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

Fecha de diligenciamiento: 04/03/2024

Número de ficha: 2026 (Año) 107749 (Localidad / Proyecto) 12 (Código unidad operativa) 05 29

## SECCIÓN A. VARIABLES BÁSICAS

1. Primer Apellido, según su documento de identidad: Contreras
2. Segundo Apellido, según su documento de identidad: Montes
3. Primer Nombre, según su documento de identidad: Leidiara
4. Segundo Nombre, según su documento de identidad: Lucia
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 2 de la pregunta 5): Transgénero Masculino [1] Transgénero Femenina [2]
8. ¿Cuál es su orientación sexual?: * (Esta pregunta aplica solo a personas mayores de 14 años): Heterosexual [1] Bisexual [3] Otro, ¿Cuál? Lesbiana [5] No Informa [4] Gay [6] No Aplica [98] X
9. Tipo de documento de identificación: Cédula de ciudadanía [1] Cédula de extranjería [2] Tarjeta de identidad [3] Registro civil [6] Pasaporte [13] Permiso especial de permanencia [18] Salvo conducto [19] Permiso por protección temporal [21] Sin Identificación [8]
10. Número de documento de identificación: 1233703836
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) 05/12/2004
16. Estado civil: Soltero/a [1] X Casado/a [2] Unión libre [3] Separado/a o Divorciado/a [4] Viudo/a [5] Unión marital de hecho [6]
17. Nivel educativo actual: Educación Inicial modalidad familiar [26] Preescolar [6] Básica secundaria y media [8] Tecnológico [19] Universitaria completa (con título) [12] Postgrado completo (con título) [15] Educación inicial modalidad institucional [27] Básica primaria [7] Técnico [18] Universitaria incompleta (sin título) [21] Postgrado incompleto (sin título) [22] Educación desde lo propio [25] Ninguno [1] X
18. Años aprobados:
19. ¿Es persona cuidadora? (pregunta para mayores de 14 años: Si [1] No [2] X (pase a la pregunta 25)
20. ¿Es cuidadora de niños, niñas menores de 5 años? (Aplica para personas mayores de 14 años): Si [1] No [2]
21. ¿Es cuidadora de niños, niñas entre 06 a 10 años? Si [1] No [2]
22. ¿Es cuidadora de personas con discapacidad? Si [1] No [2]
23. ¿Es cuidadora de personas mayores? Si [1] No [2]
24. ¿Dedica su tiempo a labores del cuidado de casa? Si [1] No [2]
25. Actividad Principal: * (Esta pregunta aplica solo a personas mayores de 3 años): Buscando trabajo [2] Trabajo no remunerado [4] Sin actividad [8] Estudiando [3] Jubilado / pensionado [6] Cuidador [11] Trabajo Formal [12] Trabajo Informal [13] No aplica [98] X
26. Rol ocupacional: * (Esta pregunta aplica solo a personas mayores de 14 años: Vendedor informal [19] Cachivachero [22] Reciclador [9] Cuidado directo [27] Jornalero [33] Actividades rurales [29] Cotero [20] Actividades Sexuales pagadas [23] Actividades Artísticas callejeras [24] Cuidado Indirecto [28] Vigilar finca o predio [30] Otras ocupaciones [32] Carretero [21] Mendicidad [12] Vigilar o limpiar carros [25] Calibrar llantas [26] Estudiante [31] No aplica [98] X
27. ¿Cuántas horas a la semana dedica al rol ocupacional seleccionado?: (Esta pregunta aplica solo a mayores de 14 años) Horas
28. Valor de los ingresos mensuales: * (Esta pregunta aplica solo a personas mayores de 14 años): $
29. Forma de percibir los ingresos: *(Aplica solo a personas mayores de 14 años): Diario [1] Semanal [4] Mensual [2] Quincenal [5] Esporádico [3] No aplica [98] X
30. Localidad donde desarrolla su rol ocupacional: * (Esta pregunta aplica solo a personas mayores de 14 años): Usaquén [1] San Cristóbal [4] Bosa [7] Engativá [10] Teusaquillo [13] Puente Aranda [16] Ciudad Bolívar [19] Chapinero [2] Usme [5] Kennedy [8] Suba [11] Los Mártires [14] La Candelaria [17] Sumapaz [20] Santa fe [3] Tunjuelito [6] Fontibón [9] Barrios Unidos [12] Antonio Nariño [15] Rafael Uribe [18] No Aplica [98] X
31. ¿Está afiliado a seguridad social? Si [1] X No [2] (pase a la pregunta 34)
32. Regimen de seguridad social: Contributivo [1] X Subsidiado [2] Especial [3]
33. Calidad del afiliado: Aplica solo si la respuesta en la pregunta 32 es "Contributivo" Beneficiario [1] X Cotizante [2]
34. ¿Tiene clasificación de Sisbén? Si [1] X No [2]
35. Clasificación Sisbén: A2

Powered by CamScanner

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

Fecha de diligenciamiento: 02 / 03 / 2024

Número de ficha: 2026 (Año) 10 (Localidad) 774 (Proyecto) 12 (Código unidad operativa) 09

## SECCIÓN B. VARIABLES TRANSVERSALES

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

**2. Tipo de discapacidad**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Física | 20 | Auditiva | 31 | Intelectual | 39 |
| Psicosocial | 40 | Visual | 32 | Sordo ceguera | 10 |
| Alteración del desarrollo | 37 | Múltiple | 42 | Trastornos del espectro autista (TEA) | 38 |

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

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

**4. Tipología de estructura familiar:**

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

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

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

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

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

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

**8. Grupo Étnico: ¿De acuerdo con su cultura, pueblo o rasgos físicos, es o se reconoce cómo?**

| | | | |
|---|---|---|---|
| Indígena | 1 | Palenquero de San Basilio | 4 |
| Rrom (Gitano) | 2 | Negro/a, Mulato/a, afro colombiano/a, o afro descendiente. | 5 |
| Raizal del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina | 3 | Ninguno de los anteriores | 6 X |

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

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

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

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

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

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

**13. Año en que 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

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

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

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

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

| Rubro | Valor del gasto en pesos | Rubro | Valor del gasto en pesos |
|---|---|---|---|
| Vivienda (Arriendo y/o valor cuota | $700.000 | Recreación | $ 70.000 |
| Servicios públicos domiciliarios (agua, energía, gas, teléfono fijo, internet, teléfono celular, televisión por cable | $150.000 | Gastos en salud (consultas, medicamentos, etc.) | $ 0 |
| Pagos a terceros cuidadores | $ 0 | Transporte o movilidad de los integrantes del hogar | $ 0 |
| Artículos de aseo personal | $100.000 | Educación (útiles, pensión, transporte escolar, fotocopias, etc.) | $200.000 |
| Alimentación | $700.000 | Total | $1'920.000 |

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

Si 1 | No 2 X | No informa 3

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

Si 1 | No 2 X | No informa 3

Powered by CamScanner

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

Fecha de diligenciamiento: 02 03 2026

Número de ficha: 2026 | 10 | 7 | 44 | 12 | 05 | 29
(Año | Localidad | Proyecto | Código unidad operativa)

SECCION C. UBICACIÓN GEOGRAFÍCA

1 Localidad donde habita

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Usaquén | 1 | Santa fe | 3 | Usme | 5 | Bosa | 7 | Fontibón | 9 | Suba | 11 | Teusaquillo | 13 | Antonio Nariño | 15 | La Candelaria | 17 | Ciudad 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:

3. Nombre del barrio / Vereda:

4 Escriba su dirección completa:

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

Número de la vía principal: 113
Nombre de la vía principal:
Nombre sinónimo de la vía principal:

| Alfabético | BIS | Cuadrante | Número vía generadora | Alfabético | | Número placa | Cuadrante |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| F | Alfabético | S S<br>E E | 65 | | - | 26 | S S<br>E E |

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

| Complemento dirección: | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AD. Administración | BG. Bodega | CONJ. Conjunto | ESQ. Esquina | LC. Local | MZ. Manzana | PI. Piso | SL. Solar | TR. Terraza |
| AG. Agrupación | BQ. Bloque | CT. Carretera | ET. Etapa | LM. Local Mezzanine | OF. Oficina | PN. Puente | SM. 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. 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 | Dos 2 X | Tres 3 | Cuatro 4 | Cinco 5 | Cero 0

8. Teléfono fijo de contacto: 0

9. Teléfono celular de contacto: 3224216036

10. Correo electrónico de contacto: montes1intsy7@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 X | 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<br>FORMATO FICHA SIRBE SERVICIOS SOCIALES INFORMACIÓN BÁSICA Y TRANSVERSAL: CABEZOTE | Código: FOR-PSS-321<br>Versión: 1<br>Fecha: Memo 2023015255 - 25/05/2023<br>Página: 5 de 6 |
|---|---|---|

Fecha de diligenciamiento: 02/08/2023

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 renglon 2, segundo apellido) | C: NOMBRES (Escriba: En el renglón 1, primer nombre; En el renglon 2, segundo nombre) | D: Sexo | E: ¿Con cuál género se identifica? | F: ¿Transgenero masculino o transgenero femenino? | G: ¿Cuál es su orientación sexual? | H: FECHA NACIMIENTO Día | H: Mes | H: Año | 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 | 1068111858 | 1 Contreras | 1 Cesar | 1 | 1 | | 1 | 08 | 06 | 1993 | 32 | 3 | 1 | 8 | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | 12 | 32 | 46 | 1'900.000 | 2 | 10 | X | | | | Sí | | 6 | | Sí | | Sí X | |
| | | | 2 Gil | 2 Andres | | | | | | | | | | | 6 | X | X | X | X | X | X | X | | | | | | | No | 1 | 2 | X | | | No aplica | | | | | |
| 2 | 1 | 1016030821 | 1 Montes | 1 Lissy | 2 | 2 | | 1 | 17 | 02 | 1990 | 35 | 3 | 2 | 8 | Sí | X | X | X | Sí | Sí | X | 2 | 27 | | | | | X | | | | Sí | | 6 | | Sí | | Sí X | |
| | | | 2 Beltran | 2 Nargarita | | | | | | | | | | | 6 | X | No | No | No | Sí | Sí | No | | | | | | | No | 1 | 1 | X | | | No aplica | | | | | |
| 3 | 3 | 1016456539 | 1 Moya | 1 Sheyla | 2 | 2 | | 1 | 12 | 09 | 2009 | 16 | 1 | 4 | 8 | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | 3 | 31 | | | | | X | | | | Sí | | 6 | | Sí | | Sí X | |
| | | | 2 Montes | 2 Daniela | | | | | | | | | | | 5 | X | X | X | X | X | X | X | | | | | | | No | 1 | 1 | X | | | No aplica | | | | | |
| 4 | 3 | 1201250965 | 1 Contreras | 1 Salome | 2 | 98 | | 98 | 16 | 12 | 2015 | 10 | 1 | 5 | 7 | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | 3 | 98 | | | | | X | | | | Sí | | 6 | | Sí | | Sí X | |
| | | | 2 Montes | 2 Hael | | | | | | | | | | | 5 | X | X | X | X | X | X | X | | | | | | | No | 1 | 1 | X | | | No aplica | | | | | |
| 5 | 6 | 1233702773 | 1 Contreras | 1 Franklin | 1 | 98 | | 98 | 20 | 08 | 2023 | 2 | 1 | 5 | 1 | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | 98 | 98 | | | | | X | | | | Sí | | 6 | | Sí | | Sí No | |
| | | | 2 Montes | 2 Andres | | | | | | | | | | | | X | X | X | X | X | X | X | | | | | | | No | 1 | 1 | X | | | No aplica | | | | | |

Powered by CamScanner

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

| No. integrante | A | | B | C | D | E | F | G | H | | | | I | J | K | | L | M | N | O | P | Q | R | S | T | U | V | W | X | | | Y | | Z | AA | AB | | AC | AD |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | DOCUMENTO DE IDENTIDAD | | APELLIDOS<br>Escriba:<br>En el renglón 1, primer apellido<br>En el renglón 2, segundo apellido | NOMBRES<br>Escriba:<br>En el renglón 1, primer nombre<br>En el renglón 2, segundo nombre | Sexo | ¿Con cuál género se identifica? | ¿Transgenero masculino o transgenero femenino? | ¿Cuál es su orientación sexual? | FECHA NACIMIENTO | | | Edad aproximada | ESTADO CIVIL | PARENTESCO (Con jefe/a del núcleo familiar) | NIVEL EDUCATIVO ACTUAL | | SISTEMA DISTRITAL DE CUIDADO | | | | | | Actividad | Rol ocupacional | ¿Cuantas horas a la semana dedica a esta ocupación? | Valor de los ingresos mensuales | Forma de percibir los ingresos | Localidad donde realiza actividad principal | SALUD | | | DISCAPACIDAD | | Grupo étnico | Pueblo Indígena | VÍCTIMA DE CONFLICTO ARMADO | | ¿Ha recibido capacitación, formación o tiene experiencia en algún arte u oficio? | De acuerdo con la respuesta anterior ¿En qué cree que puede desempeñarse? |
| | Tipo | Número | | | | | | | Día | Mes | Año | | | | NIVEL<br>Años aprobados | ¿Asiste actualmente? | ¿Es persona cuidadora/a? | Niños/as de 0 a 5 años | Niños/as de 6 a 10 años | Persona con discapacidad | Persona mayor | Cuidado de casa | | | | | | | Afiliado al régimen de seguridad social | Régimen de seguridad social | Calidad del afiliado | ¿Persona con discapacidad? | Tipo | | | ¿Es víctima del conflicto armado? | Motivo | | |
| 6 | 6 | 1233705836 | 1 Contreras<br>2 Montes | 1 Leytiara<br>2 Lucia | 2 | 98 | | 98 | 05 | 12 | 2024 | 1 | 1 | 5 | 1 | Sí<br>No | Sí<br>No | Sí<br>No | Sí<br>No | Sí<br>No | Sí<br>No | Sí<br>No | Sí<br>No | 08 | 08 | | | | | Sí<br>No | 1 | 1 | Sí<br>No | | 6 | | Sí<br>No | | Sí<br>No<br>No aplica | |
| 7 | | | 1<br>2 | 1<br>2 | | | | | | | | | | | | Sí<br>No | Sí<br>No | Sí<br>No | Sí<br>No | Sí<br>No | Sí<br>No | Sí<br>No | Sí<br>No | | | | | | | Sí<br>No | | | Sí<br>No | | | | Sí<br>No | | Sí<br>No<br>No aplica | |
| 8 | | | 1<br>2 | 1<br>2 | | | | | | | | | | | | Sí<br>No | Sí<br>No | Sí<br>No | Sí<br>No | Sí<br>No | Sí<br>No | Sí<br>No | Sí<br>No | | | | | | | Sí<br>No | | | Sí<br>No | | | | Sí<br>No | | Sí<br>No<br>No aplica | |
| 9 | | | 1<br>2 | 1<br>2 | | | | | | | | | | | | Sí<br>No | Sí<br>No | Sí<br>No | Sí<br>No | Sí<br>No | Sí<br>No | Sí<br>No | Sí<br>No | | | | | | | Sí<br>No | | | Sí<br>No | | | | Sí<br>No | | Sí<br>No<br>No aplica | |
| 10 | | | 1<br>2 | 1<br>2 | | | | | | | | | | | | Sí<br>No | Sí<br>No | Sí<br>No | Sí<br>No | Sí<br>No | Sí<br>No | Sí<br>No | Sí<br>No | | | | | | | Sí<br>No | | | Sí<br>No | | | | Sí<br>No | | Sí<br>No<br>No aplica | |
| 11 | | | 1<br>2 | 1<br>2 | | | | | | | | | | | | Sí<br>No | Sí<br>No | Sí<br>No | Sí<br>No | Sí<br>No | Sí<br>No | Sí<br>No | Sí<br>No | | | | | | | Sí<br>No | | | Sí<br>No | | | | Sí<br>No | | Sí<br>No<br>No aplica | |
| 12 | | | 1<br>2 | 1<br>2 | | | | | | | | | | | | Sí<br>No | Sí<br>No | Sí<br>No | Sí<br>No | Sí<br>No | Sí<br>No | Sí<br>No | Sí<br>No | | | | | | | Sí<br>No | | | Sí<br>No | | | | Sí<br>No | | Sí<br>No<br>No aplica | |
| 13 | | | 1<br>2 | 1<br>2 | | | | | | | | | | | | Sí<br>No | Sí<br>No | Sí<br>No | Sí<br>No | Sí<br>No | Sí<br>No | Sí<br>No | Sí<br>No | | | | | | | Sí<br>No | | | Sí<br>No | | | | Sí<br>No | | Sí<br>No<br>No aplica | |

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

Powered by CamScanner

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

Fecha de diligenciamiento: 02032026

Número Ficha: 20261077441205329
(Año: 2026 | Localidad: 10 | Proyecto: 774 | Código Unidad Operativa: 41205329)

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: _____ Nº. Identificación de la madre: _____ No..... [2]

3. ¿La niña o niño es menor de 6 meses y está lactando?
Si.. [1] *Paso a sección H* No. [2] *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] Ninguno.... [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<br>PROYECTO 7744 GENERACION DE OPORTUNIDADES PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA DE BOGOTÁ<br>FORMATO FICHA SIRBE SERVICIOS: JARDINES INFANTILES Y CRECIENDO JUNTOS | Código: FOR-PSS-334<br>Versión: 2<br>Fecha: Memo I2023015020-24/05/2023<br>Página: 2 de 4 |
|---|---|---|

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

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

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

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

4. ¿En qué semana de gestación nació su hija-o?: 38 Semanas
DATO VALIDO ENTRE 22 Y 43

5. ¿Cuál fue el peso de su hija-o al nacer?: 2940 Gramos
DATO VALIDO ENTRE 450 Y 6000

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

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

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

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

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

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

12. ¿Qué edad tenía su hija-o cuando dejo de darle leche materna completamente? 12 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?: 08/09/2025
*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] *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] No [2] Requiere verificación [3]

21. ¿Actualmente, el padre, la madre o el cuidador de la niña o el niño presenta alguna de las siguientes condiciones?: *(Selección múltiple)*
Habitabilidad en calle [1] Realiza actividades sexuales pagas [2]
Ninguna [93] 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] Desvinculado [2] Militar con discapacidad [3] Militar fallecido [4] Ninguna de las anteriores [96]

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

13. A qué se dedica el cuidador -ra principal? Estudia. 1 | Trabaja. 2 | Otro. X 3 ¿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: 1016030821

Nombres y apellidos del cuidador-ra principal (*según documento identidad*) 19. Primer Apellido: Montes | 20. Segundo Apellido: Beltran | 21. Primer Nombre: Issy | 22. Segundo Nombre: Margarita

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

*TRANS ESPECTRO AUTISTA (TEA)*: TEA.

*AUDITIVA*: Hipoacusia. | Sordera

*VISUAL*: Baja visión. | Ceguera.

*INTELECTUAL*: Síndrome de Down. | Intelectual

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

*PSICOSOCIAL*: Psicosocial

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Powered by CamScanner

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

SECCIÓN N. DESCRIPCIÓN Y REFERENCIACIÓN:

1. Descripción de la problemática:

Hogar Familiar nuclear donde hay una sola persona proveedora en casa, el padre labora como aseador y teniendo un trabajo formal, la madre es quien se queda en casa a cargo de sus cuatro hijos, dos de ellos se encuentran estudiando en colegio, la señora está buscando trabajo para ayudar con el sustento del hogar, Viven en una bodega estando en no buenas condiciones, desean que la niña ingrese al jardín para un mejor cuidado y ella logre trabajar.

2. Concepto técnico:

Familia con fragilidad alta donde los ingresos no alcanzan siendo un proveedor en el hogar.
El jardín infantil ofrece a la niña cuidado calificado con personal idoneo para el mismo.
El niño queda en lista de espera cuando lo se cuente con el cupo se avisara para 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: ☐ El 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? - Sí. 1 ☐ No. 2 ☒ Pase a la pregunta 5

Motivo: Verificación de las condiciones socio familiares: - Sí. 1 ☐ - No... 2 ☐
Verificación otras condiciones: - Sí. 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: - Sí. 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: - Sí. 1 ☐ - No 2 ☒ Finalice

Integrante: ____ ¿Cuál?: ____
Integrante: ____ ¿Cuál?: ____
Integrante: ____ ¿Cuál?: ____
Integrante: ____ ¿Cuál?: ____

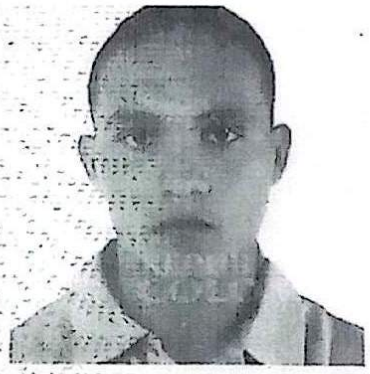
Powered by CamScanner

NÚMERO **1.103.111.858**

**CONTRERAS GIL**
APELLIDOS

**CESAR ANDRES**
NOMBRES

CESAR A contreras
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **03-JUN-1993**

**COROZAL**
**(SUCRE)**
LUGAR DE NACIMIENTO

| **1.75** | **O-** | **M** |
|---|---|---|
| ESTATURA | G.S. RH | SEXO |

**28-JUN-2011 COROZAL**
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA

Powered by CamScanner



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.016.030.821

MONTES BELTRAN

APELLIDOS

LISSY MARGARITA

NOMBRES



FECHA DE NACIMIENTO 17-FEB-1990

MAHATES
(BOLIVAR)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.47 ESTATURA A+ G.S. RH F SEXO

01-DIC-2008 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

P-1500150-00154075-F-1016030821-20090407 0010608467A 1 28709784

Powered by CamScanner

Constancia 10-03

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO 1.016.956.539
MOYA MONTES
APELLIDOS
SHEYLA DANIELA
NOMBRES

Sheyla Moya
FIRMA

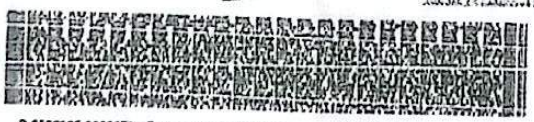




FECHA DE NACIMIENTO 12-SEP-2009
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
12-SEP-2027 A+ F
FECHA DE VENCIMIENTO G.S. RH SEXO
13-FEB-2017 MAHATES
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL



P-0503105-00390784-F-1016956539-20170213 0054613260A 1 40761446

Powered by CamScanner


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD
1.201.250.965
CONTRERAS MONTES
SALOME HAEL
Salomé Hael


16 DIC 2015
CARTAGENA
16-DIC-2033 A+ F

Powered by CamScanner

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

NUIP [illegible]

# REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 63271057

*63271057*

**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

[illegible] CUNDINAMARCA

**Datos del inscrito**

| Primer Apellido | Segundo Apellido |
|---|---|
| CONTRERAS | MONTES |

Nombre(s)

FRANCISCO ANDRES

| Fecha de nacimiento | Sexo (en letras) | Grupo sanguíneo | Factor RH |
|---|---|---|---|
| Año [illegible] Mes [illegible] Día [illegible] | MASCULINO | O | NEGATIVO |

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

COLOMBIA CUNDINAMARCA BOGOTA D.C.

| Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos | Número certificado de nacido vivo |
|---|---|
| CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO | 2308651061239 21 |

**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

MONTES BELTRAN LISSY MARGARITA

| Documento de Identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
|---|---|
| CC 1.016.030.821 | 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

CONTRERAS GIL CESAR ANDRES

| Documento de Identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
|---|---|
| CC 1.108.111.358 | COLOMBIA |

**Datos del declarante**

Apellidos y nombres completos

CONTRERAS GIL CESAR ANDRES

| Documento de Identificación (Clase y número) | Firma |
|---|---|
| CC 1.108.111.358 | Cesar P. Contreras |

**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 SEP Día 07 | EDGAR SIERRA NIETO - REGISTRADOR. Nombre y firma |

| Reconocimiento paterno | Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento |
|---|---|
| Cesar P. Contreras Firma | Nombre y firma |

ESPACIO PARA NOTAS

07-SEP-2023 LIBRO DE VARIOS TOMO 13 FOLIO 0366. EVA.M.

COPIA TOMADA DE LA OFICINA DE REGISTRO

Powered by CamScanner

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

Registraduría Auxiliar Especial Centro
Registraduría Distrital del Estado Civil

# REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 63317248

NUIP 1.733.703.856

- 63317248 -

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

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

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

REGISTRADURIA DE AUXILIAR ENGATIVA SEDE 2 - COLOMBIA - CUNDINAMARCA

**Datos del inscrito**

| Primer Apellido | Segundo Apellido |
|---|---|
| CONTRERAS | MONTES |

Nombre(s)

LEYTIARA LUCIA

| Fecha de nacimiento | Sexo (en letras) | Grupo sanguíneo | Factor RH |
|---|---|---|---|
| Año 2024 Mes DIC Día 05 | FEMENINO | O | NEGATIVO |

COLOMBIA CUNDINAMARCA BOGOTA D.C

| Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos | Número certificado de nacido vivo |
|---|---|
| CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO | 24122511231176 |

**Datos de la madre o padre** (Para casos de parejas 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

MONTES BELTRAN LISSY MARGARITA

| Documento de identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
|---|---|
| CC 1.016.030.821 | COLOMBIA |

**Datos de la madre o padre** (Para casos de parejas 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

CONTRERAS GIL CESAR ANDRES

| Documento de identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
|---|---|
| CC 1.103.111.858 | COLOMBIA |

**Datos del declarante**

Apellidos y nombres completos

CONTRERAS GIL CESAR ANDRES

| Documento de identificación (Clase y número) | Firma |
|---|---|
| CC 1.103.111.858 | |

**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 2024 Mes DIC Día 09 | MAIRA ALEJANDRA ESTRADA VEGA - RE |
| | Nombre y firma |

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

ESPACIO PARA NOTAS

09.DIC.2024 - LIBRO DE VARIOS - TOMO 33 FOLIO 042 - A NEIRA...

- COPIA ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

LA ORIGINAL QUE REPOSA EN LOS ARCHIVOS DE LA REGISTRADURÍA

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

SaludTotal

BOGOTA, Febrero 9 de 2026

Señora:

MONTES BELTRAN LISSY MARGARITA

CC. 1016030821 IV 113F N 65 26 - 0

Ciudad

Ref: M-PYGA-F065. SOLICITUD INFORMACIÓN - AFILIACIÓN SALUD TOTAL EPS S.A.

En relacion con el asunto de la referencia, y atendiendo su solicitud, nos permitimos informarle que a la fecha de expedición de la presente comunicación consta en nuestra base de datos que su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS S.A. se realizó a partir de Abril 4 de 2019. Los usuarios inscritos en su afiliación son:

| Nombre | Documento | Tipo | Afiliación | Sem_cot | Sem_Ant | Parentesco | Estado_Afiliación | Fecha_de_desafiliación EPS | Estado_Actual | Discapacidad |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CONTRERAS GIL CESAR ANDRES | 1103111858 | C | Ene-22-2019 | 290 | 0 | COTIZANTE | VIGENTE | | Proteccion Laboral 3, mes 0 | Ninguna |
| MONTES BELTRAN LISSY MARGARITA | 1016030821 | C | Abr-4-2019 | 290 | 26 | COMPAÑERO(A) | VIGENTE | | Proteccion Laboral 3, mes 0 | Ninguna |
| CONTRERAS MONTES FRANKLIN ANDRES | 1233702773 | R | Ago-22-2023 | 104 | 0 | HIJO MENOR DE 18 AÑOS | VIGENTE | | Proteccion Laboral 3, mes 0 | Ninguna |
| CONTRERAS MONTES LEYTIARA LUCIA | 1233703836 | R | Dic-5-2024 | 52 | 0 | HIJO MENOR DE 18 AÑOS | VIGENTE | | Proteccion Laboral 3, mes 0 | Ninguna |
| MOYA MONTES SHEYLA DANIELA | 1016956539 | T | Abr-4-2019 | 290 | 26 | HIJO MENOR DE 18 AÑOS | VIGENTE | | Proteccion Laboral 3, mes 0 | Ninguna |
| CONTRERAS [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] | | [illegible] | [illegible] |

De acuerdo con los registros de la base de datos, su grupo familiar presenta la siguiente relación laboral:

| Razón_social_del_aportante | Usuario_en_contrato | Tipo_de_contrato | Estado_de_contrato |
|---|---|---|---|
| ACTIVOS S A S | 1016030821 | Dependiente | CERRADO |
| EMPRESA PODER SERVICES LTDA | [illegible] | [illegible] | [illegible] |
| HQ SAS | 1016030821 | Dependiente | CERRADO |
| NEWREST SERVICES COLOMBIA SAS | 1016030821 | Dependiente | CERRADO |

CARTA NO VALIDA PARA TRASLADO

En Salud Total apreciamos la confianza que usted ha depositado en nosotros y esperamos que usted y su familia continúen disfrutando de nuestros servicios de salud con Calidad total. Cualquier información adicional, con gusto será atendida por el personal de servicio al cliente de la sede administrativa de su ciudad, o puede comunicarse con nuestra línea gratuita 018000 1 14524 a nivel nacional o en Bogotá al teléfono 4854555.

Cordialmente,

Gerencia de Operaciones Comercial

SALUD TOTAL EPS S.A.

Powered by CamScanner

Sisbén

Registro válido

A2

**Fecha de consulta:** 09/02/2026

**Ficha:** 11001611135000010858

**Pobreza extrema**

DATOS PERSONALES

**Nombres:** LEYTIARA LUCIA

**Apellidos:** CONTRERAS MONTES

**Tipo de documento:** Registro civil

**Número de documento:** 1233703836

**Municipio:** Bogotá

**Departamento:** Bogotá

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

**Encuesta vigente:** 29/10/2024

**Última actualización ciudadano:** 05/09/2025

**Última actualización vía 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 OTA'

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

**Teléfono:** Línea 195 Opción 9

**Correo Electrónico:** radicacionplaneacionbogota@sdp.gov

Powered by CamScanner

TURA POR 2 MESES

2409

acueducto
AGUA Y ALCANTARILLADO DE BOGOTÁ

presa de Acueducto y Alcantarillado de Bogotá - ESP
. 899.999.094-1

Escanea y paga tu factura

**Datos del usuario**
MARIA [illegible] EL C HUERTAS
TV 113F 65 26

[illegible] EGATIVA
VILLA GLADYS

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

**ZONA:** 2 **CICLO:** C2 **RUTA:** C22090

**Datos del medidor**
MARCA WATERTECH ITALIA NÚMERO 10-1007300 TIPO: VELOCIDAD DIÁMETRO %

**Datos del consumo**

| | | | |
|---|---|---|---|
| ULTIMA LECTURA: | 3013 | CONSUMO (m³) | 14 |
| LECTURA ANTERIOR: | 2999 | PROMEDIO (m³) | 21 |
| FACTURADO CON: | Consumo Normal | Descargue fuente alterna | 0 |

Últimos consumos m³
37 15 12 14

JUN-AGO $292.155 | AGO-OCT $132.40 | OCT-DIC $112.145 | ÚLTIMO CONSUMO

**CUENTA CONTRATO**
Número para cualquier consulta 113017[illegible]57

**Factura de Servicios Públicos No.**
Número para pagos 1442216[illegible]212

**TOTAL A PAGAR**
gua + Alcantarillado + Aseo (si aplica ver al respaldo)
Cobro Terceros (si aplica ver al respaldo) $338.9[illegible]23

**Fecha de pago oportuno** MAR/20/2024

**Fecha de suspensión** MAR/26/2024

**Periodo facturado**
DIC/22/2023 - FEB/20/2024

**Resumen de su cuenta**

FECHA DE EXPEDICIÓN MAR/09/2024 FECHA ESPERADA DE LA PRÓXIMA FACTURA MAY/18/2024
RANGO CMO BASICO Bimestral según Resolución CRA [illegible]50/2016(0m3 - 22m3)

| Descripción | Cant. | Costo Valor Unitario | Costo Valor Total | Subsidio/Contribución | Tarifa Valor Unitario | Valor a Pagar |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Acueducto | | | | | | |
| Cargo fijo residencial | .50 | $17.729,89 | $8.865 | $3.546- | $10.637,93 | $5.319 |
| Consumo residencial básico | 7 | $3.363,64 | $23.545 | $9.418- | $2.018,18 | $14.127 |
| Consumo residencial superior a básico | | | | | | |
| Cargo fijo no residencial | .50 | $17.729,89 | $8.865 | $4.432 | $20.594,84 | $13.297 |
| Consumo no residencial (m3) | 7 | $3.363,64 | $23.545 | $11.773 | $5.045,47 | $35.318 |
| Subtotal Acueducto ① | | | $64.820 | $3.241 | | $68.061 |
| Alcantarillado | | | | | | |
| Cargo fijo residencial | .50 | $8.427,39 | $4.214 | $1.686- | $5.056,43 | $2.528 |
| Consumo residencial básico | 7 | $3.594,27 | $25.160 | $10.064- | $2.156,57 | $15.096 |
| Consumo residencial superior a básico | | | | | | |
| Cargo fijo no residencial | .50 | $8.427,39 | $4.214 | $2.107 | $12.641,09 | $6.321 |
| Consumo no residencial (m3) | 7 | $3.594,27 | $25.160 | $12.560 | $5.331,41 | $37.740 |
| Subtotal Alcantarillado ② | | | $58.748 | $2.937 | | $61.685 |

| | |
|---|---|
| Otros conceptos No. Cuota Ind. Is Total Saldo | |
| Ajuste a la decena | $4 |
| Ben. mín. vital total | $14.127- |
| Intereses de mora | $100 |
| Subtotal Otros Cobros ③ | $14.023- |
| Otros conceptos que adeuda Valor total | |
| Total otros conceptos que adeuda | |

| | |
|---|---|
| Beneficio Mínimo Vital hasta 12 m³ periodo actual | $14.127- |
| TOTAL AGUA, ALCANTARILLADO Y OTROS COBROS ① ② ③ ④ | $115.723 |
| CONSUMO | $64.873 |
| CONSUMO DIA | $2.12 |

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

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

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

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

NOMBRE SOLICITANTE / BENEFICIARIO Leyliara Lucia Contreras M DOCUMENTO DE IDENTIDAD CC__ CE__ OTRO X CUAL? RC Número # 1.233.703.836

FECHA DE ENTREGA PARA DIGITACIÓN: 02/08/2026 NOMBRE DEL DIGITADOR AL QUE SE ENTREGA LA FICHA: Diana Ramirez

Powered by CamScanner