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: 1 de 6

Fecha de diligenciamiento: 10 09 2023

Número de ficha: 26 26 19 77 14 12 30 98
(Año: 26 | Localidad: 26 | Proyecto: 19 | Código unidad operativa: 77 14 12 30 98)

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
Patiño	Roa	Ana	Sophia

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

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

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

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

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

10. Número de documento de identificación: 1043715.133

11. Municipio nacimiento: Barranquilla

12. Departamento nacimiento Atlantico

13. País nacimiento: Colombia

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

15. Fecha de nacimiento: *(según su documento de identidad)* 26 11 2002

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

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

18. Años aprobados:

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

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

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

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

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

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

25. Actividad Principal: * (Esta pregunta aplica solo a personas mayores de 9 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 | Cailbrar 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 X | No 2

35. Clasificación Sisbén
C4

Fecha de diligenciamiento: 10 03 2026

Número de ficha: 2026 19 7 4 4 1 2 3 0 9 6
(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] Hogar familiar amplio compuesto [3] X 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] X
Wayuu [2] Uitotos [85] Tubu [67] Eperara-siapidara [30] Mulscas [16] Kankuamo [45] Pijao [14] Embera Dóbida [29] Otro ¿cuál? Digite código del instructivo
Pastos [65] Senú [5] Yanaconas [7] Ingas [9] Awa (Kwaiker) [11] Kogui [49] Kubeo [50] Embera Katío [34]

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

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

12. Número registro único de víctimas:

13. Año en que realizo la declaración:

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

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

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

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

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	X

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

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	$400.000	Recreación	$150.000
Servicios públicos domiciliarios (agua, energía, gas, teléfono fijo, internet, teléfono celular, televisión por cable	$60.000	Gastos en salud (consultas, medicamentos, etc.)	$ 0
Pagos a terceros cuidadores	$400.000	Transporto o movilidad de los integrantes del hogar	$200.000
Artículos de aseo personal	$170.000	Educación (útiles, pensión, transporte escolar, fotocopias, etc.)	$ 0
Alimentación	$400.000	Total	$1780.000

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

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: 10/12/2026

Número de ficha: 2026 (Año) 19 (Localidad) 7 (Proyecto) 744 (Código unidad operativa) 1230968

SECCION C. UBICACIÓN GEOGRAFÍCA

1. Localidad donde habita
Usaquén 1 | Santa fe 3 | Usme 5 | Bosa 7 | Fontibón 9 | Suba 11 | Teusaquillo 13 | Antonio Nariño 15 | La Candelaria 17 | Ciudad Bolívar 19 X
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

2. UPZ o UPR: 66

3. Nombre del barrio / Vereda: San Francisco

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
20	A	Alfabético	S X	65		94	S
Nombre de la vía principal:			E				E
Nombre sinónimo de la vía principal:							
0							

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

Carrera 20A # 65 Sur 94

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. Alillo	CA. Casa	DP. Depósito	GJ. Garaje	LS. Local sótano	OS. Oficina sótano	PS. Paseo	SR. Sector	UR. Unidad residencial
AP. Apartamento	CEL. Célula	DS. Depósito sótano	GS. Garaje sótano	LT. Lote	PA. Parcela	PT. Portería	SS. Semi sótano	URB. Urbanización
AS. Apartamento sótano	CM. Camino	ED. Edificio	IN. Interior	MD. Módulo	PD. Predio	SA. Salón	SU. Suite	ZN. Zona
	CN. Consultorio	EN. Entrada	KM. Kilometro	MN. Mezzanine	PH. Pent-house	SC. Salón Comunal	TO. Torre	

6. Tipo de zona
Urbana 1 X | Rural 2 | Urbana sin dirección 3

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

8. Teléfono fijo de contacto:

9. Teléfono celular de contacto: 321 483 9760

10. Correo electrónico de contacto: estefanyroa180gmail.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

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

Fecha de diligenciamiento: 10 M 2 0 2 6 A

Número de ficha: 2026 | 19 | 7 | 44 | 12 | 30 | 94
Año | Localidad | Proyecto | Código unidad operativa

SECCIÓN D. INFORMACIÓN BÁSICA Y TRANSVERSAL SOBRE LA FAMILIA:

La información básica se repite para el jefe de núcleo familiar

No. Integrante	A: DOCUMENTO DE IDENTIDAD – Tipo	A: DOCUMENTO DE IDENTIDAD – Número	B: APELLIDOS (Escriba: En el renglón 1, primer apellido; En el renglón 2, segundo apellido)	C: NOMBRES (Escriba: En el renglón 1, primer nombre; En el renglón 2, segundo nombre)	D: Sexo	E: ¿Con cuál género se identifica?	F: ¿Transgenero masculino o transgenero femenino?	G: ¿Cuál es su orientación sexual?	H: FECHA NACIMIENTO – Día	H: FECHA NACIMIENTO – Mes	H: FECHA NACIMIENTO – Año	H: Edad aproximada	I: ESTADO CIVIL	J: PARENTESCO (Con jefe/a del núcleo familiar)	K: NIVEL EDUCATIVO ACTUAL – NIVEL	K: NIVEL EDUCATIVO ACTUAL – Años aprobados	K: ¿Asiste actualmente?	L: SISTEMA DISTRITAL DE CUIDADO – ¿Es persona cuidadoro/a?	M: SISTEMA DISTRITAL DE CUIDADO – Niños/as de 0 a 5 años	N: SISTEMA DISTRITAL DE CUIDADO – Niños/as de 6 a 10 años	O: SISTEMA DISTRITAL DE CUIDADO – Persona con discapacidad	P: SISTEMA DISTRITAL DE CUIDADO – Persona mayor	Q: SISTEMA DISTRITAL DE CUIDADO – Cuidado de casa	R: Actividad	S: Rol ocupacional	T: ¿Cuantas horas a la semana dedica a esta ocupación?	U: Valor de los ingresos mensuales	V: Forma de percibir los Ingresos	W: Localidad donde realiza actividad principal	X: SALUD – Afiliado al régimen de seguridad social	X: SALUD – Régimen de seguridad social	X: SALUD – Calidad del afiliado	Y: DISCAPACIDAD – ¿Persona con discapacidad?	Y: DISCAPACIDAD – Tipo	Z: Grupo étnico	AA: Pueblo Indígena	AB: VÍCTIMA DE CONFLICTO ARMADO – ¿Es víctima del conflicto armado?	AB: VÍCTIMA DE CONFLICTO ARMADO – Motivo	AC: ¿Ha recibido capacitación, formación o tiene experiencia en algún arte u oficio?	AD: De acuerdo con la respuesta anterior ¿En qué cree que puede desempeñarse?
1		1045721054	1 Patiño 2 ROa	1 Estefany 2 Esther	2	2			1	12	05	1994	31	1	1	18	Sí / No	X / X	X / No	Sí / X	Sí / X	Sí / X	Sí / X	1	2	44	1750000	2	9	Sí / No	2	2	Sí / X				Sí / X		Sí / No	
2			1 2	1 2													Sí / No	Sí / No	Sí / No	Sí / No	Sí / No	Sí / No	Sí / No							Sí / No			Sí / No				Sí / No		Sí / No	
3			1 2	1 2													Sí / No	Sí / No	Sí / No	Sí / No	Sí / No	Sí / No	Sí / No							Sí / No			Sí / No				Sí / No		Sí / No	
4			1 2	1 2													Sí / No	Sí / No	Sí / No	Sí / No	Sí / No	Sí / No	Sí / No							Sí / No			Sí / No				Sí / No		Sí / No	
5			1 2	1 2													Sí / No	Sí / No	Sí / No	Sí / No	Sí / No	Sí / No	Sí / No							Sí / No			Sí / No				Sí / No		Sí / No	

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

	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
No. Integrante	DOCUMENTO DE IDENTIDAD		APELLIDOS Escriba: En el renglón 1, primer apellido En el renglón 2, segundo apellido	NOMBRES Escriba: En el renglón 1, primer nombre En el renglón 2, segundo nombre	Sexo	¿Con cuál género se identifica?	¿Transgenero masculino o transgenero femenino?	¿Cuál es su orientación sexual?	FECHA NACIMIENTO			Edad aproximada	ESTADO CIVIL	PARENTESCO (Con jefe/a del núcleo familiar)	NIVEL EDUCATIVO ACTUAL NIVEL Años aprobados	¿Asiste actualmente?	SISTEMA DISTRITAL DE CUIDADO						Actividad	Rol ocupacional	¿Cuantas horas a la semana dedica a esta ocupación?	Valor de los ingresos mensuales	Forma de percibir los ingresos	Localidad donde realiza actividad principal	SALUD			DISCAPACIDAD		Grupo étnico	Pueblo Indígena	VÍCTIMA DE CONFLICTO ARMADO		¿Ha recibido capacitación, formación o tiene experiencia en algún arte u oficio?	De acuerdo con la respuesta anterior ¿En qué cree que puede desempeñarse?
	Tipo	Número							Día	Mes	Año					¿Es persona cuidadora/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.

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

Fecha de diligenciamiento: 04 07 2026

Número Ficha: 2026 1977 44 (Año / Localidad / Proyecto / Código Unidad Operativa)

SECCION E. MODALIDAD DE ATENCION

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

Modalidades Familiares: Creciendo Juntos [ ] Crecemos en la Ruralidad [ ]

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

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

2. Escriba el nombre de la Subdirección Local – SLIS o Unidad Operativa donde se identifica la gestante, lactante, niña o el niño: JARDIN INFANTIL COFINANCIADO LA CASITA DE SAN FRANCISCO

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? Sí.. 1 [ ] *Pase a sección H* No. 2 [ ] *Pase a sección I*

SECCIÓN G. CONCEPCIÓN Y GESTACIÓN:

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

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

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

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

5. ¿Qué edad tiene el padre de la hija- hijo que espera?: Entre 14 y 16 años 1 [ ] Entre 17 y 20 años 2 [ ] Entre 21 y 40 años 3 [ ] 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 Madre... 2 [ ] Sólo Padre... 3 [ ] Abuelo-a..... 4 [ ] Otros parientes..... 5 [ ] 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 [ ] Sus derechos y los de su pareja en el momento del parto. 2 [ ] Lactancia materna..... 3 [ ] Desarrollo infantil..... 5 [ ] Construcción del vínculo afectivo madre- hijo... 6 [ ] 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 [ ] SDIS..... 2 [ ] Colegio..... 3 [ ] ONG..... 4 [ ] Otra entidad..... 5 [ ] Partera/ doula... 9 [ ] Otra persona... 6 [ ]

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 [ ] Exceso de peso... 3 [ ] Peso adecuado..... 2 [ ] 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 [ ] Tipo de parto .. 2 [ ] Ninguna... 93 [ ] La posición de parir..... 3 [ ] 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 [ ] Antes de 2 años 2 [ ] Después de 2 años o más. . 3 [ ] No tendré más embarazos. . 4 [ ]

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

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

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 [ ]

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

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

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

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

3. ¿El primer contacto piel a piel con su hija-o, después de nacer, fue?:
½ hora o antes 1 [ ] 2 horas 3 [X]
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?: 3.200 Gramos
DATO VALIDO ENTRE 450 Y 6000

6. ¿Cuál fue la talla de su hija-o al nacer?: 54 Centímetros
DATO VALIDO ENTRE 22 Y 60

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

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

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 [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?: 3 Meses

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

14. ¿Fecha del último control?: 10 / 11 / 2026
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 [X] 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 entono institucional?
Si 1 [ ] Requiere verificación 3 [ ]
No 2 [X]

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 [ ]

27. ¿Ha estado vinculado a modalidades familiares o institucionales de Educación inicial de la SDIS?:
Si 1 [ ] No 2 [ ] *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 [X]
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 [ ] Responde a las necesidades de la niña-o y su familia 4 [ ] Fortalecimiento cultural 5 [X] 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]

	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:

FAMILIA CONFORMADA POR MAMÁ Y ABUELA, MAMÁ CON TRABAJO FORMAL, VIVEN EN UN APARTAMENTO ARRENDADO.

TODOS AFILIADOS A SEGURIDAD EN SALUD.

2. Concepto técnico:

CON GRUPO FAMILIAR EN CONDICIONES ADECUADAS. SOLICITAN EL ACCESO AL SERVICIO PARA APOYO DE PROCESOS PEDAGOGICOS Y SU DESARROLLO INTEGRAL.

NO CUENTA CON NINGUNA CONDICION ESPECIAL DE SALUD NI FISICA.

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? - 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?

- Sí... 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?: _____

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

LOCALIDAD 19 UNIDAD OPERATIVA: JI.C. Casita de San francisco RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA: Andrea Rodriguez

NOMBRE DEL RECOLECTOR Jery Viviana Castellanos DOCUMENTO DE IDENTIDAD CC X CE__ OTRO__ CUAL?_____ Número # 52934433

NOMBRE SOLICITANTE / BENEFICIARIO Ana Sophia Patiño Roa DOCUMENTO DE IDENTIDAD CC__ CE__ OTRO__ CUAL?_____ Número # 1043715133

FECHA DE ENTREGA PARA DIGITACIÓN: 04/02/2026 NOMBRE DEL DIGITADOR AL QUE SE ENTREGA LA FICHA: _____

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?: 32

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?: _____

14. En qué momento: (*selección múltiple*) Mañana....1 Tarde.....2 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. 1045721059

Nombres y apellidos del cuidador-ra principal (*según documento identidad*) 19. Primer Apellido: PATIÑO . 20. Segundo Apellido: ESTHER 21. Primer Nombre: ESTEFANY 22. Segundo Nombre:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

TRANS.ESPECTRO AUTISTA (TEA): TEA..... ☐

AUDITIVA: Hipoacusia..... ☐ Sordera ..... ☐

VISUAL: Baja visión..... ☐ Ceguera..... ☐

INTELECTUAL: Síndrome de Down..... ☐ Intelectual ... ☐

FISICA: Osteomuscular..... ☐ Neuromuscular..... ☐ Parálisis cerebral (EMOC)... ☐

PSICOSOCIAL: Psicosocial ..... ☐

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

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

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

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

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

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

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

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

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

6

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 61947345

NUIP 1043715133

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

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

COLOMBIA - ATLANTICO - BARRANQUILLA ... ARIA V BARRANQUILLA

Datos del inscrito

Primer Apellido: PATIÑO

Segundo Apellido: ROA

Nombre(s): ANA SOPH...

Fecha de nacimiento: Año 2021 Mes NOV Día 2

Sexo (en letras): FEMENINO | Grupo sanguíneo: A | Factor RH: POSITIVO

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

COLOMBIA - ATLANTICO - BARRANQUILLA

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

Número certificado de nacido vivo: 170199289

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

Apellidos y nombres completos: PATIÑO ROA ESTEFANY ESTHER

Documento de identificación (Clase y número): CC No. 1045...1059

Nacionalidad: COLOMBIA

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

Apellidos y nombres completos:

Documento de identificación (Clase y número): SIN INFORMACIÓN

Firma:

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: PATIÑO ROA ESTEFANY ESTHER

Documento de identificación (Clase y número): CC No. 1045721059

Firma: Yestefany Patiño

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 2021 Mes DIC Día 16

Nombre y firma del funcionario que autoriza: MAURICIO VILLALOBOS RODRIGUEZ

Nombre y firma

Reconocimiento paterno

Firma

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

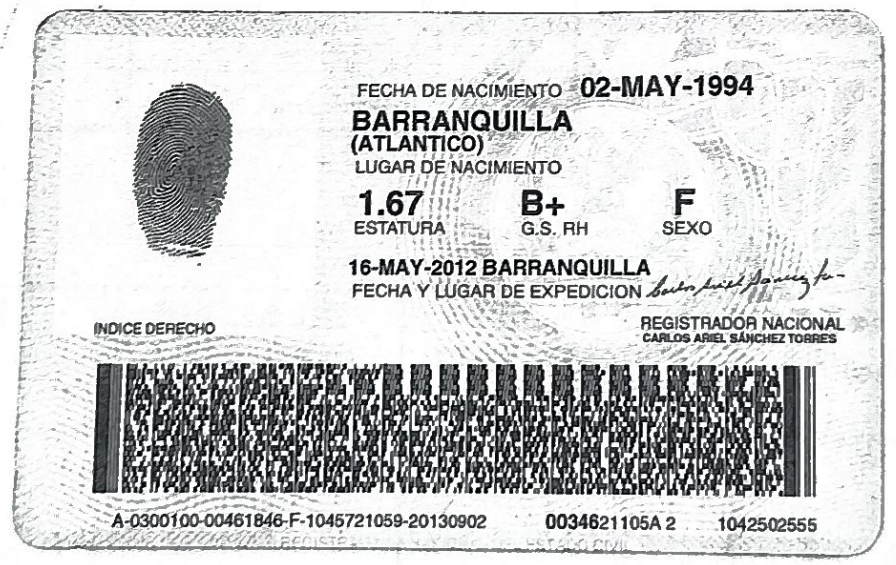
ACTA CONCILIACION PARIA... CERO CIRCULAR 037 OTRO CN RUAF CIRCULA... 001 16/12/2021

NOTARIA OCTAVA DEL CIRCULO DE BARRANQUILLA
EL SUSCRITO NOTARIO CERTIFICA:
QUE ESTE REGISTRO ES FIEL Y AUTENTICA COPIA TOMADA DE SU ORIGINAL
16 DIC 2021
NO TIENE ENMENDADURAS EXCEPTO PARA: MATRIMONIOS, PENSIONES Y SEGURIDAD SOCIAL
VALIDO PARA ACREDITAR PARENTESCO.

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO

7


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 1.045.721.059
PATIÑO ROA
APELLIDOS
ESTEFANY ESTHER
NOMBRES
Estefany Patiño R.
FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 02-MAY-1994
BARRANQUILLA
(ATLANTICO)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.67
ESTATURA
B+
G.S. RH
F
SEXO
16-MAY-2012 BARRANQUILLA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES
INDICE DERECHO
A-0300100-00461846-F-1045721059-20130902
0034621105A 2
1042502555

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	1043715133
NOMBRES	ANA SOPHIA
APELLIDOS	PATIÑO ROA
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.
MUNICIPIO	BOGOTA D.C.

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	CAPITAL SALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO SAS "CAPITAL SALUD EPS-S S.A.S."	SUBSIDIADO	01/06/2025	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	01/18/2026 19:35:08	**Estación de**	192.168.70.220

9

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Fecha de consulta: Registro válido

Ficha: 27/01/2026

11001619134400011177

C4

Vulnerable

DATOS PERSONALES

Nombres: ANA SOPHIA

Apellidos: PATIÑO ROA

Tipo de documento: Registro civil

Número de documento: 1043715133

Municipio: Bogotá

Departamento: Bogotá

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 03/03/2025

Última actualización ciudadano: 03/03/2025

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

enel | Bogotá

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

PAPEL ECOLÓGICO

Para pagos y consultas tu número de cliente es: **0125217-9**

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 377982614-8

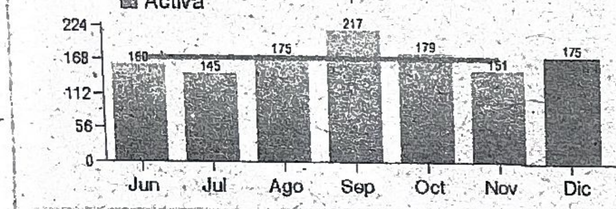
CLIENTE

DIEGO FERNANDO CASTRO ROMERO
KR 20 A NO 65 SUR 94 AP 101
APTO 101
BOGOTA, D.C. - SAN FRANCISCO

15 063 9134 / 609143

¿Quieres tu factura virtual? Escanea el código

COMPORTAMIENTO CONSUMO



VALOR kWh APLICADO $800,09

CONSUMO DIARIO: 5,83 kWh

VALOR DIARIO: $3.300

CONSUMO PROMEDIO ULTIMOS 6 MESES 171 kWh

PERÍODO FACTURADO: 19 NOV/2025 A 18 DIC/2025

DÍAS FACTURADOS: 30

CONSUMO MES 175 kWh

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

Cuida a tu familia, evita riesgos eléctricos.

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

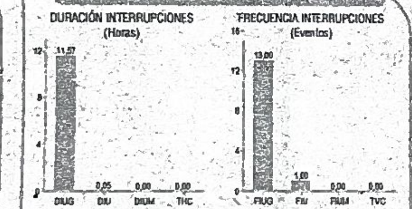
Repórtalo de forma anónima al **601 514 0000** o a través de nuestra **página web: enel.com.co**



INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	2
CARGA kW:	4,57
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	10000150639134
RUTA LECTURA:	10150130195
MANZANA DE LECTURA:	MS00251514
MEDIDOR NO:	609143
SUBCLASE:	Básica

CALIDAD DEL SERVICIO



CD: 13502TR1 GRUPO: 11 HC: 0,00 VC: 0,00 CEC: 0,00
PERIODO: 2025/10 DI: 275,15 CF: 179,00000 MC: 0,00 MF: 1,00 %t: 0,20
Para mayor detalle consultar las resoluciones CREG 015 de 2018 y 036 de 2019

CONTACTA

Trámites y solicitudes enel.com.co/es/personas/radicaciones
Chat de servicio en enel.com.co/es/personas/chat-de-atencion
316 890 6003 (Elena Bot o paso Asesor)
Enel Colombia · @EnelClientesCO

ENERGÍA SERVICIO AL CLIENTE: Bogotá, Sabana y Cundinamarca **601 5 115 115**

EMERG... **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

USO SEGURO 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: 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 · refácil · Reval · 4-72 · MOVIIRED · puntored · efecty

Red Distrital: RED CADE

Centros de Servicio: enel — Únicamente Cida, Girardot y Fusagasugá

Almacenes de Cadena: JUMBO

Código QR

Inscríbete a la factura virtual Enel y aprovecha los beneficios.

Escanea el código.



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).

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

COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo: Vigencia: NOV/2025
G: $286,96 T: $53,30 D: $294,84 CV: $78,01 PR: $58,82 R: $28,15 CF: $0,00 / $800,09 Costo kWh Mes

GRUPO: 11 CIRCUITO: TU18-13502TR1- - NIVEL DE TENSIÓN:1 PROPIEDAD: Empresa

ACTIVIDAD ECONOMICA 3514 Comercialización de Energía Eléctrica Tarifa 11,04 por mil. Somos autoretenedores 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 dom [illegible] 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 [illegible] que prestan los terceros, ni por los valores facturados. Para mayor información relacionada con estos aspectos, por favor dirigirse a los canales de atención definidos por cada Empresa.
El prestador del servicio de comercialización y distribución de energía eléctrica y de productos y servicios de valor agregado es ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. NIT. 860.063.875-8. Entidad vigilada por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios.

FECHA GENERACIÓN: 22/12/2025 01:14:38
FECHA EXPEDICIÓN: 22/12/2025 13:13:13

Proveedor Tecnológico
Factura impresa por Carvajal Soluciones de Comunicación SAS NIT 800.096.812-8

11

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARIA DE INTEGRACIÓN SOCIAL	PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES FORMATO FORMALIZACIÓN DEL CUPO	Código: FOR-PSS-434 Versión: 4 Fecha: Memo I2023037253 – 30/11/2023 Página: 1 de 1

Unidad operativa: JI la casita de sanfraiscoFecha formalización de cupo: 10-02-2026

INFORMACIÓN DE LA NIÑA O DEL NIÑO

Apellidos: Patiño Roa
Nombres: Ana Sophia
NUIP: 1043715133 RH: A+
Dirección: Kr 20A#65 Sur 94 Localidad: ciudad Bolivar
Teléfono: 3214839760 Fecha de nacimiento: 26-NOV-2021

INFORMACIÓN DE LA MADRE, PADRE Y ACUDIENTE

Nombres y apellidos de la madre: Estefany Esther patiño C.C.: 1.045.721.059
Dirección de residencia: Kr 20A # 65. Sur 94
Localidad: ciudad Bolivar Dirección laboral:
Ocupación: Guarda seguridad Teléfono: 3214839760
Nombres y apellidos del padre: C.C.:
Dirección de residencia:
Localidad: Dirección laboral:
Ocupación: Teléfono:
Nombres y apellidos del acudiente: Indira Roa Iugo C.C.: 32.773.103
Dirección de residencia: Kr 20A # 65. Sur 94
Localidad: Ciudad Bolivar Dirección laboral:
Ocupación: Ama de casa Teléfono: 3007857217

NIVEL

Marque una (X) en frente del nivel al que ingresa la niña o el niño de acuerdo con su edad:

Sala Materna ____ Caminadores ____ Párvulos ____ Prejardín____ Jardín X Multiedad ____

Observaciones:

Cuando se identifique que la familia del participante incurre en el incumplimiento del acuerdo de corresponsabilidad o cumple con criterios de egreso (Asistencia a otros servicios de educación inicial, inasistencia continua e injustificada, traslado de lugar de residencia fuera de Bogotá) se procederá a realizar el egreso de acuerdo con lo establecido en el Procedimiento Egreso de los servicios sociales de la SDIS vigente.

De otra parte, en caso de interrupción en la prestación del servicio por causas fortuitas, el acudiente del participante, acepta:

1. Reubicación en otras unidades operativas de la localidad; o.
2. Implementación de esquemas flexibles; o
3. Entrega de paquete alimentario; o
4. Atención en otra modalidad institucional o familiar de educación inicial (para los casos que aplique)

Declaro que la información suministrada a la Secretaría Distrital de Integración Social o asociado para la vinculación es verídica y que he sido informado(a) sobre el objeto de este servicio/modalidad, de mis derechos, obligaciones y de las condiciones de ingreso, permanencia y egreso. De igual manera, informo que actualmente no hago parte de otro programa de asistencia social de esta u otra entidad que preste servicios de atención integral a la primera infancia y que frente a cualquier cambio en las circunstancias de vulnerabilidad deberé informar para que se valore la pertinencia de la continuidad en el servicio/modalidad.

Estefany Patiño
Firma madre, padre o acudiente

Andrea R.
Firma responsable de la unidad operativa

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

SEGUIMIENTO RECIÉN NACIDO						D	M	A
Resulado Tamizaje Neonatal	TSH neonatal	Normal		Alterado		D	M	A
	Auditivo OEA/PEAA	Normal		Alterado		D	M	A
	Cardiopopatía Congénita Compleja	Normal		Alterado		D	M	A
	Visual	Normal		Alterado		D	M	A
ATENCIÓN EN SALUD PARA LA PROMOCIÓN Y APOYO A LA LACTANCIA						D	M	A

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

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

FORTIFICACIÓN CON MICRONUTRIENTES

1.ª entrega	D	M	A
2.ª entrega	D	M	A
3.ª entrega	D	M	A

ATENCIÓN EN SALUD BUCAL

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

SUPLEMENTACIÓN CON MICRONUTRIENTES

1.ª entrega	D	M	A	D	M	A
2.ª entrega	D	M	A	D	M	A
3.ª entrega	D	M	A	D	M	A
4.ª entrega	D	M	A	D	M	A
5.ª entrega	D	M	A	D	M	A

VALORACIÓN DE LA SALUD VISUAL - AGUDEZA VISUAL

3 años	D	M	A	SI*	NO*
4 años	D	M	A	SI*	NO*
5 años	D	M	A	SI*	NO*

*Menor o igual a 20 normal

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

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

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



Ministerio de Salud y Protección Social

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

La salud es de todos | Minsalud

Carné de vacunación

Nombre y Apellidos: Ana Sofia [illegible]

Fecha de nacimiento: Noviembre 26/2021

Nº de certificado de nacido vivo: 170 19928-9

Registro civil: 1043715133.

Sexo: femenino

Grupo sanguíneo: A. Positivo

Peso al nacer: 3.400 gr Talla: 52 cm

Dirección:

Teléfono 1:

Teléfono 2:

Responsable: Estefany Patiño

Municipio de residencia: Bfquilla

Departamento: Atlco

1045721059

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

www.minsalud.gov.co @MinSaludCol

Nombres y Apellidos: **Tipo identificación:** **No. ID:**

Edad	Me protege de	Dosis	Fecha de aplicación Día	Mes	Año	Laboratorio	Número de lote	IPS vacunadora	Fecha próxima cita Día	Mes	Año	Nombres y apellidos del vacunador
Recién nacido	Lactancia materna exclusiva Sí ☐ No ☐											
	Tuberculosis meníngea (BCG)	Única	27	NOV	21	Serum	03708HA022	Cehosam				Rocio Fuentes
	Hepatitis B	Recién nacido	27	NOV	21	Serum	0320X0178C	Cehosam	27	01	2022	Rocio Fuentes
2 meses	Lactancia materna exclusiva Sí ☐ No ☐											
	Poliomielitis (VIP)	1.ª	26	01	22	Sanofi	2114006					
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	1.ª										
	PENTAVALENTE Hepatitis B	1.ª	26	01	22	Serum	28501058K					
	PENTAVALENTE Difteria, tosferina y tétano (DPT)	1.ª										
	Diarrea por rotavirus	1.ª	26	01	22							
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	1.ª	26	01	22	OSK						
4 meses	Lactancia materna exclusiva Sí ☐ No ☐											
	Poliomielitis (VIP)	2.ª	01	04	22	Bithoven	120C120223	Ville				
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	2.ª										
	PENTAVALENTE Hepatitis B	2.ª	01	04	22	Serum	285GY03814	Estadio				
	PENTAVALENTE Difteria, tosferina y tétano (DPT)	2.ª										
	Diarrea por rotavirus	2.ª	01	04	22	GSK	RO16854HP	V. Estadio	04	04	30	
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	2.ª	24	10	22	68K	ASPNB3424AB	HMI				Deisi Orozco
6 meses	Lactancia materna exclusiva Sí ☐ No ☐											
	Poliomielitis (VIP)	3.ª	24	10	22	Bithoven	2114014	HMI	01	06	22	Deisi Orozco
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	3.ª	22	06	22							
	PENTAVALENTE Hepatitis B	3.ª	22	06	22	Serum	2851X0078C	HMI				Celeste
	PENTAVALENTE Difteria, tosferina y tétano (DPT)	3.ª	22	06	22							
	Influenza estacional	1.ª	22	06	22	Sanofi	V5022200037	HMI				
7 meses	Influenza estacional	2.ª	10	10	22	Sanofi	V5022200037	HMI	22	07	22	Preferido
12 meses	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	1.ª	28	11	22	Serum	01331N0386					
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	Refuerzo	28	11	22	ASPNB	3424AB	HMI				
	Varicela	1.ª	28	11	22	Merck	V033556	Cesar				
	Hepatitis A	Única	28	11	22	MSD	V033760	HMI				
	Influenza estacional	Anual	2	8	23	GSK	V5052300 1	Ville				
18 meses	Poliomielitis (VIP ☐ VOPb ☐)	1.º refuerzo	2	8	23	Bithoven	2290705	Ville				
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	1.º refuerzo	2	8	23	Ser	2851X0378A					
	Fiebre amarilla	Única	2	8	23	Sanofi	2131VFC0233	Estadio	24	10	22	
5 años	Poliomielitis (VIP ☐ VOPb ☐)	2.º refuerzo										
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	2.º refuerzo										
	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	2.ª										
	Varicela	Refuerzo										
Niñas a partir de los 9 años	Virus del papiloma humano (VPH)	1.ª										
		2.ª										
		3.ª										
Vacunas complementarias y otras dosis	Triple viral	0	24	10	22	Serom	0121W0166	HMI				Deisi Orozco
	Influenza	1	08	03	23	Ser	0132N0499B	HMI				Celeste
			26	01	26	Sanofi	U866GGNDA	mm-ch	DC	/bm		Liliana Vergara C.

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

13

Secretaria de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur E.S.E.

NIT: 900958564

USS:

Fecha de Registro:
Fecha Actual : miércoles, 07 enero 2026

CONSTANCIA
Nº358314

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha Documento: 07/enero/2026 01:04 p. m.

Médico: 1033763299 PAOLA ANDREA BOHORQUEZ LOPEZ

Informacion Paciente: ANA SOPHIA PATIÑO ROA **Tipo Paciente:** Subsidiado **Sexo:** Femenino

Tipo Documento: RegistroCivil **Numero:** 1043715133 **Edad:** 4 Años / 1 Meses / 11 Días **F. Nacimiento:** 26/11/2021

E.P.S: EPSC34 CAPITAL SALUD EPSS S A S

Entidad:

DETALLE DE LA CONSTANCIA

CERTIFICADO MÉDICO DE SALUD Y DESARROLLO INFANTIL

Ha sido valorada en nuestra institución de salud y se encuentra con:

Estado nutricional: Peso adecuado para la edad y la talla, con riesgo de sobrepeso (Z Score Peso/Talla +1.11).
Talla: Adecuada para la edad (Z Score Talla/Edad -1.09).
Peso: Adecuado para la edad (Z Score Peso/Edad 0.08).
IMC: Riesgo de sobrepeso (Z Score IMC +1.08).

Neurodesarrollo: En estudio por posible trastorno del espectro autista.
Audición y dentomaxilar: Normales.
Estado general de salud: Sano, con adecuado crecimiento y desarrollo para la edad.
Se recomienda que la menor pueda asistir a actividades educativas y recreativas en jardines infantiles, con seguimiento familiar y profesional para su desarrollo integral, garantizando su bienestar y adaptación al entorno escolar.

Este certificado se expide a solicitud de los padres para fines de jardín y acompañamiento escolar.

Profesional: 1033763299 - BOHORQUEZ LOPEZ PAOLA ANDREA
Registro Profesional: 1033763299
Especialidad: ENFERMERIA

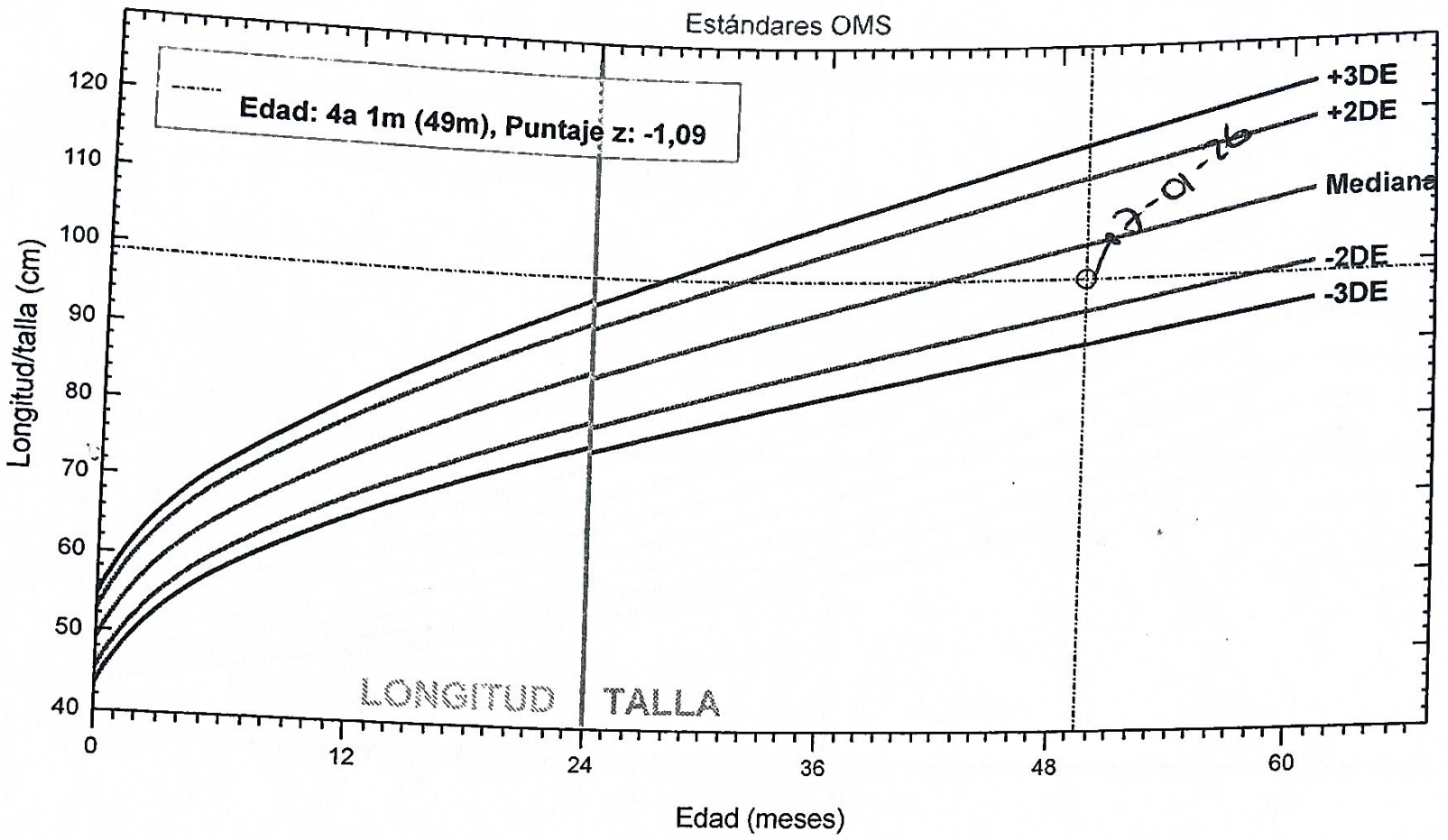
Paola Andrea Bohorquez L.
SSO/ENFERMERA
Pontificia Universidad
JAVERIANA
CC1033763299

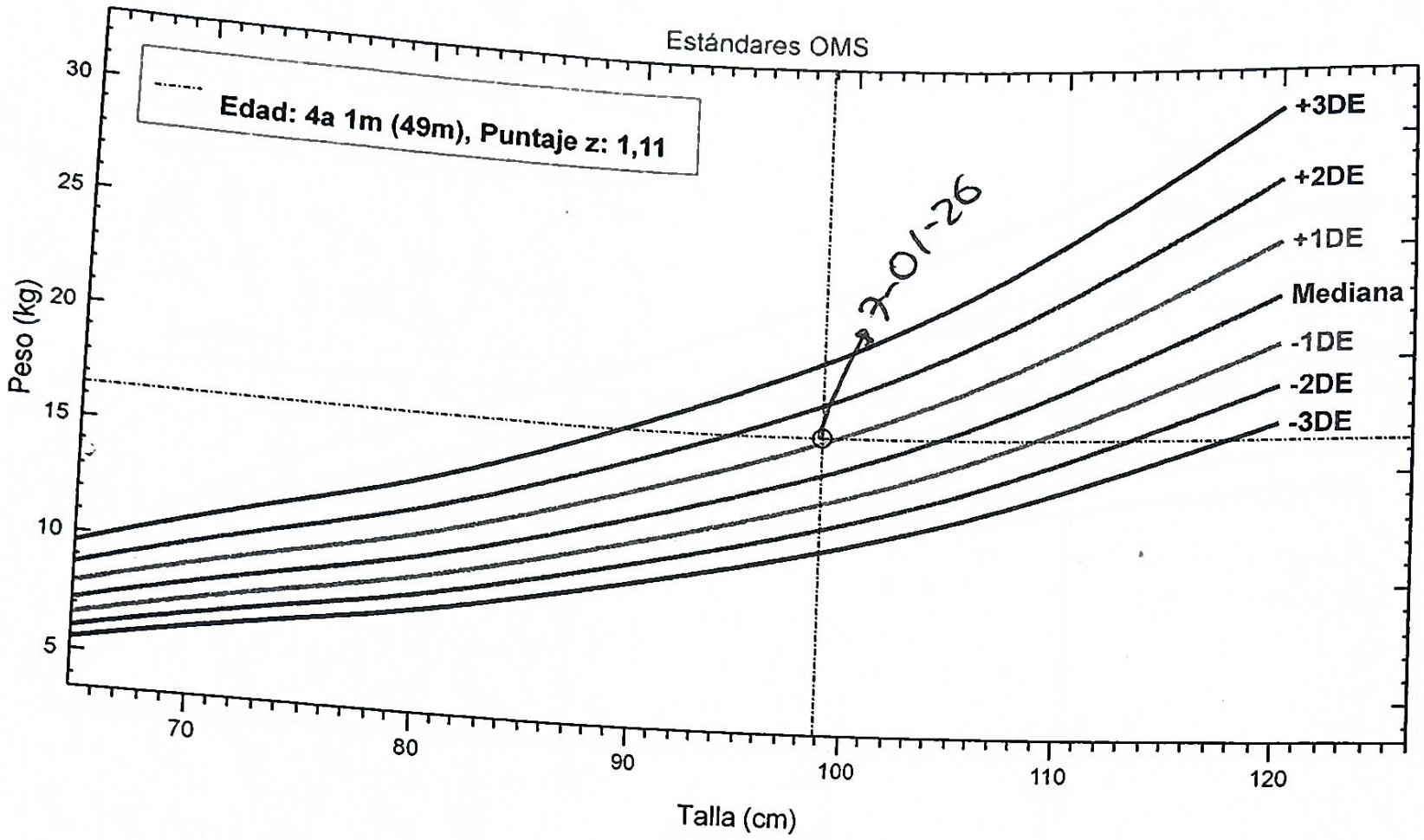
FIRMA Y SELLO

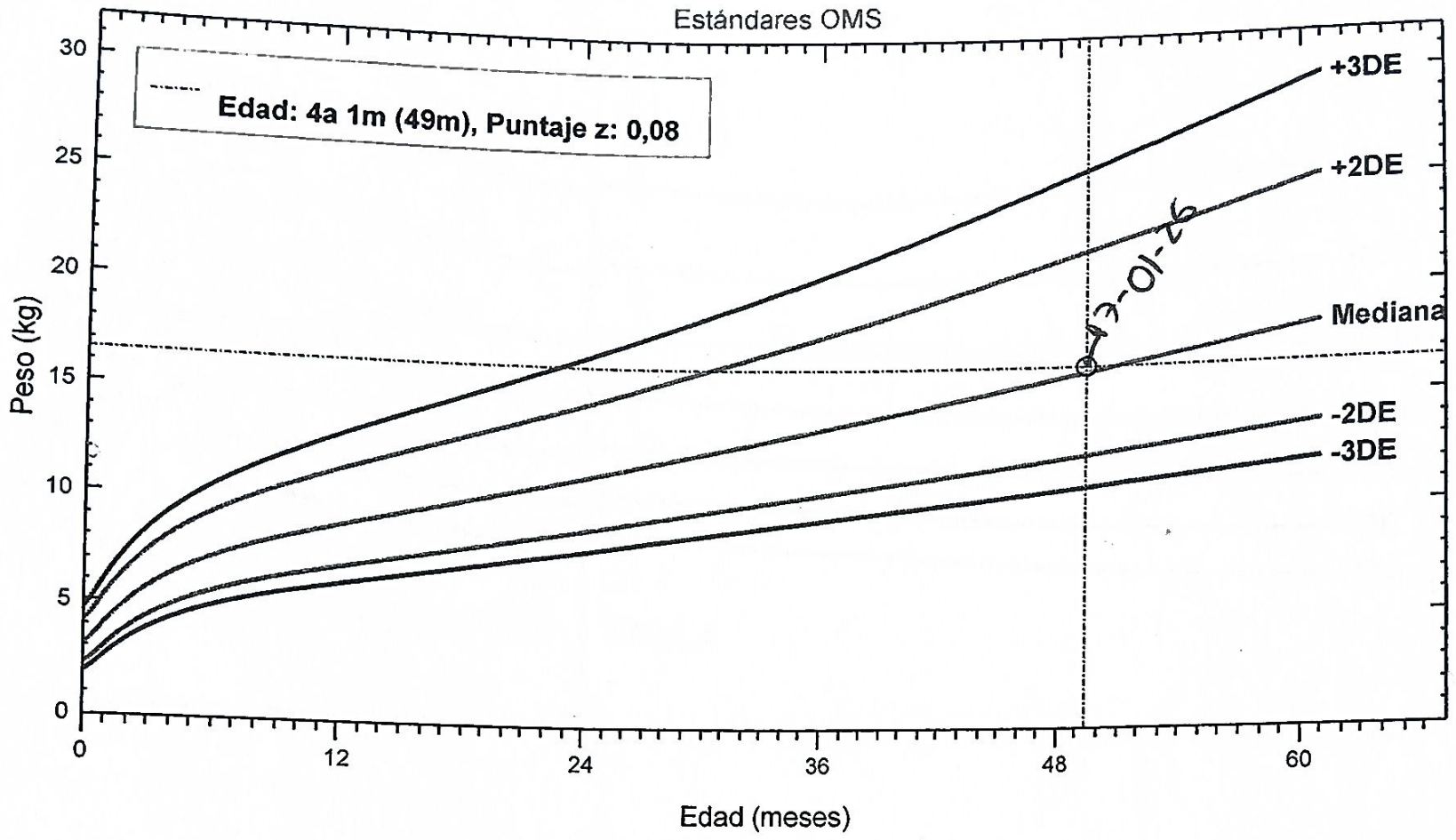
CARNET PRIMERA INFANCIA / CRECIMIENTO Y DESARROLLO

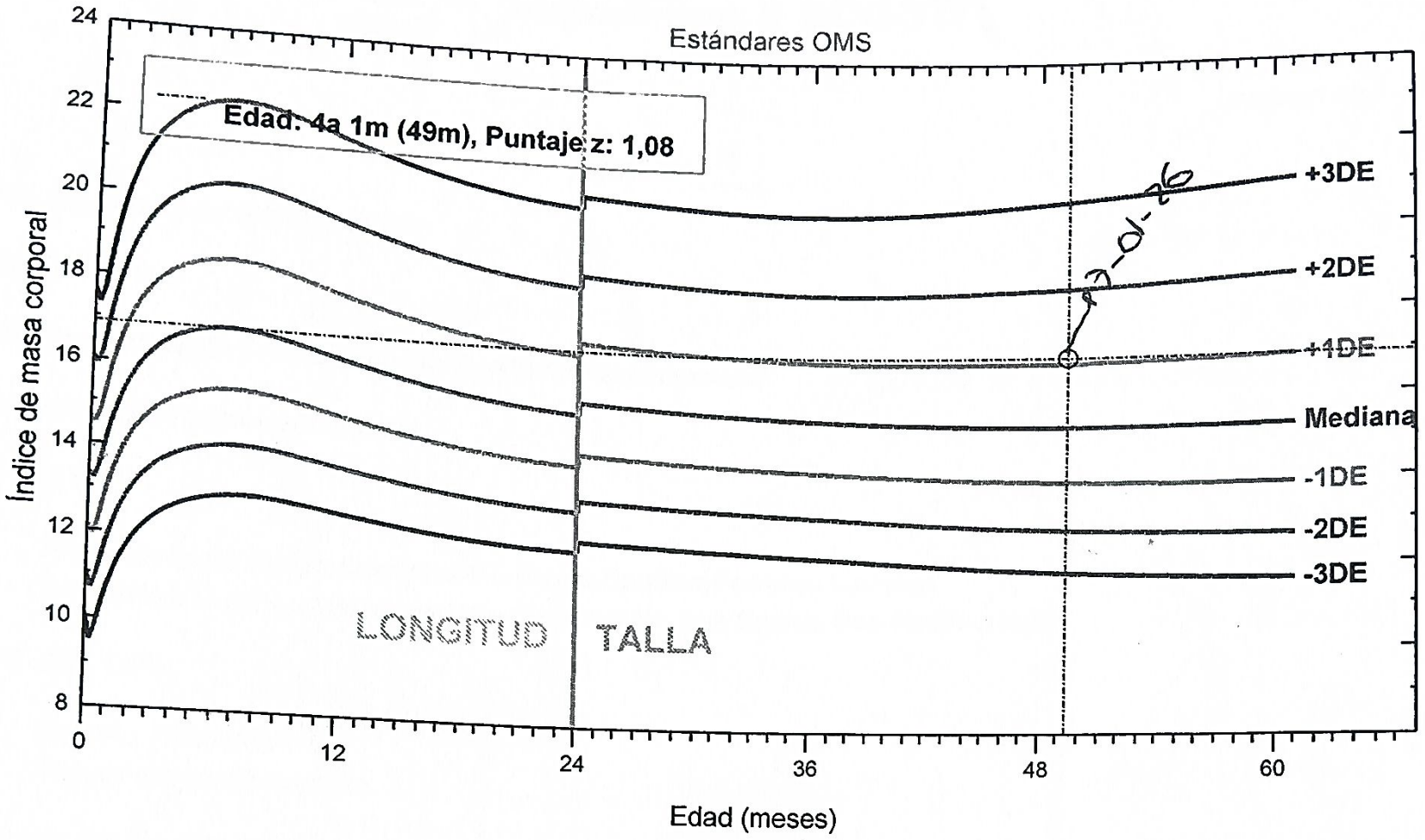
NOMBRE: Ana Sophia Patiño Zoo
DOCUMENTO: 1043775133
FECHA NACIMIENTO: 26-11-2021
RH: A Positivo

FECHA	EDAD		PESO	TALLA	IMC	PC(cm)	PB(cm)	Z SCORE			PROXIMA CITA
	AÑOS	MESES						P/T	P/E	T/E	
07/01/26	4	1	16,5	99,5	16,9	51	16	1,11	0,08	-1,09	5 años M46 PYD


Estándares OMS
Edad: 4a 1m (49m), Puntaje z: -1,09
+3DE
+2DE
Mediana
-2DE
-3DE
LONGITUD
TALLA
Longitud/talla (cm)
Edad (meses)
120
110
100
90
80
70
60
50
40
0
12
24
36
48
60


Estándares OMS
Edad: 4a 1m (49m), Puntaje z: 1,11
+3DE
+2DE
+1DE
Mediana
-1DE
-2DE
-3DE
2-01-26
Peso (kg)
Talla (cm)
30
25
20
15
10
5
70
80
90
100
110
120


Estándares OMS
Edad: 4a 1m (49m), Puntaje z: 0,08
+3DE
+2DE
Mediana
-2DE
-3DE
13-01-26
Peso (kg)
Edad (meses)
0
5
10
15
20
25
30
0
12
24
36
48
60


Estándares OMS
Edad: 4a 1m (49m), Puntaje z: 1,08
+3DE
+2DE
+1DE
Mediana
-1DE
-2DE
-3DE
LONGITUD
TALLA
Índice de masa corporal
Edad (meses)
24
22
20
18
16
14
12
10
8
0
12
24
36
48
60

ACTA N° 1

FECHA: Bogotá 13 de febrero 2026

HORA: 07: 15 am

LUGAR: Jardín Infantil Cofinanciado la Casita de San Francisco

TEMA: Acompañamiento psicosocial.

ASISTENTES:

- Profesional de apoyo psicosocial – Diana Carolina Fonseca Camayo
- Indira Roa Lugo – abuela materna de la menor Ana Sophia Roa Patiño jardín 1

ORDEN DEL DÍA:

1. Saludo y bienvenida
2. Desarrollo de la reunión.

OBJETIVO DE LA REUNION:

Analizar la información recibida respecto a una presunta situación de violencia intrafamiliar que podría estar afectando a la niña Ana Sophia Roa Patiño.

DESARROLLO DE LA REUNIÓN:

El día viernes 13 de febrero, siendo aproximadamente las 7:15 am, se presenta en las instalaciones del Jardín Infantil La Casita de San Francisco la señora Indira Roa Lugo identificada con cedula de ciudadanía N. 32.773.103, en calidad de abuela materna de la niña Ana Sophia Roa Patiño, de 4 años de edad, quien se encuentra vinculada al nivel Jardín 1 del servicio.

La señora Indira manifiesta su preocupación frente a presuntas prácticas de maltrato físico ejercidas por la progenitora de la menor, señora Estefany Esther Patiño, identificada con cédula de ciudadanía No. 1.045.721.059. Refiere que la madre de la menor utiliza golpes como método correctivo frente a conductas consideradas inadecuadas por parte de la niña. Asimismo, expresa que, según lo manifestado por la progenitora, esta sostiene la creencia de que "a los niños hay que andarles duro para que se porten bien", lo cual evidencia prácticas de crianza basadas en el castigo físico.

En atención a la información suministrada, se orienta a la señora Indira Roa Lugo sobre el deber institucional y legal que asiste familia, comunidad, jardín infantil y en general a cualquier persona de poner en conocimiento de las autoridades competentes cualquier situación que pueda constituir presunta vulneración de derechos de una niña o niño, con el fin de que dichas entidades, en el marco de sus competencias, realicen la valoración correspondiente y adopten las medidas de protección a que haya lugar, garantizando el interés superior de la menor. La señora Indira, manifiesta que no quiere que su hija, la progenitora de la menor Ana Sophia se entere de la situación puesta en conocimiento por ella ya que según expresa, esto podría causar rencillas a nivel familiar.

Se informa a la señora Indira que, el jardín infantil citará a la progenitora de la menor para evaluar la situación e iniciar el proceso de acompañamiento y orientación psicosocial según sean necesarios

En cumplimiento del deber de denuncia y activación de ruta externa, se realiza comunicación con la Línea 141 del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), quedando registrado el caso bajo el radicado No. **1764944255.**

En constancia de lo anterior firman:

Nombres y Apellidos	Cargo o Tipo de vinculación	Dependencia	Firma
Diana Carolina Fonseca	Psicosocial	JI.C. Casita San Francisco	
Indira Rios	Abuela	JI.C. Casita San Francisco	

Elaboró: Diana Carolina Fonseca – Profesional de apoyo psicosocial

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL	FORMATO AUTORIZACIÓN PARA USO DE IMAGEN JARDIN INFANTIL LA CASITA DE SAN FRANCISCO	Código: FOR-CE-008 Versión: 1 Fecha: Memo I2025032459 – 24/09/2025 Página: 1 de 1

Documento de autorización de uso de derechos de imagen sobre fotografías y fijaciones audiovisuales (videos) y de propiedad intelectual otorgado a la Secretaría Distrital de Integración Social.

Por medio de este documento se concede autorización expresa del uso de los derechos de la imagen de las personas que se relacionan en los listados que hacen parte integral del presente formato y en el cual la Secretaría Distrital de Integración Social reconoce la Constitución, la ley y demás normas concordantes y aplicables, en particular por las siguientes:

Cláusulas:

PRIMERA. Autorización y objeto. Mediante el presente instrumento autorizo a la Secretaría Distrital de Integración Social, para que haga el uso y tratamiento de mis derechos de imagen para incluirlos sobre fotografías; procedimientos análogos a la fotografía; piezas de comunicación; producciones audiovisuales (videos); así como de los derechos de autor; los derechos conexos y en general todos aquellos derechos de propiedad intelectual que tengan que ver con el derecho de imagen.

SEGUNDA. Alcance de la autorización. La presente autorización de uso se otorga para ser utilizada en formato o soporte material en ediciones impresas, y se extiende a la utilización en medio electrónico, óptico, magnético, en redes (intranet e internet), mensajes de datos o similares y en general para cualquier medio o soporte conocido o por conocer en el futuro. En tal sentido autorizo la Secretaría Distrital de Integración Social a que, incluya y edite la imagen, y ejecute todo otro acto encaminado a la divulgación del contenido, sin restricciones ni límites temporales, así como de medios para su reproducción y/o difusión.

TERCERA. Territorio y exclusividad. Los derechos aquí autorizados se dan sin limitación geográfica o territorial alguna. De igual forma la autorización de uso aquí establecida no implica exclusividad, por lo que me reservo el derecho de otorgar autorizaciones de uso similares en los mismos términos en favor de terceros.

CUARTA. Derechos morales. La Secretaría Distrital de Integración Social dará cumplimiento a la normatividad vigente sobre los derechos establecidos por la Ley 1581 de 2012 del titular sobre su imagen. Las solicitudes de modificaciones realizadas por el titular de la imagen deberán estar justificadas.

Para constancia de lo anterior se firma en la ciudad de Bogotá, hoy, día 25 mes Febrero año 2026.

Datos persona natural que concede autorización expresa del uso de los derechos de la imagen.				
Nombre y apellidos	Edad	Tipo de documento	Número de documento	Firma

Datos persona autorización expresa del uso de los derechos de la imagen de menor de edad. Como padre/madre de familia o acudiente del(las) niños(as) a continuación referido(s), autorizo el tratamiento de su imagen y publicación bajo el marco los cánones de este documento.					
Nombre del acudiente	Edad	Tipo y número de documento del acudiente	Acudiente de: (Nombre niño o niña)	Tipo y número de documento del(a) niño(a)	Firma del acudiente
ZULLY PATIÑO	28	CC 1045748570	ANA SOFIA PATIÑO ROA	RC. 1043715153	

FUNDACION
Colombia Útil

JARDIN INFANTIL LA CASITA DE SAN

FRANCISCO

CARRERA 20 # 66 – 74 SUR

TELEFONO 9290889

COMPROMISOS DOCUMENTOS

YO Estefany Patiño IDENTIFICADO CON CC 1045921059.

DE Barranquilla ME COMPROMETO A TRAER LOS DOCUMENTOS FALTANTES DE MI HIJO (A) Ana Sophia

EL DIA ------- DE---------DEL ---------DE NO SER ASI QUEDARE A REVISION DEL SDIS PARA ASIGNACION DEL CUPO.

DOCUMENTOS PENDIENTES

Autorización de Salida

Odontología

Johanna Perez	ANDREA S.	Estefany Patiño
DOCENTE	RESPONSABLE	ACUDIENTE

FECHA 27-02-2026

FUNDACIÓN Colombia Útil	OBSERVADOR DE NIÑOS Y NIÑAS JARDÍN CASITA DE SAN FRANCISCO	Código: Versión: Fecha: Página: 1 de 1

DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN	
Nombre del niño o niña: Ana Sophia Patiño Roa	Fecha de nacimiento: 11/26/2021
Nivel: Jardín 1	Edad: 4 años
Nombre maestra: Johanna Alexandra Dueñas Quintero	NUIP: 1.043.715.133
	Fecha de elaboración: 24/02/2026

REGISTRO DE LA OBSERVACION:

Durante el primer mes del proceso de bienvenida y acogida al jardín, Ana Sophia Patiño ha mostrado un proceso de adaptación favorable al entorno del jardín. Se ha integrado de manera adecuada a las rutinas del aula, participando activamente en las diferentes actividades propuestas.

Es una niña participativa, con buena disposición frente al aprendizaje. Le gusta desarrollar sus experiencias pedagógicas y demuestra interés por comprender y realizar las actividades planteadas. Se involucra con entusiasmo, especialmente cuando las propuestas son dinámicas y creativas.

Disfruta de los espacios de interacción con sus pares, compartiendo y participando en juegos grupales que fortalecen su proceso de socialización. Asimismo, se destaca su gusto por los rincones de arte, donde explora materiales como pintura, colores y otras herramientas de expresión artística, mostrando creatividad y motivación.

Durante este primer mes ha evidenciado avances en su adaptación y en la construcción de vínculos con sus compañeros y docente, manteniendo una actitud positiva frente a este proceso de adaptación.

FECHA DE SOCIALIZACIÓN: 27/02/2026

OTRAS OBSERVACIONES:

Se sugiere continuar fortaleciendo el hábito de culminar las experiencias pedagógicas iniciadas, promoviendo mayor constancia y concentración hasta finalizar cada actividad. Es importante reforzar positivamente sus logros y acompañarla en el seguimiento de instrucciones, favoreciendo así su autonomía y compromiso con las tareas propuestas.

FIRMA PROFESIONAL DE ATENCIÓN A LA PRIMERA INFANCIA:
Johanna Alexandra Dueñas Quintero

FIRMA RESPONSABLE DEL SERVICIO:
Andrea Rodríguez

FIRMA DE PADRE/MADRE/ACUDENTE: Zuly Patiño 1045749520.

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL

PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL

FORMATO REGISTRO DE NOVEDADES

Código: FOR-PSS-309
Versión: 0
Fecha: Memo I2021015300 - 20/05/2021
Página: 1 de 2

LOCALIDAD: Ciudad Bolívar UNIDAD OPERATIVA: J.I la Casita de San Francisco RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA: Andrea Rodriguez
NIVEL: Jardín 1 NUIT: 1043715133 NOMRBE DEL NIÑO: Ana Sophia Patiño Loa
MADRE/PADRE/CUIDADOR DE LA NIÑA O EL NIÑO: Estefany Patiño
ACUDIENTE PRINCIPAL: Estefany Patiño PROFESIONAL ENCARGADO DEL NIVEL: Johanna Alexandra Reina Quintero

TIPO DE NOVEDAD: 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 (X) — Se realizó activación de póliza: SI ____ NO X — Se realizó activación de ruta: SI ____ NO X

FECHA	HORA	LUGAR
18 Febrero	7:30	telefónicamente

DESCRIPCIÓN DE NOVEDAD

Ciudadana la Sra. Estefany Patiño nos informa que se presenta Calamidad por Fallecimiento de la bisabuela que se encuentra en la ciudad de Barranquilla, por tal motivo regresa a clases hasta el día lunes

Se reprograma atención con psicología acorde de la Calamidad, la profesional psicosocial se comunica vía telefónica con la cuidadora para fijar un encuentro para el día Miercoles a las 7:00am

NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD

NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR

No Aplica

TIPO DE NOVEDAD: 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 (X) | 10 — Se realizó activación de póliza: SI ____ NO X — Se realizó activación de ruta: SI ____ NO X

FECHA	HORA	LUGAR
24/02/2026	8:10 am	Telefónicamente

DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD

Ciudadana la Sra. Estefany Patiño, nos informa que aún no han llegado de la ciudad de Barranquilla, cuando se había notificado la semana pasada, esta en proceso de Calamidad por fallecimiento de abuelita. Se amenta novedad a Coordinación, madre notifica que el día de mañana ya estén en la ciudad de Bogotá

NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD

NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR

No Aplica

TIPO DE NOVEDAD: 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 (X) — Se realizó activación de póliza: SI ____ NO X — Se realizó activación de ruta: SI ____ NO X

FECHA	HORA	LUGAR
24/02/2026	8:20 am	Telefónicamente

DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD

Nos comunicamos telefónicamente con la madre de Ana Sophia la Sra. Estefany Patiño y me informa que aún se encuentra en Barranquilla, informa la madre que el día de mañana ya estén en la ciudad de Bogotá

NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD

NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR

No Aplica

TIPO DE NOVEDAD: 1 | 2 (X) | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 — Se realizó activación de póliza: SI ____ NO X — Se realizó activación de ruta: SI ____ NO X

FECHA	HORA	LUGAR
25/02/2026	9:40am	Telefónicamente

DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD

Nos comunicamos telefónicamente con la acudiente de Ana Patiño la Sra. Estefany Patiño, quien nos refiere que ya se encuentran en Bogotá, pero la menor no asiste el día de hoy porque presenta un cuadro de gripa. Se amenta novedad a Coordinación.

NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD

Johanna Reina Quintero

NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR

No Aplica

LOCALIDAD [illegible] UNIDAD OPERATIVA [illegible] RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA [illegible]

NIVEL Jardín 1 NUIP 1047315133 NIÑA O NIÑO: Ana Sophia Pedro Lora

MADRE/PADRE/CUIDADOR DE LA NIÑA O EL NIÑO: Esteyny Pedro

ACUDIENTE PRINCIPAL Esteyny Pedro PROFESIONAL ENCARGADO DEL NIVEL: Johanna Nieves Quintero

TIPO DE NOVEDAD			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Se realizó activación de póliza: SI ____ NO X	Se realizó activación de ruta: SI ____ NO X
FECHA	HORA	LUGAR	DESCRIPCIÓN DE NOVEDAD											
26/02/2026	9:00 am	Vía Telefónica	Se comunica vía telefónica con la madre de Ana Sophia la Sra. Esteyny Pedro, quien nos comenta que la menor continua presentando gripa y por tal motivo no asiste al encuentro. madre informa que hará de la evolución de la niña el día de mañana. Se comenta novedad a Coordinación.											

NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD	NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR
Johanna Nieves Quintero	No Aplica

TIPO DE NOVEDAD			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Se realizó activación de póliza: SI ____ NO ____	Se realizó activación de ruta: SI ____ NO ____
FECHA	HORA	LUGAR	DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD											
			No Aplica											

NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD	NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR
	No Aplica

TIPO DE NOVEDAD			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Se realizó activación de póliza: SI ____ NO ____	Se realizó activación de ruta: SI ____ NO ____
FECHA	HORA	LUGAR	DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD											
			No Aplica											

NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD	NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR
	No Aplica

TIPO DE NOVEDAD			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Se realizó activación de póliza: SI ____ NO ____	Se realizó activación de ruta: SI ____ NO ____
FECHA	HORA	LUGAR	DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD											
			No Aplica											

NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD	NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR
	No Aplica

FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO EN EL MARCO DE LA ORIENTACIÓN Y ACOMPAÑAMIENTO PSICOSOCIAL A FAMILIAS, CUIDADORAS Y CUIDADORES EN JARDINES INFANTILES Y CASAS DE PENSAMIENTO INTERCULTURAL

Proyecto: Jardin infantil	Fecha de diligenciamiento: 04 - Marz - 2026,
Jardín Infantil o Casa de Pensamiento Intercultural: Jardin la Casita de San Francisco	Localidad: Ciudad Bolivar
Nombre de la niña o niño: Ana Sophia Patiño Roa	Edad: 4 años
Nivel: Jardin	Tipo y número documento de identidad: RC. 1.043.715.133
Nombre madre, padre, cuidadora o cuidador: Estefany Esther Patiño	
Edad: 31	Tipo y número documento de identidad: 1.045.721.059
Teléfonos de contacto: 3214839760.	Parentesco: Madre

LEA ATENTAMENTE LA SIGUIENTE INFORMACIÓN QUE TIENE COMO OBJETIVO EXPLICARLE EL USO Y CONFIDENCIALIDAD DE SUS DATOS Y EL DE SUS HIJAS O HIJOS, ASÍ COMO SUS DERECHOS Y COMPROMISOS CON RESPECTO A LA ORIENTACIÓN Y LOS PROCESOS DE ACOMPAÑAMIENTO PSICOSOCIAL. SI TIENE CUALQUIER DUDA CONSÚLTELA CON LA O EL PROFESIONAL EN PSICOLOGÍA.

USO Y CONFIDENCIALIDAD DE LOS DATOS

Toda la información concerniente al desarrollo de la orientación o acompañamiento psicosocial individual y en medio familiar de la niña o niño participante del jardín infantil o casa de pensamiento intercultural así como la de su familia, incluyendo cualquier grabación de audio, video o reporte escrito, es de carácter confidencial[1] y no será divulgada ni entregada a ninguna otra institución o individuo sin su consentimiento expreso, excepto en los casos contemplados en el artículo 25 de la Ley 1090 de 2006, como cuando la orden de entrega provenga de una autoridad judicial o administrativa competente[2], se aclara que el alcance de los servicios en el marco de la orientación y el acompañamiento psicosocial, no contempla realizar ningún tipo de grabación de audio o video a niñas o niños, en caso de presentarse circunstancias particulares que presuntamente vulneren, amenacen o inobserven la supervivencia y el goce efectivo del ejercicio de sus derechos o la de algún miembro de su familia, esta se pondrá en conocimiento de la autoridad competente y suministrará la información estrictamente necesaria.

ACOMPAÑAMIENTO PSICOSOCIAL

En el marco del acompañamiento psicosocial, las acciones de las y los profesionales de la Secretaría Distrital de Integración Social en jardines infantiles y casas de pensamiento intercultural, estarán encaminadas a la orientación a las familias, padres, madres, cuidadoras, cuidadores y comunidad en temas relacionados con el desarrollo armónico e integral de las niñas y niños, la garantía de sus derechos y el ejercicio de sus deberes que debe ser garantizado por sus familias, cuidadoras y cuidadores como agentes corresponsables, en todo caso este acompañamiento no se considerará como un proceso terapéutico.

REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

Las decisiones sobre la continuidad o suspensión de las actividades programadas por la o el profesional en psicología son tomadas por usted(es). El proceso de acompañamiento psicosocial requiere de su compromiso, asistencia, puntualidad y participación, todas las acciones reposarán en la historia social de la niña o niño.

En cualquier momento este consentimiento podrá ser revocado o podrá darse por terminada la relación con la o el profesional en Psicología por parte de la familia de la niña o niño que haya solicitado el acompañamiento, evento en el cual se informará por escrito el motivo de revocación e inconformidad, a la o el responsable del servicio, sin que esto llegue a afectar el vínculo entre la familia, padre, madre, cuidadora o cuidador y el respectivo servicio social prestado a la o el participante, relación comprendida en el marco de los principios de corresponsabilidad y reciprocidad, favoreciendo así la armonía y las relaciones fundadas en la confianza y cooperación entre ambas partes para promover la protección integral[3] de sus derechos; es por ello que el seguimiento será continuo para la niña, niño o adolescente y su familia.

---

[1] Artículos 5, 23 y 25 de la Ley 1090 de 2006 por la cual se reglamenta el ejercicio de la profesión de Psicología, se dicta el Código Deontológico y Bioético y otras disposiciones.

[2] Sectores de salud, seguridad, protección o justicia.

[3] Artículo 7 de la Ley 1098 de 2006 por la cual se expide el Código de la Infancia y la Adolescencia

DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Estefany Patiño identificada(o) con tipo y número de documento de identidad CC 1.045.721.059 de Bogota y // identificada(o) con tipo y número de documento de identidad // de // en calidad de representante(s) legal(es) de la niña o niño Ana Sofia Patiño Roa con tipo de documento y número de identificación RC 1.043.715.133 manifiesto:

1) Mi (nuestra) aceptación del proceso orientación o acompañamiento psicosocial, respecto de las acciones de los profesionales de la Secretaría Distrital de Integración Social, encaminadas a la orientación y acompañamiento a las familias, padres, madres, cuidadores(as), y comunidad en temas relacionados con el desarrollo armónico integral de las niñas y niños participantes, la garantía de sus derechos y el ejercicio de sus deberes en mi (nuestra) calidad de agentes corresponsables de un servicio brindado por la Secretaría Distrital de Integración Social, no considerándose como un proceso terapéutico, Este proceso me (nos) ha sido explicado y ha sido entendido por mí (nosotros) y cuyas condiciones generales me (nos) ha aclarado la o el profesional en psicología en forma clara, objetiva, oportuna, veraz y completa.
2) Que la información que le brindo (brindamos) a la o el profesional en psicología corresponde a mí (nuestra) realidad, y es verdad.
3) Que he (hemos) leído y comprendido íntegramente este documento y en consecuencia acepto (aceptamos) su contenido y las consecuencias que de él se deriven, accedo (accedemos) a lo anteriormente mencionado en forma libre, espontánea y clara.

Una vez leído, explicado y comprendido el acompañamiento psicosocial que se seguirá en adelante, se firma el presente consentimiento informado el día 4 del mes Marzo del año 2026 en la ciudad de Bogotá.

X Acepto ☐ No acepto ☐ (Marque con una x)

Estefany Patiño

Firma padre o cuidador[4]::
Nombres y apellidos completos:
Tipo y número de documento identidad:

// // //

Firma madre o cuidadora[5]:
Nombres y apellidos completos:
Tipo y número de documento identidad:

Diana

Firma de la o él profesional en Psicología:
Nombres y apellidos completos: Diana Carolina Fonseca
Tarjeta Profesional: T.P. 247094

Observaciones: Ninguna.

[4] El acompañamiento psicosocial no está dirigido directamente a niñas o niños en primera infancia, sino a sus familiares, cuidadoras y cuidadores, en este sentido la firma representa a la persona que acude al proceso de acompañamiento.
[5]El acompañamiento psicosocial no está dirigido directamente a niñas o niños en primera infancia, sino a sus familiares, cuidadoras y cuidadores, en este sentido la firma representa a la persona que acude al proceso de acompañamiento.

ACTA N° 2

FECHA: Bogotá 4 de marzo 2026

HORA: 08: 00 am

LUGAR: Jardín Infantil Cofinanciado la Casita de San Francisco

TEMA: Socialización de situación de presunto maltrato y verificación de condiciones de cuidado participante Ana Sophia Roa Patiño.

ASISTENTES:

- Profesional de apoyo psicosocial – Diana Carolina Fonseca Camayo
- Madre la menor Ana Sophia Roa Patiño - Estefany Esther Patiño

ORDEN DEL DÍA:

1. Saludo y bienvenida
2. Desarrollo de la reunión.

OBJETIVO DE LA REUNION:

Socializar con la progenitora la información recibida relacionada con presunta situación de maltrato físico hacia la menor y verificar las condiciones actuales de cuidado con el fin de orientar acciones de protección y acompañamiento

DESARROLLO DE LA REUNIÓN:

El día 04 de marzo de 2026 se llevó a cabo encuentro con la señora Estefany Esther Patiño identificada con cedula de ciudadanía N. 1.045.721.059, progenitora de la menor Ana Sophia Roa Patiño, de 4 años de edad, vinculada al Jardín Infantil La Casita de San Francisco, nivel Jardín 1, con el fin de socializar información recibida por parte de la abuela materna relacionada con una presunta situación de maltrato físico hacia la niña. La situación expuesta por la abuela materna se puso en conocimiento al ICBF a través de la línea 141 el día 13 de febrero del 2026 bajo el radicado 1764944255. Al indagar sobre esta situación, la señora Estefany niega ejercer maltrato físico hacia la menor.

Durante el diálogo, la señora Estefany manifestó que en los últimos días la menor ha presentado episodios frecuentes de llanto y pataletas sin identificar claramente las causas. En el proceso de indagación sobre cambios recientes en la rutina familiar, la señora Estefany comenta que ella, la abuela de la menor y la menor realizaron un viaje a la ciudad de Barranquilla debido al fallecimiento del bisabuelo materno, (de esta situación ya tenía conocimiento el jardín). Posteriormente, la abuela quien cumplía un rol importante en el cuidado de la niña permaneció en dicha ciudad, situación que generó cambios en la organización del cuidado de la menor en Bogotá.

La madre refirió que, debido a sus horarios laborales, ha tenido que delegar el cuidado de la niña a familiares en horas posteriores a la jornada del jardín y hasta altas horas de la noche. Señaló además que la menor manifiesta resistencia a quedarse con las personas cuidadoras, presentando llanto constante y dificultades para dormir en su espacio habitual.

Durante el encuentro, al indagar sobre las condiciones de cuidado, la progenitora manifestó que la persona que actualmente cuida a la menor es la esposa de un tío y que en una ocasión anterior se presentó un episodio en el cual la madre recibió comentarios de terceros que le indicaban que dicha persona ejerció maltrato hacia la niña.

Desde el acompañamiento psicosocial se orientó a la madre frente a la importancia del establecimiento de pautas de crianza basadas en el respeto, el afecto y el establecimiento de límites

claros, así como sobre las implicaciones y consecuencias de la violencia física en el desarrollo emocional de niñas y niños. Asimismo, se enfatizó en la responsabilidad de los cuidadores en la garantía y protección de los derechos de la infancia.

Teniendo en cuenta la información manifestada durante el encuentro, se informó a la madre que la institución pondrá en conocimiento de la entidad competente (icbf) la situación relacionada con las condiciones de cuidado de la menor fuera de la jornada escolar, al considerarse un posible factor de riesgo que requiere verificación y acompañamiento institucional.

Adicionalmente, la progenitora refirió que en algunas ocasiones se siente desbordada emocionalmente y ha reaccionado con gritos hacia la niña. En este sentido, se orientó sobre la importancia de fortalecer estrategias de regulación emocional y comunicación asertiva en el ejercicio de la crianza, por lo cual se sugiere remisión a proceso de acompañamiento psicológico a través de la EPS, con el fin de brindar herramientas para el manejo del estrés parental, control de impulsos y fortalecimiento del vínculo madre hija.

COMPROMISOS ESTABLECIDOS:

1. El Jardín Infantil La Casita de San Francisco realizará remisión a la Entidad Prestadora de Salud (EPS) con el fin de que la madre de familia acceda a proceso de orientación psicológica enfocado en manejo del estrés, control de impulsos y fortalecimiento de habilidades parentales.

2. El jardín infantil realizará el reporte de la situación de riesgo identificada ante la entidad competente, con el fin de activar las rutas de verificación y restablecimiento de derechos correspondientes.

3. La madre de familia se compromete a allegar al jardín infantil los soportes del proceso de acompañamiento psicológico de la menor, en caso de encontrarse vinculado a servicios terapéuticos o relacionados.

4. La madre de familia realizará un ejercicio de reflexión y concientización frente a las prácticas de crianza, orientado al fortalecimiento de un trato respetuoso y al acompañamiento emocional de la menor durante su proceso de adaptación al jardín.

5. La madre de familia informará oportunamente a la institución sobre cualquier cambio en las dinámicas de cuidado de la niña fuera de la jornada escolar.

En constancia de lo anterior firman:

Nombres y Apellidos	Cargo o Tipo de vinculación	Dependencia	Firma
Diana Carolina Fonseca	Prof Psicosocial	JI.C. Casita San Francisco	
Estefany Patiño	Madre	JI.C. Casita San Francisco	Estefany Patiño

Elaboró: Diana Carolina Fonseca – Profesional de apoyo psicosocial

FUNDACIÓN Colombia Útil

Gestion Proyectos <gestionproyectos@colombiautil.org>

informe situación de presunta violencia hacia participante de jardín cofinanciado "la casita de san francisco"

1 mensaje

Jardin Casita de San Francisco <casitasanfrancisco@colombiautil.org> 4 de marzo de 2026 a las 6:30 p.m.

Para: Maria del Pilar Buitrago Quemba <mbuitrago@sdis.gov.co>, osierram@sdis.gov.co, ajaramilloa@sdis.gov.co
CC: gestionproyectos@colombiautil.org

Señores
SECRETARIA DISTRITAL DE INTEGRACIÓN
SUBDIRECCIÒN PARA LA INFANCIA
Ciudad

El presente informe tiene como propósito poner en conocimiento de la Secretaría Distrital de Integración Social una situación relacionada con una posible vulneración de derechos de menor vinculada al Jardín Infantil La Casita de San Francisco, de la cual tuvo conocimiento el equipo del jardín en el marco de la atención y acompañamiento a las familias del servicio.

Cordialmente

Diana Carolina Fonseca
Profesional de apoyo psicosocial
Casita de San Francisco

INFORME SITUACIÓN DE PRESUNTA VIOLENCIA HACIA PARTICIPANTE DE JARDÍN COFINANCIADO "LA CASITA DE SAN FRANCISCO.pdf
255K

FUNDACIÓN COLOMBIA ÚTIL
Compromiso para el Desarrollo Social
NIT: 830.103.750-1
www.colombiautil.org

Bogotá, 4 de marzo del 2026

Señores
SECRETARIA DISTRITAL DE INTEGRACIÓN
SUBDIRECCIÒN PARA LA INFANCIA
Ciudad

REF. INFORME SITUACIÓN DE PRESUNTA VIOLENCIA HACIA PARTICIPANTE DE JARDÍN COFINANCIADO "LA CASITA DE SAN FRANCISCO"

El presente informe tiene como propósito poner en conocimiento de la Secretaría Distrital de Integración Social una situación relacionada con una posible vulneración de derechos de menor vinculada al Jardín Infantil La Casita de San Francisco, de la cual tuvo conocimiento el equipo del jardín en el marco de la atención y acompañamiento a las familias del servicio.

A continuación, se describen los hechos conocidos por la institución y las acciones adelantadas, en cumplimiento del deber institucional de protección, orientación y reporte frente a posibles situaciones que puedan afectar el bienestar y los derechos de niñas y niños.

El día viernes 13 de febrero de 2026, siendo aproximadamente las 7:15 a.m., se presentó en las instalaciones del Jardín Infantil La Casita de San Francisco la señora IRL, identificada con cédula de ciudadanía No. 32.773.103, quien manifestó ser abuela materna de la menor ASRP, de 4 años de edad, vinculada al nivel Jardín 1 del servicio. Durante el encuentro, la señora IRL manifestó su preocupación frente a presuntas prácticas de maltrato físico ejercidas por la progenitora de la menor, la señora EEP, identificada con cédula de ciudadanía No. 1.045.721.059. Según lo expresado por la abuela, la madre de la niña utilizaría golpes como método correctivo frente a conductas consideradas inadecuadas.

En atención a la información suministrada, desde el jardín infantil se brindó orientación a la señora IRL respecto al deber que asiste a la familia, la comunidad, las instituciones educativas y a cualquier ciudadano de poner en conocimiento de las autoridades competentes situaciones que puedan constituir presunta vulneración de derechos de niñas, niños y adolescentes, con el fin de que dichas entidades realicen la valoración correspondiente y adopten las medidas de protección a que haya lugar, garantizando el interés superior de la niña. No obstante, la señora IRL manifestó su solicitud de confidencialidad, indicando que no deseaba que la progenitora de la menor tuviera conocimiento de que la información había sido suministrada por ella, debido a posibles conflictos a nivel familiar.

FUNDACIÓN COLOMBIA ÚTIL
Compromiso para el Desarrollo Social
NIT: 830.103.750-1
www.colombiautil.org

Adicionalmente, se informó a la abuela que el jardín infantil realizaría un encuentro con la progenitora con el fin de conocer su versión frente a la situación y, de ser necesario, iniciar el correspondiente proceso de acompañamiento y orientación psicosocial.

Atendiendo a la solicitud de confidencialidad de la señora IRL y en cumplimiento del deber de reporte frente a posibles situaciones de vulneración de derechos, el mismo día 13 de febrero de 2026 se realizó comunicación de manera anónima con la Línea 141 del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) como medida inmediata de protección, quedando el caso registrado bajo el radicado No. 1764944255.

Posteriormente, el día 04 de marzo de 2026, se llevó a cabo encuentro con la señora EEP, progenitora de la menor, con el fin de socializar la información recibida por parte de la abuela materna relacionada con la presunta situación de maltrato físico y realizar la correspondiente indagación.

Durante el diálogo, la señora EEP negó ejercer maltrato físico hacia la menor.

En el marco de la conversación, la progenitora manifestó que en los últimos días la niña ha presentado episodios frecuentes de llanto y pataletas, sin identificar con claridad las causas. Al indagar sobre posibles cambios recientes en la dinámica familiar, la madre informó que recientemente realizaron un viaje a la ciudad de Barranquilla debido al fallecimiento del bisabuelo materno, situación que ya era de conocimiento del jardín infantil y motivo por el cual no se había podido tener un encuentro previo con la señora EEP.

Posteriormente, la abuela materna, quien cumplía un rol importante en el cuidado de la menor, permaneció en dicha ciudad, lo que generó cambios en la organización del cuidado de la niña en Bogotá.

La progenitora refirió que, debido a sus horarios laborales, ha tenido que delegar el cuidado de la menor a familiares después de la jornada del jardín y hasta altas horas de la noche. Señaló además que la niña ha manifestado resistencia a quedarse con las personas cuidadoras, presentando llanto constante y dificultades para dormir en su espacio habitual.

Durante la indagación sobre las condiciones de cuidado, la madre manifestó que la persona que actualmente cuida a la niña es la esposa de un tío, y que en una ocasión anterior recibió comentarios de terceros que señalaban que dicha persona habría ejercido maltrato hacia la menor.

Desde el acompañamiento psicosocial se brindó orientación a la progenitora sobre la importancia de implementar pautas de crianza basadas en el respeto, el afecto y el establecimiento de límites claros, así como sobre las implicaciones y consecuencias de la violencia física en el desarrollo emocional de niñas y

FUNDACIÓN
Colombia Útil

FUNDACIÓN COLOMBIA ÚTIL
Compromiso para el Desarrollo Social
NIT: 830.103.750-1
www.colombiautil.org

niños. Asimismo, se enfatizó en la responsabilidad de los cuidadores frente a la garantía y protección de los derechos de la infancia.

Teniendo en cuenta la información manifestada durante el encuentro, se informó a la progenitora que la institución pondrá en conocimiento de la entidad competente (ICBF) la situación relacionada con las condiciones de cuidado de la menor fuera de la jornada del jardín, al considerarse un posible factor de riesgo que requiere verificación y acompañamiento institucional.

Posterior a ello, se realizó una nueva comunicación con el icbf para reportar las situaciones referenciadas por la progenitora de la menor como información adicional al reporte realizado bajo el radicado 1764944255. En esta llamada el ICBF registro la nueva información e informo que el caso fue trasladado por competencia a la comisaria de familia 1 de la localidad de Ciudad Bolívar.

Adicionalmente, la progenitora manifestó que en algunas ocasiones se ha sentido emocionalmente desbordada, reconociendo que ha reaccionado mediante gritos hacia la niña. En este sentido, se brindó orientación frente a la importancia de fortalecer estrategias de regulación emocional y comunicación asertiva en el ejercicio de la crianza.

Como medida de apoyo, se realizó la remisión a proceso de acompañamiento psicológico a través de su EPS, con el fin de fortalecer herramientas relacionadas con el manejo del estrés parental, control de impulsos y fortalecimiento del vínculo madre–hija.

El presente informe se remite a la Secretaría Distrital de Integración Social con el fin de dejar en conocimiento la situación descrita y las actuaciones realizadas por el Jardín Infantil La Casita de San Francisco frente a los hechos reportados. La institución continuara realizando el acompañamiento correspondiente en el marco de sus competencias y quedará atenta a las orientaciones que la entidad considere pertinentes.

Cordialmente

Diana Carolina Fonseca Camayo
C.C 1.026.581.034 de Bogotá
PROFESIONAL DE APOYO PSICOSOCIAL
casitasanfrancisco@colombiautil.org

FUNDACIÓN Colombia Útil | ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. | SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL | BOGOTÁ

5 de marzo de 2026

Señores

CAPITAL SALUD
Entidad Prestadora de Salud (EPS)
notificaciones@capitalsalud.gov.co
Ciudad

ASUNTO: REMISIÓN A VALORACIÓN Y ACOMPAÑAMIENTO PSICOLÓGICO

Por medio del presente, el Jardín Infantil La Casita de San Francisco (Convenio de asociación N. 14601 – 2025 suscrito entra la Secretaria Distrital de Integración Social y la Fundación Colombia Útil) se permite remitir a la señora Estefany Esther Patiño identificada con cedula de ciudadanía N. 1.045.721.059, con el fin de solicitar valoración y acompañamiento por el servicio de orientación psicológica.

La presente remisión se realiza teniendo en cuenta que la señora manifiesta que en múltiples ocasiones se siente emocionalmente desbordada frente a algunos comportamientos de su hija, menor de 4 años participante del jardín infantil, situación que le genera dificultad para regular sus emociones. En este sentido, se considera relevante que pueda contar con un espacio de acompañamiento profesional que le brinde herramientas para el manejo del estrés, regulación emocional y fortalecimiento de habilidades parentales, contribuyendo así al bienestar familiar y a la promoción de entornos protectores para la menor.

Comparto la información de la señora para los fines que sean pertinentes:

Nombres completos: Estefany Esther Patiño
C.C 1.045.721.059
Celular: 3214839760
Dirección: Cr 20 A # 65 sur 94

Cordialmente

Diana Carolina Fonseca Camayo
C.C 1.026.581.834 de Bogotá
CEL: 3103348692
PROFESIONAL DE APOYO PSICOSOCIAL
casitadesanfrancisco@colombiautil.org

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

Recibido: Estefany Patiño Ram

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. | SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL | BOGOTÁ

ACTA N° 3

FECHA: 13 Marzo 2026

HORA: 07:15 am.

LUGAR: la casita San Francisco

TEMA: Seguimiento.

ASISTENTES:

Ver listado de asistencia.

OBJETIVO DE LA REUNION:

Acompañamiento.

DESARROLLO DE LA REUNION:

Seguimiento remisión a psicologia EPS: la progenitora de la menor A.S.P.R expresa que a la fecha no le ha sido posible establecer la cita para gestionar la orden para proceso de orientacion psicologica, ha llamado, no le contestan por lo cual asistirá de manera presencial, continuará insistiendo de manera telefonica.

Seguimiento a la situación de cuidado: la Progenitora manifiesta que la menor se ha venido adaptando de manera positiva a sus actuales cuidadores, se reitera la necesidad de que la progenitora fomente momentos de dialogo con la menor a Fin de identificar posibles situaciones que puedan causar malestar o que constituyan vulneraciones de derechos y/o expresiones de violencia.

Seguimiento a actuación ruta ICBF.

La progenitora manifiesto que a la fecha no se han puesto en contacto con ella.

COMPROMISOS ESTABLECIDOS:

COMPROMISO	RESPONSABLES	FECHA DE EJECUCION
Allegar al jardin soportes de atencion psicologica de la menor N.S.P.	Madre de familia.	Semana del 16 al 20 de Marzo.
Continuar con la gestion de la cita para orientacion psicologica para ella. (Progenitora)	Madre de familia	Semana de 16 al 20 de marzo.
Se programa visita domiciliaria como parte del acompañamiento	• Profesional apoyo psicosocial. • Prof. Aten. Primera INF.	Miercoles 18 Marzo 2026.

En constancia de lo anterior firman:

Nombres y Apellidos	Cargo o Tipo de vinculación	Dependencia	Firma
Diana Carolina Fonseca.	Psicosocial	JI.C. Casita San Francisco	Diana
Estefany Patiño R.	Mamá	JI.C. Casita San Francisco	Estefany Patiño
		JI.C. Casita San Francisco	
		JI.C. Casita San Francisco	

Elaboró: Diana Carolina Fonseca – Profesional de apoyo psicosocial

ACTA N° 4

FECHA: Bogotá 13 de marzo 2026

HORA: 9:38 am

LUGAR: Jardín Infantil Cofinanciado la Casita de San Francisco

TEMA: Observación Momentos cotidianos participante ASPR del nivel jardin

ASISTENTES:

Ver listado de asistencia

ORDEN DEL DÍA:

Observación Momentos cotidianos

OBJETIVO DE LA REUNION:

Registrar comportamientos observados en un momento cotidiano de la jornada institucional relacionados con el proceso de adaptación de la menor al momento de ingreso al jardín

DESARROLLO DE LA REUNIÓN:

El día viernes 13 de marzo de 2026, durante la jornada de ingreso en horas de la mañana, se realizó observación en momento cotidiano a la menor A.S.R.P, participante del nivel Jardín.

Al momento de la llegada al jardín en compañía de su madre, la menor presentó un episodio de llanto intenso acompañado de conductas de desregulación emocional. Durante la situación, varias docentes intentaron brindarle contención emocional; sin embargo, la niña respondió con conductas oposicionistas y desafiantes, tales como golpear a las docentes, señalar con el dedo de manera reiterada y halar las rejas de su salón para poder salir.

Durante el episodio, la menor verbalizaba expresiones dirigidas a sus figuras parentales tales como: "mamá, ¿por qué te tenías que ir?" y "papá, ¿por qué te tenías que ir?", evidenciando dificultad para afrontar la separación en el momento de ingreso al jardín. La situación tuvo una duración aproximada de treinta (35) minutos.

Posteriormente, la profesional de apoyo a la inclusión intervino mediante estrategias de contención y redirección de la atención, invitando a la menor a participar en una actividad estructurada. Ante esta propuesta, la niña accedió de manera gradual, logrando disminuir el episodio de llanto. Aproximadamente quince (15) minutos después, la menor regreso a su salón en un estado emocional más regulado y pudo integrarse a la dinámica pedagógica.

Durante el momento de la situación, docentes y personal de servicios generales manifestaron que este tipo de episodios se presentan con mayor frecuencia cuando la menor es llevada al jardín por su madre. Señalan que cuando la niña es acompañada por otros cuidadores, el proceso de ingreso se desarrolla de manera tranquila y sin episodios de desregulación emocional.

ORIENTACIONES Y RECOMENDACIONES:

Desde el acompañamiento psicosocial se orienta al equipo pedagógico mantener estrategias de contención emocional durante estos episodios, permitiendo que la menor exprese y procese el llanto, siempre garantizando supervisión permanente con el fin de prevenir posibles situaciones de riesgo para ella o para terceros.

Asimismo, se recomienda establecer límites claros frente a conductas agresivas, evitando permitir golpes hacia adultos o compañeros. En estos casos, se sugiere realizar contención física preventiva

de las manos de la menor cuando sea necesario, acompañada de orientación verbal calmada que favorezca la regulación emocional.

Teniendo en cuenta la recurrencia de los episodios de desregulación emocional asociados al momento de separación con la madre, se considera pertinente realizar remisión a servicios de psicología para la menor, con el fin de iniciar un proceso de acompañamiento que permita abordar las dificultades en el manejo de la separación, fortalecer estrategias de regulación emocional y brindar orientación a la madre en el proceso de adaptación institucional y las dinámicas relacionales entre madre e hija.

En constancia de lo anterior firman:

Nombres y Apellidos	Cargo o Tipo de vinculación	Dependencia	Firma
Diana Carolina Fonseca	Psicosocial	JI.C. Casita San Francisco	
Leydi Viviana Ramos T.	Profesional de apoyo psicosocial	JI.C. Casita San Francisco	
Johanna Reyes Quintero	Profesional de Atención a la primera infancia	JI.C. Casita San Francisco	
Andrea Yoana Rodrigu	Responsable	JI.C. Casita San Francisco	

Elaboró: Diana Carolina Fonseca – Profesional de apoyo psicosocial

13 de marzo de 2026

Señores

CAPITAL SALUD
Entidad Prestadora de Salud (EPS)
notificaciones@capitalsalud.gov.co
Ciudad

REF: REMISIÓN A VALORACIÓN Y ACOMPAÑAMIENTO PSICOLÓGICO

Por medio del presente, el Jardín Infantil La Casita de San Francisco (Convenio de asociación N. 14601 – 2025 suscrito entra la Secretaria Distrital de Integración Social y la Fundación Colombia Útil) se permite remitir a la menor Ana Sophia Roa Patiño NIUP 1.043.715.133, con el fin de solicitar valoración y acompañamiento por el servicio de orientación psicológica.

La presente remisión se realiza teniendo en cuenta que, durante el proceso de adaptación al entorno institucional, la menor ha presentado episodios recurrentes de desregulación emocional en el momento de ingreso al jardín, manifestados mediante llanto intenso, conductas oposicionistas y comportamientos agresivos dirigidos hacia adultos en el contexto institucional. Estas situaciones se presentan particularmente en el momento de separación de la figura materna.

Durante observaciones realizadas en momentos cotidianos de la jornada institucional, se ha identificado dificultad para manejar la separación con la progenitora al momento de ingreso, lo cual genera episodios prolongados de llanto, resistencia a la interacción con el equipo pedagógico y conductas impulsivas que requieren acompañamiento y contención por parte del personal del jardín.

En este sentido, se considera pertinente la valoración por el servicio de psicología tanto para la progenitora como para la menor con el fin de fortalecer el proceso de regulación emocional de la menor, apoyar el manejo de la ansiedad asociada al proceso de separación y brindar orientación a la familia en estrategias que favorezcan la adaptación escolar.

Comparto la información de la progenitora para los fines que sean pertinentes:

Nombres completos: Estefany Esther Patiño
C.C 1.045.721.059
Celular: 3214839760
Dirección: Cr 20 A # 65 sur 94

Cordialmente

Diana Carolina Fonseca Camayo

C.C 1.026.581.834 de Bogotá
CEL: 3103348692
PROFESIONAL DE APOYO PSICOSOCIAL
casitadesanfrancisco@colombiautil.org

FUNDACIÓN Colombia Útil	**FORMATO OBSERVADOR DE NIÑOS Y NIÑAS** **JARDÍN INFANTIL LA CASITA DE SAN FRANCISCO** No controlado	Código: Versión: Fecha: Página: 1 de 1

DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN	
Nombre del niño o niña: Ana Sophia Patiño Roa	Fecha de nacimiento: 26/11/2021
Nivel: Jardín 1	Edad: 4 años
Nombre maestra: Johanna Alexandra Dueñas Quintero	NUIP: 1.043.715.133
	Fecha de elaboración: 24/03/2026

REGISTRO DE LA OBSERVACION:

Durante este segundo mes, Ana Sophia ha consolidado maravillosamente su proceso de adaptación, mostrándose cada día más segura y feliz en el entorno escolar. Sigue destacándose como una niña sumamente inteligente y cariñosa. Su excelente capacidad de escucha activa y su actitud de respeto se mantienen como grandes fortalezas, permitiéndole seguir indicaciones con facilidad y colaborar activamente en las rutinas diarias.

En el desarrollo de nuestro proyecto de aula "El Universo", Ana Sophia ha participado con gran asombro y curiosidad. Su inteligencia le ha permitido comprender con rapidez los nuevos conceptos e involucrándose en las conversaciones del grupo y aportando sus ideas siempre de manera respetuosa.

Su trabajo por ambientes de aprendizaje ha sido muy enriquecedor. En el rincón de arte, canaliza su característica organización y creatividad, utilizando con mucho esmero la pintura y los colores para plasmar representaciones. Asimismo, ha tenido una participación muy positiva en el rincón de construcción. En este espacio, su actitud colaboradora brilla al interactuar con sus compañeros, compartiendo armónicamente con sus pares.

Frente a los aspectos por fortalecer (su autonomía y expresión de necesidades), Ana Sophia está dando pasos muy positivos. Ha comenzado a asumir con mayor iniciativa pequeñas responsabilidades en el aula, como la organización de sus propios materiales al terminar una actividad, y se muestra mucho más segura al expresar lo que desea o necesita. En general, su evolución es muy favorable, reflejando un crecimiento importante en su independencia y confianza personal.

FECHA DE SOCIALIZACIÓN: 27/03/2026

OTRAS OBSERVACIONES:

Se sugiere a la familia continuar fortaleciendo esta hermosa evolución en su autonomía y seguridad. Es muy recomendable seguir asignándole en casa pequeñas responsabilidades acordes a su edad (como organizar sus juguetes o ayudar a alistar su ropa) y permitirle tomar decisiones sencillas para que confíe cada vez más en su propio criterio.

FIRMA PROFESIONAL DE ATENCIÓN A LA PRIMERA INFANCIA: Johanna Alexandra Dueñas Quintero	**FIRMA RESPONSABLE DEL SERVICIO:** Andrea Rodríguez
FIRMA DE PADRE/MADRE/ACUDENTE:	

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL

PROCESO PRESTACION DE LOS SERVICIOS SOCIALES

FORMATO DE VISITA DOMICILIARIA

Código:	FOR-PSS-010
Versión:	2
Fecha:	Memo INT 43362 - 3/08/2018
Página	1 de 4

NOMBRE DEL SERVICIO SOCIAL	CODIGO - Nº PROYECTO	NOMBRE DE LA UNIDAD OPERATIVA O SUBDIRECCION	FECHA VISITA DIA	MES	AÑO	HORA
Jardin infantil Diurno	1461	Jardin infantil la Casita de San Francisco	30	03	2026	11:10

Capitulo A. MOTIVO DE LA VISITA

VALIDACIÓN DE CONDICIONES PARA:

INGRESO [ ]
TRASLADO [ ]
PERMANENCIA [ ]
OTRO. [X]
CUAL? Acompañamiento Psicosocial

MOTIVO

INCONSISTENCIA DE LA INFORMACIÓN [ ]
AMPLIACION DE INFORMACIÓN [ ]
POR EXCEPCION [ ]
OTRO [ ]
CUAL? Acompañamiento psicosocial

Capitulo B. DATOS BASICOS DEL BENEFICIARIO-A

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Rod	Patiño	Ana	Sophia

NOMBRE IDENTITARIO

SEXO: [ ] HOMBRE [X] MUJER [ ] INTERSEXUAL

TIPO DE DOCUMENTO: RC [ ] T.I [ ] C.C. [ ] NUIP [X] C.E [ ] NO TIENE [ ]

NUMERO DE DOCUMENTO: 1.043.715.133

FECHA DE NACIMIENTO

DIA	MES	AÑO
26	11	2021

Capitulo C. SITUACION DEL BENEFICIARIO

SEGURIDAD SOCIAL

¿ESTA AFILIADO A SEGURIDAD SOCIAL? SI [X] NO [ ]

RÉGIMEN DE SEGURIDAD SOCIAL: CONTRIBUTIVO [ ] ESPECIAL [ ] SUBSIDIADO [X]

CALIDAD DEL BENEFICIARIO: BENEFICIARIO [ ] COTIZANTE [ ]

SITUACIÓN DEL PARTICIPANTE

SE ENCUENTRA EN SITUACIÓN DE VULNERABILIDAD
DESPLAZAMIENTO [ ] MENDICIDAD [ ] DESEMPLEO [ ] PROSTITUCION [ ] OTRO [ ]

ESTADO DE SALUD

¿EL BENEFICIARIO PRESENTA ENFERMEDAD DIAGNOSTICADA? SI [ ] NO [X]

ENFERMEDAD ACTUAL DIAGNOSTICADA

	SI	NO
¿ESTÁ ACTUALMENTE EN TRATAMIENTO?	[ ]	[X]
¿ACTUALMENTE TOMA DEDICAMENTOS?	[ ]	[X]
¿TIENE SOPORTES QUE VERIFIQUEN EL CONSUMO DE ESTOS MEDICAMENTOS?	[ ]	[ ]

RED DE APOYO

CUENTA CON RED DE APOYO [X] SI [ ] NO

TIPO
FAMILIAR [X]
INSTITUCIONAL [X]
OTRAS [ ]
CUAL? ____

Capitulo D. DISCAPACIDAD

¿EL BENEFICIARIO PRESENTA DISCAPACIDAD? SI [ ] NO [X]
¿ESTA CERTIFICADA? [ ] [ ]

TIPO DE DISACAPACIDAD

FUNCIONALIDAD DEL BENEFICIARIO

ACTIVIDADES	INDEPENDIENTE	SEMI DEPENDIENTE	DEPENDIENTE
ALIMENTARSE			
ASEARSE			
MOVERSE			
MOVERSE EN CALLE			

* Marque con (X)

¿UTILIZA AYUDAS TECNICAS?

	SI	NO
BASTÓN	[ ]	[ ]
MULETAS	[ ]	[ ]
SILLA DE RUEDAS	[ ]	[ ]
OTRO CUAL?		

Capitulo E. DATOS DE LA FAMILIA

DIRECCION DEL DOMICILIO	TELEFONO	BARRIO	LOCALIDAD	UBICACIÓN GEOGRAFICA	ESTRATO
cr 20 A # 64 sur 95	3113579710 CELULAR 3113579710	San Francisco	19. Ciudad Bolivar	[X] URBANO [ ] RURAL	2

NOMBRE DE LA PERSONA QUE ATIENDE VISITA	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO	VIVE CON EL BENEFICIARIO
Indira Roa Lugo	CC 32773103	Abuela Materna	[X] SI [ ] NO

NOMBRE DEL CUIDADOR O RESPONSABLE DE LA PERSONA CON DISCAPACIDAD, NNA O PERSONA MAYOR: Indira Roa Lugo — NO APLICA

DOCUMENTO DEL CUIDADOR O RESPONSABLE DE LA PERSONA CON DISCAPACIDAD, NNA O PERSONA MAYOR: C.C. 32773103 — NO APLICA

TIPO DE FAMILIA

[ ] UNIPERSONAL [ ] COMPUESTA [ ] NUCLEAR [ ] HOMOPARENTAL [ ] MONOPARENTAL [X] EXTENSA [ ] PAREJA SIN HIJOS-AS [ ] SIMULTÁNEAS

No. Pers. Que Conviven: 5

	SI	NO
¿HABITA EN LA MISMA VIVIENDA ALGUNA PERSONA QUE CONSUMA SPA?	[ ]	[X]
¿EN EL NUCLEO FAMILIAR ACTUALMENTE EXISTE ALGUNA ADOLESCENTE GESTANTE?	[ ]	[X]

NOMBRES DE LA ADOLESCENTE: ____

¿DE DONDE PROVIENEN LOS INGRESOS? ____

PROMEDIO DE INGRESOS MENSUALES DEL NUCLEO FAMILIAR: 2.500.000

¿CUÁL ES LA PERIODICIDAD DE LOS INGRESOS? [ ] DIARIA [ ] SEMANAL [ ] QUINCENAL [X] MENSUAL [ ] OTRO

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL

PROCESO PRESTACION DE LOS SERVICIOS SOCIALES

FORMATO DE VISITA DOMICILIARIA

Código:	FOR-PSS-010
Versión:	2
Fecha:	
Página	1 de 4

Capitulo F. DESCRIPCION DE LA VIVIENDA

TIPO DE VIVIENDA

CASA O APARTAMENTO	X	CAMBUCHE		REFUGIO NATURAL		RIVERA DEL RIO		CASA LOTE		RANCHO	
CUARTO O CUARTOS		PARCHE		VIVIENDA MOVIL		CAÑO		RESIDENCIA		FINCA	
INQUILINATO		PUENTE		INSTITUCION		CALLE		LUGAR DE TRABAJO			

TENENCIA

PROPIA		OTRA	
ARRENDADA	X	CUAL	
AMORTIZANDO			

FORMA DE PAGO

DIARIA		MENSUAL	X
SEMANAL		OTRO	
QUINCENAL		CUAL	

ESTADO DE LA VIVIENDA

CONSTRUIDA	X
EN CONSTRUCCION	
OBRA NEGRA	

CONDICION DE LA VIVENDA

RUINA		ACEPTABLE	
DEMOLICION			
BUEN ESTADO	X		

SERVICIOS PUBLICOS

AGUA	X	ACUEDUCTO	X	ALUMBRADO PUBLICO	X
LUZ	X	GAS NATURAL	X	ALCANTARILLADO	X
TELEFONO	—	ASEO			

ILUMINACION

BUENA	X
REGULAR	
MALA	

VENTILACION

BUENA	
REGULAR	X
MALA	

ASEO

BUENA	
REGULAR	X
MALA	

PISOS

MADERA		BALDOSA	X
TIERRA		OTRO	
CEMENTO		CUAL	

PAREDES

LADRILLOS	X	ADOBE		OTRO	
LATAS		CARTON		CUAL?	
MADERA		POLISOMBRA			

TECHO

TEJA	X	OTRO	
TELA		CUAL?	
PLANCHA			

TIPO DE ENERGIA UTILIZADA PARA COCINAR

GAS NATURAL	X	COCINOL		CUAL	
GAS PROPANO		CARBON			
ELECTRICIDAD		OTRO			

ESPACIOS

	Nº	COMPARTIDOS		Nº	COMPARTIDOS		Nº	COMPARTIDOS
HABITACIONES	2	X	COMEDORES	0		PATIOS	1	X
COCINAS	1		SALAS	1				
BAÑOS	1		LAVADEROS	1	X			

PRESENCIA DE ANIMALES EN LA VIVIENDA

NO

DOMESTICOS		CUAL?
VECTORES		
OTRO		

	SI	NO
¿COCINA DENTRO DE LA HABITACIÓN DONDE DUERME?		X
¿SE EVIDENCIA PRESENCIA DE ALCOHOL, COLILLAS DE CIGARRILLO O SPA?	X	
¿SE EVIDENCIA ACUMULACION DE MATERIAL RECICLADO?		X
¿VIVE EN EL MISMO SITIO DE TRABAJO?		X

Capitulo G. ENTORNO

SE OBSERVA EN EL ENTORNO ALGUNO(S) DE LOS SIGUIENTES FACTORES DE RIESGO

NO

EXPENDIO DE DROGAS		ZONA DE PROSTITUCION		CUAL	
BASURERO		ZONA DE RIESGO FISICO(deslizamiento, inundación)		Ninguna	
AGUAS NEGRAS		OTRO			

ESTADO DE LAS VIAS DE ACCESO

	PENDIENTES Y NO LLEGAN VEHICULOS
	EN RUINA
	DESTAPADA
X	PAVIMENTADO

Capitulo H. OBSERVACIONES DE CONDICIONES HABITACIONALES ANTERIORMENTE DESCRITAS

Capitulo I. RIESGOS IDENTIFICADOS

	SI	NO		SI	NO		SI	NO
PSICOSOCIAL	X		ABANDONO		X	OTRO		
ECONOMICO	X		DESALOJO		X	CUAL?		

OBSERVACIONES

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE INTEGRACION SOCIAL

PROCESO PRESTACION DE LOS SERVICIOS SOCIALES

FORMATO DE VISITA DOMICILIARIA

Código:	FOR-PSS-010
Versión:	2
Fecha:	
Página	1 de 4

Capitulo F. DESCRIPCION DE LA VIVIENDA

TIPO DE VIVIENDA

CASA O APARTAMENTO	X	CAMBUCHE		REFUGIO NATURAL		RIVERA DEL RIO		CASA LOTE		RANCHO	
CUARTO O CUARTOS		PARCHE		VIVIENDA MOVIL		CAÑO		RESIDENCIA		FINCA	
INQUILINATO		PUENTE		INSTITUCION		CALLE		LUGAR DE TRABAJO			

TENENCIA

PROPIA		OTRA	
ARRENDADA	X	CUAL	
AMORTIZANDO			

FORMA DE PAGO

DIARIA		MENSUAL	X
SEMANAL		OTRO	
QUINCENAL		CUAL	

ESTADO DE LA VIVIENDA

CONSTRUIDA	X
EN CONSTRUCCION	
OBRA NEGRA	

CONDICION DE LA VIVENDA

RUINA		ACEPTABLE	
DEMOLICION			
BUEN ESTADO	X		

SERVICIOS PUBLICOS

AGUA	X	ACUEDUCTO	X	ALUMBRADO PUBLICO	X
LUZ	X	GAS NATURAL	X	ALCANTARILLADO	X
TELEFONO	—	ASEO			

ILUMINACION

BUENA	X
REGULAR	
MALA	

VENTILACION

BUENA	
REGULAR	X
MALA	

ASEO

BUENA	
REGULAR	X
MALA	

PISOS

MADERA		BALDOSA	X
TIERRA		OTRO	
CEMENTO		CUAL	

PAREDES

LADRILLOS	X	ADOBE		OTRO	
LATAS		CARTON		CUAL?	
MADERA		POLISOMBRA			

TECHO

TEJA	X	OTRO	
TELA		CUAL?	
PLANCHA			

TIPO DE ENERGIA UTILIZADA PARA COCINAR

GAS NATURAL	X	COCINOL		CUAL	
GAS PROPANO		CARBON			
ELECTRICIDAD		OTRO			

ESPACIOS

	Nº	COMPARTIDOS		Nº	COMPARTIDOS		Nº	COMPARTIDOS
HABITACIONES	2	X	COMEDORES	0		PATIOS	1	X
COCINAS	1		SALAS	1				
BAÑOS	1		LAVADEROS	1	X			

PRESENCIA DE ANIMALES EN LA VIVIENDA

NO

DOMESTICOS		CUAL?
VECTORES		
OTRO		

	SI	NO		SI	NO
¿COCINA DENTRO DE LA HABITACIÓN DONDE DUERME?		X	¿SE EVIDENCIA ACUMULACION DE MATERIAL RECICLADO?		X
¿SE EVIDENCIA PRESENCIA DE ALCOHOL, COLILLAS DE CIGARRILLO O SPA?		X	¿VIVE EN EL MISMO SITIO DE TRABAJO?		X

Capitulo G. ENTORNO

SE OBSERVA EN EL ENTORNO ALGUNO(S) DE LOS SIGUIENTES FACTORES DE RIESGO

NO

EXPENDIO DE DROGAS		ZONA DE PROSTITUCION		CUAL
BASURERO		ZONA DE RIESGO FÍSICO(deslizamiento, inundación)		Ninguna
AGUAS NEGRAS		OTRO		

ESTADO DE LAS VIAS DE ACCESO

	PENDIENTES Y NO LLEGAN VEHICULOS
	EN RUINA
	DESTAPADA
X	PAVIMENTADO

Capitulo H. OBSERVACIONES DE CONDICIONES HABITACIONALES ANTERIORMENTE DESCRITAS

Capitulo I. RIESGOS IDENTIFICADOS

	SI	NO		SI	NO		SI	NO
PSICOSOCIAL	X		ABANDONO		X	OTRO		
ECONOMICO	X		DESALOJO		X	CUAL?		

OBSERVACIONES

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C
SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL

PROCESO PRESTACION DE LOS SERVICIOS SOCIALES

FORMATO DE VISITA DOMICILIARIA

Código:	FOR-PSS-010
Versión:	2
Fecha:	
Página	1 de 4

Capitulo J. CONCEPTO PROFESIONAL

PROBLEMATICA

En el marco de la visita domiciliaria realizada para la verificación de condiciones habitacionales y de cuidado de la menor, se identifican situaciones que configuran un escenario de riesgo psicosocial. La visita fue atendida por la abuela materna y tía de la menor, quienes refieren que, desde hace aproximadamente una semana, la niña se encuentra bajo su cuidado, sin que la progenitora haya establecido contacto ni realizado acciones de seguimiento o corresponsabilidad frente al bienestar de la menor durante este periodo. Esta situación evidencia posibles fallas en el ejercicio de las responsabilidades parentales y en la garantía de cuidado continuo. Adicionalmente, los familiares reportan antecedentes de presuntas situaciones de violencia física por parte de la progenitora hacia la menor, lo cual constituye un indicador relevante de posible vulneración de derechos que requieren verificación por parte de las autoridades competentes. Las familiares informan la intención de la progenitora de retirar a la menor del jardín infantil debido a un cambio de residencia, delegando su cuidado (es) en su pareja. Frente a esta situación, no se cuenta con información suficiente que permita establecer las condiciones de idoneidad, estabilidad y protección en el nuevo entorno de cuidado, lo que representa un factor adicional de incertidumbre y riesgo.

REFERENCIACIONES

REFERENCIACIONES A UN PROYECTO SDIS: SI ☐ NO ☐

INTEGRANTE		PROYECTO		MODALIDAD		U. OPERATIVA	
INTEGRANTE		PROYECTO		MODALIDAD		U. OPERATIVA	
INTEGRANTE		PROYECTO		MODALIDAD		U. OPERATIVA	
INTEGRANTE		PROYECTO		MODALIDAD		U. OPERATIVA	
INTEGRANTE		PROYECTO		MODALIDAD		U. OPERATIVA	
INTEGRANTE		PROYECTO		MODALIDAD		U. OPERATIVA	
INTEGRANTE		PROYECTO		MODALIDAD		U. OPERATIVA	
INTEGRANTE		PROYECTO		MODALIDAD		U. OPERATIVA	
INTEGRANTE		PROYECTO		MODALIDAD		U. OPERATIVA	
INTEGRANTE		PROYECTO		MODALIDAD		U. OPERATIVA	
INTEGRANTE		PROYECTO		MODALIDAD		U. OPERATIVA	

REFERENCIACION A OTRA ENTIDAD: SI ☐ NO ☐

INTEGRANTE		¿CUAL?	
INTEGRANTE		¿CUAL?	
INTEGRANTE		¿CUAL?	
INTEGRANTE		¿CUAL?	
INTEGRANTE		¿CUAL?	
INTEGRANTE		¿CUAL?	
INTEGRANTE		¿CUAL?	
INTEGRANTE		¿CUAL?	
INTEGRANTE		¿CUAL?	

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL

PROCESO PRESTACION DE LOS SERVICIOS SOCIALES

FORMATO DE VISITA DOMICILIARIA

Código:	FOR-PSS-010
Versión:	2
Fecha:	
Página	1 de 4

Capitulo J. CONCEPTO PROFESIONAL

CONCEPTO TECNICO

Se identifican como factores de riesgo:

- La interrupción en la presencia y supervición de la figura materna
- Delegación del cuidado por parte de la progenitora a la abuela materna sin claridad sobre las condiciones del cuidado
- Antecedentes de presenta violencia fisica por parte de la progenitora hacia la menor, reportadas por la abuela materna y tia de la menor.
- Presenta inestabilidad en las dinamicas familiares y de cuidado de la menor.

Capitulo K. FIRMAS

Indira Roa Lugo

FIRMA DE QUIEN ATENDIÓ LA VISITA

Indira Roa Lugo

NOMBRE DE QUIEN ATENDIÓ LA VISITA

C.C 31 773 103.

NÚMERO DE CÉDULA DE QUIEN ATENDIÓ LA VISITA

FIRMA DE QUIEN REALIZÓ LA VISITA

Diana Carolina Fonseca

NOMBRE DE QUIEN REALIZÓ LA VISITA

1.026.581.834.

NÚMERO DE CÉDULA DE QUIEN REALIZÓ LA VISITA

34

FUNDACIÓN Colombia Útil

Jardin Casita de San Francisco <casitasanfrancisco@colombiautil.org>

Seguimiento de caso presunta violencia a menor

3 mensajes

Jardin Casita de San Francisco <casitasanfrancisco@colombiautil.org> 30 de marzo de 2026 a las 8:54 a.m.
Para: Comisaria_ciudadbolivar1@sdis.gov.co
CC: gestionproyectos@colombiautil.org

Cordial saludo,

Por medio de la presente, y en calidad de corresponsables en la garantía y protección de los derechos de los niños, niñas y adolescentes, nos permitimos solicitar muy respetuosamente información sobre las actuaciones adelantadas por esa Comisaría en relación con el caso de la menor Ana Sophia Roa Patiño, identificada con NIUP 1.043.715.133, participante del Jardín Infantil "La Casita de San Francisco".

Lo anterior, teniendo en cuenta que los hechos relacionados con una presunta situación de violencia ejercida sobre la menor fueron puestos en conocimiento del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) el día 13 de febrero del presente año. Posteriormente, el día 4 de marzo, dicha entidad nos informó que el caso fue trasladado por competencia a la Comisaría de Familia 1ª de Ciudad Bolívar.

En este sentido, agradecemos nos sea informado si a la fecha se han adoptado medidas de restablecimiento de derechos y/o acciones de protección a favor de la menor, así como el estado actual del proceso, en el marco de las competencias de su despacho.

Agradecemos de antemano la atención prestada y quedamos atentos a la información solicitada.

Cordialmente,

Diana Carolina Fonseca
Profesional de apoyo psicosocial
Jardin Casita de San Francisco

SEGUIMIENTO ACASO DE PRESUNTA VULNERACIÓN DE DERECHOS DE MENOR.pdf
367K

Comisaria de Familia Ciudad Bolívar 1 <comisaria_ciudadbolivar1@sdis.gov.co> 30 de marzo de 2026 a las 6:17 p.m.
Para: Jardin Casita de San Francisco <casitasanfrancisco@colombiautil.org>
CC: "gestionproyectos@colombiautil.org" <gestionproyectos@colombiautil.org>

Cordial saludo,

En atención a la información remitida respecto al caso de la menor Sophia Roa Patiño, agradecemos el reporte realizado.

Con el fin de determinar la competencia territorial y establecer la Comisaría de Familia a la cual corresponde el conocimiento del caso, se solicita de manera respetuosa nos aporten la dirección exacta de residencia actual de la menor, incluyendo barrio y localidad.

Lo anterior, teniendo en cuenta que en el sistema no se evidencia registro previo de la menor, por lo cual se hace necesario contar con dicha información para proceder con la verificación, asignación correspondiente y eventual apertura de medida de protección.

 40

FUNDACIÓN Colombia Útil

Jardin Casita de San Francisco <casitasanfrancisco@colombiautil.org>

Oficio de alcance a reporte de presunta vulneración de derechos hacia menor 1.043.715. 133

4 mensajes

Jardin Casita de San Francisco <casitasanfrancisco@colombiautil.org> 30 de marzo de 2026 a las 1:34 p.m.

Para: Comisaria_ciudadbolivar1@sdis.gov.co
CC: Maria del Pilar Buitrago Quemba <mbuitrago@sdis.gov.co>, osierram@sdis.gov.co, Arleny Patricia Jaramillo Arenas <ajaramilloa@sdis.gov.co>
CCO: gestionproyectos@colombiautil.org

Cordial saludo,

Por medio del presente, el Jardín Infantil La Casita de San Francisco se permite realizar alcance a la información previamente remitida en relación con el caso de la menor Sophia Roa Patiño identificada con NIUP 1.043.715.133 en el marco de presunta vulneración de derechos por posibles situaciones de violencia física.

En este sentido, el día lunes 30 de marzo del 2026, siendo las 11:10 am la profesional de apoyo psicosocial del jardín infantil llevó a cabo una visita domiciliaria al lugar de residencia reportado de la menor, con el fin de verificar condiciones de habitabilidad y posibles factores de riesgo asociados a su cuidado.

La visita fue atendida por la abuela materna y la tía de la menor, quienes informaron que, desde hace aproximadamente una semana, la niña se encuentra bajo su cuidado, sin que la progenitora haya establecido contacto ni realizado acciones de seguimiento frente a su bienestar durante este periodo. Esta situación evidencia posibles debilidades en el ejercicio de las responsabilidades parentales y en la garantía de cuidado continuo.

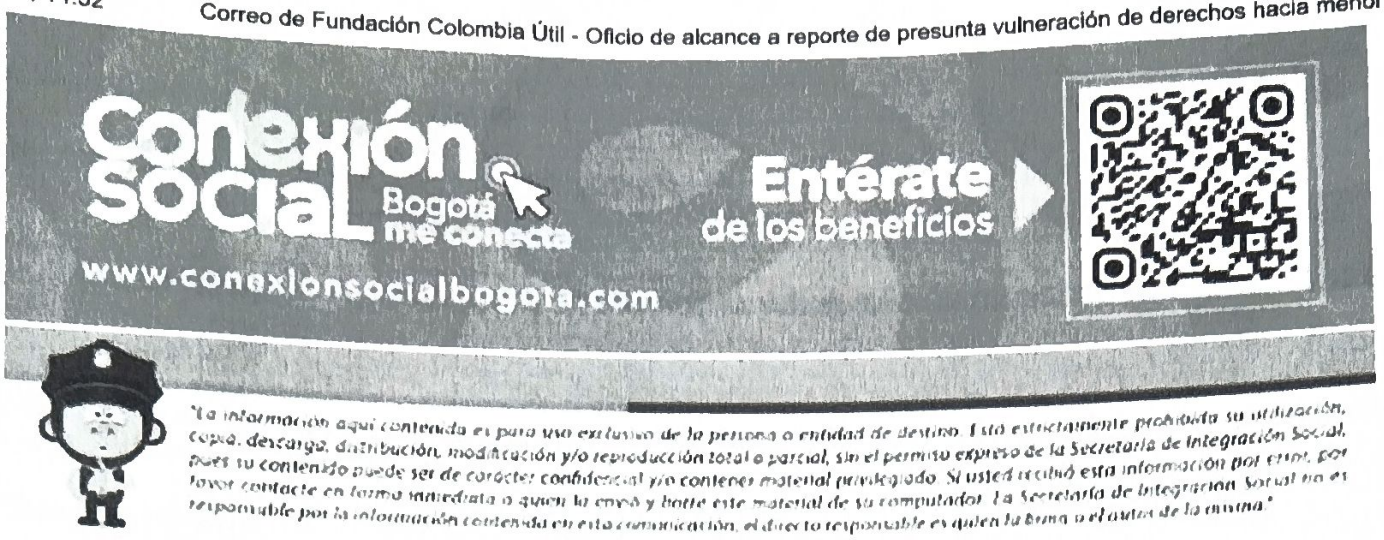
Adicionalmente, los familiares reiteran la existencia de antecedentes relacionados con presuntas situaciones de maltrato físico por parte de la progenitora hacia la menor. En particular, la tía, señora Zuly Andrea Patiño Roa, manifiesta que el pasado 12 de marzo, a raíz de una situación ocurrida en el hogar en la cual la menor Ana Sophia Roa Patiño empujó a un primo en el marco de un juego, la madre de la niña reaccionó agrediéndola físicamente de manera desproporcionada lo cual constituye un indicador relevante de posible vulneración de derechos que requiere verificación por parte de esa autoridad.

De igual manera, se informa que, según lo manifestado por la red familiar, la progenitora tiene la intención de retirar a la menor del jardín infantil debido a un cambio de residencia, delegando su cuidado en su pareja. Frente a esta situación, no se cuenta con información que permita establecer las condiciones de idoneidad, estabilidad y protección en el nuevo entorno, lo que configura un factor adicional de riesgo para la menor.

En consideración a lo anterior, se remite esta información como insumo complementario para el proceso de verificación de derechos que adelanta esa Comisaría, con el fin de que se evalúe la pertinencia de adoptar las medidas de protección a que haya lugar.

Agradecemos la atención brindada y quedamos atentos a cualquier requerimiento adicional que permita articular acciones en favor de la garantía de los derechos de la menor.

Cordialmente,



Comisaria de Familia Ciudad Bolívar 1 <comisaria_ciudadbolivar1@sdis.gov.co> 30 de marzo de 2026 a las 6:19 p.m.

Para: Jardin Casita de San Francisco <casitasanfrancisco@colombiautil.org>
CC: Maria del Pilar Buitrago Quemba <mbuitrago@sdis.gov.co>, Oscar Javier Sierra Moreno <osierram@sdis.gov.co>, Arleny Patricia Jaramillo Arenas <ajaramilloa@sdis.gov.co>

Cordial saludo,

En atención a la información remitida respecto al caso de la menor Sophia Roa Patiño, agradecemos el reporte realizado.

Con el fin de determinar la competencia territorial y establecer la Comisaría de Familia a la cual corresponde el conocimiento del caso, se solicita de manera respetuosa nos aporten la dirección exacta de residencia actual de la menor, incluyendo barrio y localidad.

Lo anterior, teniendo en cuenta que en el sistema no se evidencia registro previo de la menor, por lo cual se hace necesario contar con dicha información para proceder con la verificación, asignación correspondiente y eventual apertura de medida de protección.

Agradecemos su colaboración y quedamos atentos a la información solicitada para dar continuidad al trámite respectivo.

Daniela Cortes Castro
Trabajadora Social
Turno 2
COMISARIA DIECINUEVE DE FAMILIA

De: Jardin Casita de San Francisco <casitasanfrancisco@colombiautil.org>
Enviado: lunes, 30 de marzo de 2026 1:34 p. m.
Para: Comisaria de Familia Ciudad Bolívar 1 <comisaria_ciudadbolivar1@sdis.gov.co>
Cc: Maria del Pilar Buitrago Quemba <mbuitrago@sdis.gov.co>; Oscar Javier Sierra Moreno <osierram@sdis.gov.co>; Arleny Patricia Jaramillo Arenas <ajaramilloa@sdis.gov.co>
Asunto: Oficio de alcance a reporte de presunta vulneración de derechos hacia menor 1.043.715. 133

[Texto citado oculto]

Diana Carolina Fonseca Camayo
C.C 1.026.581.834 de Bogotá
Profesional de apoyo psicosocial – TP. 242094
casitasanfrancisco@colombiautil.org

OFICIO DE ALCANCE A REPORTE DE PRESUNTA VULNERACIÓN DE DERECHOS 1.043.715.133 .pdf
371K

Jardin Casita de San Francisco <casitasanfrancisco@colombiautil.org> 30 de marzo de 2026 a las 1:38 p.m.
Para: abotelloa@sdis.gov.co

[Texto citado oculto]

OFICIO DE ALCANCE A REPORTE DE PRESUNTA VULNERACIÓN DE DERECHOS 1.043.715.133 .pdf
371K

Ana Isabel Botello Arevalo <abotelloa@sdis.gov.co> 30 de marzo de 2026 a las 1:59 p.m.
Para: Jardin Casita de San Francisco <casitasanfrancisco@colombiautil.org>
CC: Luisa Fernanda Franco Lugo <lfrancol@sdis.gov.co>, Arleny Patricia Jaramillo Arenas <ajaramilloa@sdis.gov.co>

Cordial saludo,

Agradezco el reporte, el cual fue compartido con Subdirectora Local, apoyo jurídico, referente de familia, profesional de la estrategia Cero Tolerancia a las Violencias y gestora.

Recomendación: Siempre los informes se copian a:

lfrancol@sdis.gov.co
naceroa@sdis.gov.co
dpvargasr@sdis.gov.co
asuaterna@sdis.gov.co
ajaramilloa@sdis.gov.co

Cualquier duda, con la gestora Patricia Jaramillo

Atentamente,

Ana Botello
Referente de Infancia
Subdirección Local de Ciudad Bolívar
Secretaría Distrital de Integración Social

De: Jardin Casita de San Francisco <casitasanfrancisco@colombiautil.org>
Enviado: lunes, 30 de marzo de 2026 1:38 p. m.
Para: Ana Isabel Botello Arevalo <abotelloa@sdis.gov.co>
Asunto: Fwd: Oficio de alcance a reporte de presunta vulneración de derechos hacia menor 1.043.715. 133

[Texto citado oculto]

Bogotá, 30 de marzo del 2026

Señores:

COMISARIA DE FAMILIA 1ª DE CIUDAD BOLÍVAR
Comisaria_ciudadbolivar1@sdis.gov.co
Ciudad

REF. SEGUIMIENTO A CASO DE PRESUNTA VULNERACIÓN DE DERECHOS DE MENOR

Cordial saludo,

Por medio de la presente, y en calidad de corresponsables en la garantía y protección de los derechos de los niños, niñas y adolescentes, nos permitimos solicitar muy respetuosamente información sobre las actuaciones adelantadas por esa Comisaría en relación con el caso de la menor Ana Sophia Roa Patiño, identificada con NIUP 1.043.715.133, participante del Jardín Infantil "La Casita de San Francisco".

Lo anterior, teniendo en cuenta que los hechos relacionados con una presunta situación de violencia ejercida sobre la menor fueron puestos en conocimiento del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) el día 13 de febrero del presente año. Posteriormente, el día 4 de marzo, dicha entidad nos informó que el caso fue trasladado por competencia a la Comisaría de Familia 1ª de Ciudad Bolívar.

En este sentido, agradecemos nos sea informado si a la fecha se han adoptado medidas de restablecimiento de derechos y/o acciones de protección a favor de la menor, así como el estado actual del proceso, en el marco de las competencias de su despacho.

Agradecemos de antemano la atención prestada y quedamos atentos a la información solicitada.

Cordialmente,

Diana Carolina Fonseca Camayo
C.C 1.026.581.834 de Bogotá
Profesional de apoyo psicosocial – TP. 242094
casitasanfrancisco@colombiautil.org

FUNDACIÓN Colombia Útil

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. | SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL | BOGOTÁ

Bogotá, 30 de marzo del 2026

Señores:

COMISARIA DE FAMILIA 1ª DE CIUDAD BOLÍVAR
Comisaria_ciudadbolivar1@sdis.gov.co
Ciudad

REF. OFICIO DE ALCANCE A REPORTE DE PRESUNTA VULNERACIÓN DE DERECHOS 1.043.715.133

Cordial saludo,

Por medio del presente, el Jardín Infantil La Casita de San Francisco se permite realizar alcance a la información previamente remitida en relación con el caso de la menor Sophia Roa Patiño identificada con NIUP 1.043.715.133 en el marco de presunta vulneración de derechos por posibles situaciones de violencia física.

En este sentido, el día lunes 30 de marzo del 2026, siendo las 11:10 am la profesional de apoyo psicosocial del jardín infantil llevó a cabo una visita domiciliaria al lugar de residencia reportado de la menor, con el fin de verificar condiciones de habitabilidad y posibles factores de riesgo asociados a su cuidado.

La visita fue atendida por la abuela materna y la tía de la menor, quienes informaron que, desde hace aproximadamente una semana, la niña se encuentra bajo su cuidado, sin que la progenitora haya establecido contacto ni realizado acciones de seguimiento frente a su bienestar durante este periodo. Esta situación evidencia posibles debilidades en el ejercicio de las responsabilidades parentales y en la garantía de cuidado continuo.

Adicionalmente, los familiares reiteran la existencia de antecedentes relacionados con presuntas situaciones de maltrato físico por parte de la progenitora hacia la menor. En particular, la tía, señora Zuly Andrea Patiño Roa, manifiesta que el pasado 12 de marzo, a raíz de una situación ocurrida en el hogar en la cual la menor Ana Sophia Roa Patiño empujó a un primo en el marco de un juego, la madre de la niña reaccionó agrediéndola físicamente de manera desproporcionada lo cual constituye un indicador relevante de posible vulneración de derechos que requiere verificación por parte de esa autoridad.

De igual manera, se informa que, según lo manifestado por la red familiar, la progenitora tiene la intención de retirar a la menor del jardín infantil debido a un cambio de residencia, delegando su cuidado en su pareja. Frente a esta situación, no se cuenta con información que permita establecer las condiciones de idoneidad, estabilidad y protección en el nuevo entorno, lo que configura un factor adicional de riesgo para la menor.

En consideración a lo anterior, se remite esta información como insumo complementario para el proceso de verificación de derechos que adelanta esa Comisaría, con el fin de que se evalúe la pertinencia de adoptar las medidas de protección a que haya lugar.

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

Agradecemos la atención brindada y quedamos atentos a cualquier requerimiento adicional que permita articular acciones en favor de la garantía de los derechos de la menor.

Cordialmente,

Diana Carolina Fonseca Camayo
C.C 1.026.581.834 de Bogotá
Profesional de apoyo psicosocial – TP. 242094
casitasanfrancisco@colombiautil.org

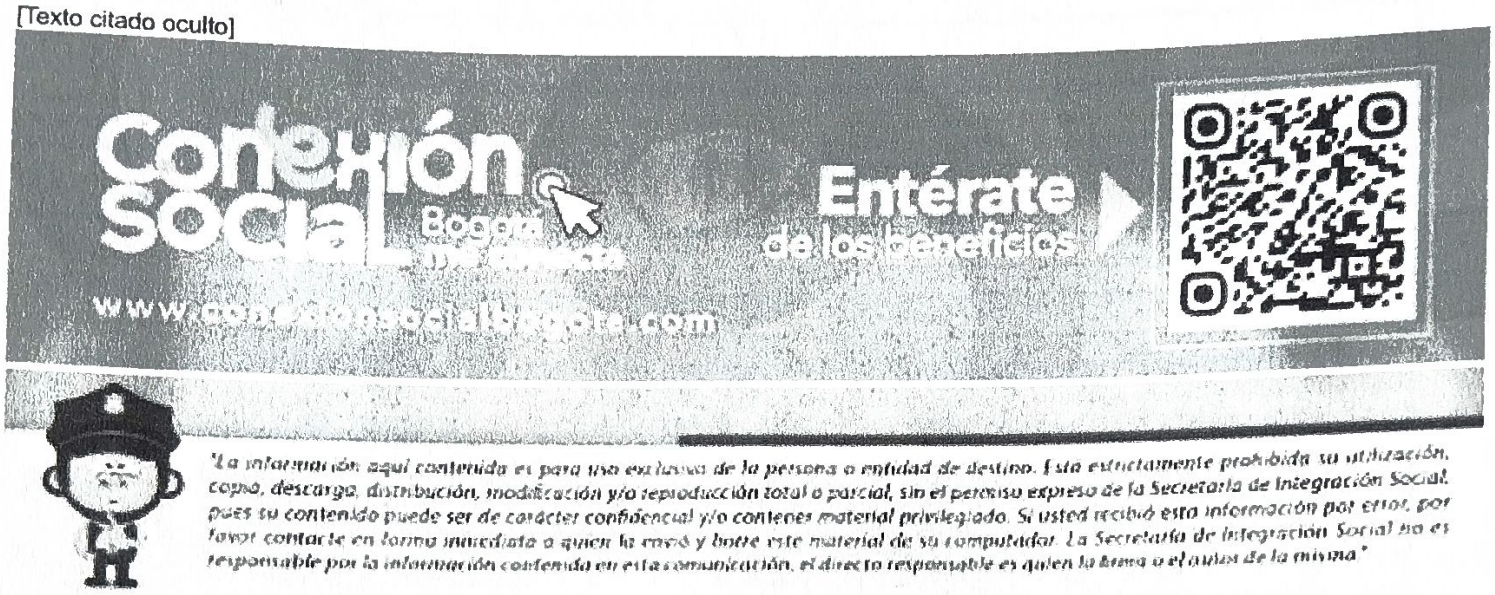
46

Agradecemos su colaboración y quedamos atentos a la información solicitada para dar continuidad al trámite respectivo.

Daniela Cortes Castro
Trabajadora Social
Turno 2
COMISARIA DIECINUEVE DE FAMILIA

De: Jardin Casita de San Francisco <casitasanfrancisco@colombiautil.org>
Enviado: lunes, 30 de marzo de 2026 8:54 a. m.
Para: Comisaria de Familia Ciudad Bolívar 1 <comisaria_ciudadbolivar1@sdis.gov.co>
Cc: gestionproyectos@colombiautil.org <gestionproyectos@colombiautil.org>
Asunto: Seguimiento de caso presunta violencia a menor

[Texto citado oculto]



Jardin Casita de San Francisco <casitasanfrancisco@colombiautil.org> 31 de marzo de 2026 a las 7:41 a.m.
Para: Comisaria de Familia Ciudad Bolívar 1 <comisaria_ciudadbolivar1@sdis.gov.co>
CC: gestionproyectos@colombiautil.org

Reciban un cordial saludo.

Comparto con ustedes la información solicitada.

Dirección de residencia actual de la menor: kr 20A # 65 sur 94 Localidad Ciudad Bolívar, Barrio San Francisco.

Quedamos atentos a cualquier solicitud adicional.

Cordialmente

Diana Carolina Fonseca Camayo
Profesional de Apoyo psicosocial
Jardin Casita San Francisco

[Texto citado oculto]

47

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL

PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL

FORMATO REGISTRO DE NOVEDADES

Código: FOR-PSS-309
Versión: 0
Fecha: Memo 12021015300 - 20/05/2021
Página: 1 de 2

LOCALIDAD Ciudad Bolívar UNIDAD OPERATIVA J.I. La Costa San Francisco RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA: Andrea Rodríguez
NIVEL Jardín NUIP: 1.043.775.133 NIÑA O NIÑO Ana Sophia Patiño Paz
MADRE/PADRE/CUIDADOR DE LA NIÑA O EL NIÑO: Estefany Patiño
ACUDIENTE PRINCIPAL Estefany Patiño PROFESIONAL ENCARGADO DEL NIVEL Johanna Nieves Quintero

TIPO DE NOVEDAD	1	2	3	4	5	6	7	8	9	X	Se realizó activación de póliza: SI ____ NO X	Se realizó activación de ruta: SI ____ NO X

FECHA	HORA	LUGAR	DESCRIPCIÓN DE NOVEDAD
06/03/2026	8:50am	Vía telefónica	Se realiza contacto vía telefónica con la Sra. Estefany Patiño, madre de la menor de Ana Sophia quien nos comunica que se le presento una situación en el trabajo y no logra llevar a la niña al jardín. Se comenta novedad a Coordinación.

NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD	NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR
Johanna Nieves Quintero	No Aplica

TIPO DE NOVEDAD	1	2	X	4	5	6	7	8	9	10	Se realizó activación de póliza: SI ____ NO X	Se realizó activación de ruta: SI ____ NO X

FECHA	HORA	LUGAR	DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD
12/03/2026	9:05am	Vía telefónica	Se realiza contacto vía telefónica con la madre de la menor, quien nos informa que el día de hoy le programaron cita por especialidad a la niña Ana Sophia, se comenta novedad a Coordinación.

NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD	NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR
Johanna Nieves Quintero	No Aplica

TIPO DE NOVEDAD	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Se realizó activación de póliza: SI ____ NO ____	Se realizó activación de ruta: SI ____ NO ____

FECHA	HORA	LUGAR	DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD
			No Aplica

NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD	NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR

TIPO DE NOVEDAD	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Se realizó activación de póliza: SI ____ NO ____	Se realizó activación de ruta: SI ____ NO ____

FECHA	HORA	LUGAR	DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD
			No Aplica

NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD	NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR
	No Aplica

FUNDACIÓN Colombia Útil | ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. | SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL | BOGOTÁ

Bogotá, 17 de abril del 2026

Señores:
COMISARIA DE FAMILIA 1ª DE CIUDAD BOLÍVAR
Comisaria_ciudadbolivar1@sdis.gov.co
Ciudad

REF. SEGUIMIENTO N.2 A CASO DE PRESUNTA VULNERACIÓN DE DERECHOS DE MENOR.

Cordial saludo,

Por medio de la presente, y en calidad de corresponsables en la garantía y protección de los derechos de los niños, niñas y adolescentes, nos permitimos solicitar muy respetuosamente información sobre las actuaciones adelantadas por esa Comisaría en relación con el caso de la menor Ana Sophia Roa Patiño, identificada con NIUP No. 1.043.715.133, participante del Jardín Infantil "La Casita de San Francisco", ubicado en la localidad de Ciudad Bolívar.

Lo anterior, teniendo en cuenta que los hechos relacionados con una presunta situación de violencia hacia la menor fueron puestos en conocimiento del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) el día 13 de febrero del presente año. Posteriormente, el día 4 de marzo, dicha entidad informó que el caso fue trasladado por competencia a la Comisaría de Familia Primera de Ciudad Bolívar.

Así mismo, el día 30 de marzo en horas de la mañana, el jardín infantil realizó solicitud de información sobre las acciones adelantadas frente al reporte ante esa Comisaría. En la misma fecha, el jardín infantil efectuó una visita domiciliaria a la vivienda de la menor, en la cual se identificaron nuevos hechos asociados a presunta vulneración de derechos, los cuales fueron remitidos a través de correo electrónico mediante oficio de alcance.

En respuesta a dicha comunicación, la trabajadora social Daniela Cortés Castro indicó la necesidad de contar con la dirección exacta de residencia actual de la menor incluyendo barrio y localidad, con el fin de determinar la competencia territorial y proceder con la verificación, asignación correspondiente y eventual apertura de medida de protección, toda vez que no se evidenciaba registro previo de la menor en el sistema.

En este sentido, nos permitimos adjuntar copia de los correos electrónicos relacionados y, respetuosamente, solicitamos se nos informe si a la fecha se han adoptado medidas de restablecimiento de derechos y/o acciones de protección a favor de la menor, así como el estado actual del proceso, en el marco de las competencias de su despacho.

Agradecemos de antemano la atención prestada y quedamos atentos a la información solicitada.

Cordialmente,

Diana Carolina Fonseca Camayo
C.C 1.026.581.834 de Bogotá
Profesional de apoyo psicosocial – TP. 242094
casitasanfrancisco@colombiautil.org

FUNDACIÓN Colombia Útil	**FORMATO OBSERVADOR DE NIÑOS Y NIÑAS** **JARDÍN INFANTIL LA CASITA DE SAN FRANCISCO**	Código: Versión: Fecha: Página: 1 de 1

DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN	Fecha de nacimiento: 26/11/2021
Nombre del niño o niña: Ana Sophia Patiño Roa	Edad: 4 años
Nivel: Jardín 1	NUIP: 1.043.715.133
Nombre maestra: Johanna Alexandra Dueñas Quintero	Fecha de elaboración: 24/04/2026

REGISTRO DE LA OBSERVACION:



Durante este primer trimestre, Ana Sophia se ha destacado por ser una niña sumamente dulce, cariñosa y con un sentido "maternal" muy especial, siempre dispuesta a cuidar y acompañar a sus pares con mucha ternura. A nivel socioafectivo, aunque en algunos momentos iniciales puede mostrarse un poco tímida, logra vencer ese temor rápidamente para entrar a explorar su entorno y compartir con alegría con todos sus compañeros. Es una niña muy sonriente y colaboradora, cuya presencia enriquece la armonía del grupo.

En cuanto a su desarrollo pedagógico y autonomía, Ana Sophia demuestra una excelente disposición para realizar de forma independiente sus rutinas diarias, evidenciando seguridad en sus capacidades. Es una niña participativa que disfruta especialmente de las asambleas grupales y de las estrategias de trabajo implementadas en el aula, destacándose su entusiasmo en el desarrollo de nuestro proyecto de aula "El Universo". Muestra un gran interés por los rincones de trabajo; le encanta participar en el rincón de artes, donde explora su creatividad, y disfruta plenamente de las dinámicas en la cocina. Asimismo, interactúa activamente con otros recursos como la mesa de arena, materiales que son fundamentales dentro de nuestras valoraciones diarias. A través de estas experiencias, se comunica con confianza y aporta ideas valiosas para el desarrollo de las actividades. Hemos observado que, en ocasiones, su atención tiende a dispersarse un poco; sin embargo, su interés genuino por aprender la motiva a reintegrarse con facilidad a las propuestas.

Todo este proceso formativo se ve inmensamente fortalecido gracias al constante acompañamiento familiar. Para continuar apoyando su desarrollo desde casa, sugerimos seguir fomentando su participación en conversaciones familiares, permitiéndole expresar sus opiniones para fortalecer su seguridad al hablar en público. Asimismo, realizar actividades de concentración corta le ayudará a manejar esos momentos de dispersión y a potenciar su excelente capacidad de aprendizaje.

Adicionalmente, de manera articulada con el equipo psicosocial, se viene realizando un acompañamiento continuo y un seguimiento integral a sus procesos. Este abordaje interdisciplinario nos permite brindar orientación oportuna, tanto en el entorno educativo como familiar, con el fin de proporcionar las herramientas necesarias que favorezcan su bienestar integral y el pleno desarrollo de sus habilidades socioemocionales.

FECHA DE SOCIALIZACIÓN: 29/04/2026

FIRMA PROFESIONAL DE ATENCIÓN A LA PRIMERA INFANCIA: Johanna Alexandra Dueñas Quintero	**FIRMA RESPONSABLE DEL SERVICIO:** Andrea Rodríguez
FIRMA DE PADRE/MADRE/ACUDENTE:	

FUNDACIÓN Colombia Útil	**FORMATO OBSERVADOR DE NIÑOS Y NIÑAS JARDINESINFANTIL LA CASITA DE JUAN JOSE** No controlado	Código: Versión: Fecha: Página: 1 de 1

DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN	Fecha de nacimiento: 26/11/2021
Nombre del niño o niña: Ana Sophia Patiño Roa	Edad: 4 años
Nivel: Jardín 1	NUIP: 1.043.715.133
Nombre maestra: Johanna Alexandra Dueñas Quintero	Fecha de elaboración: 27/04/2026

REGISTRO DE LA OBSERVACION:

Durante el mes de abril, Ana Sophia continuó consolidando de manera muy positiva su proceso de adaptación al entorno escolar, mostrándose cada vez más segura, tranquila y feliz dentro de las dinámicas del aula. Se destaca por ser una niña inteligente, cariñosa y respetuosa, manteniendo una excelente capacidad de escucha y disposición para seguir indicaciones y participar activamente en las diferentes experiencias pedagógicas.

Durante este mes participó con entusiasmo en actividades significativas relacionadas con la celebración del mes de la niñez, tales como "Nuestro mural mes de la niñez", "Peinados con super poderes", "Pequeños científicos en acción", "Teatro de sueños" y "Colombia baila en mi corazón", disfrutando de cada experiencia con alegría, creatividad y motivación. Estas actividades favorecieron la integración grupal, la imaginación, la expresión corporal y el fortalecimiento de vínculos afectivos con sus compañeros y docentes.

De igual manera, en las actividades Me cuido y cuido mi cuerpo y Cuidemos nuestros materiales, participó en experiencias orientadas al reconocimiento del autocuidado, el cuidado del entorno y el uso adecuado de los materiales del aula, fortaleciendo hábitos relacionados con la responsabilidad, la seguridad y el bienestar dentro de los espacios compartidos.

En términos generales, Ana Sophia continúa avanzando satisfactoriamente en su proceso de desarrollo integral, destacándose por su inteligencia, sensibilidad, creatividad y disposición positiva frente al aprendizaje y la convivencia.

FECHA DE SOCIALIZACIÓN: 29/04/2026

OTRAS OBSERVACIONES:

Se recomienda continuar fortaleciendo en casa espacios de diálogo, juego y actividades creativas que favorezcan la expresión de emociones, ideas y necesidades con seguridad y confianza. Asimismo, promover pequeñas responsabilidades acordes a su edad permitirá fortalecer su autonomía, independencia y toma de decisiones. Continuar reforzando hábitos de autocuidado, cuidado de los materiales y seguimiento de rutinas contribuirá positivamente a su bienestar y desarrollo integral.

FIRMA PROFESIONAL DE ATENCIÓN A LA PRIMERA INFANCIA:
Johanna Alexandra Dueñas Quintero Johanna Dueñas Quintero

FIRMA RESPONSABLE DEL SERVICIO:
Andrea Rodríguez Andrea R

FIRMA DE PADRE/MADRE/ACUDENTE: 3v1/4 Patiño.

5/1

FUNDACIÓN
Colombia Útil

Bogotá, 30 de abril del 2026

Señores:

COMISARIA DE FAMILIA 1ª DE CIUDAD BOLÍVAR
Comisaria_ciudadbolivar1@sdis.gov.co
Ciudad

REF. OFICIO DE ALCANCE N.2 A REPORTE DE PRESUNTA VULNERACIÓN DE DERECHOS 1.043.715.133

Cordial saludo,

Por medio del presente, el Jardín Infantil La Casita de San Francisco se permite realizar alcance a la información previamente remitida en relación con el caso de la menor Ana Sophia Roa Patiño identificada con NIUP 1.043.715.133 en el marco de presunta vulneración de derechos por posibles situaciones de violencia física.

El día lunes 27 de abril de 2026, la progenitora de la menor remitió, a través de WhatsApp, una comunicación a la docente titular del nivel jardín de la Unidad Operativa La Casita de San Francisco, en la cual solicitó el traslado de la niña al Jardín Infantil Los Cedros, ubicado en la Carrera 81 A N.° 84C-25 Sur, barrio San Eugenio, localidad de Bosa, argumentando como motivo un cambio de residencia.

Es importante señalar que la menor no asiste a la unidad operativa desde el día 27 de abril de 2026.

En seguimiento a esta situación, el día jueves 30 de abril de 2026, la profesional de apoyo psicosocial del jardín la Casita de San Francisco, intentó establecer contacto con la progenitora a través de los dos números telefónicos registrados en la institución (3204414678 - 3214839760). Sin embargo, no fue posible lograr comunicación, toda vez que las llamadas fueron dirigidas al buzón de voz y los mensajes enviados por WhatsApp no registraron entrega.

Posteriormente, se estableció comunicación telefónica con la abuela materna de la menor, la señora Indira Roa Lugo, quien manifestó que la progenitora de la menor fue citada a la Comisaría de Familia el día viernes 24 de abril de 2026, diligencia a la cual ella la acompañó. Según su relato, posterior a dicha citación, la progenitora se llevó a la menor consigo, sin informarle su lugar de residencia actual ni las condiciones de cuidado de la niña. Asimismo, indico que desde esta fecha no ha tenido contacto con la progenitora de la menor puesto que la bloqueo de Whatsapp.

En consideración a lo anterior, se remite esta información como insumo complementario para el proceso de verificación de derechos que adelanta esa Comisaría, con el fin de que se evalúe la pertinencia de adoptar las medidas a que haya lugar.

FUNDACIÓN
Colombia Útil

Por otra parte, en cumplimiento de nuestro deber como corresponsables en la garantía de los derechos de los niños, niñas y adolescentes, solicitamos respetuosamente se nos informe sobre las acciones adelantadas por esa Comisaría de Familia para la protección de los derechos de la menor, teniendo en cuenta que se ha realizado seguimiento al caso en dos oportunidades previas a través de correo electrónico sin obtener respuesta.

Agradecemos la atención prestada y quedamos atentos a cualquier información adicional que se requiera.

Cordialmente,

Diana Carolina Fonseca Camayo
C.C 1.026.581.834 de Bogotá
Profesional de apoyo psicosocial – TP. 242094
casitasanfrancisco@colombiautil.org

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL

PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL

FORMATO REGISTRO DE NOVEDADES

Código: FOR-PSS-309	
Versión: 0	
Fecha: Memo I2021015300 - 20/05/2021	
Página: 1 de 2	

LOCALIDAD Ciudad Bolívar UNIDAD OPERATIVA J.I La Casita de los Pequeños RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA Andrea Rodríguez

NIVEL Jardín 2 NUIT 1.093.775.133 NOMBRE DEL NIÑO Ana Sophia Patiño Roa

MADRE/PADRE/CUIDADOR DE LA NIÑA O EL NIÑO Zully Patiño

ACUDIENTE PRINCIPAL Estefani Patiño PROFESIONAL ENCARGADO DEL NIVEL Johanna Dueñas Quintero

TIPO DE NOVEDAD

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
									X

Se realizó activación de póliza: SI ____ NO X

Se realizó activación de ruta: SI ____ NO X

FECHA	HORA	LUGAR
24/04/2026	9:30	Salón Jardín 1

DESCRIPCIÓN DE NOVEDAD

Llegada de la menor nos informa el momento de ingreso de los niños al Jardín que el día de hoy sobre las 10:00 a.m tiene programada citación por comisaría de Familia Madre informa que luego de la citación regresa al Jardín para continuar su horario normal. Se comenta novedad a Coordinación. La Abuelita de Anita la Sra. Madre Rosa a la menor Ana va acompañada, queda pendiente reintegro. FIN de la novedad

NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD

Johanna Dueñas Quintero

NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR

Zulma Roa 32773107

TIPO DE NOVEDAD

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
									X

Se realizó activación de póliza: SI ____ NO X

Se realizó activación de ruta: SI ____ NO X

FECHA	HORA	LUGAR
27/04/2026	12:37pm	Vía whatsapp

DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD

Realiza contacto vía telefonica la madre de Ana Sophia, la Sra. Estefani Patiño quien nos informa que por motivo de traslado de domicilio, solicita traslado de la menor al Jardín Compartir del sector Casa de Soledad. Se responde Novedad a Coordinación para realizar el tramite interinstitucional. FIN de la novedad.

NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD

Johanna Dueñas

NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR

No Aplica

TIPO DE NOVEDAD

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
									X

Se realizó activación de póliza: SI ____ NO X

Se realizó activación de ruta: SI ____ NO X

FECHA	HORA	LUGAR
28/04/2026	9:00am	Vía Whatsapp

DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD

Se realiza contacto vía telefonica con la madre de la menor la Sra Estefany Patiño, quien nos informa que por traslado de domicilio no asiste la menor al Jardín. Se comenta novedad a Coordinación. FIN de novedad.

NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD

Johanna Dueñas Quintero

NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR

No Aplica

TIPO DE NOVEDAD

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
									X

Se realizó activación de póliza: SI ____ NO X

Se realizó activación de ruta: SI ____ NO X

FECHA	HORA	LUGAR
29/04/2026	8:40am	Vía Whatsapp

DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD

Se realiza contacto vía telefonica con la madre de la menor la Sra. Estefany Patiño, quien nos solicita información del proceso de traslado de la menor, se comenta novedad a Coordinación. FIN de Novedad.

NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD

Johanna Dueñas Quintero

NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR

No Aplica

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL

PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL

FORMATO REGISTRO DE NOVEDADES

Código: FOR-PSS-309	
Versión: 0	
Fecha: Memo I2021015300 - 20/05/2021	
Página: 1 de 2	

LOCALIDAD Ciudad Bolívar UNIDAD OPERATIVA J.I La Casita de San Francisco RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA Andrea Rodríguez

NIVEL Jardín 1 NUIT 1.023.715.133 NOMBRE DEL NIÑO Ana Sophia Patiño Roa

MADRE/PADRE/CUIDADOR DE LA NIÑA O EL NIÑO Estefany Patiño

ACUDIENTE PRINCIPAL Zully Patiño PROFESIONAL ENCARGADO DEL NIVEL Johanna Dueñas Cuartero

TIPO DE NOVEDAD			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Se realizó activación de póliza: SI ____ NO X	Se realizó activación de ruta: SI ____ NO X
FECHA	HORA	LUGAR	DESCRIPCIÓN DE NOVEDAD											
20/05/2021	9:00 am	Vía Whatsapp	Se realiza contacto vía telefonico con la madre de la menor la Sra. Estefany Patiño quien nos informa que aún esta en espera del traslado de la menor, Se comenta que se realizara direccionamiento a coordinación FIN de la Novedad											

NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD	NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR
Johanna Dueñas Cuartero	No Aplica

TIPO DE NOVEDAD			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Se realizó activación de póliza: SI ____ NO ____	Se realizó activación de ruta: SI ____ NO ____
FECHA	HORA	LUGAR	DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD											
			No Aplica											

NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD	NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR
	No Aplica

TIPO DE NOVEDAD			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Se realizó activación de póliza: SI ____ NO ____	Se realizó activación de ruta: SI ____ NO ____
FECHA	HORA	LUGAR	DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD											
			No Aplica											

NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD	NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR
	No Aplica

TIPO DE NOVEDAD			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Se realizó activación de póliza: SI ____ NO ____	Se realizó activación de ruta: SI ____ NO ____
FECHA	HORA	LUGAR	DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD											
			No Aplica											

NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD	NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR
	No Aplica