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

Fecha de diligenciamiento: d 2 0 3 2 0 2 6

Número de ficha: 2026 (Año) 107 (Localidad) 744 (Proyecto) 12052 9 (Código unidad operativa)

SECCIÓN 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:
Cabera	Bocanegra	Aziel	Santiago

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 solo se 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:	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]	1110236557	Tolima	Chaparral

13. País nacimiento:	14. Sexo de nacimiento:	15. Fecha de nacimiento: (según su documento de identidad)	16. Estado civil:
Colombia	Hombre [1] X Mujer [2] Intersexual [3]	12 08 2013	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 cuidadora? (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 05 a 10 años?	22. ¿Es cuidador/a de personas con discapacidad?	23. ¿Es cuidadoría 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. ¿Cuantas 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?:
Si [1] X No [2] (pase a la pregunta 34)

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

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

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

35. Clasificación Sisbén

Powered by CamScanner

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

Fecha de diligenciamiento: 12 03 2026

Número de ficha: 2026 107 744 1205 29 (Año / Localidad / Proyecto / Código unidad operativa)

SECCIÓN B. VARIABLES TRANSVERSALES

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

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

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

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

4. Tipología de estructura familiar: Hogar familiar Nuclear [1 X] Hogar familiar ampliado compuesto [3] Hogar familiar ampliado 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 [9]

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

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

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] Muscas [16] Kankuamo [45] Pijao [14] Embera Dóbida [29]
Pastos [65] Senú [5] Yanaconas [7] Ingas [9] Awa (Kwaiker) [11] Kogui [49] Kubeo [50] Embera Katío [34] Otro ¿cuál? Digite código del instructivo

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

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

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

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

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

17. ¿Ha recibido capacitación, formación o tiene experiencia en algún arte u oficio? *(Esta pregunta aplica solo a personas mayores de 14 años).* Si [1] No [2 X] No aplica [98] Si la respuesta es 2 o 98 Pase a 19

Powered by CamScanner

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

15. 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 niñas-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	$660.000	Recreación	$200.000
Servicios públicos domiciliarios (agua, energía, gas, teléfono fijo, internet, teléfono celular, televisión por cable	$50.000	Gastos en salud (consultas, medicamentos, etc.)	$75.000
Pagos a terceros cuidadores	$ 0	Transporte o movilidad de los integrantes del hogar	$150.000
Artículos de aseo personal	$100.000	Educación (útiles, pensión, transporte escolar, fotocopias, etc.)	$ 0
Alimentación	$500.000	Total	$1'685.000

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

Sí 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

Sí 1 | No 2 X | No Informa 3

Powered by CamScanner

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

Fecha de diligenciamiento: 12 03 2026

Número de ficha: 2026 (Año) 10 (Localidad) 774 (Proyecto) 1205 (Código unidad operativa) 29

SECCION C. UBICACIÓN GEOGRAFÍCA

1. Localidad donde habita

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

2. UPZ o UPR: 74

3. Nombre del barrio / Vereda: Engativa

4. Escriba su dirección completa:

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

Número de la vía principal:	Alfabético	BIS	Cuadrante	Número vía generadora	Alfabético		Número placa	Cuadrante
116	B	Alfabético	S S E E	66		-	74	S S E E

Nombre de la vía principal:

Nombre sinónimo de la vía principal:

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

AP 201

Complemento dirección:	BG. Bodega	CONJ. Conjunto	ESQ. Esquina	LC. Local	MZ. Manzana	PI. Piso	SL. Solar	TR. Terraza
AD. Administración	BQ. Bloque	CT. Carretera	ET. Etapa	LM. Local Mezzanine	OF. Oficina	PN. Puente	SM. Súper manzana	UN. Unidad
AG. Agrupación	CA. Casa	DP. Depósito	GJ. Garaje	LS. Local sótano	OS. Oficina sótano	PS. Paseo	SR. Sector	UR. Unidad residencial
AL. Altillo	CEL. Célula	DS. Depósito sótano	GS. Garaje sótano	LT. Lote	PA. Parcela	PT. Portería	SS. Semi sótano	URB. Urbanización
AP. Apartamento	CM. Camino	ED. Edificio	IN. Interior	MD. Módulo	PD. Predio	SA. Salón	SU. Suite	ZN. Zona
AS. Apartamento sótano	CN. Consultorio	EN. Entrada	KM. Kilometro	MN. Mezzanine	PH. Penthouse	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: 3153177696

10. Correo electrónico de contacto gzielbocanega@gmail.com

11. ¿Habita en una vivienda?

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

12. Tipo de vivienda

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

13. Condición de la vivienda

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

14. Tenencia de la vivienda

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

15. Forma de pago

Diaria 1
Mensual 2 X
Quincenal 3
Semanal 4
Contributivo 5

16. Lugar diferente a vivienda donde habita:

Equipamiento Urbano 1
Refugio natural 2

Powered by CamScanner

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

Fecha de diligenciamiento: 12/03/2026

Número de ficha: 2026 (Año) 10 (Localidad) 774 (Proyecto) 1205 (Código unidad operativa) 29

SECCIÓN D. INFORMACIÓN BÁSICA Y TRANSVERSAL SOBRE LA FAMILIA:

La información básica se repite para el jefe de núcleo familiar

No. integrante	A		B	C	D	E	F	G	H				I	J	K		L	M	N	O	P	Q	R	S	T	U	V	W	X			Y		Z	AA	AB		AC	AD
	DOCUMENTO DE IDENTICAD		APELLIDOS Escriba: En el renglón 1, primer apellido En el renglón 2, segundo apellido	NOMBRES Escriba: En el renglón 1, primer nombre En el renglón 2, segundo nombre	Sexo	¿Con cuál género se identifica?	¿Transgenero masculino o transgenero femenino?	¿Cuál es su orientación sexual?	FECHA NACIMIENTO			Edad aproximada	ESTADO CIVIL	PARENTESCO (Con Jefe/a del núcleo familiar)	NIVEL EDUCATIVO ACTUAL NIVEL Años aprobados	¿Asiste actualmente?	SISTEMA DISTRITAL DE CUIDADO ¿Es persona cuidadora/o?	Niños/as de 0 a 5 años	Niños/as de 6 a 10 años	Persona con discapacidad	Persona mayor	Cuidado de casa	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 Afiliado al régimen de seguridad social	Régimen de seguridad social	Calidad del afiliado	DISCAPACIDAD ¿Persona con discapacidad?	Tipo	Grupo étnico	Pueblo indígena	VÍCTIMA DE CONFLICTO ARMADO ¿Es víctima del conflicto armado?	Motivo	¿Ha recibido capacitación, formación o tiene experiencia en algún arte u oficio?	De acuerdo con la respuesta anterior ¿En qué cree que puede desempeñarse?
	Tipo	Número							Día	Mes	Año																												
1	1	1110234898	1 Cabera 2 Hernandez	1 Anderson 2	1	1		1	30	11	1994	32	3	1	7 3	Si No	Si No	Si No	Si No	Si No	Si No	Si No	13	32	60	1'900.000	1	2	Si No	2	2	Si No		6		Si No		Si No No aplica	
2	1	1007415532	1 Bocanegra 2 Briñez	1 Leidy 2 Alejandra	2	2		1	24	10	2000	25	3	2	18 2	Si No	Si No	Si No	Si No	Si No	Si No	Si No	11	27	99				Si No	2	2	Si No		6		Si No		Si No No aplica	
3	6	1110236557	1 Capera 2 Bocanegra	1 Aziel 2 Santiago	1	98		98	12	08	2023	2	1	5	1	Si No	Si No	Si No	Si No	Si No	Si No	Si No	98	98					Si No	2	1	Si No		6		Si No		Si No No aplica	
4			1 2	1 2												Si No	Si No	Si No	Si No	Si No	Si No	Si No							Si No			Si No				Si No		Si No No aplica	
5			1 2	1 2												Si No	Si No	Si No	Si No	Si No	Si No	Si No							Si No			Si No				Si No		Si No No aplica	

Powered by CamScanner

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

No. Integrante	A		B	C	D	E	F	G	H				I	J	K		L	M	N	O	P	Q	R	S	T	U	V	W	X			Y		Z	AA	AB		AC	AD
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD		APELLIDOS Escriba: En el renglón 1, primer apellido En el renglón 2, segundo apellido	NOMBRES Escriba: En el renglón 1, primer nombre En el renglón 2, segundo nombre	Sexo	¿Con cuál género se identifica?	¿Transgenero masculino o transgenero femenino?	¿Cuál es su orientación sexual?	FECHA NACIMIENTO			Edad aproximada	ESTADO CIVIL	PARENTESCO (Con jefe/a del núcleo familiar)	NIVEL EDUCATIVO ACTUAL		SISTEMA DISTRITAL DE CUIDADO						Actividad	Rol ocupacional	¿Cuantas horas a la semana dedica a esta ocupación?	Valor de los ingresos mensuales	Forma de percibir los ingresos	Localidad donde realiza actividad principal	SALUD			DISCAPACIDAD		Grupo étnico	Pueblo Indígena	VÍCTIMA DE CONFLICTO ARMADO		¿Ha recibido capacitación, formación o tiene experiencia en algún arte u oficio?	De acuerdo con la respuesta anterior ¿En qué cree que puede desempeñarse?
	Tipo	Número							Día	Mes	Año				NIVEL Años aprobados	¿Asiste actualmente?	¿Es persona cuidadora/a?	Niños/as de 0 a 5 años	Niños/as de 6 a 10 años	Persona con discapacidad	Persona mayor	Cuidado de casa							Afiliado al régimen de seguridad social	Régimen de seguridad social	Calidad del afiliado	¿Persona con discapacidad?	Tipo			¿Es víctima del conflicto armado?	Motivo		
6			1	1												Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí							Sí			Sí				Sí		Sí / No	
			2	2												No	No	No	No	No	No	No							No			No				No		No aplica	
7			1	1												Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí							Sí			Sí				Sí		Sí / No	
			2	2												No	No	No	No	No	No	No							No			No				No		No aplica	
8			1	1												Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí							Sí			Sí				Sí		Sí / No	
			2	2												No	No	No	No	No	No	No							No			No				No		No aplica	
9			1	1												Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí							Sí			Sí				Sí		Sí / No	
			2	2												No	No	No	No	No	No	No							No			No				No		No aplica	
10			1	1												Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí							Sí			Sí				Sí		Sí / No	
			2	2												No	No	No	No	No	No	No							No			No				No		No aplica	
11			1	1												Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí							Sí			Sí				Sí		Sí / No	
			2	2												No	No	No	No	No	No	No							No			No				No		No aplica	
12			1	1												Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí							Sí			Sí				Sí		Sí / No	
			2	2												No	No	No	No	No	No	No							No			No				No		No aplica	
13			1	1												Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí							Sí			Sí				Sí		Sí / No	
			2	2												No	No	No	No	No	No	No							No			No				No		No aplica	

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

Powered by CamScanner

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

Fecha de diligenciamiento: 12/03/2026 Número Ficha: 2026 (Año) 10 (Localidad) 77 (Proyecto) 4412 (Código Unidad Operativa) 0529

SECCION E. MODALIDAD DE ATENCION

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

Modalidades Familiares

Creciendo Juntos [ ] Crecemos en la Ruralidad [ ]

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

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

2. Escriba el nombre de la Subdirección Local – SLIS o Unidad Operativa donde se identifica la gestante, lactante, niña o el niño: Ergativa, Cofirancado pepitos

SECCION F. A QUIEN VA DIRIGIDA LA MODALIDAD FAMILIAR

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

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

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

SECCIÓN G. CONCEPCIÓN Y GESTACIÓN:

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

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

3. ¿Fecha del último control médico?: [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]

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

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

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

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

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

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

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

5. ¿Ha recibido información o capacitación acerca de algunos de estos temas?: *(selección múltiple)*
Lactancia materna [3] Construcción del vínculo afectivo madre- hijo [6] Ninguna [93] *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]

Powered by CamScanner

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

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

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

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

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

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

5. ¿Cuál fue el peso de su hija-o al nacer?: 3340 Gramos
DATO VALIDO ENTRE 453 Y 6300

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?: 16 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?: 26/11/2025
Pase a la pregunta 16

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

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

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

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

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

20. ¿La condición de salud de la niña o el niño pone en riesgo su vida al ingresar al 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] 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]

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Powered by CamScanner

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

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

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

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

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

4. Quién es el cuidador principal de la niña o el niño: Papá [1] 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?: 25

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

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

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

12. Nivel educativo actual del cuidador o la cuidadora principal: Básica primaria [7] Básica secundaria y media [8] Técnico [18] X 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?: Hogar

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

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

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

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

18. Número de documento de identidad del cuidador-ra principal: 1007415532

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

19. Primer Apellido: Bocanegra

20. Segundo Apellido: Briñez

21. Primer Nombre: Leidy

22. Segundo Nombre: Alejandra

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

TRANS ESPECTRO AUTISTA (TEA): TEA

AUDITIVA: Hipoacusia; Sordera

VISUAL: Baja visión; Ceguera

INTELECTUAL: Síndrome de Down; Intelectual

FISICA: Osteomuscular; Neuromuscular; Parálisis cerebral (EMOC)

PSICOSOCIAL: Psicosocial

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Powered by CamScanner

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

SECCIÓN N. DESCRIPCIÓN Y REFERENCIACIÓN:

1. Descripción de la problemática:

Hogar Familiar nuclear, el padre es el único proveedor en el hogar laborando informalmente con su moto por Bogotá siendo bajos sus ingresos para el sostenimiento de los gastos. La madre es la principal cuidadora del niño pero esta en busqueda de trabajo para ayudar con los gastos de casa, desea que el niño ingrese al jardín para poder trabajar y que el niño pueda compartir con sus pares teniendo un lugar seguro.

2. Concepto técnico:

El jardín infantil ofrece al niño espacios seguros y adecuados con personal capacitado para esta labor. Familia con fragilidad alta, sus ingresos no alcanzan para el hogar. El niño queda en lista de espera, cuando se cuente con el cupo se avisara para realizar matricula.

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 [X] 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 [X] ALTERNANCIA: [ ] EI EN CASA [ ] MULTIMODAL [ ]

3. Acciones a seguir

Ingreso prioritario. [1]

Lista de espera – Cumple criterios de ingreso [2]

No cumple criterios de ingreso. [3]

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

Motivo: Verificación de las condiciones socio familiares: - Si. [1] - No.. [2]

Verificación otras condiciones: - Si. [1] - No... [2]

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

SED [1] ICBF [2] Ninguno de los anteriores [96]

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

- Si... [1] - No... [2] No oferta niveles [3]

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

Integrante: ___ Proyecto: ___ Modalidad: ___

Integrante: ___ Proyecto: ___ Modalidad: ___

Integrante: ___ Proyecto: ___ Modalidad: ___

Integrante: ___ Proyecto: ___ Modalidad: ___

8. Referenciación a otra entidad: - Si. [1] - No [2] *Finalice*

Integrante: ___ ¿Cuál?: ___

Integrante: ___ ¿Cuál?: ___

Integrante: ___ ¿Cuál?: ___

Integrante: ___ ¿Cuál?: ___

Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.110.234.898**
CAPERA HERNANDEZ
APELLIDOS
ANDERSON
NOMBRES
Anderson capera
FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO **30-NOV-1994**
SAN ANTONIO
(TOLIMA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.64 ESTATURA **O+** G.S RH **M** SEXO
23-ENE-2013 SAN ANTONIO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

P-2910600-00432810-M-1110234898-20130424 0032824139A 1 39165100

Powered by CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.007.415.532**
BOCANEGRA BRIÑEZ

APELLIDOS
LEIDY ALEJANDRA

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **24-OCT-2000**
SAN ANTONIO
(TOLIMA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

20-NOV-2018 SAN ANTONIO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-2910600-01057665-F-1007415532-20190123 0064306953A 1 51924552

Powered by CamScanner

8

REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRADURÍA

Adhesivo Copia Registro Civil
34707796-3

NUIP 1.110.236.567

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 64337058

64337058

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [X] Notaría [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código T Y V

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

REGISTRADURIA DE SAN ANTONIO - COLOMBIA - TOLIMA - SAN ANTONIO.....

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
CAPERA	BOCANEGRA

Nombre(s): AZIEL SANTIAGO

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2023 Mes AGO Día 15	MASCULINO	O	POSITIVO

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

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	230888106801552

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: BOCANEGRA BRIÑEZ LEIDY ALEJANDRA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.007.415.532	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: CAPERA HERNANDEZ ANDERSON

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.110.234.898	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: CAPERA HERNANDEZ ANDERSON

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC 1.110.234.898	

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos:

Documento de identificación (Clase y número)	Firma

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos:

Documento de identificación (Clase y número)	Firma

Fecha de inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2023 Mes AGO Día 15	MARIA VICTORIA MORA GALVIS - REGI Nombre y firma

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
Firma	Maria Victoria Mora Galvis Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
MUNICIPIO DE SAN ANTONIO
COPIA DE AUTENTICA
SIETE COPIAS

64337058
Tramites legales
15 08 2023
Maria Victoria Mora Galvis

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

Powered by CamScanner

ADRES

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

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

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	RC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1110236557
NOMBRES	AZIEL SANTIAGO
APELLIDOS	CAPERA BOCANEGRA
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.
MUNICIPIO	BOGOTA D.C.

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	CAPITAL SALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO SAS "CAPITAL SALUD EPS-S S.A.S."	SUBSIDIADO	09/10/2024	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	02/17/2026 18:06:54	**Estación de origen:**	2801:12:c800:2070::1

Powered by CamScanner

6181

enel Bogotá

ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P.
NIT 860 063 875-8

7845682-5

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 376359160-8

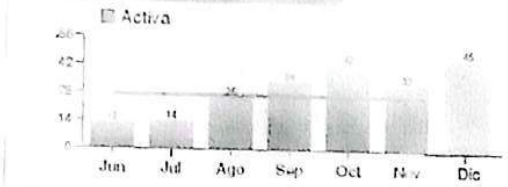
ELVIRA ROJAS GIL
KR 116 B NO 66 74 AP 201
11001000
BOGOTA D.C ENGATIVA ZONA URBANA

05 505 4142 / 23615524

¿Quieres tu factura virtual? Escanea el código



COMPORTAMIENTO DE CONSUMO



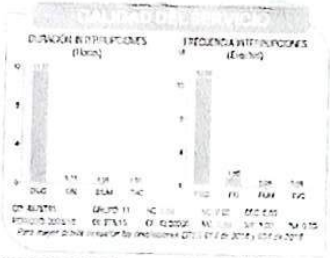
VALOR kWh APLICADO: $600,09
CONSUMO DIARIO: 1,39 kWh
VALOR DIARIO: $675

PERIODO FACTURADO: 01 NOV 2025 A 03 DIC 2025
DIAS FACTURADOS: 33
CONSUMO MES 46 kWh

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	2
CARGA kW:	0,10
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	30000055054142
RUTA LECTURA:	35050000576
MANZANA DE LECTURA:	MS00560002
MEDIDOR NO:	23615524
SUBCLASE:	Básica

CONSUMO DIARIO



CONTACTANOS

Técnicos y solicitudes enel.com.co/es/personas/hogares/Servicios
Chat de servicio en enel.com.co/es/personas/hogares/Hol-devolucion
318 690 6002 (Gama Bet o pago Avenir)
Reportalo gratis
Zona privada de la página Web
Enel Colombia
@EnelClientesCO
App Enel Clientes Colombia
Bogotá, Soacha y Cundinamarca 601 5 115 115
115 Opción 24 horas
601 514 2235 defensoria@enel.com
https://www.enel.com.co/es/personas/defensor-cliente.html
defensor@enel.com

USO EFICIENTE DE ENERGÍA

Mantén los aparatos eléctricos lejos del agua. Nunca uses secadores planchas o cargadores cerca de lavamanos o duchas.



¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?

Medios virtuales de Pago
Billetera Virtual
Internet
Débito Automático
Cajero Electrónico
APP Enel Clientes Colombia
Botón de pago Online
Botón de Pago Servilocalizado
dale
MOVII
Nequa
Ipaga
Corresponsales Bancarios
Red Dainel
Centros de Servicio
Código QR
RED CADE
Almacenes de Cadena

COMPONENTES TARIFARIOS Componentes del costo. Vigencia: NOV 2025
G: $256,86 T: $53,30 D: $234,84 CV: $78,01 PR: $36,62 R: $28,15 CF: $2,00 / $600,09 Costo kWh Mes

GRUPO 11 CIRCUITO ALEJANDRIA NIVEL DE TENSION 1 PROPIEDAD Empresa

AD ECONOMICA 2014 Comercialización de Energía Eléctrica Tarifa ... 04 por mil. Sumas autorretenidas según Resolución No. 0047 de 25 de enero 2002. IVA Régimen Común. CLASIFICACIÓN DE CONSUMO GRAD

Sobre el contenido de la presente factura el Cliente cuenta con los mecanismos de defensa previstos en la Ley 142 de 1994, y podrá hacer uso de ellos ante de la fecha máxima para pago indicada. Para mayor información comunicarse al (601) 5 115 115 hasta en Bogotá al 01 8000 912 115, o en nuestros Centros de Servicio al Cliente. Operador de red: ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. Somos grandes contribuyentes según Resolución No. 0061 de 15 de diciembre de 2020.

Sobre la acción de suspensión prevista el recurso de reposición y en subsidio de apelación, el cual podrá presentarse ante la Empresa previo a la suspensión del servicio.

Sobre la acción para cobro judicial mediante el cumplimiento con el Artículo 130 de la ley 142 1994

Sobre el procedimiento de la reclamación CIRCULAR 038 de 2014 la cual modifica el Código de Medida, las establecimos responsables, solidarios y corresponsables asignados a ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. y Operador de Centro.

IMPORTANTE: El cumplimiento de la resolución CIRCULAR 038 de 2014 la cual modifica el Código de Medida, las establecimos responsables, solidarios y corresponsables asignados a ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. y Operador de Centro. Para obtener mayor información, la encontrara a consideración en nuestra página web www.enel.com.co o comunicarse a la línea (601) 5 115 115, fuera de Bogotá al 01 8000 912 115, o en nuestros Centros de Servicio al Cliente.

ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. prestará el servicio de recaudo para terceros a través de la factura del servicio público domiciliario de energía eléctrica (Encargos de Curramba), de acuerdo con la autorización expresa emitida por el cliente para el uso de la factura como canal de recaudo. ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. no es responsable por el servicio que prestan los terceros, ni por los valores facturados. Para mayor información relacionada con estos recaudos, por favor comunicarse a los canales de atención dispuestos por esta Empresa.

El prestador del servicio de comercialización y distribución de energía eléctrica y de productos y servicios de valor agregado es ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. NIT. 830 063 875-8. Emitido y vigilado por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios.

FECHA GENERACIÓN: 03/12/2025 06:16:24
FECHA EXPEDICIÓN: 03/12/2025 16:10:10

Prestador Tecnológico: Central Tecnológica Servicios S.A. E.S.P. Número del SW: Generación NIT 830 321 151 0

CUDE: 18ef4a94cfa5ecd5c5...

Powered by CamScanner

	PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES FORMATO REGISTRO DE DILIGENCIAMIENTO DE FICHA SIRBE EN FÍSICO	Código: FOR-PSS-743 Versión: 0 Fecha: Memo I2024000787 - 12/01/2024 Página: 1 de 1

LOCALIDAD ENGATIVA UNIDAD OPERATIVA:JARDIN INFANTIL COFINANCIADO PEPITOS RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA: DIANA MARCELA RUBIO CASTAÑO

NOMBRE DEL RECOLECTOR ERIKA STEFFANIA SABOGAL ROMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD CC X CE__ OTRO__ CUAL?_____ Número # 1.031 137.604

NOMBRE SOLICITANTE / BENEFICIARIO Azriel Santiago Cepera Bocare. DOCUMENTO DE IDENTIDAD CC__ CE__ OTRO X CUAL? RC Número # 1.110.236.557

FECHA DE ENTREGA PARA DIGITACIÓN: 13/03/2026 NOMBRE DEL DIGITADOR AL QUE SE ENTREGA LA FICHA Diana Ramirez

Powered by CamScanner

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

Fecha de diligenciamiento: 01 02 03 2026

Número de ficha: 1026 (Año) 10 (Localidad) 774 (Proyecto) 1205 (Código unidad operativa) 24

SECCIÓN 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
Liam	Farfol	Helenge	Garzón

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 [99] X

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 [5]	1141383429	Bogotá	Cundinamarca

13. País nacimiento:	14. Sexo de nacimiento:	15. Fecha de nacimiento: (según su documento de identidad)	16. Estado civil:
Colombia	Hombre [1] X Mujer [2] Intersexual [3]	14 08 2023	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 cuidadora? (pregunta para mayores de 14 años)	20. ¿Es cuidadora de niños, niñas menores de 5 años? (Aplica para personas mayores de 14 años)	21. ¿Es cuidadora de niños, niñas entre 06 a 10 años?	22. ¿Es cuidadora de personas con discapacidad?	23. ¿Es cuidadora de personas mayores?	24. ¿Dedica su tiempo a labores del cuidado de casa?
Si [1] No [2] (pasa 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 [99]

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 pagados [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. ¿Cuantas 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 [38]

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

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

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

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

35. Clasificación Sisbén
B7

Powered by CamScanner

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

Fecha de diligenciamiento: 01 12 03 2026

Número de ficha: 2026 | 107 | 744 | 12 | 05 | 29
Año | Localidad | Proyecto | Código unidad operativa

SECCIÓN E. 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 hacerla	Sí, con mucha dificultad	Sí, con alguna dificultad	Puedo hacerla 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 [88] 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 usted una persona migrante? Sí [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]

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 (Paez) [1]	Quillasinga [4]	Sicuani [6]	Masiguare [60]	Cañamomos [10]	Kichwas [15]	Arhuacos [13]	Embera Chamí [35]	Ninguna de las anteriores [17]	
Wayuu [2]	Utotos [85]	Tubu [67]	Eperara-siapidara [33]	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 (dueño/a 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? Sí [1] — No [2] X — Pase a 15

12. Número registro único de víctimas:

13. Año en que realiza 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? Sí [1] — Pase a 17 — No [2] X — Pase a 16

16. ¿Se encuentra en riesgo de habitar en calle? Sí [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).* Sí [1] — No aplica [98] — Si la respuesta es 2 o 98 Pase a 18 — No [2] X

Powered by CamScanner

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

18. De acuerdo con la respuesta anterior, ¿En qué campo cree que pueda 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 niñas-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	$ 700.000	Recreación	$ 100.000
Servicios públicos domiciliarios (agua, energía, gas, teléfono fijo, internet, teléfono celular, televisión por cable	$ 130.000	Gastos en salud (consultas, medicamentos, etc.)	$ 30 000
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	$ 1'860.000

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

Si	1	No	2 X	No informa	3

Powered by CamScanner

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

Fecha de diligenciamiento: 12/03/2026

Número de ficha: 2026 | 107 | 744 | 120529
(Año | Localidad | Proyecto | Código unidad operativa)

SECCION C. UBICACIÓN GEOGRAFÍCA

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

2. UPZ o UPR: 74

3. Nombre del barrio / Vereda: Engativa

4. Escriba su dirección completa:
Calle [CL] Transversal [TV] Avenida [AV]
Carrera [KR] X Avenida calle [AC]
Diagonal [DG] Avenida carrera [AK]

Número de la vía principal: 116	Alfabético: A	BIS: Alfabético	Cuadrante: S [S] E [E]	Número vía generadora: 66	Alfabético	-	Número placa: 93	Cuadrante: S [S] E [E]
Nombre de la vía principal:								
Nombre sinónimo de la vía principal:								

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

IN 1

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. Puerta	SM. Súper manzana	UN. Unidad
AL. Altillo	CA. Casa	DP. Depósito	GJ. Garaje	LS. Local sótano	OS. Oficina sótano	PS. Paseo	SR. Sector	UR. Unidad residencial
AP. Apartamento	CEL. Célula	DS. Depósito sótano	GS. Garaje sótano	LT. Lote	PA. Parcela	PT. Portería	SS. Semi sótano	URB. Urbanización
AS. Apartamento sótano	CM. Camino	ED. Edificio	IN. Interior	MD. Módulo	PD. Predio	SA. Salón	SU. Suite	ZN. Zona
	CN. Consultorio	EN. Entrada	KM. Kilometro	MN. Mezzanino	PH. Penthouse	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: 3238116286

10. Correo electrónico de contacto: meganchristel2020@gmail.com

11. ¿Habita en una vivienda?
Si [1] X
No [2] pase a la pregunta 15

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

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

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

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

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

Powered by CamScanner

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

Fecha de diligenciamiento: 12/03/2024

Número de ficha: 2026 | 10 | 774 | 4 | 12 | 05 | 29
(Año | Localidad | Proyecto | Código unidad operativa)

SECCIÓN D. INFORMACIÓN BÁSICA Y TRANSVERSAL SOBRE LA FAMILIA:

La información básica se repite para el jefe de núcleo familiar

No. Integrante	A: DOCUMENTO DE IDENTIDAD – Tipo	A: DOCUMENTO DE IDENTIDAD – Número	B: APELLIDOS (Escriba: En el renglón 1, primer apellido; En el renglón 2, segundo apellido)	C: NOMBRES (Escriba: En el renglón 1, primer nombre; En el renglón 2, segundo nombre)	D: Sexo	E: ¿Con cuál género se identifica?	F: ¿Transgenero masculino o transgenero femenino?	G: ¿Cuál es su orientación sexual?	H: FECHA NACIMIENTO – Día	H: FECHA NACIMIENTO – Mes	H: FECHA NACIMIENTO – Año	I: Edad aproximada	J: ESTADO CIVIL	K: PARENTESCO (Con jefe/a del núcleo familiar)	L: NIVEL EDUCATIVO ACTUAL – NIVEL	L: NIVEL EDUCATIVO ACTUAL – Años aprobados	M: ¿Asiste actualmente?	N: SISTEMA DISTRITAL DE CUIDADO – ¿Es persona cuidadora/a?	O: Niños/as de 0 a 5 años	P: Niños/as de 6 a 10 años	Q: Persona con discapacidad	R: Persona mayor	S: Cuidado de casa	T: Actividad	U: Rol ocupacional	V: ¿Cuantas horas a la semana dedica a esta ocupación?	W: Valor de los ingresos mensuales	X: Forma de percibir los ingresos	Y: Localidad donde realiza actividad principal	Z: SALUD – Afiliado al régimen de seguridad social	AA: Régimen de seguridad social	AB: Calidad del afiliado	AC: DISCAPACIDAD – ¿Persona con discapacidad?	AD: DISCAPACIDAD – Tipo	AE: Grupo étnico	AF: Pueblo Indígena	AG: VÍCTIMA DE CONFLICTO ARMADO – ¿Es víctima del conflicto armado?	AH: VÍCTIMA DE CONFLICTO ARMADO – Motivo	AI: ¿Ha recibido capacitación, formación o tiene experiencia en algún arte u oficio?	AJ: De acuerdo con la respuesta anterior ¿En qué cree que puede desempeñarse?
1	1	1012441302	1 Garzon	1 Diana	2	2		1	03	03	1997	29	1	1	18		Sí	X	X	Sí	Sí	Sí	X	12	32	46	1'900.000	2	98	X	1	2	Sí		6		Sí		Sí	X
			2 Botiva	2 Maribel											2		No	X	No	No	X	X	X							No				No				No		No aplica	
2	1	20644979	1 Botiva	1 Maria	2	2		1	21	06	1972	58	1	3	7		Sí	X	X	Sí	Sí	Sí	X	11	27	99				X	2	1	Sí		6		Sí		Sí	X
			2 Cruz	2 Elena											5		No	X	No	X	X	X	No							No				No				No		No aplica	
3	6	1141383429	1 Melenge	1 Liam	1	98		98	12	08	2023	2	1	5	1		Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	98	98					X	1	1	Sí		6		Sí		Sí	No
			2 Garzon	2 Farid													No	X	X	X	X	X	X							No				No				No	X	No aplica	
4			1	1													Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí							Sí				Sí				Sí		No
			2	2													No	No	No	No	No	No	No							No				No				No		No aplica	
5			1	1													Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí							Sí				Sí				Sí		No
			2	2													No	No	No	No	No	No	No							No				No				No		No aplica	

Powered by CamScanner

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

No. Integrante	A		B	C	D	E	F	G	H				I	J	K		L	M	N	O	P	Q	R	S	T	U	V	W	X		Y		Z	AA	AB		AC	AD
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD		APELLIDOS Escriba: En el renglón 1, primer apellido En el renglón 2, segundo apellido	NOMBRES Escriba: En el renglón 1, primer nombre En el renglón 2, segundo nombre	Sexo	¿Con cuál género se identifica?	¿Transgenero masculino o transgenero femenino?	¿Cuál es su orientación sexual?	FECHA NACIMIENTO			Edad aproximada	ESTADO CIVIL	PARENTESCO (Con jefe/a del núcleo familiar)	NIVEL EDUCATIVO ACTUAL		SISTEMA DISTRITAL DE CUIDADO						Actividad	Rol ocupacional	¿Cuantas horas a la semana dedica a esta ocupación?	Valor de los ingresos mensuales	Forma de percibir los ingresos	Localidad donde realiza actividad principal	SALUD			DISCAPACIDAD		Grupo étnico	Pueblo indígena	VÍCTIMA DE CONFLICTO ARMADO		¿Ha recibido capacitación, formación o tiene experiencia en algún arte u oficio?	De acuerdo con la respuesta anterior ¿En qué cree que puede desempeñarse?
	Tipo	Número							Día	Mes	Año				NIVEL Años aprobados	¿Asiste actualmente?	¿Es persona cuidadora/o?	Niños/as de 0 a 5 años	Niños/as de 6 a 10 años	Persona con discapacidad	Persona mayor	Cuidado de casa							Afiliado al régimen de seguridad social	Régimen de seguridad social	Calidad del afiliado	¿Persona con discapacidad?	Tipo			¿Es víctima del conflicto armado?	Motivo		
6			1	1												Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí							Sí			Sí				Sí		Sí / No	
			2	2												No	No	No	No	No	No	No							No			No				No		No aplica	
7			1	1												Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí							Sí			Sí				Sí		Sí / No	
			2	2												No	No	No	No	No	No	No							No			No				No		No aplica	
8			1	1												Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí							Sí			Sí				Sí		Sí / No	
			2	2												No	No	No	No	No	No	No							No			No				No		No aplica	
9			1	1												Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí							Sí			Sí				Sí		Sí / No	
			2	2												No	No	No	No	No	No	No							No			No				No		No aplica	
10			1	1												Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí							Sí			Sí				Sí		Sí / No	
			2	2												No	No	No	No	No	No	No							No			No				No		No aplica	
11			1	1												Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí							Sí			Sí				Sí		Sí / No	
			2	2												No	No	No	No	No	No	No							No			No				No		No aplica	
12			1	1												Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí							Sí			Sí				Sí		Sí / No	
			2	2												No	No	No	No	No	No	No							No			No				No		No aplica	
13			1	1												Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí							Sí			Sí				Sí		Sí / No	
			2	2												No	No	No	No	No	No	No							No			No				No		No aplica	

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

Powered by CamScanner

	PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL	Código:	FOR-PSS-334
ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.	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: 12032026 Número Ficha: 2026 (Año) 10 (Localidad) 774 (Proyecto) 41 20 52 9 (Código Unidad Operativa)

SECCION E. MODALIDAD DE ATENCION

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

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

Creciendo Juntos		Crecemos en la Ruralidad		Jardines Infantiles	X	Jardines Infantiles Nocturnos		Casas De Pensamiento Intercultural		Espacios Rurales	

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

SECCION F. A QUIEN VA DIRIGIDA LA MODALIDAD FAMILIAR:

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

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

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

SECCIÓN G. CONCEPCIÓN Y GESTACIÓN:

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

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

3. ¿Fecha del último control médico?:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

5. ¿Ha recibido información o capacitación acerca de algunos de estos temas? *(selección múltiple)* Lactancia materna. 3 Construcción del vínculo afectivo madre- hijo. 6 Ninguna 93 *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

Powered by CamScanner

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

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

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

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

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

4. ¿En qué semana de gestación nació su hija-o?: 39 Semanas
DATO VALIDO ENTRE 22 Y 43

5. ¿Cuál fue el peso de su hija-o al nacer?: 3000 Gramos
DATO VALIDO ENTRE 450 Y 6000

6. ¿Cuál fue la talla de su hija-o al nacer?: 51 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 X] No [2] *Pase a la pregunta 12*

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

11. ¿Qué edad tenía su hija-o cuando recibió un alimento diferente a la leche materna?: 6 Meses. *Pase a la pregunta 13*

12. ¿Qué edad tenía su hija-o cuando dejo de darle leche materna completamente?: ____ 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?: 14/02/2016
Pase a la pregunta 16

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Powered by CamScanner

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

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

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

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

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

4. Quién es el cuidador principal de la niña o el niño: Papá [1] Mamá [2] Padrastro [3] Madrastra [4] Hermano-a [5] Tío-a [6] Abuelo-a [7] X Otro pariente [8] Otro No pariente [9] Nadie [10]

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

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

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

8. ¿Cuál es la edad en años del cuidador o la cuidadora principal?: 53

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] X Básica secundaria y media [8] Técnico [18] Tecnológico [19] Universitario incompleta (sin título) [21] Universitario 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?: Hogar

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

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

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

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

18. Número de documento de identidad del cuidador-ra principal: 20644979

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

19. Primer Apellido: Botiva

20. Segundo Apellido: Cruz

21. Primer Nombre: Maria

22. Segundo Nombre: Elena

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

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

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

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

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

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

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

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

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

SECCION L: INFORMACION ADICIONAL ETNIAS Si en la pregunta 4 de la sección B del cabezote indico que se reconoce perteneciente a un grupo étnico 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 N*

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 diligenció 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
- TRAS ESPECTRO AUTISTA (TEA): TEA
- AUDITIVA: Hipoacusia; Sordera
- VISUAL: Baja visión; Ceguera
- INTELECTUAL: Síndrome de Down; Intelectual
- FISICA: Osteomuscular; Neuromuscular; Parálisis cerebral (EMOC)
- PSICOSOCIAL: Psicosocial

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Powered by CamScanner

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

SECCIÓN N. DESCRIPCIÓN Y REFERENCIACIÓN:

1. Descripción de la problemática:

Hogar Familiar nuclear conformado por mama, abuela e hija, su principal proveedor es la mamá, la abuela es quien cuida del menor la mayor parte del tiempo, la madre tiene un proceso por ICBF por la custodia del menor, la señora cuenta con un trabajo estable aunque sus ingresos son bajos, necesitan el cupo en el jardín por requisito del proceso y para que el niño comparta con sus pares.

2. Concepto técnico:

Familia con fragilidad alta por proceso de ICBF y sus ingresos no alcanzan.
El jardín infantil ofrece al niño ambientes adecuados y seguros con personal idoneo.
El niño queda en lista de espera, cuando se cuente con el cupo se avisara para realizar la matricula.

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 [X] 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 [X] ALTERNANCIA: [ ] EI EN CASA [ ] MULTIMODAL [ ]

3. Acciones a seguir:

Ingreso prioritario. [1]
Lista de espera – Cumple criterios de ingreso [2 X]
No cumple criterios de ingreso [3]

4. ¿Requiere visita domiciliaria? - Si [1] No. [2 X] *Pase a la pregunta 5*

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

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

SED [1] ICBF [2] Ninguno de los anteriores [96 X]

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

- Si... [1] - No.. [2 X] No oferta niveles [3]

7. Referenciación a un proyecto SDIS: - Si. [1] - No [2 X] *Pase a la pregunta 8*

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

8. Referenciación a otra entidad: - Si. [1] - No [2 X] *Finalice*

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

Powered by CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO 1.012.441.302
GARZON BOTIVA
APELLIDOS
DIANA MARBEL
NOMBRES

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 03-MAR-1997
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.64 ESTATURA | O- G.S. RH | F SEXO

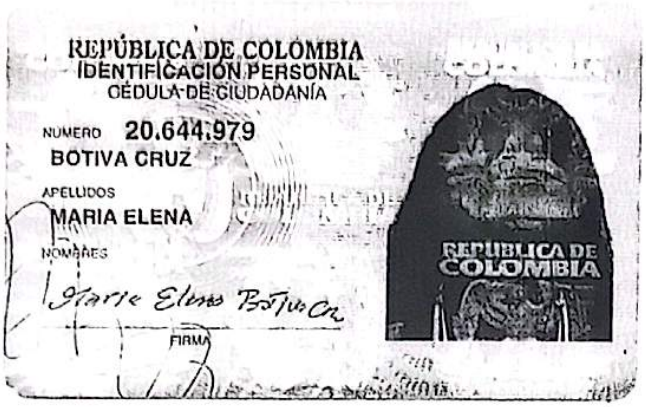
09-MAR-2015 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

INDICE DERECHO

A-1500150-00852711-F-1012441302-20161003 0051581365A 1 46792537

Powered by CamScanner



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO 20.644.979
BOTIVA CRUZ

APELLIDOS
MARIA ELENA

NOMBRES
Maria Elena Botiva Cruz

FIRMA

REPUBLICA DE COLOMBIA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 21-JUN-1972
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.62 O- F
ESTATURA G.S. RH SEXO
16-OCT-1990 GUASCA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA



A-1500150-01318695-F-0020644979-20220914 0085299946A 2 8505228832

Powered by CamScanner

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

NUIP 1141383429

Indicativo Serial 62551923

- 62551923 -

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☐ Notaría [X] Número ☐☐ Consulado ☐ Corregimiento ☐ Inspección de Policía ☐ Código D T E

País - Departamento - Municipio - Corregimiento o Inspección de Policía

COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTA D.C. - NOTARIA 68 BOGOTA DC

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
MELENGE	GARZON

Nombre(s)

LIAM FARID

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2023 Mes AGO Día 12	MASCULINO	O	POSITIVO

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

COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTA D.C.

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	23083310601703

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

Apellidos y nombres completos

GARZON BOTIVA DIANA MARDEL

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 1012441302	COLOMBIA

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

Apellidos y nombres completos

MELENGE TAO EDER FARID

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 1024548443	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

MELENGE TAO EDER FARID

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC No. 1024548443	

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 autorizo
Año 2023 Mes SEP Día 02	JORGE HERNANDO RICO GRILLO Nombre y firma

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
Firma	JORGE HERNANDO RICO GRILLO Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

LV 246 FOLIO 193

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

NOTARIA 68 BOGOTA D.C. REGISTRO CIVIL

CALCO

ES FIEL COPIA TOMADA DE SU ORIGINAL, EL CUAL REPOSA EN LOS ARCHIVOS DE ESTA NOTARIA, SE EXPIDE EN BOGOTA D.C., PARA DEMOSTRAR PARENTESCO, HOY 02 SEP 2023, CON VALIDEZ PERMANENTE.

EL NOTARIO

REPÚBLICA DE COLOMBIA 68 REGISTRO CIVIL

JORGE HERNANDO RICO GRILLO

NOTARIO SESENTA Y OCHO (68) DEL CIRCULO DE BOGOTA D.C.

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

compensar | salud eps

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

CERTIFICA QUE

Que el(la) señor(a) DIANA MARBEL GARZON BOTIVA Identificado(a) con Cedula Ciudadania 1012441302, se encuentra Activo en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar por la Empresa 'PERCAL TEXTILES E INSUMOS SAS' NIT 901779527, en calidad de Dependiente según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro
20250408	No Registrada

Beneficiarios:

Nombre Beneficiario	Paren.	Identificación	Tipo de Identificación	Fecha de Afiliación	Fecha de Retiro	Estado Afiliación
LIAM FARID MELENGUE GARZON	HI	1141383429	RC	20230812	No Registrada	Activo

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 25 días del mes de Enero de 2.026

Observaciones:

Con destino a:
A QUIÉN CORRESPONDA

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

Cordialmente,
COMPENSAR EPS.

Elaboró: PORTAL CORPORATIVO
31287507

CER-AFI

Vigilado Supersalud
Vigilado Supersubsidio

Powered by CamScanner

Sisbén

Registro válido

B7

Fecha de consulta: 25/01/2026

Ficha: 11001560978500000705

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: LIAM FARID

Apellidos: MELENGE GARZON

Tipo de documento: Registro civil

Número de documento: 1141383429

Municipio: Bogotá

Departamento: Bogotá

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 20/10/2023

Última actualización ciudadano: 07/11/2023

Última actualización via registros administrativos:

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: DANIELA PEREZ OTAVO

Dirección: Carrera 30 No 25 - 90 Edificio CAD Piso 13

Teléfono: Línea 195 Opción 9 - 4

Correo Electrónico: radicacionplaneacionbogota@sdp.gov.co

Powered by CamScanner

enel Bogotá

ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P
NIT: 860 063 875-8
Calle 93 No. 13 – 45 Piso 1

Para pagos y consultas tu número de cliente es: **1874179-7**

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 379804884-0

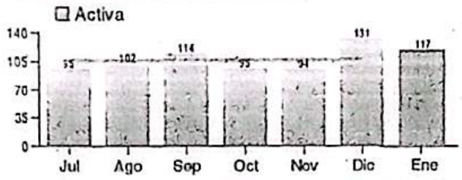
CLIENTE

ELIZABETH AYALA
KR 116 A NO 66 93
IN 1
BOGOTA, D.C. - ENGATIVA ZONA URBANA

05 505 6863 / 25013887

¡Obtén tu factura virtual! Escanea el código

COMPORTAMIENTO CONSUMO



VALOR kWh APLICADO $785,09

CONSUMO DIARIO: 3,77 kWh

VALOR DIARIO: $1.830

PERÍODO FACTURADO: 04 DIC/2025 A 03 ENE/2026

DÍAS FACTURADOS: 31

CONSUMO MES 117 kWh

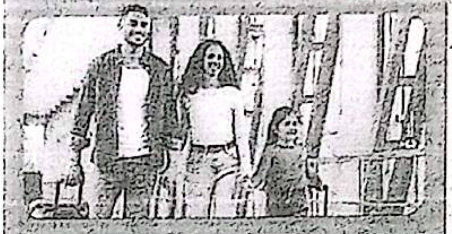
CONSUMO PROMEDIO ÚLTIMOS 6 MESES 105 kWh

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

Vete de vacaciones sin preocupaciones.

Evita que tu consumo de energía sea promediado reportando la lectura de tu medidor en la App Enel Colombia o en nuestro sitio web enel.com.co.

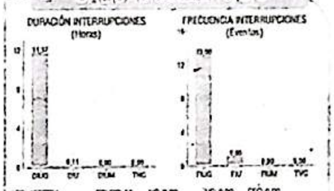
Así te aseguras de pagar solo por la energía que consumiste.



INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	2
CARGA kW:	2,00
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	30005055056863
RUTA LECTURA:	35055090478
MANZANA DE LECTURA:	MS00563693
MEDIDOR NO:	25013887
SUBCLASE:	Básica

CALIDAD DEL SERVICIO



CD: 4375TR1 GRUPO: 11 HC 0,00 VC 0,00 CEC 0,00
PERIODO: 2025/11 DT: 294,91 CF: 9,00000 MC: 0,00 MF: 1,00 %E 0,20
Para mayor detalle consultar las resoluciones CREG 015 de 2018 y 036 de 2019

USO SEGURO DE ENERGÍA

Revisa tus cables regularmente. Mantenerlos en buen estado es una forma sencilla de asegurar un entorno confiable y libre de riesgos.

CONTÁCTANOS

- Trámites y solicitudes enel.com.co/es/personas/radicaciones
- Chat de servicio en enel.com.co/es/personas/chat-de-atencion
- 318 000 0000 (Elena Bot o paso Asesor)
- Enel Colombia — @EnelClientesCO
- Regístrate gratis — Zona privada de la página Web
- App Enel Clientes Colombia

LÍNEA DE SERVICIO AL CLIENTE	EMERGENCIAS	DENUNCIAS
Bogotá, Sabana y Cundinamarca 601 5 115 115	115 Gratuito las 24 horas.	601 5140055 denuncias@enel.com

DEFENSOR DEL CLIENTE
https://www.enel.com.co/es/personas/defensor-cliente.html
defensor@enel.com

¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?

Medios virtuales de Pago: APP Banco, Internet, Teléfono Banco, Débito Automático, Cajero Electrónico, APP Enel Clientes Colombia, Botón de pago Online, Botón de Pago Bancolombia

Billetera Virtual: dale!, MOVII, Nequi, tpaga

Corresponsales Bancarios: CONRED, Pefácil, Reval, MOVIRED, efecty

Red Distrital: RED CADE

Centros de Servicio: enel

Almacenes de Cadena

Código QR

Inscríbete a la factura virtual Enel y aprovecha los beneficios.

Escanea el código.

Si pagas en un corresponsal bancario, exige el desprendible del cupón. El sello del corresponsal no es un soporte válido en caso de reclamo.

COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo: Vigencia: DIC/2025
G: $287,05 T: $54,14 D: $289,66 CV: $75,80 PR: $59,75 R: $18,70 CF: $0,00 / $785,09 Costo kWh Mes

En esta factura ves un concepto adicional que corresponde a un valor no incluido en tarifas anteriores, el cual aplica sobre el consumo de los últimos 5 meses, por una única vez y no afecta tus consumos futuros, conforme a la Ley 142 /1994 (art 150).

FECHA GENERACIÓN: 07/01/2026 02:15:40
FECHA EXPEDICIÓN: 07/01/2026 14:28:10

GRUPO: 11 CIRCUITO: BL38-4375TR1 - NIVEL DE TENSIÓN:1 PROPIEDAD: Empresa
ACTIVIDAD ECONÓMICA 3514 Comercialización de Energía Eléctrica Tarifa 11,04 por mil. Somos autorretenedores según Resolución No. 0547 de 25 de enero 2002. IVA Régimen Común. CUMPLIMIENTO RESOLUCIÓN CREG 015 DE 1999.
Sobre el contenido de la presente factura el Cliente cuenta con los mecanismos de defensa previstos en la Ley 142 de 1994, y podrá hacer uso de éstos antes de la fecha señalada para pago oportuno. Para mayor información comunícate al (601) 5 115 115, fuera de Bogotá al 01 8000 912 115, o en nuestros Centros de Servicio al Cliente. Operador de red: ENEL COLOMBIA S.A. ESP. Somos grandes contribuyentes según resolución No 9061 de 10 de diciembre de 2020.
"Sobre el acto de suspensión procede el recurso de reposición y en subsidio de apelación, el cual deberá presentarse ante la Empresa previo a la suspensión del servicio."
Esta factura de cobro-presta mérito ejecutivo de conformidad con el Artículo 130 de la ley 142 1994
En cumplimiento de la resolución CREG156/11 consultar www.enel.com.co
IMPORTANTE: En cumplimiento de la resolución CREG 038 de 2014, la cual modificó el Código de Medida, se establecieron obligaciones, actividades y responsabilidades asignadas a ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. y sus usuarios. Para obtener mayor información, te invitamos a consultarlas en nuestra página web www.enel.com.co o comunícate a la línea (601) 5 115 115, fuera de Bogotá al 01 8000 912 115, o en nuestros Centros de Servicio al Cliente.
ENEL COLOMBIA S.A. ESP presta el servicio de recaudo para terceros a través de la factura del servicio público domiciliario de energía eléctrica (Encargos de Cobranza), de acuerdo con la aprobación expresa emitida por el cliente para el uso de la factura como canal de recaudo, ENEL COLOMBIA S.A. ESP no es responsable por el servicio que prestan los terceros, ni por los valores facturados. Para mayor información relacionada con estos aspectos, por favor dirigirse a los canales de atención definidos por cada Empresa.
El prestador del servicio de comercialización y distribución de energía eléctrica y de productos y servicios de valor agregado es ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. NIT. 860 063.875-8, Entidad vigilada por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios.

Factura impresa por Carvajal Soluciones de Comunicación SAS NIT 800.008.012-8. Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios SAS BIC - Nombre del SW: CEN Financiero - NIT 890.321.151-0

Powered by CamScanner

	PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES FORMATO REGISTRO DE DILIGENCIAMIENTO DE FICHA SIRBE EN FÍSICO	Código: FOR-PSS-743 Versión: 0 Fecha: Memo I2024000787 - 12/01/2024 Página: 1 de 1

LOCALIDAD ENGATIVA UNIDAD OPERATIVA JARDIN INFANTIL COFINANCIADO PEPITOS RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA: DIANA MARCELA RUBIO CASTAÑO

NOMBRE DEL RECOLECTOR ERIKA STEFFANIA SABOGAL ROMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD CC X CE__ OTRO__ CUAL?_____ Número # 1.031 137.604

NOMBRE SOLICITANTE / BENEFICIARIO Liam Farid Melenge Garzón DOCUMENTO DE IDENTIDAD CC__ CE__ OTRO X CUAL? RC Número # 1.141.383.429

FECHA DE ENTREGA PARA DIGITACIÓN: 13/03/2026 NOMBRE DEL DIGITADOR AL QUE SE ENTREGA LA FICHA: Diana Ramirez

Powered by CamScanner

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

Fecha de diligenciamiento: 12 03 2026

Número de ficha: 2026 | 10 (Localidad) | 7 (Proyecto) | 744 (Código unidad operativa) | 12059

SECCIÓN A. VARIABLES BÁSICAS

1. Primer Apellido, según su documento de identidad: Rodriguez
2. Segundo Apellido, según su documento de identidad: Leon
3. Primer Nombre, según su documento de identidad: Hailen
4. Segundo Nombre, según su documento de identidad: Valeria

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: 1012479034
11. Municipio nacimiento: Bogotá
12. Departamento nacimiento: Cundinamarca

13. País nacimiento: Colombia
14. Sexo de nacimiento: Hombre [1] Mujer [2] X Intersexual [3]
15. Fecha de nacimiento: (según su documento de identidad) 06 05 2003
16. Estado civil: Soltero/a [1] X Casado/a [2] Unión libre [3] Separado/a Divorciado/a [4] Viudo/a [5] Unión marital de hecho [6]

17. Nivel educativo actual
Educación Inicial modalidad familiar [26] Preescolar [5] Básica secundaria y media [8] Tecnológico [19] Universitaria completa (con título) [12] Postgrado completo (con título) [15]
Educación inicial modalidad institucional [27] Básica primaria [7] Técnico [18] Universitaria incompleta (sin título) [21] Postgrado incompleto (sin título) [22] Educación desde lo propio [25] Ninguno [1]

18. Años aprobados:

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

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

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? 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 Sisben

Powered by CamScanner

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

Fecha de diligenciamiento: 12 03 2026

Número de ficha: 2026 | 107 | 744 | 12052 | 4
(Año | Localidad | Proyecto | Código unidad operativa)

SECCIÓN B. VARIABLES TRANSVERSALES

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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	69	Cañamomos	10	Kichwas	15	Arhuacos	13	Embera Chamí	35	Ninguna de las anteriores	17		
Wayuu	2	Utotos	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] Cónyuge o compañero/a [2] Padre/Madre [3] Padrastro / Madrastra [4] Hijo/a [5 X] Abuelo/a [6] Hermano/a [7] Tío/a [8] Primo/a [9] Sobrino/a [10] Nieto/a [11] Otro pariente [12] Otro No pariente [13] 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 realiza la declaración:

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

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

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

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

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

Powered by CamScanner

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

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

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

Rubro	Valor del gasto en pesos	Rubro	Valor del gasto en pesos
Vivienda (Arriendo y/o valor cuota	$600.000	Recreación	$ 250.000
Servicios públicos domiciliarios (agua, energía, gas, teléfono fijo, internet, teléfono celular, televisión por cable	$200.000	Gastos en salud (consultas, medicamentos, etc.)	$ 0
Pagos a terceros cuidadores	$ 0	Transporte o movilidad de los integrantes del hogar	$ 0
Artículos de aseo personal	$300.000	Educación (útiles, pensión, transporte escolar, fotocopias, etc.)	$ 0
Alimentación	$500.000	Total	$1'850.000

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

Si	1		No	2	X	No informa	3	

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

Si	1		No	2	X	No informa	3	

Powered by CamScanner

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

Fecha de diligenciamiento: 1 2 0 3 2 0 2 6

Número de ficha: 2 0 2 6 | 1 0 | 7 7 9 4 | 1 2 0 8 2 9
(Año / Localidad / Proyecto / Código unidad operativa)

SECCION C. UBICACIÓN GEOGRAFÍCA

1. Localidad donde habita

Usaquén 1 · Chapinero 2 · Santa fe 3 · San Cristóbal 4 · Usme 5 · Tunjuelito 6 · Bosa 7 · Kennedy 8 · Fontibón 9 · Engativá 10 X · 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

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
64			S / E	126	A	-	34	S / E

Nombre de la vía principal:

Nombre sinónimo de la vía principal:

5. Escriba el complemento de la dirección: (dirección rural, interior, apartamento, oficina)
* ver 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 · Rural 2 · Urbana sin dirección 3

7. Estrato socio – económico del predio: Uno 1 · Dos 2 · Tres 3 · Cuatro 4 · Cinco 5 · Cero 0

8. Teléfono fijo de contacto: 0

9. Teléfono celular de contacto: 3044241971

10. Correo electrónico de contacto: bravojimena876@gmail.com

11. ¿Habita en una vivienda? Si 1 X · No 2 (pase a la pregunta 16)

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

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

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

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

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

Powered by CamScanner

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

Fecha de diligenciamiento: 12 05 2026

Número de ficha: 2026 | 107 | 744 | 120529
(Año | Localidad | Proyecto | Código unidad operativa)

SECCIÓN D. INFORMACIÓN BÁSICA Y TRANSVERSAL SOBRE LA FAMILIA:

La información básica se repite para el jefe de núcleo familiar

No. integrante	A		B	C	D	E	F	G	H				I	J	K		L	M	N	O	P	Q	R	S	T	U	V	W	X			Y		Z	AA	AB		AC	AD
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD		APELLIDOS Escriba: En el renglón 1, primer apellido En el renglón 2, segundo apellido	NOMBRES Escriba: En el renglón 1, primer nombre En el renglón 2, segundo nombre	Sexo	¿Con cuál género se identifica?	¿Transgenero masculino o transgenero femenino?	¿Cuál es su orientación sexual?	FECHA NACIMIENTO			Edad aproximada	ESTADO CIVIL	PARENTESCO (Con jefe/a del núcleo familiar)	NIVEL EDUCATIVO ACTUAL		¿Asiste actualmente?	SISTEMA DISTRITAL DE CUIDADO						Actividad	Rol ocupacional	¿Cuantas horas a la semana dedica a esta ocupación?	Valor de los ingresos mensuales	Forma de percibir los ingresos	Localidad donde realiza actividad principal	SALUD			DISCAPACIDAD		Grupo étnico	Pueblo indígena	VÍCTIMA DE CONFLICTO ARMADO		¿Ha recibido capacitación, formación o tiene experiencia en algún arte u oficio?	De acuerdo con la respuesta anterior ¿En qué cree que puede desempeñarse?
	Tipo	Número							Día	Mes	Año				NIVEL Años aprobados		¿Es persona cuidadora/a?	Niños/as de 0 a 5 años	Niños/as de 5 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	1012418474	1 León 2 Bravo	1 Zulla 2 Ximena	2	2		1	07	12	2007	18	1	1	8 6	Si No	X X	X No	Si No	Si X	Si X	X X	13	32	48	1'800.000	1	10	X No	2	1	Si X		6		Si X		Si No aplica	X
2	1	62760620	1 Bravo 2 Nuñez	1 Liliana 2	2	2		1	11	03	1983	42	1	3	1 X	Si No	X No	X No	Si No	Si X	Si X	Si X	13	32	30	1'000.000	1	10	X No	2	1	Si X		6		Si X		Si No aplica	X
3	6	1012478034	1 Rodriguez 2 León	1 Mailen 2 Valeria	2	98		98	11	05	2023	2	1	5	1 X	Si No	Si X	Si X	Si X	Si X	Si X	Si X	13	98					X No	2	1	Si X		6		Si X		Si No aplica	No
4			1 2	1 2												Si No	Si No	Si No	Si No	Si No	Si No	Si No							Si No			Si No				Si No		Si No aplica	
5			1 2	1 2												Si No	Si No	Si No	Si No	Si No	Si No	Si No							Si No			Si No				Si No		Si No aplica	

Powered by CamScanner

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

No. integrante	A		B	C	D	E	F	G	H				I	J	K		L	M	N	O	P	Q	R	S	T	U	V	W	X			Y		Z	AA	AB		AC	AD
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD		APELLIDOS Escriba: En el renglón 1, primer apellido En el renglón 2, segundo apellido	NOMBRES Escriba: En el renglón 1, primer nombre En el renglón 2, segundo nombre	Sexo	¿Con cuál género se identifica?	¿Transgenero masculino o transgenero femenino?	¿Cuál es su orientación sexual?	FECHA NACIMIENTO			Edad aproximada	ESTADO CIVIL	PARENTESCO (Con jefe/a del núcleo familiar)	NIVEL EDUCATIVO ACTUAL		SISTEMA DISTRITAL DE CUIDADO						Actividad	Rol ocupacional	¿Cuantas horas a la semana dedica a esta ocupación?	Valor de los ingresos mensuales	Forma de percibir los ingresos	Localidad donde realiza actividad principal	SALUD			DISCAPACIDAD		Grupo étnico	Pueblo Indígena	VÍCTIMA DE CONFLICTO ARMADO		¿Ha recibido capacitación, formación o tiene experiencia en algún arte u oficio?	Da acuerdo con la respuesta anterior ¿En qué cree que puede desempeñarse?
	Tipo	Número							Día	Mes	Año				NIVEL Años aprobados	¿Asiste actualmente?	¿Es persona cuidadora/o?	Niños/as de 0 a 5 años	Niños/as de 6 a 10 años	Persona con discapacidad	Persona mayor	Cuidado de cara							Afiliado al régimen de seguridad social	Régimen de seguridad social	Calidad del afiliado	¿Persona con discapacidad?	Tipo			¿Es víctima del conflicto armado?	Motivo		
6			1	1												Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí							Sí			Sí				Sí		Sí / No	
			2	2												No	No	No	No	No	No	No							No			No				No		No aplica	
7			1	1												Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí							Sí			Sí				Sí		Sí / No	
			2	2												No	No	No	No	No	No	No							No			No				No		No aplica	
8			1	1												Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí							Sí			Sí				Sí		Sí / No	
			2	2												No	No	No	No	No	No	No							No			No				No		No aplica	
9			1	1												Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí							Sí			Sí				Sí		Sí / No	
			2	2												No	No	No	No	No	No	No							No			No				No		No aplica	
10			1	1												Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí							Sí			Sí				Sí		Sí / No	
			2	2												No	No	No	No	No	No	No							No			No				No		No aplica	
11			1	1												Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí							Sí			Sí				Sí		Sí / No	
			2	2												No	No	No	No	No	No	No							No			No				No		No aplica	
12			1	1												Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí							Sí			Sí				Sí		Sí / No	
			2	2												No	No	No	No	No	No	No							No			No				No		No aplica	
13			1	1												Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí							Sí			Sí				Sí		Sí / No	
			2	2												No	No	No	No	No	No	No							No			No				No		No aplica	

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

Powered by CamScanner

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

Fecha de diligenciamiento: 12032026

Número Ficha: 2026 (Año) 10 (Localidad) 774 (Proyecto) 1 (Código Unidad Operativa) 20526

SECCION E. MODALIDAD DE ATENCION

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

Modalidades Familiares

Creciendo Juntos [ ] Crecemos en la Ruralidad [ ]

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

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

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

SECCION F. A QUIEN VA DIRIGIDA LA MODALIDAD FAMILIAR:

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

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

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

SECCIÓN G. CONCEPCIÓN Y GESTACIÓN:

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

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

3. ¿Fecha del último control médico?:
[ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]

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

5. ¿Qué edad tiene el padre de la hija- hijo que espera?:
Entre 14 y 16 años [1] Entre 21 y 40 años [3] 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 la brindo la información sobre sus derechos?
Hospital [1] Colegio [3] Amigos-as... [5] Madre... [7]
SDIS.... [2] ONG.. [4] Hermanos-as [6] Padre... [8]
Partera/ doula [9]

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

5. ¿Ha recibido información o capacitación acerca de algunos de estos temas?: *(selección múltiple)*
Lactancia materna... [3] Construcción del vínculo afectivo madre- hijo [6] Ninguna [93] *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]

Powered by CamScanner

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

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

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

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

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

4. ¿En qué semana de gestación nació su hija-o?: 39 Semanas
DATO VALIDO ENTRE 22 Y 42

5. ¿Cuál fue el peso de su hija-o al nacer?: 3590 Gramos
DATO VALIDO ENTRE 450 Y 6000

6. ¿Cuál fue la talla de su hija-o al nacer?: 52 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 X] No [2] *Pase a la pregunta 12*

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

11. ¿Qué edad tenía su hija-o cuando recibió un alimento diferente a la leche materna?: 7 Meses. *Pase a la pregunta 13*

12. ¿Qué edad tenía su hija-o cuando dejo de darle leche materna completamente?: ____ 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?: 27/02/2075 *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] Requiere verificación [3]
No [2]

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Powered by CamScanner

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?: 18

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

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

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

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

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

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

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

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

17. Tipo de documento de identidad del cuidador-ra Cédula de ciudadanía [1 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: 1012418474

Nombres y apellidos del cuidador-ra principal (según documento identidad) 19. Primer Apellido: Leon | 20. Segundo Apellido: Bravo | 21. Primer Nombre: Zully | 22. Segundo Nombre: Ximena

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 diligenció esta sección, de lo contrario *pase a sección N*

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

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

TRANS ESPECTRO AUTISTA (TEA)
- TEA [ ]

AUDITIVA
- Hipoacusia [ ]
- Sordera [ ]

VISUAL
- Baja visión [ ]
- Ceguera [ ]

INTELECTUAL
- Síndrome de Down [ ]
- Intelectual [ ]

FISICA
- Osteomuscular [ ]
- Neuromuscular [ ]
- Parálisis cerebral (EMOC) [ ]

PSICOSOCIAL
- Psicosocial [ ]

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Powered by CamScanner

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

SECCIÓN N. DESCRIPCIÓN Y REFERENCIACIÓN:

1. Descripción de la problemática:

Hogar familiar nuclear conformado por mamá, abuela e hija donde la madre labora en una panadería en la mañana y en la tarde sale a vender tintos en la calle y así obtiene mas ingresos para la casa, su abuela sale en ocasiones a desemperarse como vendedora de tintos pero es quien está en casa con la niña mientras la madre trabaja, se turnan el cuidado de la menor, la madre desea qoe la niña ingrese al jardín para que tenga un mejor cuidado y un mejor desarrollo.

2. Concepto técnico:

El jardín ofrece a la niña el cuidado necesario y calificado con personal idoneo para esta labor. Familia con fragilidad alta, sus ingresos no alcanzan. la niña queda en lista de espera cuando se cuente con el cupo se avisara para realizar la matricula.

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

MATERNAL ☐ CAMINADORES ☐ PARVULOS ☒ PREJARDIN ☐ JARDIN ☐

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

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

3. Acciones a seguir:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Powered by CamScanner

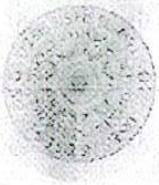
REPÚBLICA DE COLOMBIA

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

CONTRASEÑA



PRIMERA VEZ CC
1.012.418.474



APELLIDOS NOMBRES
LEON BRAVO
ZULLY XIMENA

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO
07-DIC-2007
BOGOTA D.C. - CUNDINAMARCA

FECHA DE EXPEDICIÓN
26-DIC-2025

SEXO
FEMENINO

LUGAR DE PREPARACIÓN
BOGOTA D.C. - BOSA BOGOTA DC

OFICINA DE ENTREGA
BOGOTA D.C. - BOSA BOGOTA DC

- Escanee el codigo para verificar su autenticidad
- El titular tendra un plazo máximo de un (1) año para reclamar el documento a partir de la fecha de producción

ESTE COMPROBANTE ES VÁLIDO HASTA EL 30-JUN-2026

8517663681
26-DIC-2025

Lector de PDF
Google Play
INSTALAR

Powered by CamScanner

CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 52.760.620



Apellidos
BRAVO NUÑEZ

Nombres
LILIANA

Nacionalidad
COL

Estatura
1.62

Sexo
F

Fecha de nacimiento
11 MAR 1983

G.S.
O+

Lugar de nacimiento
COELLO (TOLIMA)

Fecha y lugar de expedición
08 FEB 2002, BOGOTA D.C.

Firma

Fecha de expiración
06 ABR 2034

.CO

043965124

REGISTRADOR NACIONAL
Hernán Penagos Giraldo

ICCOL043965124815001<<<<<<<<<<
8303110F3404067COL52760620<<<7
BRAVO<NUNEZ<<LILIANA<<<<<<<<<<

Powered by CamScanner

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

NUIP

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 63964416

"63964416"

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☐ Notaría ☐ Número ☐☐ Consulado ☐ Corregimiento ☐ Inspección de Policía ☐ Código

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

Datos del inscrito

Primer Apellido | Segundo Apellido

Nombre(s)

Fecha de nacimiento: Año Mes Día | Sexo (en letras) | Grupo sanguíneo | Factor RH

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

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos | Número certificado de nacido vivo

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

Documento de Identificación (Clase y número) | Nacionalidad

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

Documento de Identificación (Clase y número) | Nacionalidad

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

Documento de Identificación (Clase y número) | Firma

020114 León

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de Identificación (Clase y número) | Firma

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de Identificación (Clase y número) | Firma

Fecha de inscripción: Año Mes Día

Nombre y firma del funcionario que autoriza

Nombre y firma

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

Powered by CamScanner

ADRES

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

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

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	RC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1012479034
NOMBRES	MAILEN VALERIA
APELLIDOS	RODRIGUEZ LEON
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.
MUNICIPIO	BOGOTA D.C.

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	CAPITAL SALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO SAS "CAPITAL SALUD EPS-S S.A.S."	SUBSIDIADO	12/05/2023	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	02/10/2026 12:50:24	**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.

Powered by CamScanner

54753

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRONICO No. 383223696-3

enel

Para pagos y consultas tu número de cliente es: **1771795-1**

No. Medidor: **1011250**

¡Hola!

MIGUEL ANGEL CHAPARRO
CL 64 NO 126 A 34
ENGATIVA
BOGOTA, D.C. - ENGATIVA ZONA URBANA

PAPEL ECOLÓGICO

Pago oportuno
17 FEB /2026

Fecha de suspensión
19 FEB/2026

Tu próxima lectura
04 MAR /2026

Periodo Facturado:
Del 04 ENE/2026
al 03 FEB/2026
31 días

Este mes tuvimos acceso a la LECTURA DE TU MEDIDOR y tu CONSUMO presenta una variación. Encuentra las posibles causas y tips de consumo en www.enel.com.co

Tipo de Lectura: Real | Ruta Lectura: 3 5 05 502 0715 | Carga kW: 1,00

Clase de servicio: Comercial | Subclase: Básica

3 5 05 502 5853

54753

3.543 - Página 1 de 4

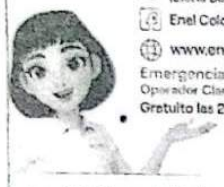
Consejos para el uso eficiente de tu energía

Ilumina con tecnología LED. Disfruta de espacios brillantes y acogedores mientras ahorras energía todos los días

Inscríbete a factura virtual

Regístrate en este código y recibe tu factura por correo electrónico

Contáctanos | Puntos de atención Enel



316 890 6003 (Elena Bot o Asesor)
601 5115 115
Enel Colombia
@EnelClientesCO
www.enel.com.co/es/personas/defensor-cliente.html
Emergencias 115 Operador Claro Gratuito las 24 horas.
Regístrate gratis Zona privada de la página Web
App Enel Clientes Colombia

Trámites y solicitudes enel.com.co/es/personas/radicaciones

Chat de servicio en enel.com.co/es/personas



Cuida a tu familia, evita riesgos eléctricos.

El hurto de energía puede causar accidentes, cortocircuitos y fallas en el servicio.

Repórtalo de forma anónima al 601 514 0000, opción 2 o a través de nuestra página web enel.com.co

¿Cómo pagar tu factura?

Medios virtuales de pago

APP banco · Cajero electrónico · Internet · APP Enel Clientes Colombia
Teléfono banco · Botón de pago online · Débito automático · Botón de pago

Código QR para pagar por PSE

Almacenes de cadena

Billetera virtual

Nequi · MOVII · dale! · tpaga

Red distrital **RED CADE**

Centro de servicio enel Únicamente Chía, Girardot y Facatativá

Corresponsales bancarios

CONRED · efácil · Reval · Efecty · MOVIIRED

Más clara, más amigable. Así es tu nueva factura.

- Diseño que hace que tu experiencia sea aún mejor.
- Información organizada y fácil de encontrar.
- Oferta de productos, beneficios y servicios para tu comodidad.



Powered by CamScanner

	PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES FORMATO REGISTRO DE DILIGENCIAMIENTO DE FICHA SIRBE EN FÍSICO	Código: FOR-PSS-743 Versión: 0 Fecha: Memo I2024000787 - 12/01/2024 Página: 1 de 1

LOCALIDAD ENGATIVA UNIDAD OPERATIVA:JARDIN INFANTIL COFINANCIADO PEPITOS RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA: DIANA MARCELA RUBIO CASTAÑO

NOMBRE DEL RECOLECTOR ERIKA STEFFANIA SABOGAL ROMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD CC X CE__ OTRO__ CUAL?_____ Número # 1.031.137.604

NOMBRE SOLICITANTE / BENEFICIARIO Rodriguez leon Mailen Valeria DOCUMENTO DE IDENTIDAD CC__ CE__ OTRO X CUAL? RC Número # 1.012.479.034

FECHA DE ENTREGA PARA DIGITACIÓN: 13/03/2026 NOMBRE DEL DIGITADOR AL QUE SE ENTREGA LA FICHA: Diana Ramirez

Powered by CamScanner