª						
		2ª						
		3ª						
Vacunas complementarias y otras dosis	COVID MODERN	1	08 Mayo 2023	MODERNA 0.25	SI	ASISTE SALUD		CLAY
	COVID MODERN							

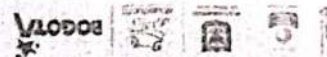
La leche materna es el mejor y único alimento que deben recibir las niñas y los niños durante los primeros 6 meses de vida; a partir de esta edad y hasta que cumplan 2 años, se debe continuar la lactancia materna y complementar con otros alimentos nutritivos.

Julio 2024 Pendiente COVID Influenza



Bota la basura en la caneca, nunca en la calle.

EL SUMIDERO NO ES BASURERO



Estado de cuenta aseo	
Concepto	Valor
Aseo residencial	\$146.133
Subsidio	\$59.253
Valor	
Subsidio	
Valor Aseo	\$238.890
Valor Aseo	\$238.890
Valor Aseo	\$238.890

Toneladas por suscriptor mes	
Barido y limpieza	0.0026
Limpieza urbana	0.0011
Rechazo del aprovechamiento	0.0000
Efectivamente aprovechables	0.0380
Residuos no aprovechables Aforados - no aforados	0.0683
Historico de vigencias cobradas	
3	\$80.278
2	\$88.383
1	\$90.884
61	Dias liquidados

Datos del usuario	
Horario de Atención	KR 69 No. 80-27/45 LC 4 Centro Empresarial Avenida 80
Costo Fijo Total CFT	73.562,18
Costo variable no aprovechables	33.640,84
Valor base aprovechamiento	152.831,36
Componentes de tarifas	
Und. Res. Ocupada:	2
Und. No Res. Ocupada:	0
Und. No Res. Desocupada:	000
Frecuencia Recoleccion:	03
% Participacion:	0.0000
Und. Res. Ocupada:	2
Und. No Res. Ocupada:	0
Und. No Res. Desocupada:	000
Frecuencia Recoleccion:	03
% Participacion:	0.0000

Cuenta contrato	
Num. de identificación de este predio	11579302
Numero para pagos	42732753217
Periodo facturado Aseo	MAY/01/2025 - JUN/30/2025
El servicio de aseo se factura de forma bimestral	



acueducto
AGUA Y ALCANTARILLADO DE BOGOTÁ

Empresa de Acueducto y Alcantarillado de Bogotá-ESP
NIT. 999 999 999-1

Boletín de prensa y otros documentos. Contáctenos en: 116 Acueducto

KL6
Natalia Avendaño García
Procuradora Legal

Para el reparto ZONA: 2 CICLO: C2 RUTA: C22102

BIMESTRAL

11579302

Cuenta contrato
Núm. de identificación
de este predio

42732753217

Número para pagos
Número de esta factura
de servicios públicos



Descarga el Documento
Equivalente Electrónico

Periodo facturado ABR/15/2025 - JUN/12/2025

Pago oportuno JUL/18/2025

Suspensión JUL/23/2025

Fecha esperada próxima factura

SEP/09/2025

Fecha y hora de expedición factura

JUL/03/2025 08:33:11

Fecha y hora de generación factura

JUL/03/2025 13:55:40



Gracias por tu compromiso. Tu aporte fue fundamental para levantar el esquema de racionamiento. En www.acueducto.com.co cuidamos el agua para cuidar de ti.



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

Llámanos 116 Acueducto 110 Aseo

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

cadena. No. 999 999 999-1

20531

113519

	<p>PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES</p> <p>FORMATO REGISTRO DE DILIGENCIAMIENTO DE FICHA SIRBE EN FÍSICO</p>		Código: FOR-PSS-743
			Versión: 0
			Fecha: Memo 12024000787 - 12/01/2024
			Página: 1 de 1
LOCALIDAD ENGATIVA	UNIDAD OPERATIVA: JARDIN INFANTIL COFINANCIADO PEPTOS	RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA: DIANA MARCELA RUBIO CASTAÑO	
NOMBRE DEL RECOLECTOR GLORIA GLADYS REINA HERRERA		DOCUMENTO DE IDENTIDAD CC X CE__ OTRO__ CUAL? _____	Número # 51.954.089
NOMBRE SOLICITANTE / BENEFICIARIO <u>Emily Nicol Caicedo Celis</u>		DOCUMENTO DE IDENTIDAD CC__ CE__ OTROx CUAL? <u>RC</u>	Número # <u>1.233.702.153</u>
FECHA DE ENTREGA PARA DIGITACIÓN: <u>24/09/2025</u>		NOMBRE DEL DIGITADOR AL QUE SE ENTREGA LA FICHA: <u>Diana Ramirez</u>	