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

Fecha de diligenciamiento: 10 07 2025

Número de ficha: 2025 | 10 | 744 | 12052 9
(Año | Localidad | Proyecto | Código unidad operativa)

SECCCIÓN A. VARIABLES BÁSICAS

| 1. Primer Apellido, según su documento de identidad: | 2. Segundo Apellido, según su documento de identidad: | 3. Primer Nombre, según su documento de identidad: | 4. Segundo Nombre, según su documento de identidad |
|---|---|---|---|
| JULIO | BERRIO | YISEL | ANDREA |

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

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

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

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

| 9. Tipo de documento de identificación: | 10. Número de documento de identificación: | 11. Municipio nacimiento: | 12. Departamento nacimiento |
|---|---|---|---|
| Cédula de ciudadanía [1] Cédula de extranjería [2] Tarjeta de identidad [3] Registro civil [6] Pasaporte... [13] Permiso especial de permanencia [18] Salvo conducto [19] Permiso por protección temporal .. [21] Sin Identificación [8] | 1235050954 | Bolivar | Cartagena |

| 13. País nacimiento: | 14. Sexo de nacimiento: | 15. Fecha de nacimiento: *(según su documento de identidad)* | 16. Estado civil: |
|---|---|---|---|
| Colombia | Hombre [1] Mujer [2] Intersexual [3] | 28 04 2002 A | Soltero/a [1] Casado/a [2] Unión libre [3] Separado/a Divorciado/a [4] Viudo/a [5] Unión marital de hecho [6] |

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

**18. Años aprobados:**

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

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

**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] Usme [5] Kennedy [8] Suba [11] Los Mártires [14] La Candelaria [17] Sumapaz [20]
Santa fe [3] Tunjuelito [6] Fontibón [9] Barrios Unidos [12] Antonio Nariño [15] Rafael Uribe [18] No Aplica [98]

| 31. ¿Está afiliado a seguridad social?: | 32.Regimen de seguridad social | 33. Calidad del afiliado: *Aplica solo si la respuesta en la pregunta 32 es "Contributivo"* | 34. ¿Tiene clasificación de Sisbén? | 35. Clasificación Sisbén |
|---|---|---|---|---|
| Si [1] No [2] *(pase a la pregunta 34)* | Contributivo [1] Subsidiado [2] Especial [3] | Beneficiario [1] Cotizante [2] | Si [1] No [2] | A3 |

Scanned with CamScanner

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

Fecha de diligenciamiento: 10 07 2023

Número de ficha: 2025 | 10 | 7 | 4 | 1 | 2 | 9 | 29
(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 | Auditiva | 31 | Intelectual | 39 |
| Psicosocial | 40 | Visual | 32 | Sordo ceguera | 10 |
| Alteración del desarrollo | 37 | Múltiple | 42 | Trastornos del espectro autista (TEA) | 38 |

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

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

**4. Tipología de estructura familiar:**

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

**5. Situaciones y/o condiciones diferenciales de las familias**

| | |
|---|---|
| Familia con pertenencia étnica | 1 |
| Familia transgenero | 2 |
| Familia victimas del conflicto armado | 3 |
| No aplica | 98 ✓ |

**6. Identifique su nacionalidad con las siguientes opciones:**

| | |
|---|---|
| Nacional | 1 ✓ |
| Otra nacionalidad | 2 |
| Binacional | 3 |
| Múltiple nacionalidad | 4 |
| Sin nacionalidad | 5 |
| No reporta | 6 |

**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 | Negro/a, Mulato/a, afro colombiano/a, o afro descendiente | 5 |
| Raizal del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina | 3 | Ninguno de los anteriores | 6 ✓ |

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

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

**10. Parentesco con jefe/a de la familia:**

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Jefe/a núcleo familiar | 1 | Padre/Madre | 3 | Hijo/a | 5 ✓ | Hermano/a | 7 | Primo/a | 9 | Nieto/a | 11 | Otro No pariente | 13 |
| Cónyuge o compañero/a | 2 | Padrastro / Madrastra | 4 | Abuelo/a | 6 | Tío/a | 8 | Sobrino/a | 10 | Otro pariente | 12 | Hijastro | 14 |

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

**12. Número registro único de víctimas:** _____

**13. Año en que realizo la declaración:** _____

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

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

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

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

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

*Si la respuesta es 2 o 98 Pase a 18*

Scanned with CamScanner

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

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

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

| Rubro | Valor del gasto en pesos | Rubro | Valor del gasto en pesos |
|---|---|---|---|
| Vivienda (Arriendo y/o valor cuota | $270.000 | Recreación | $ 0 |
| Servicios públicos domiciliarios (agua, energía, gas, teléfono fijo, internet, teléfono celular, televisión por cable | $132.000 | Gastos en salud (consultas, medicamentos, etc.) | $ 0 |
| Pagos a terceros cuidadores | $ 0 | Transporte o movilidad de los integrantes del hogar | $ 0 |
| Artículos de aseo personal | $100.000 | Educación (útiles, pensión, transporte escolar, fotocopias, etc.) | $ 0 |
| Alimentación | $500.000 | Total | $1'002.000 |

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

Si 1 | No 2 X | No informa 3

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

Si 1 | No 2 X | No informa 3

Scanned with CamScanner

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

Fecha de diligenciamiento: 10 07 2025

Número de ficha: 2025 (Año) | 10 (Localidad) | 77 (Proyecto) | NN12052 (Código unidad operativa)

## SECCION C. UBICACIÓN GEOGRAFÍCA

**1. Localidad donde habita**

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

**2. UPZ o UPR:** 74

**3. Nombre del barrio / Vereda:** Engativá

**4. Escriba su dirección completa:**

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

| Número de la vía principal: | Alfabético | BIS | Cuadrante | Número vía generadora | Alfabético | | Número placa | Cuadrante |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 63 | H | X | S | 119 | B | - | 67 | S |
| Nombre de la vía principal: | | Alfabético | E | | | | | E |
| Nombre sinónimo de la vía principal: | | | | | | | | |

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

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

**6. Tipo de zona**

Urbana 1 X | Rural 2 | Urbana sin dirección 3

**7. Estrato socio – económico del predio**

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

**8. Teléfono fijo de contacto:** 6

**9. Teléfono celular de contacto:** 3024633637

**10. Correo electrónico de contacto** josselisbarrera@gmail.com.

**11. ¿Habita en una vivienda?.**

Si 1 X
No 2 *pase a la pregunta 16*

**12. Tipo de vivienda**

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

**13. Condición de la vivienda**

Ruina 1
Demolición 2
Buen estado 3 X
Aceptable 4
Mal Estado 5

**14. Tenencia de la vivienda**

Propia 1 | otra forma 3
Amortizado 4 | Arrendada 2 X

**15. Forma de pago**

Diaria 1
Mensual 2 X
Quincenal 3
Semanal 4
Contributivo 5

**16. Lugar diferente a vivienda donde habita:**

Equipamiento Urbano 1
Refugio natural 2

Scanned with CamScanner

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

Fecha de diligenciamiento: 10/07/2025

Número de ficha: 2025 (Año) 10 (Localidad) 744 (Proyecto) 12052 (Código unidad operativa) 9

SECCIÓN D. INFORMACIÓN BÁSICA Y TRANSVERSAL SOBRE LA FAMILIA:

La información básica se repite para el jefe de núcleo familiar

| No. Integrante | A | | B | C | D | E | F | G | H | | | I | J | K | | L | M | N | O | P | Q | R | S | T | U | V | W | X | | | Y | | Z | AA | AB | | AC | AD |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | DOCUMENTO DE IDENTIDAD | | APELLIDOS | NOMBRES | Sexo | ¿Con cuál género se identifica? | ¿Transgenero masculino o transgenero femenino? | ¿Cuál es su orientación sexual? | FECHA NACIMIENTO | | | Edad aproximada | ESTADO CIVIL | PARENTESCO (Con jefe/a del núcleo familiar) | NIVEL EDUCATIVO ACTUAL | ¿Asiste actualmente? | SISTEMA DISTRITAL DE CUIDADO | | | | | | Actividad | Rol ocupacional | ¿Cuantas horas a la semana dedica a esta ocupación? | Valor de los ingresos mensuales | Forma de percibir los ingresos | Localidad donde realiza actividad principal | SALUD | | | DISCAPACIDAD | | Grupo étnico | Pueblo indígena | VÍCTIMA DE CONFLICTO ARMADO | | ¿Ha recibido capacitación, formación o tiene experiencia en algún arte u oficio? | De acuerdo con la respuesta anterior ¿En qué cree que puede desempeñarse? |
| | Tipo | Número | Escriba: En el renglón 1, primer apellido En el renglón 2, segundo apellido | Escriba: En el renglón 1, primer nombre En el renglón 2, segundo nombre | | | | | Día | Mes | Año | | | | NIVEL Años aprobados | | ¿Es persona cuidadora/a? | Niños/as de 0 a 5 años | Niños/as de 6 a 10 años | Persona con discapacidad | Persona mayor | Cuidado de casa | | | | | | | Afiliado al régimen de seguridad social | Régimen de seguridad social | Calidad del afiliado | ¿Persona con discapacidad? | Tipo | | | ¿Es víctima del conflicto armado? | Motivo | | |
| 1 | 1 | 1047509687 | 1 Berrio | 1 Josselis | 2 | 2 | | 1 | 02 | 10 | 1990 | 34 | 1 | 1 | 8 | SI | X | X | SI | SI | SI | X | 11 | 27 | | | | | X | 2 | 1 | SI | | 6 | | SI | | SI X | |
| | | | 2 Bello | 2 Daniela | | | | | | | | | | | 5 | X | No | No | X | No | No | No | | | | | | | No | | | X | | | | X | | No aplica | |
| 2 | 21 | 6106052 | 1 Ferro | 1 Yorbis | 1 | 1 | | 1 | 16 | 03 | 2007 | 18 | 2 | 5 | 8 | SI | SI | SI | SI | SI | SI | SI | | | | | | | X | 2 | 1 | SI | | 6 | | SI | | SI X | |
| | | | 2 Berrio | 2 Yoel . | | | | | | | | | | | 6 | X | X | No | No | No | No | No | 2 | 98 | | | | | No | | | X | | | | X | | No aplica | |
| 3 | 6 | 1235050954 | 1 Julio | 1 Yisel | 2 | 98 | | 98 | 27 | 04 | 2021 | 4m2 | 1 | 5 | 1 | SI | SI | SI | SI | SI | SI | SI | | | | | | | X | 2 | 1 | SI | | 6 | | SI | | SI No | |
| | | | 2 Berrio | 2 Andrea | | | | | | | | | | | | X | X | No | No | No | No | No | 98 | 98 | | | | | No | | | X | | | | X | | No aplica | |
| 4 | | | 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 | |
| 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 aplica | |

Scanned with CamScanner

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

| No. Integrante | A | | B | C | D | E | F | G | H | | | | I | J | K | | L | M | N | O | P | Q | R | S | T | U | V | W | X | | | Y | | Z | AA | AB | | AC | AD |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | DOCUMENTO DE IDENTIDAD | | APELLIDOS<br>Escriba:<br>En el renglón 1, primer apellido<br>En el renglón 2, segundo apellido | NOMBRES<br>Escriba:<br>En el renglón 1, primer nombre<br>En el renglón 2, segundo nombre | Sexo | ¿Con cuál género se identifica? | ¿Transgenero masculino o transgenero femenino? | ¿Cuál es su orientación sexual? | FECHA NACIMIENTO | | | Edad aproximada | ESTADO CIVIL | PARENTESCO (Con jefe/a del núcleo familiar) | NIVEL EDUCATIVO ACTUAL | | SISTEMA DISTRITAL DE CUIDADO | | | | | | Actividad | Rol ocupacional | ¿Cuantas horas a la semana dedica a esta ocupación? | Valor de los ingresos mensuales | Forma de percibir los ingresos | Localidad donde realiza actividad principal | SALUD | | | DISCAPACIDAD | | Grupo étnico | Pueblo indígena | VÍCTIMA DE CONFLICTO ARMADO | | ¿Ha recibido capacitación, formación o tiene experiencia en algún arte u oficio? | De acuerdo con la respuesta anterior ¿En que cree que puede desempeñarse? |
| | Tipo | Número | | | | | | | Día | Mes | Año | | | | NIVEL<br>Años aprobados | ¿Asiste actualmente? | ¿Es persona cuidadora/a? | Niños/as de 0 a 5 años | Niños/as de 6 a 10 años | Persona con discapacidad | Persona mayor | Cuidado de casa | | | | | | | Afiliado al régimen de seguridad social | Régimen de seguridad social | Calidad del afiliado | ¿Persona con discapacidad? | Tipo | | | ¿Es víctima del conflicto armado? | Motivo | | |
| 6 | | | 1 | 1 | | | | | | | | | | | | 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 SDIS no divulgar información alguna en propósito diferente a la de este registro so pena de las sanciones legales a que haya lugar de acuerdo con la Ley 1581 de 2012 y Decreto 1377 de 2013.

Scanned with CamScanner

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

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

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

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

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

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

**5. ¿Cuál fue el peso de su hija-o al nacer?:** 2.995 Gramos
DATO VALIDO ENTRE 450 Y 6000

**6. ¿Cuál fue la talla de su hija-o al nacer?:** 49 Centímetros
DATO VALIDO ENTRE 22 Y 60

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

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

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

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

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

**12. ¿Qué edad tenía su hija-o cuando dejo de darle leche materna completamente?:** 24 Meses

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

**14. ¿Fecha del último control?:** 10 11 05 24
*Pase a la pregunta 16*

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Scanned with CamScanner

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

Fecha de diligenciamiento: 10 07 2025

Número Ficha: 2025 (Año) 10 (Localidad) 22 (Proyecto) 44 (Código Unidad Operativa) 1205 29

SECCION E. MODALIDAD DE ATENCION

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

Modalidades Familiares

Creciendo Juntos [ ] Crecemos en la Ruralidad [ ]

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

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

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

SECCION F. A QUIEN VA DIRIGIDA LA MODALIDAD FAMILIAR:

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

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

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

SECCIÓN G. CONCEPCIÓN Y GESTACIÓN:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Scanned with CamScanner

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**8. ¿Cuál es la edad en años del cuidador o la cuidadora principal?:** 34

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**18. Número de documento de identidad del cuidador-ra principal.** 1047509687

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

**19. Primer Apellido:** Bertio

**20. Segundo Apellido:** Bello

**21. Primer Nombre:** Josselis

**22. Segundo Nombre:** Daniela.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

*TRANS.ESPECTRO AUTISTA (TEA)*
- TEA

*AUDITIVA*
- Hipoacusia
- Sordera

*VISUAL*
- Baja visión
- Ceguera

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

*FÍSICA*
- Osteomuscular
- Neuromuscular
- Parálisis cerebral (EMOC)

*PSICOSOCIAL*
- Psicosocial

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Scanned with CamScanner

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

SECCIÓN N. DESCRIPCIÓN Y REFERENCIACIÓN:

**1. Descripción de la problemática:**

Hogar familiar nuclear donde la madre solicita el cupo para su hijo porque ella necesita trabajar para cubrir sus gastos ya que llega con sus hijos hace 2 semanas de Bolívar y aún no están trabajando ni ella ni su hijo mayor de edad. Afirma que está cubriendo sus gastos con dinero que le envíe su mamá mientras ella se estabiliza laboral y económicamente. Viven en un cuarto los tres integrantes de la familia. El padre de la niña le aporta económicamente de vez en cuando.

**2. Concepto técnico:**

El jardín infantil brinda a la niña un espacio adecuado y seguro con profesionales idóneos que aportan a su desarrollo integral.

-Familia con fragilidad Alta ya que es familia con bajos ingresos, necesita cuidado de la menor y sitio de vivienda no apto para la cantidad de personas.

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

MATERNAL ☐ CAMINADORES ☐ PARVULOS ☐ PREJARDIN ☒ JARDIN ☐

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

ATENCIÓN PRESENCIAL ☐ ALTERNANCIA ☐ EI EN CASA ☐ MULTIMODAL ☐

**3. Acciones a seguir:**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Integrante: ___ ¿Cual?: ___
Integrante: ___ ¿Cual?: ___
Integrante: ___ ¿Cual?: ___
Integrante: ___ ¿Cual?: ___

Scanned with CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.047.509.687
BERRIO BELLO
APELLIDOS
JUSSELIS DANIELA
NOMBRES

Jusselis D. Berrio
FIRMA

FECHA DE NACIMIENTO 02-OCT-1990
MARIA LA BAJA
(BOLIVAR)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

18-AGO-2017 CARTAGENA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

INDICE DERECHO

P-0500160-00943874-F-1047509687-20121005 0057886758A 1 48249046

Scanned with CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA

MIGRACION

NO. 6106052

FEREIRA BERRIO

YORBIS YOEL

VEN M

31945757

16-03-2007

16-12-2021 BOGOTA D.C.

30-05-2031

COL

Yorbis

E0740377

INDICE DERECHO

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

Juan Francisco Espinosa Palacios
Director General de Migración Colombia

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

IPCOL6106052<<6<<<<<<<<<<<<<<<
0703161M3105308VENE0740377<<<0
FEREIRA<BERRIO<<YORBIS<YOEL<<<

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

Adhesivo Copia Registro Civil
38712408-3

NUIP 1.235.050.954

# REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 60219587

60219587

**Datos de la oficina de registro - Clase de oficina**

Registraduria [X] Notaria [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código A K H

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

REGISTRADURIA DE AUXILIAR 2 DE CARTAGENA - COLOMBIA - BOLIVAR - CART

**Datos del inscrito**

| Primer Apellido | Segundo Apellido |
|---|---|
| JULIO | BERRIO |

Nombre(s): YISEL ANDREA

| Fecha de nacimiento | Sexo (en letras) | Grupo sanguíneo | Factor RH |
|---|---|---|---|
| Año 2021 Mes ABR Día 27 | FEMENINO | | |

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección): COLOMBIA BOLIVAR CARTAGENA

| Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos | Número certificado de nacido vivo |
|---|---|
| CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO | 166414049 |

**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: BERRIO BELLO JUSSELIS DANIELA

| Documento de identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
|---|---|
| CC 1.047.509.687 | 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: JULIO PEREZ EMILIO JOSE

| Documento de identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
|---|---|
| CC 1.044.907.089 | COLOMBIA |

**Datos del declarante**

Apellidos y nombres completos: JULIO PEREZ EMILIO JOSE

| Documento de identificación (Clase y número) | Firma |
|---|---|
| CC 1.044.907.089 | EMILIO JULIO |

**Datos primer testigo**

Apellidos y nombres completos:

| Documento de identificación (Clase y número) | Firma |
|---|---|
| | |

**Datos segundo testigo**

Apellidos y nombres completos:

| Documento de identificación (Clase y número) | Firma |
|---|---|
| | |

| Fecha de inscripción | Nombre y firma del funcionario que autoriza |
|---|---|
| 2021 Mes MAY Día 18 | ELKIN RICARDO GOMEZ DIAZ - REGIST<br>Nombre y firma |

| Reconocimiento paterno | Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento |
|---|---|
| EMILIO JULIO<br>Firma | Nombre y firma |

**ESPACIO PARA NOTAS**

18.MAY.2021 - CIRCULAR 084 DE SEPTIEMBRE 01 DE 2020 RNEC...

OFIXPRES

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

Scanned with CamScanner

ADRES

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

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

**Resultados de la consulta**

**Información Básica del Afiliado :**

| COLUMNAS | DATOS |
|---|---|
| TIPO DE IDENTIFICACIÓN | RC |
| NÚMERO DE IDENTIFICACION | 1235050954 |
| NOMBRES | YISEL ANDREA |
| APELLIDOS | JULIO BERRIO |
| FECHA DE NACIMIENTO | **/**/** |
| DEPARTAMENTO | BOLIVAR |
| MUNICIPIO | CARTAGENA |

**Datos de afiliación :**

| ESTADO | ENTIDAD | REGIMEN | FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA | FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN | TIPO DE AFILIADO |
|---|---|---|---|---|---|
| ACTIVO | COOSALUD EPS S.A. | SUBSIDIADO | 27/04/2021 | 31/12/2999 | BENEFICIARIO |

**Fecha de Impresión:** 07/07/2025 17:21:40 | **Estación de origen:** 192.168.70.220

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

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

La responsabilidad por la calidad de los datos y la información reportada a la Base de Datos Única de Afiliados - BDUA, junto con el reporte oportuno de las novedades para actualizar la base de datos, corresponde directamente a su fuente de información; en este caso de las EPS, EOC y EPS-S.

**Esta información se debe utilizar por parte de las EPS y los prestadores de servicios de salud, como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como motivo para denegar la prestación de los servicios de salud a los usuarios.**

Si necesita retirarse, trasladarse, modificar sus datos o su estado de afiliación en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, se aclara que estas actualizaciones dependen netamente de las EPS y no de la ADRES, por lo cual la solicitud de actualización debe ser escalada a la EPS donde se presenta la afiliación.

Scanned with CamScanner

# A3

GRUPO SISBÉN IV
**Pobreza extrema**

**DATOS PERSONALES**

**Nombres:** YISEL ANDREA

**Apellidos:** JULIO BERRIO

**Tipo de documento:**

Registro civil

**Número de documento:**

1235050954

**Municipio:** Cartagena

**Departamento:** Bolívar

**INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA**

**Encuesta vigente:** 11/11/2020

**Última actualización ciudadano:**

05/11/2021

**Última actualización via registros administrativos:**

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

A1→A5 B1→B7 C1→C18 D1→D21

Scanned with CamScanner

¡Hola!

PASCUAL BOLIVAR
CL 63H BIS 119B 67 00022 - ENGATIVA
BOGOTA

vanti
Más formas de avanzar
Vanti S.A. ESP.
Medidor Gas No. 5057101-127014

Lote: P12GN Ruta: 001176016336000 5000 Código del Sector: 412

Cuenta o referencia de pago **61910960**

vanti

TU CUPO VANTI LISTO APROBADO ES: **$ 4.400.000**

débito

Comunícate con nosotros y solucionamos tus inquietudes

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

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

Atención virtual
Gestiona tus peticiones sin salir de casa

Línea de WhatsApp 315 416 4164

Mi Vanti en línea
https://migrupovanti.com/

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

412
00117601633600 5000
100399
P12GN
C1

Scanned with CamScanner

| | PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES<br>FORMATO REGISTRO DE DILIGENCIAMIENTO DE FICHA SIRBE EN FÍSICO | Código: FOR-PSS-743<br>Versión: 0<br>Fecha: Memo I2024000787 - 12/01/2024<br>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 Yisel Andrea Julio Bello DOCUMENTO DE IDENTIDAD CC__ CE__ OTROX CUAL? RC Número # 1.235.050.954

FECHA DE ENTREGA PARA DIGITACIÓN: 10/07/2025 NOMBRE DEL DIGITADOR AL QUE SE ENTREGA LA FICHA: Diana Ramirez

Scanned with CamScanner

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

Fecha de diligenciamiento: 22/04/2023

Número de ficha: 2025 (Año) 10 (Localidad) 974 (Proyecto) 112 (Código unidad operativa) 05281

## SECCCIÓN A. VARIABLES BÁSICAS

1. Primer Apellido, según su documento de identidad: MENDOZA
2. Segundo Apellido, según su documento de identidad: RODRIGUEZ
3. Primer Nombre, según su documento de identidad: KIMBERLYN
4. Segundo Nombre, según su documento de identidad: SOPHIA

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

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

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

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

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

10. Número de documento de identificación: 77099980

11. Municipio nacimiento:

12. Departamento nacimiento:

13. País nacimiento: Venezuela

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

15. Fecha de nacimiento (según su documento de identidad): 28/08/2002

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

17. Nivel educativo actual:
Educación inicial modalidad familiar [26] 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 cuidador/a? (pregunta para mayores de 14 años:
Si [1] No [2] X (pase a la pregunta 25)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

35. Clasificación Sisbén:

Scanned with CamScanner

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

Fecha de diligenciamiento: 22 07 2025

Número de ficha: 2025 (Año) 10 (Localidad) 7744 (Proyecto) 120529 (Código unidad operativa)

## SECCIÓN B. VARIABLES TRANSVERSALES

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**12. Número registro único de víctimas:** ____

**13. Año en que realizo la declaración:** ____

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

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

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

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

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

*Si la respuesta es 2 o 98 Pase a 18*

Scanned with CamScanner

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

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

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

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

| Rubro | Valor del gasto en pesos | Rubro | Valor del gasto en pesos |
|---|---|---|---|
| Vivienda (Arriendo y/o valor cuota | $250.000 | Recreación | $ 0 |
| Servicios públicos domiciliarios (agua, energía, gas, teléfono fijo, internet, teléfono celular, televisión por cable | $220.000 | Gastos en salud (consultas, medicamentos, etc.) | $ 0 |
| Pagos a terceros cuidadores | $ 0 | Transporte o movilidad de los integrantes del hogar | $ 150.000 |
| Artículos de aseo personal | $200.000 | Educación (útiles, pensión, transporte escolar, fotocopias, etc.) | $ 0 |
| Alimentación | $800.000 | Total | $2'120.000 |

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

| Si | 1 | No | 2 X | No informa | 3 |
|---|---|---|---|---|---|

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

| Si | 1 | No | 2 X | No informa | 3 |
|---|---|---|---|---|---|

Scanned with CamScanner

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

Fecha de diligenciamiento: 22/07/2025

Número de ficha: 2025 (Año) 10 (Localidad) 7744 (Proyecto) 120529 (Código unidad operativa)

SECCION C. UBICACIÓN GEOGRAFÍCA

1. Localidad donde habita

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

2. UPZ o UPR: 74

3. Nombre del barrio / Vereda: Literma

4. Escriba su dirección completa:

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

Número de la vía principal: 65

Nombre de la vía principal:

Nombre sinónimo de la vía principal:

| Alfabético | BIS | Cuadrante | Número vía generadora | Alfabético | Número placa | Cuadrante |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | Alfabético | S S<br>E E | 115 | D | 21 | S S<br>E E |

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

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

6. Tipo de zona

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Urbana | 1 X | Rural | 2 | Urbana sin dirección | 3 |

7. Estrato socio – económico del predio

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

8. Teléfono fijo de contacto: 0

9. Teléfono celular de contacto: 3176316513

10. Correo electrónico de contacto: 0

11. ¿Habita en una vivienda?.

| | | |
|---|---|---|
| Si | 1 X | |
| No | 2 | pase a la pregunta 16 |

12. Tipo de vivienda

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

13. Condición de la vivienda

| | |
|---|---|
| Ruina | 1 |
| Demolición | 2 |
| Buen estado | 3 X |
| Aceptable | 4 |
| Mal Estado | 5 |

14. Tenencia de la vivienda

| | | | |
|---|---|---|---|
| Propia | 1 | otra forma | 3 |
| Amortizado | 4 | Arrendada | 2 X |

15. Forma de pago

| | |
|---|---|
| Diaria | 1 |
| Mensual | 2 X |
| Quincenal | 3 |
| Semanal | 4 |
| Contributivo | 5 |

16. Lugar diferente a vivienda donde habita:

| | |
|---|---|
| Equipamiento Urbano | 1 |
| Refugio natural | 2 |

Scanned with CamScanner

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

Fecha de diligenciamiento: 22 07 2025

Número de ficha: 2025 (Año) 10 (Localidad) 7744 (Proyecto) 120529 (Código unidad operativa)

SECCIÓN D. INFORMACIÓN BÁSICA Y TRANSVERSAL SOBRE LA FAMILIA:

La información básica se repite para el jefe de núcleo familiar

| No. Integrante | A: Documento de identidad – Tipo | A: Documento de identidad – Número | B: Apellidos (Escriba: En el renglón 1, primer apellido; En el renglón 2, segundo apellido) | C: Nombres (Escriba: En el renglón 1, primer nombre; En el renglón 2, segundo nombre) | D: Sexo | E: ¿Con cuál género se identifica? | F: ¿Transgenero masculino o transgenero femenino? | G: ¿Cuál es su orientación sexual? | H: Fecha nacimiento – Día | H: Mes | H: Año | Edad aproximada | I: Estado civil | J: Parentesco (Con jefe/a del núcleo familiar) | K: Nivel educativo actual – Nivel / Años aprobados | K: ¿Asiste actualmente? | L: Sistema distrital de cuidado – ¿Es persona cuidadora/a? | M: Niños/as de 0 a 5 años | N: Niños/as de 6 a 10 años | O: Persona con discapacidad | P: Persona mayor | Q: Cuidado de casa | R: Actividad | S: Rol ocupacional | T: ¿Cuantas horas a la semana dedica a esta ocupación? | U: Valor de los ingresos mensuales | V: Forma de percibir los ingresos | W: Localidad donde realiza actividad principal | X: Salud – Afiliado al régimen de seguridad social | X: Régimen de seguridad social | X: Calidad del afiliado | Y: Discapacidad – ¿Persona con discapacidad? | Y: Tipo | Z: Grupo étnico | AA: Pueblo indígena | AB: Víctima de conflicto armado – ¿Es víctima del conflicto armado? | AB: Motivo | AC: ¿Ha recibido capacitación, formación o tiene experiencia en algún arte u oficio? | AD: De acuerdo con la respuesta anterior ¿En qué cree que puede desempeñarse? |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 21 | 67 91118 | 1 Mendoza | 1 Melbis | 1 | 1 | | 1 | 07 | 10 | 1990 | 34 | 3 | 1 | 7 | Si | Si | Si | Si | Si | Si | Si | 12 | 32 | 60 | 2'300000 | 5 | 10 | X | 1 | 2 | Si | | 6 | | Si | | Si X No | |
| | | | Peroza | 2 Alejandro | | | | | | | | | | | 5 | X | X | No | No | No | No | No | | | | | | | No | | | X | | | | X | | No aplica | |
| 2 | 8 | | 1 Rodriguez | Carangel | 2 | 2 | | 1 | 13 | 07 | 1999 | 26 | 3 | 2 | 8 | Si | X | X | X | Si | Si | X | 11 | 27 | | | | | Si | | | Si | | 6 | | Si | | Si X | |
| | | | 2 Escalona | 2 Andreina | | | | | | | | | | | 6 | X | No | No | No | X | X | No | | | | | | | X | | | X | | | | X | | No aplica | |
| 3 | 8 | | 1 Mendoza | 1 Cariel bis | 2 | 98 | | 98 | 19 | 01 | 2018 | 7 | 1 | 5 | 7 | X | Si | Si | Si | Si | Si | Si | 3 | 98 | | | | | Si | | | Si | | 6 | | Si | | Si No | |
| | | | 2 Rodriguez | 2 Michelle | | | | | | | | | | | 1 | No | X | No | No | No | No | No | | | | | | | X | | | X | | | | X | | No aplica | |
| 4 | 21 | 77 09980 | 1 Mendoza | 1 Kimberlyn | 2 | 98 | | 98 | 28 | 08 | 2021 | 3.10 | 1 | 5 | 1 | Si | Si | Si | Si | Si | Si | Si | 98 | 98 | | | | | X | 1 | 1 | Si | | 6 | | Si | | Si No | |
| | | | 2 Rodriguez | 2 Sophia | | | | | | | | | | | | X | No | No | No | No | No | No | | | | | | | No | | | X | | | | 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 aplica | |

Scanned with CamScanner

Scanned with CamScanner

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

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

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

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

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

**5. ¿Cuál fue el peso de su hija-o al nacer?:** 3,500 Gramos
DATO VALIDO ENTRE 450 Y 6000

**6. ¿Cuál fue la talla de su hija-o al nacer?:** 49 Centimetros
DATO VALIDO ENTRE 22 Y 60

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

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

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

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

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

**12. ¿Qué edad tenía su hija-o cuando dejo de darle leche materna completamente?:** 7 Meses

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

**14. ¿Fecha del último control?:** 04/07/2023
*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 [1] Sin servicio de salud [2] Desconocimiento [3] Falta de tiempo [4]

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Scanned with CamScanner

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**8. ¿Cuál es la edad en años del cuidador o la cuidadora principal?:** 26

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Nombres y apellidos del cuidador-ra principal (según documento identidad) **19. Primer Apellido:** Rodriguez **20. Segundo Apellido:** Escalona **21. Primer Nombre:** Camilangel **22. Segundo Nombre:** Andreina

**23. ¿La niña-niño se encuentra bajo medida de protección legal?:** Si 1 | No 2 X **24. ¿El niño o la niña ha estado bajo medida de protección legal?:** Si... 1 | No 2 X *Pase a sección K* **25. ¿En qué fecha el niño o la niña tuvo la medida de protección legal?:** D D M M A A A A

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

*TRANS ESPECTRO AUTISTA (TEA)*
TEA...

*AUDITIVA*
Hipoacusia... | Sordera ...

*VISUAL*
Baja visión... | Ceguera...

*INTELECTUAL*
Síndrome de Down... | Intelectual ...

*FISICA*
Osteomuscular... | Neuromuscular... | Parálisis cerebral (EMOC)...

*PSICOSOCIAL*
Psicosocial ...

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Scanned with CamScanner

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

SECCIÓN N. DESCRIPCIÓN Y REFERENCIACIÓN:

**1. Descripción de la problemática:**

Hogar familiar Nodriza donde la madre solicita cupo para su hija porque pasa el tiempo en casa sin hacer nada y ya desea que aprenda a ser independiente así mismo refiere que desea buscar empleo para ayudar con los gastos ya que el único proveedor es el padre quien trabaja lateros y pintor en empresa pero los ingresos son muy justos, la madre informa que ella y su hija mayor aún están en proceso de documentación y por lo cual no tienen seguridad social.

**2. Concepto técnico:**

El jardín infantil ofrece a la niña un espacio adecuado y seguro con profesionales idóneos que aportan a su desarrollo integral.

Familia con fragilidad Alta al ser familia migrante con baja escolaridad, con ingresos insuficientes y no poseer redes de apoyo.

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

MATERNAL ☐ CAMINADORES ☐ PARVULOS ☐ PREJARDIN ☒ JARDIN ☐

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

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

**3. Acciones a seguir:**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Integrante: 2 ¿Cuál?: Secretaría de Salud
Integrante: 3 ¿Cuál?: Secretaría de Salud
Integrante: ___ ¿Cuál?: ___
Integrante: ___ ¿Cuál?: ___

Scanned with CamScanner

# REPÚBLICA DE COLOMBIA
PERMISO POR PROTECCIÓN TEMPORAL

MIGRACIÓN
MINISTERIO DE RELACIONES EXTERIORES

No. 6791118

COL

MENDOZA PEROZA
APELLIDOS

MELBIS ALEJANDRO
NOMBRES

VEN
NACIONALIDAD

M
SEXO

21243471
DNI Nro.

07-10-1990
FECHA DE NACIMIENTO

28-03-2023 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

30-05-2031
FECHA DE VENCIMIENTO

VISIBLES

FIRMA

E1242163

INDICE DERECHO

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

Carlos Fernando Garcia Manosalva
Director General de Migración Colombia

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

IPCOL6791118<<9<<<<<<<<<<<<<<<
9010071M3105308VENE1242163<<<1
MENDOZA<PEROZA<<MELBIS<ALEJAND

Scanned with CamScanner

REPUBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA

CEDULA DE IDENTIDAD

V 26.898.464

112

APELLIDOS RODRIGUEZ ESCALONA

NOMBRES CARIANGEL ANDREINA

Dante Rivas

Director

Cariangel Rodriguez

13/07/1999 SOLTERA

F. N. EDO CIVIL

07/08/2015 08/2025

F. EXPEDICION F. VENCIMIENTO

VENEZOLANO

Scanned with CamScanner

REGISTRADORA CIVIL HOSPITAL TIPO I DOCTOR BAUDILIO L... JIMENEZ DEL ESTADO LARA, SEGUN RESOLUCION NUMERO A-... PUBLICADA EN GACETA MUNICIPAL NUMERO 176, DE FECHA VEINTIDOS DE DICIEMBRE DEL AÑO DOS MIL DIECISIETE ==========

========== CERTIFICA ==========

QUE EN LOS LIBROS DE REGISTROS DE NACIMIENTOS LLEVADOS EN ESTE DESPACHO DURANTE EL AÑO 2018, SE ENCUENTRA ASENTADA UNA PARTIDA CUYOS DATOS SON LOS SIGUIENTES: ACTA NUMERO 74, DE FECHA DE PRESENTACION VEINTIDOS DE ENERO DEL AÑO DOS MIL DIECIOCHO, ABOGADA ROSANGELA MARIA RODRIGUEZ RODRIGUEZ, REGISTRADORA CIVIL HOSPITAL TIPO I DOCTOR BAUDILIO LARA, DEL ESTADO LARA, SEGUN RESOLUCION NUMERO A-2017-161, PUBLICADA EN GACETA MUNICIPAL NUMERO 176, DE FECHA VEINTIDOS DE DICIEMBRE DEL AÑO DOS MIL DIECISIETE, DEJO CONSTANCIA QUE EL DIA DIECINUEVE DE ENERO DEL AÑO DOS MIL DIECIOCHO A LAS CINCO Y VEINTE MINUTOS DE LA MAÑANA, NACIO EN HOSPITAL TIPO I, DR. BAUDILIO LARA DE QUIBOR ESTADO LARA, TAL COMO CONSTA EN CERTIFICADO DE NACIMIENTO NUMERO 9463762 EXPEDIDO POR ESE CENTRO ASISTENCIAL, UNA NENA, QUE TIENE POR NOMBRE(S) Y APELLIDOS: CARIELBIS MICHELLE MENDOZA RODRIGUEZ, Y ES HIJA DE CARIANGEL ANDREINA RODRIGUEZ ESCALONA, DE NACIONALIDAD VENEZOLANA, TITULAR DE LA CEDULA DE IDENTIDAD V-26. 898. 464, DE DIECIOCHO AÑOS DE EDAD, DE PROFESION U OFICIO DEL HOGAR, DOMICILIADA EN URBANIZACION CABO JOSE DOLANTE, QUIBOR ESTADO LARA, Y MELBIS ALEJANDRO MENDOZA PEROZA DE NACIONALIDAD VENEZOLANO, TITULAR DE LA CEDULA DE IDENTIDAD V-23. 243 471, DE VEINTISIETE AÑOS DE EDAD, DE PROFESION U OFICIO OBRERO, DOMICILIADO EN URBANIZACION CABO JOSE DOLANTE, QUIBOR ESTADO LARA. FUERON TESTIGOS PRESENCIALES DE ESTE ACTO, ELIZABETH CAROLINA RODRIGUEZ, TITULAR DE LA CEDULA DE IDENTIDAD V-14 410 980, DE NACIONALIDAD VENEZOLANA, DE PROFESION U OFICIO TRABAJADORA SOCIAL, CON DOMICILIO EN QUIBOR, Y LUIS FERNANDO RODRIGUEZ MENDOZA, TITULAR DE LA CEDULA DE IDENTIDAD V-23 163.243, DE NACIONALIDAD VENEZOLANO, DE PROFESION U OFICIO OBRERO, CON DOMICILIO EN QUIBOR. SE EXPIDE LA PRESENTE COPIA EN QUIBOR A LOS VEINTIDOS DIAS DEL MES DE ENERO DEL AÑO DOS MIL DIECIOCHO.....

ROSANGELA MARIA RODRIGUEZ RODRIGUEZ
REGISTRADORA CIVIL HOSPITAL TIPO I DOCTOR BAUDILIO LARA

REPÚBLICA DE COLOMBIA
PERMISO POR PROTECCIÓN TEMPORAL

MIGRACIÓN
MINISTERIO DE RELACIONES EXTERIORES

No. 7709980

COL

MENDOZA RODRIGUEZ
APELLIDOS

KIMBERLYN SOPHIA
NOMBRES

VEN
NACIONALIDAD

F
SEXO

28082021635
DNI N°

28-08-2021
FECHA DE NACIMIENTO

04-09-2023 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

30-05-2031
FECHA DE VENCIMIENTO

No Firma

VISIBLES

FIRMA

E1281971

INDICE DERECHO

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

Carlos Fernando García Manosalva
Director General de Migración Colombia

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

IPCOL7709980<<8<<<<<<<<<<<<<<<
2108287F3105308VENE1281971<<<1
MENDOZA<RODRIGUEZ<<KIMBERLYN<S

Scanned with CamScanner

ADRES

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

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

## Resultados de la consulta

**Información Básica del Afiliado :**

| COLUMNAS | DATOS |
|---|---|
| TIPO DE IDENTIFICACIÓN | PT |
| NÚMERO DE IDENTIFICACION | 7709980 |
| NOMBRES | KIMBERLYN SOPHIA |
| APELLIDOS | MENDOZA RODRIGUEZ |
| FECHA DE NACIMIENTO | **/**/** |
| DEPARTAMENTO | BOGOTA D.C. |
| MUNICIPIO | BOGOTA D.C. |

**Datos de afiliación :**

| ESTADO | ENTIDAD | REGIMEN | FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA | FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN | TIPO DE AFILIADO |
|---|---|---|---|---|---|
| ACTIVO | EPS FAMISANAR S.A.S. | CONTRIBUTIVO | 01/06/2024 | 31/12/2999 | BENEFICIARIO |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Fecha de Impresión:** | 07/16/2025 20:13:51 | **Estación de origen:** | 192.168.70.220 |

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

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

Scanned with CamScanner

11

2 MESES

# acueducto
AGUA Y ALCANTARILLADO DE BOGOTÁ

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

**Datos del usuario**
EDELMIRA VARGAS CARDENAS
CL 65 115D 21 (INMUEBLE)
(CORRESPONDENCIA)

| | | | |
|---|---|---|---|
| ESTRATO: | 2 | CLASE DE USO: | Multiusuario |
| UND.HABIT./FAMILIAS: | 2 | UND. NO HABITACIONAL: | 1 |

**ZONA:** 2 **CICLO:** C2 **RUTA:** C22096B

**Datos del medidor**
MARCA: ELSTER NÚMERO: A22FA175835 TIPO: VOLU015R315 DIÁMETRO: ½"

**CUENTA CONTRATO**
**Número para cualquier consulta** 000011002549

**Factura de Servicios Públicos No.**
**Número para pagos** 43914575113

**TOTAL A PAGAR**
Agua + Alcantarillado + Aseo (si aplica ver al respaldo) + Cobro de terceros (si aplica ver al respaldo) $ 468.750

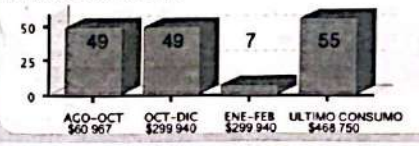
**Fecha de pago oportuno** MAY/31/2023

**Fecha de suspensión** JUN/05/2023

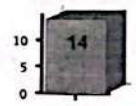
**Datos del consumo**

| | | | |
|---|---|---|---|
| ÚLTIMA LECTURA: | 5 | CONSUMO (m³) | 55 |
| LECTURA ANTERIOR: | 5 | | |
| FACTURADO CON: | Consumo promedio | Descargue fuente alterna | 0 |

Últimos consumos m³




Promedio m3:




**Periodo facturado**
FEB/26/2023 - ABR/26/2023

## Resumen de su cuenta

FECHA DE EXPEDICIÓN MAY/16/2023 FECHA ESPERADA DE LA PRÓXIMA FACTURA JUL/21/2023
RANGO CMO BÁSICO Bimestral según Resolución CRA-750/2016: (0 m3 - 22 m3)

| Descripción | Cantidad | Costo Valor Unitario | Costo Valor Total | (-)Subsidio (+) Aporte | Tarifa Valor Unitario | Valor a Pagar |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Acueducto** | | | | | | |
| Cargo fijo residencial | ,67 | $16.638,3 | $11.092 | $4.437- | $9.983,04 | $6.655 |
| Consumo residencial básico | 37 | $3.247,25 | $119.066 | $47.626- | $1.948,35 | $71.440 |
| Consumo residencial superior a básico | | | | | | |
| Cargo fijo no residencial | 33 | $16.638,3 | $5.546 | $2.773 | $24.957,6 | $8.319 |
| Consumo no residencial (m3) | 18 | $3.247,25 | $59.533 | $29.766 | $4.870,87 | $89.299 |
| **Subtotal Acueducto ①** | | | **$195.237** | **$19.524-** | | **$175.713** |
| **Alcantarillado** | | | | | | |
| Cargo fijo residencial | ,67 | $7.908,59 | $5.272 | $2.109- | $4.745,16 | $3.163 |
| Consumo residencial básico | 37 | $3.341,37 | $122.517 | $49.007- | $2.004,83 | $73.510 |
| Consumo residencial superior a básico | | | | | | |
| Cargo fijo no residencial | ,33 | $7.908,59 | $2.636 | $1.318 | $11.862,9 | $3.954 |
| Consumo no residencial (m3) | 18 | $3.341,37 | $61.258 | $30.630 | $5.012,06 | $91.888 |
| **Subtotal Alcantarillado ②** | | | **$191.683** | **$19.168-** | | **$172.515** |

| Otros Cobros | No. Cuota | Interés | Total | Saldo |
|---|---|---|---|---|
| Ajuste a la Decena | | | $2 | |
| Ben. Min. Vital Total | | | $23.380- | |
| Intereses de mora | | | $30 | |
| **Subtotal Otros Cobros ③** | | | **$23.348-** | |

| Otros conceptos que adeuda | Valor Total |
|---|---|
| **Total otros conceptos que adeuda** | |

Beneficio Mínimo Vital hasta 12 m3. Período actual $23.380-

**TOTAL AGUA, ALCANTARILLADO Y OTROS COBROS ①+②+③+④** $324.860

**CONSUMO MES** AGUA Y ALCANTARILLADO $174.114

**CONSUMO DÍA** AGUA Y ALCANTARILLADO $5.804

VIGILADA POR LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS PUBLICOS DOMICILIARIOS NRO. ÚNICO DE REGISTRO 1-11001000-10 EAB-ESP

25/05/2023


**¡Bogotá rinde cuentas!**
Entérate de todo lo que hemos logrado gracias al pago de tus impuestos escaneando este QR

o ingresa a:
https://bogota.gov.co/que-esta-haciendo-claudia-alcaldesa

somos agua

Scanned with CamScanner

| | PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES<br>FORMATO REGISTRO DE DILIGENCIAMIENTO DE FICHA SIRBE EN FÍSICO | Código: FOR-PSS-743<br>Versión: 0<br>Fecha: Memo I2024000787 - 12/01/2024<br>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 Kimberlyn Sophia Mendoza Rodriguez DOCUMENTO DE IDENTIDAD CC__ CE__ OTRO X CUAL? PPT Número # 37099180

FECHA DE ENTREGA PARA DIGITACIÓN: 24/07/2025 NOMBRE DEL DIGITADOR AL QUE SE ENTREGA LA FICHA: Diana Ramirez

Scanned with CamScanner

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

Fecha de diligenciamiento: 22/07/2025

Número de ficha: 2025 10 3744 1 2052 9 (Año / Localidad / Proyecto / Código unidad operativa)

## SECCCIÓN A. VARIABLES BÁSICAS

1. Primer Apellido, según su documento de identidad: ARANGUENA
2. Segundo Apellido, según su documento de identidad: VELILLA
3. Primer Nombre, según su documento de identidad: ASHLEY
4. Segundo Nombre, según su documento de identidad: KATHERINE

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

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

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

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

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

10. Número de documento de identificación: 1044018681

11. Municipio nacimiento: Cartagena

12. Departamento nacimiento: Bolivar

13. País nacimiento: Colombia

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

15. Fecha de nacimiento (según su documento de identidad): 28/11/2014

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

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

18. Años aprobados:

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

20. ¿Es cuidadora de niños, niñas menores de 5 años? (Aplica para personas mayores de 14 años)
Si [1] No [2]

21. ¿Es cuidadora de niños, niñas entre 06 a 10 años?
Si [1] No [2]

22. ¿Es cuidadora de personas con discapacidad?
Si [1] No [2]

23. ¿Es cuidadora de personas mayores?
Si [1] No [2]

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

35. Clasificación Sisbén:

Scanned with CamScanner

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

Fecha de diligenciamiento: 22 07 MM 29 25

Número de ficha: 2025 (Año) 10 (Localidad) 724 (Proyecto) 1205 (Código unidad operativa) 29

## SECCIÓN B. VARIABLES TRANSVERSALES

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**12. Número registro único de víctimas:**

**13. Año en que realizo la declaración:**

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

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

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

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

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

Scanned with CamScanner

| | PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL<br>FORMATO FICHA SIRBE SERVICIOS SOCIALES INFORMACIÓN BÁSICA Y TRANSVERSAL: CABEZOTE | Código: FOR-PS5-321<br>Versión: 1<br>Fecha: Memo 2023015255 - 25/05/2023<br>Página: 3 de 6 |
|---|---|---|

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

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

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

| Rubro | Valor del gasto en pesos | Rubro | Valor del gasto en pesos |
|---|---|---|---|
| Vivienda (Arriendo y/o valor cuota | $800.000 | Recreación | $ 0 |
| Servicios públicos domiciliarios (agua, energía, gas, teléfono fijo, internet, teléfono celular, televisión por cable | $500.000 | Gastos en salud (consultas, medicamentos, etc.) | $ 0 |
| Pagos a terceros cuidadores | $ 0 | Transporte o movilidad de los integrantes del hogar | $ 0 |
| Artículos de aseo personal | $200.000 | Educación (útiles, pensión, transporte escolar, fotocopias, etc.) | $ 0 |
| Alimentación | $600.000 | Total | $2'100.000 |

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

Si 1 | No 2 X | No informa 3

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

Si 1 | No 2 X | No informa 3

Scanned with CamScanner

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

Fecha de diligenciamiento: 2 2 0 7 2 0 2 5

Número de ficha: 2 0 2 5 (Año) 1 0 (Localidad) 7 7 4 4 (Proyecto) 1 2 0 5 2 9 (Código unidad operativa)

## SECCION C. UBICACIÓN GEOGRAFÍCA

**1. Localidad donde habita**

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

**2. UPZ o UPR:** 74

**3. Nombre del barrio / Vereda:** Engativa

**4. Escriba su dirección completa:**

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

Número de la vía principal: 116

Nombre de la vía principal:

Nombre sinónimo de la vía principal:

| Alfabético | BIS | Cuadrante | Número vía generadora | Alfabético | Número placa | Cuadrante |
|---|---|---|---|---|---|---|
| A | Alfabético | S S / E E | 65 | | 30 | S S / E E |

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

Complemento dirección:

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

**6. Tipo de zona**

Urbana 1 X | Rural 2 | Urbana sin dirección 3

**7. Estrato socio – económico del predio**

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

**8. Teléfono fijo de contacto:** 0

**9. Teléfono celular de contacto:** 3138431896

**10. Correo electrónico de contacto:** ineskardinavelillagomez@gmail.com

**11. ¿Habita en una vivienda?.**

Si 1 X | No 2 pase a la pregunta 16

**12. Tipo de vivienda**

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

**13. Condición de la vivienda**

Ruina 1 | Demolición 2 | Buen estado 3 X | Aceptable 4 | Mal Estado 5

**14. Tenencia de la vivienda**

Propia 1 | otra forma 3 | Amortizado 4 | Arrendada 2 X

**15. Forma de pago**

Diaria 1 | Mensual 2 X | Quincenal 3 | Semanal 4 | Contributivo 5

**16. Lugar diferente a vivienda donde habita:**

Equipamiento Urbano 1 | Refugio natural 2

Scanned with CamScanner

3

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

Fecha de diligenciamiento: 22 07 2025

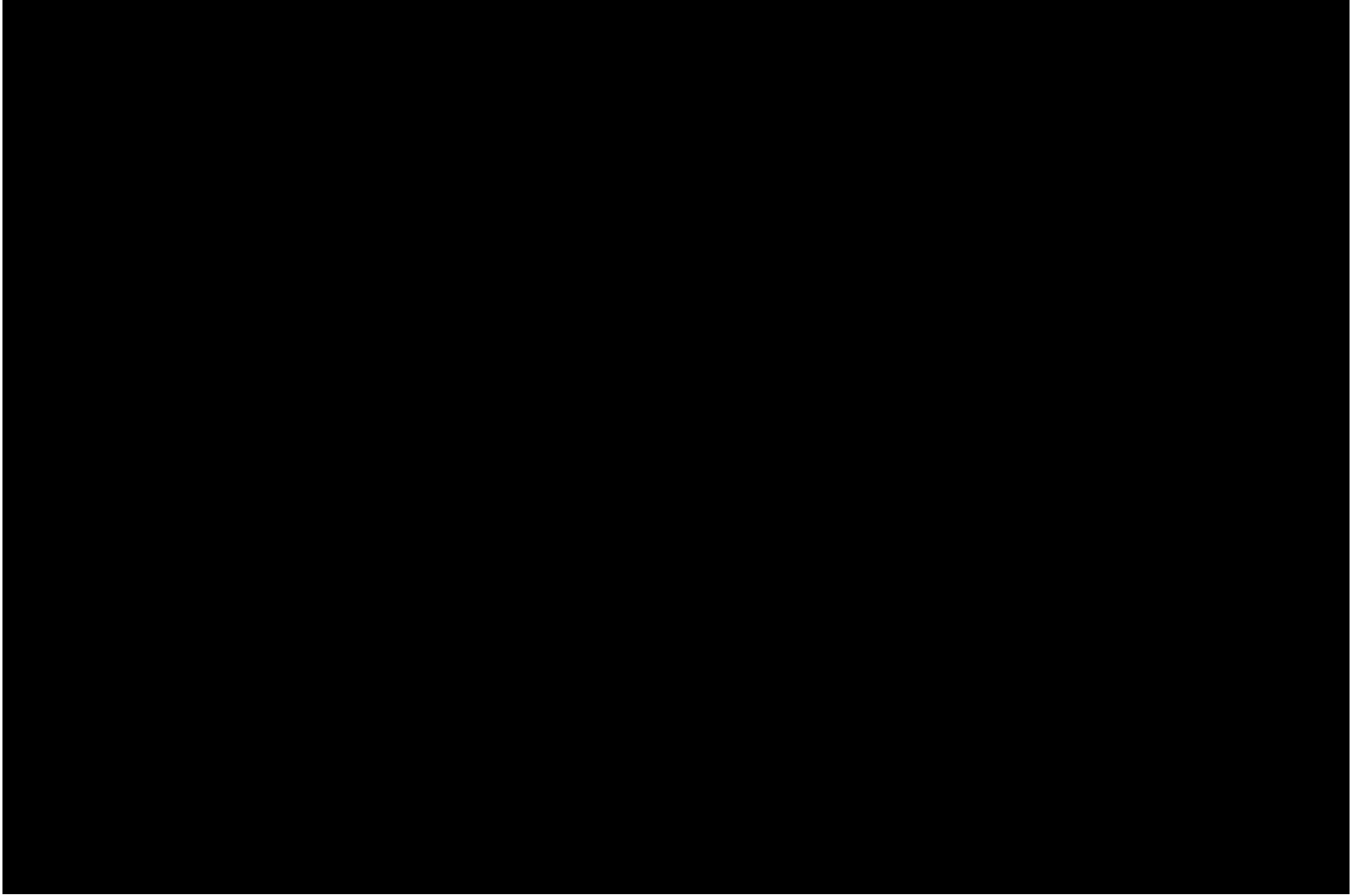
Número de ficha: 2025 (Año) 10 (Localidad) 7744 (Proyecto) 120529 (Código unidad operativa)

SECCIÓN D. INFORMACIÓN BÁSICA Y TRANSVERSAL SOBRE LA FAMILIA:

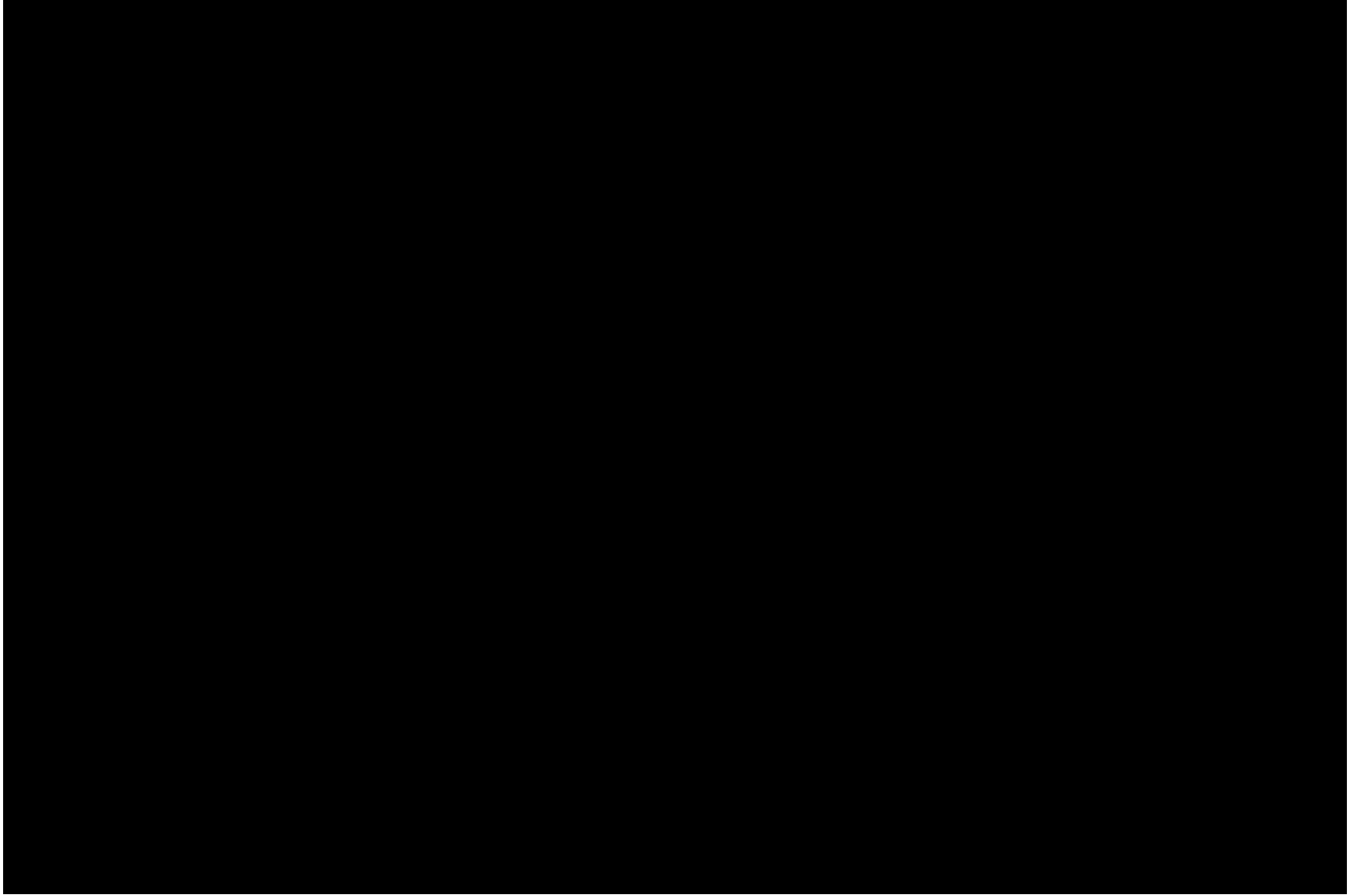
La información básica se repite para el jefe de núcleo familiar

| No. Integrante | A: Documento de identidad – Tipo | A: Documento de identidad – Número | B: Apellidos (Escriba: En el renglón 1, primer apellido; En el renglón 2, segundo apellido) | C: Nombres (Escriba: En el renglón 1, primer nombre; En el renglón 2, segundo nombre) | D: Sexo | E: ¿Con cuál género se identifica? | F: ¿Transgenero masculino o transgenero femenino? | G: ¿Cuál es su orientación sexual? | H: Fecha nacimiento – Día | H: Mes | H: Año | H: Edad aproximada | I: Estado civil | J: Parentesco (Con jefe/a del núcleo familiar) | K: Nivel educativo actual – Nivel / Años aprobados | K: ¿Asiste actualmente? | L: Sistema distrital de cuidado – ¿Es persona cuidadora/a? | M: Niños/as de 0 a 5 años | N: Niños/as de 6 a 10 años | O: Persona con discapacidad | P: Persona mayor | Q: Cuidado de casa | R: Actividad | S: Rol ocupacional | T: ¿Cuantas horas a la semana dedica a esta ocupación? | U: Valor de los ingresos mensuales | V: Forma de percibir los ingresos | W: Localidad donde realiza actividad principal | X: Salud – Afiliado al régimen de seguridad social | X: Régimen de seguridad social | X: Calidad del afiliado | Y: Discapacidad – ¿Persona con discapacidad? | Y: Tipo | Z: Grupo étnico | AA: Pueblo indígena | AB: Víctima de conflicto armado – ¿Es víctima del conflicto armado? | AB: Motivo | AC: ¿Ha recibido capacitación, formación o tiene experiencia en algún arte u oficio? | AD: De acuerdo con la respuesta anterior ¿En qué cree que puede desempeñarse? |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 1 | 1235239249 | 1 Aranguena<br>2 Arrieta | 1 Abel<br>2 Enrique | 1 | 1 | | 1 | 28 | 12 | 1990 | 34 | 3 | 1 | 7<br>5 | Si<br>No | X<br>No | X<br>No | Si<br>No | Si<br>No | Si<br>No | Si<br>No | 13 | 32 | 40 | 2'000.000 | 1 | 10 | X<br>No | 2 | 1 | Si<br>No | | 6 | | Si<br>No | | Si<br>No aplica | X<br>No |
| 2 | 1 | 1080651835 | 1 Velilla<br>2 Gomez | 1 Inés<br>2 Carolina | 2 | 2 | | 1 | 29 | 08 | 1992 | 32 | 3 | 2 | 7<br>5 | Si<br>No | X<br>No | X<br>No | Si<br>No | Si<br>No | Si<br>No | X<br>No | 13 | 32 | 48 | 1'200.000 | 1 | 10 | X<br>No | 2 | 1 | Si<br>No | | 6 | | Si<br>No | | Si<br>No aplica | X<br>No |
| 3 | 3 | 1080651854 | 1 Velilla<br>2 Gomez | 1 Jefferling<br>2 Karolina | 2 | 98 | | 98 | 29 | 10 | 2013 | 11 | 1 | 14 | 8<br>1 | X<br>No | Si<br>No | Si<br>No | Si<br>No | Si<br>No | Si<br>No | Si<br>No | 3 | 98 | | | | | X<br>No | 2 | 1 | Si<br>No | | 6 | | Si<br>No | | Si<br>No aplica | No<br>No |
| 4 | 6 | 1044018681 | 1 Aranguena<br>2 Velilla | 1 Ashley<br>2 Katherine | 2 | 98 | | 98 | 28 | 11 | 2021 | 3,7 | 1 | 5 | 1 | Si<br>No | Si<br>No | Si<br>No | Si<br>No | Si<br>No | Si<br>No | Si<br>No | 98 | 98 | | | | | X<br>No | 2 | 1 | Si<br>No | | 6 | | Si<br>No | | Si<br>No aplica | No<br>No |
| 5 | | | 1<br>2 | 1<br>2 | | | | | | | | | | | | Si<br>No | Si<br>No | Si<br>No | Si<br>No | Si<br>No | Si<br>No | Si<br>No | | | | | | | Si<br>No | | | Si<br>No | | | | Si<br>No | | Si<br>No aplica | No<br>No |

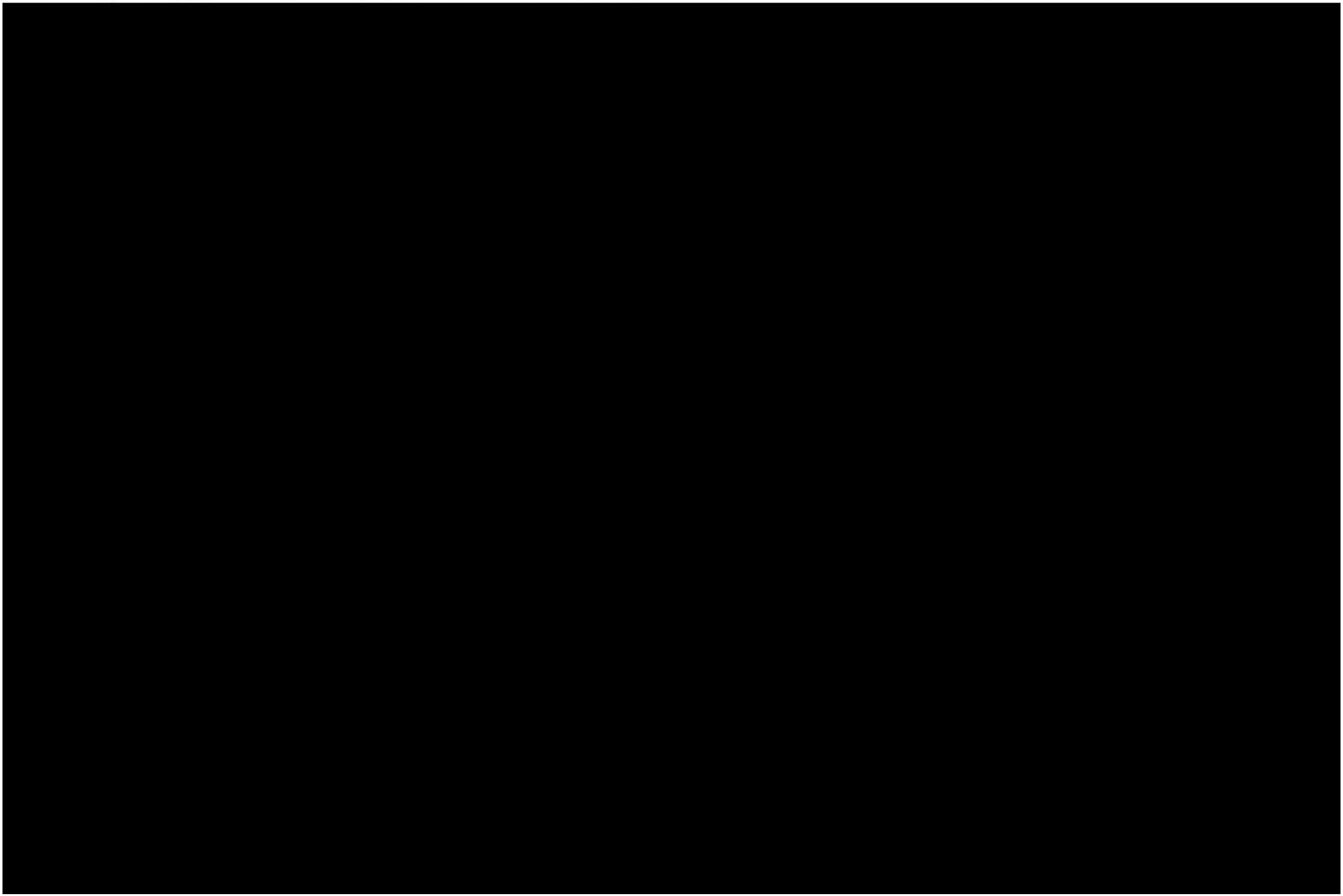
Scanned with CamScanner



Scanned with CamScanner



Scanned with CamScanner



Scanned with CamScanner

Scanned with CamScanner

Scanned with CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.235.239.249**

**ARANGUENA ARRIETA**

APELLIDOS

**ABEL ENRIQUE**

NOMBRES

Abel Aranguena

FIRMA

INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **28-DIC-1990**

**ZULIA - MARACAIBO NORTE**
**VENEZUELA**

LUGAR DE NACIMIENTO

| **1,85** | **O+** | **M** |
|---|---|---|
| ESTATURA | G.S. RH | SEXO |

**16-FEB-2016 CARTAGENA**

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-0500100-00812096-M-1235239249-20160408 **0049**246876A 1 45665198

Scanned with CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.080.651.835**

**VELILLA GOMEZ**

APELLIDOS

**INES CAROLINA**

NOMBRES

Ines C. Velilla Gomez

FIRMA

INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **29-AGO-1992**

**SAN ZENON**
**(MAGDALENA)**
LUGAR DE NACIMIENTO

**1.62** ESTATURA | **O+** G.S. RH | **F** SEXO

**16-ENE-2017 SAN ZENON**
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-2107300-01093741-F-1080651835-20190819 **00674**12673A 1 9909786118

Scanned with CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NUMERO **1.080.651.854**
**VELILLA GOMEZ**
APELLIDOS
**JEFFERLING KAROLINA**
NOMBRES

Jefferling
FIRMA

FECHA DE NACIMIENTO **29-OCT-2013**
**SAN ZENON**
**(MAGDALENA)**
LUGAR DE NACIMIENTO
**29-OCT-2031** **O+** **F**
FECHA DE VENCIMIENTO G.S. RH SEXO
**03-DIC-2020 MOMPOS**
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

NUIP DE DERECHO

A-0500100-01394808-F-1080651854-20231111 **0137**150190A 3 8509654321

Scanned with CamScanner

Famisanar EPS

**CERTIFICA QUE:**

El(La) Señor(a) ASHLEY KATHERINE ARANGUENA VELILLA identificado(a) con RC. 1044018681 se encuentra afiliado(a) a la EPS en condición de BENEFICIARIO del Régimen Subsidiado.

| | |
|---|---|
| **Fecha de Activación de Servicios:** | **2021/11/28** |
| **Estado de la Afiliación:** | **ACTIVO** |
| **IPS:** | **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E-UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD SIMON BOLIVAR** |
| **Categoría:** | **SISBEN-1** |

La presente certificación se expide a solicitud del (de la) interesado(a) en Bogotá para **QUIEN INTERESE**, a los 10 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

Por favor dobla y rasga para abrir la factura

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

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

REVISIÓN PERIÓDICA OBLIGATORIA DE GAS

Si tu Revisión Periódica Obligatoria de gas se vence entre julio y diciembre de 2025

¡Agenda ahora y comienza a pagar en el mes de tu vencimiento!

Agenda ya en **grupovanti.com** y paga después

vanti

Agenda tu Revisión escaneando el QR

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

## Mundo digital Vanti

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

Botón PSE

Botón Bancolombia

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

Escanea para pagar tu factura

Pagos electrónicos en otras entidades

Redeban, Itaú*, Bancamía, BBVA*, Scotiabank Colpatria*, Banco AV Villas*, Banco GNB Sudameris, Bancolombia*, Banco Falabella, Banco Pichincha*, Banco Caja Social*, Nequi, Davivienda*, Daviplata, Rappi pay, dale!

*Permite adicionalmente inscripción a débito automático.

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

## Puntos Presenciales

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

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

## Eficiencia energética

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

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

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

CARVAJAL SOLUCIONES DE COMUNICACIÓN S.A.S. NIT. 800.096.812-8 7048/29052025

Se le suspenderá el servicio de gas natural a la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios dentro de los (5) días hábiles siguientes al cumplimiento del plazo de la presente factura, el cliente cuenta con los mecanismos de defensa en la ley 142 de 1994 y puede hacer uso antes de la fecha señalada para el pago oportuno.

Por favor dobla y rasga para abrir la factura

11

# ¡Hola!

**JUAN FRANCICO GONSALEZ**
KR 116A 65 30 02 00001 - ENGATIVA
BOGOTA

vanti
Más formas de avanzar
Vanti S.A. ESP.
Medidor Gas No. 5117103-300005405

Lote: P12GN Ruta: 0011760065110005100 Código del Sector: 412

Cuenta o referencia de pago **61665269**

vanti Listo

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

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

vanti Listo
En Vanti tienda virtual
compra calentador, estufa, horno, campana y mucho más, las mejores opciones para estrenar.
Aprovecha los precios Vanti Listo y paga en tu factura de gas natural.
Escanea y compra aquí

**Compra en tienda virtual y paga a cuotas a través de tu factura de gas con Vanti listo**

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

## Comunícate con nosotros y solucionemos tus inquietudes

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

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

**Atención virtual**
Gestiona tus peticiones sin salir de casa

**Línea de WhatsApp 315 416 4164**

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

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

Por favor dobla y rasga para abrir la factura

412 0011760065110005100 P12GN 04760

Scanned with CamScanner

| | PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES<br>FORMATO REGISTRO DE DILIGENCIAMIENTO DE FICHA SIRBE EN FÍSICO | Código: FOR-PSS-743<br>Versión: 0<br>Fecha: Memo I2024000787 - 12/01/2024<br>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 Ashley Katherine Aranguena Vehlla DOCUMENTO DE IDENTIDAD CC__ CE__ OTRO X CUAL? RC Número # 1.044.018.681

FECHA DE ENTREGA PARA DIGITACIÓN: 28/07/2025 NOMBRE DEL DIGITADOR AL QUE SE ENTREGA LA FICHA: Diana Ramirez

Scanned with CamScanner