	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: 04/07/2026

Número de ficha: 2026 (Año) 107 (Localidad) 939 (Proyecto) 120529 (Código unidad operativa)

SECCIÓN A. VARIABLES BÁSICAS

1. Primer Apellido, según su documento de identidad:	2. Segundo Apellido, según su documento de identidad:	3. Primer Nombre, según su documento de identidad:	4. Segundo Nombre, según su documento de identidad
Babilonia	Ballesta	Ainara	Salome

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

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

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

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

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

10. Número de documento de identificación:	11. Municipio nacimiento:	12. Departamento nacimiento
1233703580	Bogotá	Cundinamarca

13. País nacimiento	14. Sexo de nacimiento:	15. Fecha de nacimiento: (según su documento de identidad)	16. Estado civil:
Colombia	Hombre [1] Mujer [2] X Intersexual [3]	24/04/2001	Soltero/a [1] X Casado/a [2] Unión libre [3] Separado/a Divorciado/a [4] Viudo/a [5] Unión marital de hecho [6]

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

18. Años aprobados:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

35. Clasificación Sisben: C10

Powered by CamScanner

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

Fecha de diligenciamiento: 04 09 2026

Número de ficha: 2026 | 10 | 7 | 39 | 1205 29
(Año | Localidad | Proyecto | Código unidad operativa)

SECCIÓN B. VARIABLES TRANSVERSALES

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

12. Número registro único de víctimas:

13. Año en que 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 [2] / No aplica [98] X
Si la respuesta es 2 o 98 Pase a 18

Powered by CamScanner

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

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

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

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

Rubro	Valor del gasto en pesos	Rubro	Valor del gasto en pesos
Vivienda (Arriendo y/o valor cuota	$500.000	Recreación	$100.000
Servicios públicos domiciliarios (agua, energía, gas, teléfono fijo, internet, teléfono celular, televisión por cable	$150.000	Gastos en salud (consultas, medicamentos, etc.)	$ 0
Pagos a terceros cuidadores	$ 0	Transporte o movilidad de los integrantes del hogar	$ 0
Artículos de aseo personal	$150.000	Educación (útiles, pensión, transporte escolar, fotocopias, etc.)	$ 0
Alimentación	$500.000	Total	$1400.000

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

Sí 1 | No 2 X | No informa 3

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

Sí 1 | No 2 X | No informa 3

Powered by CamScanner

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

Fecha de diligenciamiento: 14 09 2026

Número de ficha: 2026 | 10 | 79 | 39 | 12 | 05 | 29
(Año | Localidad | Proyecto | Código unidad operativa)

SECCION C. UBICACIÓN GEOGRAFÍCA

1 Localidad donde habita

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

2 UPZ o UPR: 74

3 Nombre del barrio / Vereda: Engativa

4 Escriba su dirección completa:

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

Número de la vía principal: 65
Nombre de la vía principal:
Nombre sinónimo de la vía principal:

Alfabético	BIS	Alfabético	Cuadrante	Número vía generadora	Alfabético	Número placa	Cuadrante
			S S	116	B	12	S S
			E E				E E

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

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

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

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

8. Teléfono fijo de contacto: 0

9. Teléfono celular de contacto: 3138454492 / 3132419112

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

11. ¿Habita en una vivienda? Si 1 X | No 2 (pase a la pregunta 15)

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

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

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

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

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

Powered by CamScanner

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

Fecha de diligenciamiento: 04/08/2023

Número de ficha: 2026 | 10 | 7939 | 120529
(Año | Localidad | Proyecto | Código unidad operativa)

SECCIÓN D. INFORMACIÓN BÁSICA Y TRANSVERSAL SOBRE LA FAMILIA:

La información básica se repite para el jefe de núcleo familiar

No. Integrante	A: DOCUMENTO DE IDENTIDAD – Tipo	A: DOCUMENTO DE IDENTIDAD – Número	B: APELLIDOS (Escriba: En el renglón 1, primer apellido; En el renglón 2, segundo apellido)	C: NOMBRES (Escriba: En el renglón 1, primer nombre; En el renglón 2, segundo nombre)	D: Sexo	E: ¿Con cuál género se identifica?	F: ¿Transgenero masculino o transgenero femenino?	G: ¿Cuál es su orientación sexual?	H: FECHA NACIMIENTO – Día	H: Mes	H: Año	I: Edad aproximada	J: ESTADO CIVIL	K: PARENTESCO (Con jefe/a del núcleo familiar)	NIVEL EDUCATIVO ACTUAL – NIVEL	NIVEL EDUCATIVO ACTUAL – Años aprobados	L: ¿Asiste actualmente?	M: SISTEMA DISTRITAL DE CUIDADO – ¿Es persona cuidadora/a?	N: Niños/as de 0 a 5 años	O: Niños/as de 6 a 10 años	P: Persona con discapacidad	Q: Persona mayor	R: Cuidado de casa	S: Actividad	T: Rol ocupacional	U: ¿Cuantas horas a la semana dedica a esta ocupación?	V: Valor de los ingresos mensuales	W: Forma de percibir los ingresos	X: Localidad donde realiza actividad principal	Y: SALUD – Afiliado al régimen de seguridad social	Y: Régimen de seguridad social	Y: Calidad del afiliado	Z: DISCAPACIDAD – ¿Persona con discapacidad?	Z: Tipo	AA: Grupo étnico	AB: Pueblo indígena	AC: VÍCTIMA DE CONFLICTO ARMADO – ¿Es víctima del conflicto armado?	AC: Motivo	AD: ¿Ha recibido capacitación, formación o tiene experiencia en algún arte u oficio?	AE: De acuerdo con la respuesta anterior ¿En qué cree que puede desempeñarse?
1	1	1014313848	1 Ballesta	1 Yoseilis	2	2		1	09	03	2005	21	1	1	8		X	X	X	SI	SI	SI	X	13	32	46	1'800.000	2	10	X	1	2	SI		6		SI		SI	X
			2 Julio	2 Andreina											4		No	No	No	X	X	X	No							No			X					No aplica	
2	6	1233702149	1 Ballesta	1 Neithan	1	98		98	30	12	2022	4	1	5	27		X	SI	SI	SI	SI	SI	SI	98	98					X	1	1	SI		6		SI		SI	X
			2 Julio	2 Steban											1		No	NA	NA	NA	X	X	X							No			X					No aplica	
3	6	1233703580	1 Babilonia	1 Airara	2	98		98	24	07	2024	2	1	5	1		SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	98	98					X	1	1	SI		6		SI		SI	X
			2 Ballesta	2 Salome													NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA							No			X					No aplica	
4			1	1													SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI							SI			SI				SI		SI	
			2	2													No	No	No	No	No	No	No							No			No					No aplica	
5			1	1													SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI							SI			SI				SI		SI	
			2	2													No	No	No	No	No	No	No							No			No					No aplica	

Powered by CamScanner

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

No. Integrante	A		B	C	D	E	F	G	H			I	J	K		L	M	N	O	P	Q	R	S	T	U	V	W	X			Y		Z	AA	AB		AC	AD
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD		APELLIDOS Escriba: En el renglón 1, primer apellido En el renglón 2, segundo apellido	NOMBRES Escriba: En el renglón 1, primer nombre En el renglón 2, segundo nombre	Sexo	¿Con cuál género se identifica?	¿Transgenero masculino o transgenero femenino?	¿Cuál es su orientación sexual?	FECHA NACIMIENTO			Edad aproximada	ESTADO CIVIL	PARENTESCO (Con Jefe/a del núcleo familiar)	NIVEL EDUCATIVO ACTUAL 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 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.

Powered by CamScanner

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: 14092026 (día mes año)

Número Ficha: 2026 (Año) 10 (Localidad) 7 (Proyecto) 9391 (Código Unidad Operativa) 20529

SECCION E. MODALIDAD DE ATENCION

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

Modalidades Familiares

Creciendo Juntos [ ] Crecemos en la Ruralidad [ ]

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

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

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

SECCION F. A QUIEN VA DIRIGIDA LA MODALIDAD FAMILIAR:

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

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

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

SECCIÓN G. CONCEPCIÓN Y GESTACIÓN:

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

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

3. ¿Fecha del último control médico?:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Powered by CamScanner

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

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

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

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

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

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

5. ¿Cuál fue el peso de su hija-o al nacer?
2755 Gramos
DATO VALIDO ENTRE 400 Y 6000

6. ¿Cuál fue la talla de su hija-o al nacer?
51 Centímetros
DATO VALIDO ENTRE 30 Y 60

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

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

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

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

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

12. ¿Qué edad tenía su hija-o cuando dejo de darle leche materna completamente?: 18 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?:
17 05 2016
Pase a la pregunta 16

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Powered by CamScanner

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

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

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

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

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

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

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

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

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

8. ¿Cuál es la edad en años del cuidador o la cuidadora principal? 21

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

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

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

12. Nivel educativo actual del cuidador o la cuidadora principal: Básica primaria [7] Básica secundaria y media [8 X] Técnico [16] Tecnológico [19] Universitaria incompleta (sin título) [21] Universitaria completa (con título) [12] Postgrado incompleto (sin título) [22] Postgrado completo (con título) [15] Ninguno [99]

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

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

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

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

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

18. Número de documento de identidad del cuidador-ra principal: 1014313848

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

19. Primer Apellido: Ballesta

20. Segundo Apellido: Julio

21. Primer Nombre: Yoselis

22. Segundo Nombre: Andreina

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

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

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

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 recurridos en el servicio? Intermitente o Limitado [1] Extenso o Generalizado [2] En observación [3]

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

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

Powered by CamScanner

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

SECCIÓN N. DESCRIPCIÓN Y REFERENCIACIÓN:

1 Descripción de la problemática:

Hogar familiar nuclear conformado solo por mamá e hijos, la madre es quien realiza el aporte al hogar sin tener otro apoyo. Labora en una empresa realizando aseo en diferentes lugares tambien se encuentra terminando sus estudios de bachillerato en un centro de validacion, los niños son de diferentes padres pero ninguno aporta economicamente. Ella es la principal cuidadora de los menores, el mayor se encuentra en el jardin Sauces y la niña durante el dia la cuida la bisabuela materna pero desean un lugar más adecuado para su cuidado por eso requieren del cupo en el jardin.

2. Concepto técnico:

familia con fragilidad alta por ser madre soltera con un solo ingreso. El jardin ofrece a la familia espacios adecuados con personal calificado para su cuidado. La niña queda en lista de espera cuando se cuente con el cupo se avisara para el proceso de matricula.

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

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

3. Acciones a seguir:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Powered by CamScanner



CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.014.313.848

Apellidos
BALLESTA JULIO

Nombres
YOSEILIS ANDREINA

Nacionalidad	Estatura	Sexo
COL	1 63	F

Fecha de nacimiento
09 MAR 2005

G.S
O+

Lugar de nacimiento
ZULIA-MARACAIBO (VENEZUELA)

Fecha y lugar de expedición
28 MAR 2023, BOGOTA D C

Fecha de expiración
28 MAR 2033

Firma
Ballesta.



CO

0171156 10

REGISTRADOR NACIONAL
Alexander Vega Rocha

ICCOL0171156100150O1<<<<<<<<<<<
0503095F3303285COL1014313848<2
BALLESTA<JULIO<<YOSEILIS<ANDRE

Powered by CamScanner

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

Registraduría Auxiliar de Engativa Centro
Registraduría Distrital
del Estado Civil

63270760

NUIP 1.233.702.149

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 63270760

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

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

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía
REGISTRADURIA DE AUXILIAR ENGATIVA SEDE 2 - COLOMBIA - CUNDINAMARCA

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
BALLESTA	JULIO

Nombre(s): NEITHAN STEBAN

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2022 Mes 11 Día 30	MASCULINO	O	POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)
COLOMBIA CUNDINAMARCA BOGOTA D.C.

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
ESCRITURA PUBLICA	1206

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

Apellidos y nombres completos: BALLESTA JULIO YOSEILIS ANDREINA

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.014.313.848	COLOMBIA

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

Apellidos y nombres completos:

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: BALLESTA JULIO YOSEILIS ANDREINA

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC 1.014.313.848	Ballesta.

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos:

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos:

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma

Fecha de Inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2023 Mes MAY Día 24	WILLIAM ERNESTO LANCHEROS RUIZ - Nombre y firma

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

ESPACIO PARA NOTAS

~~24.MAY.2023 SERIAL REEMPLAZA A 0063270350 06.ENE.2023. CORRECCION DATOS DE PADRE O MADRE ARTS. 2.2.6.15.2.9.1 AL 2.2.6.15.2.9.5 DECRETO 1664 20/08/2015 DEL MINISTERIO DE JUSTICIA Y DEL DERECHO, PROCEDE A EFECTUAR CORRECCION PRETENDIDA, EN DEJAR PLENAMENTE ESTABLECIDO EL DOCUMENTO DE IDENTIDAD DE LA MADRE DEL INSCRITO. A NEIRA. SEGUN E.P. NO. 1206 15/05/2023 NOT 67 BTA. A NEIRA.~~

REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

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

REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

Adhesivo Copia Registro Civil 34480630-4

FECHA DE EXPEDICIÓN
25 MAY 2023

WILLIAM ERNESTO LANCHEROS RUIZ
REGISTRADOR DEL ESTADO CIVIL ENGATIVA CENTRO - BOGOTA D.C. L-10 - 2

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

Powered by CamScanner

ESTA REPRODUCCIÓN FOTOMECÁNICA ES FIEL COPIA DEL QUE REPOSA EN LOS ARCHIVOS DE LA REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

NUIP 1.233.703.580

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 63316973

63316973

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

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

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

REGISTRADURIA DE AUXILIAR ENGATIVA SEDE 2 - COLOMBIA - CUNDINAMARCA

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
BABILONIA	BALLESTA

Nombre(s): AINARA SALOME

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2024 Mes JUL Día 24	FEMENINO	O	POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección): COLOMBIA CUNDINAMARCA BOGOTA D.C.

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

Número certificado de nacido vivo: 24076511057512

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

Apellidos y nombres completos: BALLESTA JULIO YOSEILIS ANDREINA

Documento de Identificación (Clase y número): CC 1.014.313.848

Nacionalidad: COLOMBIA. VENEZUELA

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

Apellidos y nombres completos: BABILONIA BARCO OSVADYS

Documento de Identificación (Clase y número): CC 1.143.400.207

Nacionalidad: COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: BABILONIA BARCO OSVADYS

Documento de Identificación (Clase y número): CC 1.143.400.207

Firma: osvadys b

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos:

Documento de Identificación (Clase y número):

Firma:

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos:

Documento de Identificación (Clase y número):

Firma:

Fecha de Inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2024 Mes AGO Día 15	MAYRA ALEJANDRA ESTRADA VEGA - RE Nombre y firma

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
osvadys b Firma	Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

15.AGO.2024 - LIBRO DE VARIOS - TOMO 21 FOLIO 169. A NEIRA.

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

Ciudad y Fecha		FOTOCOPIADO POR
Bogota D C 19 MAR 2025		Adhesivo Copia Registro Civil 37650540-2
ESTA REPRODUCCION FOTOMECANICA ES FIEL COPIA QUE REPOSA EN LOS ARCHIVOS DE LA REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL	MAYRA ALEJANDRA ESTRADA VEGA Registradora Auxiliar de Engativa Centro BOGOTA D.C.	ADHESIVO

Powered by CamScanner

ADRES

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

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

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	RC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1233703580
NOMBRES	AINARA SALOME
APELLIDOS	BABILONIA BALLESTA
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	SALUD TOTAL ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO Y DEL REGIMEN SUBSIDIADO S.A.	CONTRIBUTIVO	01/06/2026	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	06/30/2026 18:47:38	**Estación de origen:**	2801:12:c800:2070::1

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

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

Powered by CamScanner

RUI

AINARA SALOME BABILONIA BALLESTA

Sexo: Femenino

BOGOTÁ, D C — BOGOTÁ, D C

CLASIFICACIÓN RUI

C10

Vulnerabilidad

Fecha RSH:

DATOS PERSONALES

Tipo de Documento	**Registro civil**
Número de Documento	**1233703580**
Nacionalidad	**Colombiana**

Sisbén

INFORMACIÓN, SISBÉN IV

Para efectos del periodo de transición definido en el decreto 662 de 2026, presentamos su clasificación de Sisbén IV a 31 de julio de 2026

Vigente hasta: 31 de octubre de 2026

GRUPO SISBÉN IV

B7

Pobreza moderada

Powered by CamScanner

11

1

1192292

Cuenta contrato
Número de identificación de este predio

40791915412

Número para pagos
Número de esta factura de servicios públicos

¡Hola!

LEONARDO VELAZQUEZ

cl 65 116B 12

Barrio ENGATIVA Localidad ENGATIVA

Datos adicionales del predio

Clase de uso Comercial
Estrato 2
Unidades Habitacionales 0
Unidades No Habitacionales 1

Periodo facturado AGO/13/2025 - OCT/16/2025

Pago oportuno NOV/14/2025 Suspensión NOV/20/2025

ENE/10/2020 OCT/29/2025 05:56:51 OCT/29/2025 08:50:23

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

En este periodo consumiste menos agua que en el anterior

Accede y descubre el detalle de tu uso y consumo

Cámaras 110 110 Aseo

Powered by CamScanner

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

LOCALIDAD Engativa UNIDAD OPERATIVA: Jardin Infantil Cofinanciado Pepitos RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA: Diana Marcela Rubio Castaño

NOMBRE DEL RECOLECTOR Erika Steffania Sabogal Ramero DOCUMENTO DE IDENTIDAD CC X CE__ OTRO__ CUAL?_____ Número # _____

NOMBRE SOLICITANTE / BENEFICIARIO Ainara Salome Babilonia Ballesta DOCUMENTO DE IDENTIDAD CC__ CE__ OTRO X CUAL? RC Número # 1.233.703.580

FECHA DE ENTREGA PARA DIGITACIÓN: 24 09 2026 NOMBRE DEL DIGITADOR AL QUE SE ENTREGA LA FICHA. Juliana Fonseca C

Powered by CamScanner

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

Fecha de diligenciamiento: 04/08/2026

Número de ficha: 2026 | 10 | 7939 | 1 | 20529
(Año | Localidad | Proyecto | Código unidad operativa)

SECCIÓN A. VARIABLES BÁSICAS

1. Primer Apellido, según su documento de identidad: Lopez
2. Segundo Apellido, según su documento de identidad: Rodriguez
3. Primer Nombre, según su documento de identidad: Isabel
4. Segundo Nombre, según su documento de identidad: Melina

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

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

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

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

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

10. Número de documento de identificación: 1233703929

11. Municipio nacimiento: Bogotá

12. Departamento nacimiento: Cundinamarca

13. País nacimiento: Colombia

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

15. Fecha de nacimiento: (según su documento de identidad) 04/08/2005

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

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

18. Años aprobados:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

28. Valor de los ingresos mensuales: * (Esta pregunta aplica solo a personas mayores de 14 años)
5

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

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

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

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

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

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

35. Clasificación Sisbén

Powered by CamScanner

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

Fecha de diligenciamiento: 14 04 2026

Número de ficha: 2026 | 10 (Localidad) | 79 (Proyecto) | 39 (Código unidad operativa) | 12052 (Año)

SECCIÓN B. VARIABLES TRANSVERSALES

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

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

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

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

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

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

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

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

8. Grupo Etnico: ¿De acuerdo con su cultura, pueblo o rasgos físicos, es o se reconoce cómo? Indígena [1] / Rrom (Gitano) [2] / Raizal del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina [3] / Palenquero de San Basilio [4] / Negro/a, Mulato/a, afro colombiano/a, o afro descendiente. [5] / Ninguno de los anteriores [6] 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 [65]	Tubu [67]	Eperara-siapidara [30]	Muscas [16]	Kankuamo [45]	Pijao [14]	Embera Dóbida [29]	Otro ¿cuál? Digite código del instructivo
Pastos [65]	Senú [5]	Yanaconas [7]	Ingas [9]	Awa (Kwaiker) [11]	Kogui [49]	Kubeo [50]	Embera Katío [34]	

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

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

12. Número registro único de víctimas:

13. Año en que 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 [2] / No aplica [98] X *Si la respuesta es 2 o 98 Pase a 18*

Powered by CamScanner

	PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL FORMATO FICHA SIRBE SERVICIOS SOCIALES INFORMACIÓN BÁSICA Y TRANSVERSAL CABEZOTE	Codigo: FOR-PSS-021 Versión: 1 Fecha: Memo 20230015255 - 25/05/2023 Página: 3 de 6

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

Agricultura y labores del campo	1		Reciclaje	5		Cuidado de personas mayores	9		Mecánica	13		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 <5	8		Servicios generales	12		Electrónica	16		Belleza	20		Ninguna de las anteriores	24	

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

Rubro	Valor del gasto en pesos	Rubro	Valor del gasto en pesos
Vivienda (Arriendo y/o valor cuota	$ 200 000	Recreación	$ 200.000
Servicios públicos domiciliarios (agua, energía, gas, teléfono fijo, internet, teléfono celular, televisión por cable	$ 120 000	Gastos en salud (consultas, medicamentos, etc.)	$ 0
Pagos a terceros cuidadores	$ 0	Transporte o movilidad de los integrantes del hogar	$ 100 000
Artículos de aseo personal	$ 300 000	Educación (útiles, pensión, transporte escolar, fotocopias, etc.)	$ 0
Alimentación	$ 500 000	Total	$ 2 020 000

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

Si 1 | No 2 X | No informa 3

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

Si 1 | No 2 X | No informa 3

Powered by CamScanner

	PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL 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: 14 09 2026

Número de ficha: 2026 | 10 | 7939 | 12052 | 9

Año | Localidad | Proyecto | Código unidad operativa

SECCION C. UBICACIÓN GEOGRAFÍCA

1 Localidad donde habita

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

2. UPZ o UPR: 74

3. Nombre del barrio / Vereda: Sabana del Dorado

4. Escriba su dirección completa:

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

Número de la vía principal: 63	Alfabético	BIS	Cuadrante	Número vía generadora	Alfabético		Número placa	Cuadrante
Nombre de la vía principal:	B	X Alfabético	S S E E	119	B	-	29	S S E E
Nombre sinónimo de la vía principal:								

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

P1 2

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

6. Tipo de zona

Urbana 1 X | Rural 2 | Urbana sin dirección 3

7 Estrato socio – económico del predio

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

8. Teléfono fijo de contacto: 0

9 Teléfono celular de contacto: 3143854153

10 Correo electrónico de contacto tatiana20120@gmil.com

11 ¿Habita en una vivienda?

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

12. Tipo de vivienda

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

13. Condición de la vivienda

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

14. Tenencia de la vivienda

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

15 Forma de pago

Diaria 1
Mensual 2 X
Quincenal 3
Semanal 4
Contributivo 5

16. Lugar diferente a vivienda donde habita:

Equipamiento Urbano 1
Refugio natural 2

Powered by CamScanner

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

Fecha de diligenciamiento: 14 09 2023

Número de ficha: 2026 10 7939 12 05 29
(Año / Localidad / Proyecto / Código unidad operativa)

SECCIÓN D. INFORMACIÓN BÁSICA Y TRANSVERSAL SOBRE LA FAMILIA:

La información básica se repite para el jefe de núcleo familiar

No. Integrante	A: DOCUMENTO DE IDENTIDAD Tipo	A: DOCUMENTO DE IDENTIDAD Número	B: APELLIDOS (Escriba: En el renglón 1, primer apellido; En el renglón 2, segundo apellido)	C: NOMBRES (Escriba: En el renglón 1, primer nombre; En el renglón 2, segundo nombre)	D: Sexo	E: ¿Con cuál género se identifica?	F: ¿Transgenero masculino o transgenero femenino?	G: ¿Cuál es su orientación sexual?	H: FECHA NACIMIENTO Día	H: Mes	H: Año	I: Edad aproximada	J: ESTADO CIVIL	K: PARENTESCO (Con jefe/a del núcleo familiar)	L: NIVEL EDUCATIVO ACTUAL – NIVEL	L: NIVEL EDUCATIVO ACTUAL – Años aprobados	M: ¿Asiste actualmente?	N: SISTEMA DISTRITAL DE CUIDADO – ¿Es persona cuidadora/o?	O: Niños/as de 0 a 5 años	P: Niños/as de 6 a 10 años	Q: Persona con discapacidad	R: Persona mayor	S: Cuidado de casa	T: Actividad	U: Rol ocupacional	V: ¿Cuantas horas a la semana dedica a esta ocupación?	W: Valor de los ingresos mensuales	X: Forma de percibir los ingresos	Y: Localidad donde realiza actividad principal	Z: SALUD – Afiliado al régimen de seguridad social	AA: Régimen de seguridad social	AB: Calidad del afiliado	AC: DISCAPACIDAD – ¿Persona con discapacidad?	AD: DISCAPACIDAD – Tipo	AE: Grupo étnico	AF: Pueblo indígena	AG: VÍCTIMA DE CONFLICTO ARMADO – ¿Es víctima del conflicto armado?	AH: VÍCTIMA DE CONFLICTO ARMADO – Motivo	AI: ¿Ha recibido capacitación, formación o tiene experiencia en algún arte u oficio?	AJ: De acuerdo con la respuesta anterior ¿En qué cree que puede desempeñarse?
1	1	1014237778	1 Lopez	1 Jose	1	1		1	15	10	1992	33	3	1	12	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	13	32	60	2500000	2	10	X	2	1	Sí		6		Sí		Sí X	
			2 Bello	2 leonardo											7	X	X	X	X	X	X	X							No				No				No aplica	
2	1	1032486790	1 Rodriguez	1 Angie	2	2		1	20	04	2004	22	3	2	-21-	X	X	X	Sí	Sí	Sí	X	3	31					X	2	1	Sí		6		Sí		Sí X	
			2 Navarga	2 Tatiana											2	No	No	No	X	X	X	No							No				X				No aplica	
3	6	1233703929	1 Lopez	1 Isabel	2	98		98	14	01	2025	1	1	5	1	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	98	98					X	2	1	Sí		6		Sí		Sí No	
			2 Rodriguez	2 Helina												X	X	X	X	X	X	X							No				X				No aplica X	
4			1	1												Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí							Sí				Sí				Sí No	
			2	2												No	No	No	No	No	No	No							No				No				No aplica	
5			1	1												Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí							Sí				Sí				Sí No	
			2	2												No	No	No	No	No	No	No							No				No				No aplica	

Powered by CamScanner

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

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

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

Powered by CamScanner

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

Fecha de diligenciamiento: 14092026

Número Ficha: 2026 (Año) 10 (Localidad) 7939 (Proyecto) 1205 (Código Unidad Operativa) 29

SECCION E. MODALIDAD DE ATENCION

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

Modalidades Familiares

Creciendo Juntos ☐ Crecemos en la Ruralidad ☐

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

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

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

SECCION F. A QUIEN VA DIRIGIDA LA MODALIDAD FAMILIAR

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

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

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

SECCIÓN G. CONCEPCIÓN Y GESTACIÓN:

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

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

3. ¿Fecha del último control médico?

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Powered by CamScanner

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

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

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

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

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

4. ¿En qué semana de gestación nació su hija-o?: 37 Semanas
DATO VALIDO ENTRE 22 Y 42

5. ¿Cuál fue el peso de su hija-o al nacer?: 2980 Gramos
DATO VALIDO ENTRE 450 Y 6000

6. ¿Cuál fue la talla de su hija-o al nacer?: 50 Centímetros
DATO VALIDO ENTRE 22 Y 60

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

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

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

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

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

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

13. ¿Asisto 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?: 24/07/2016
Pase a la pregunta 16

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Powered by CamScanner

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

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

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

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

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

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

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

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

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

8. ¿Cuál es la edad en años del cuidador o la cuidadora principal?: 22

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

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

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

12. Nivel educativo actual del cuidador o la cuidadora principal: Básica primaria [7] Básica secundaria y media [8] Técnico [18] Tecnológico [19] Universitaria incompleta (sin título) [21 X] 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 X] Trabaja [2] Otro [3] ¿Cuál?: _____

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

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

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

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

18. Número de documento de identidad del cuidador-ra principal: 1032936790

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

TRANS ESPECTRO AUTISTA (TEA): TEA

AUDITIVA: Hipoacusia; Sordera

VISUAL: Baja visión; Ceguera

INTELECTUAL: Síndrome de Down; Intelectual

FISICA: Osteomuscular; Neuromuscular; Parálisis cerebral (EMOC)

PSICOSOCIAL: Psicosocial

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Powered by CamScanner

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

SECCIÓN N. DESCRIPCIÓN Y REFERENCIACIÓN:

1. Descripción de la problemática:

Hogar familiar nuclear el cual se conforma por papá, mamá e hija, Cuentan con un unico ingreso del hogar, el padre es Ingeniero Industrial graduado, labora como independiente y es quien realiza el aporte a la familia.
la madre se encuentra estudiando Ingeniería Industrial en las noches y es quien se encarga del cuidado de la menor mientras el padre llega a casa para encargarse de ella turnandose así el cuidado de la menor, no cuentan con una real de apoyo extensa, desean que la niña ingrese al jardín para que la madre pueda conseguir un trabajo y aportar al sustento.

2. Concepto técnico:

familia con fragilidad media, el ingreso alcanzo para el sostenimiento del hogar. la niña queda en lista de espera cuando se cuente con el cupo se avisara para realizar el proceso de matricula. El jardin ofrece a la familia espacios adecuados y seguros para la atencion adecuada de la menor.

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 X
No cumple criterios de ingreso 3

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

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

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

SED 1 ICBF 2 Ninguno de los anteriores 96 X

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

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

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

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

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

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

Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.014.237.778

LOPEZ BELLO

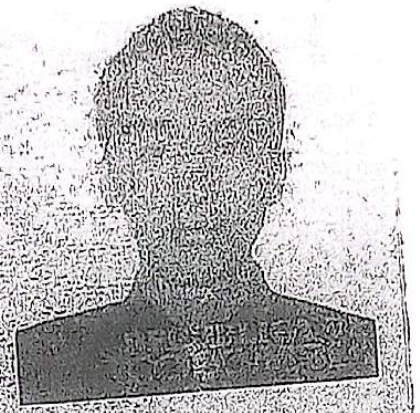
APELLIDOS

JOSE LEONARDO

NOMBRES

José Leonardo lopez B

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 15-OCT-1992

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.78 O+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO

12-NOV-2010 BOGOTA D.C
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

P-1500150-00274600-M-1014237778-20101229 0025360276A 1 35921659

Powered by CamScanner



REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.032.936.790

Apellidos
RODRIGUEZ MAYORGA

Nombres
ANGIE TATIANA

Nacionalidad
COL

Estatura
1.57

Sexo
F

Fecha de nacimiento
20 ABR 2004

G.S
A+

Lugar de nacimiento
BOGOTA D.C. (CUNDINAMARCA)

Fecha y lugar de expedición
21 ABR 2022, BOGOTA D.C.

Fecha de expiración
23 ENE 2033

Firma

0136812 78

REGISTRADOR NACIONAL
Alexander Vega Rocha

ICCOL0136812786150 01<<<<<<<<<<<
0404206F3301236COL1032936790<3
RODRIGUEZ<MAYORGA<<ANGIE<TATIA

Powered by CamScanner

Registraduría Auxiliar de Engativa Centro
Registrador Auxiliar
del Estado Civil

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 63317354

63317354

NUIP 1.233.703.929

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

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

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

REGISTRADURIA DE AUXILIAR ENGATIVA SEDE 2 - COLOMBIA - CUNDINAMARCA

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
LOPEZ	RODRIGUEZ

Nombre(s): ISABEL MELINA

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2025 Mes ENE Día 14	FEMENINO	O	NEGATIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección): COLOMBIA CUNDINAMARCA BOGOTA D.C.

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

Número certificado de nacido vivo: 250188100162 68

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

Apellidos y nombres completos: RODRIGUEZ MAYORGA ANGIE TATIANA

Documento de identificación (Clase y número): CC 1.032.936.790 — Nacionalidad: COLOMBIA

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

Apellidos y nombres completos: LOPEZ BELLO JOSE LEONARDO

Documento de identificación (Clase y número): CC 1.014.237.778 — Nacionalidad: COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: LOPEZ BELLO JOSE LEONARDO

Documento de identificación (Clase y número): CC 1.014.237.778 — Firma: José Leonardo Lopez B.

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 2025 Mes ENE Día 20

Nombre y firma del funcionario que autoriza: MAYRA ALEJANDRA ESTRADA VEGA - RE

Nombre y firma

Reconocimiento paterno

José Leonardo Lopez B.
Firma

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

~~20.ENE.2025 LIBRO DE VARIOS TOMO 22 FOLIO 100 MAESTRADA~~

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

ESTA REPRODUCCIÓN FOTOMECÁNICA ES FIEL COPIA DE LA ORIGINAL QUE REPOSA EN LOS ARCHIVOS DE LA REGISTRADURÍA
20 ENE 2025

Ciudad y Fecha
Bogota D.C.
20 ENE 2025

FOTOCOPIADO POR:

ESTA REPRODUCCION FOTOMECANICA ES FIEL COPIA QUE REPOSA EN LOS ARCHIVOS DE LA REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

MAYRA ALEJANDRA ESTRADA VEGA
Registradora Auxiliar de Engativa Centro
BOGOTA D.C.

ADHESIVO:

Adhesivo Copia Registro Civil 30840402-7

Powered by CamScanner

SaludTotal

BOGOTA, Julio 9 de 2026

Señora:

RODRIGUEZ MAYORGA ANGIE TATIANA

CC. 1032936790CL 70 80 2180 - 0

Ciudad

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

En relación con el asunto de la referencia, y atendiendo su solicitud, nos permitimos informarle que a la fecha de expedición de la presente comunicación consta en nuestra base de datos que su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS S.A. se realizó a partir de Marzo 12 de 2020. Los usuarios inscritos en su afiliación son:

Nombre	Documento	Tipo	Afiliación	Sem_cot	Sem_Ant	Parentesco	Estado_Afiliación	Fecha_de_desafiliación_EPS	Estado_Actual	Discapacidad
LOPEZ BELLO JOSE LEONARDO	1014237778	C	Ago-15-2024	52	26	COTIZANTE	VIGENTE		Proteccion Laboral 1, mes 1	Ninguna
RODRIGUEZ MAYORGA ANGIE TATIANA	1032936790	C	Mar-12-2020	53	26	COMPAÑERO	VIGENTE		Proteccion Laboral 1, mes 1	Ninguna
LOPEZ RODRIGUEZ ISABEL MELINA	1233703929	R	Ene-15-2025	52	0	HIJO MENOR DE 18 AÑOS	VIGENTE		Proteccion Laboral 1, mes 1	Ninguna

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

Razón_social_del_aportante	Usuario_en_contrato	Tipo_de_contrato	Estado_de_contrato
ANGIE TATIANA RODRIGUEZ MAYORGA	1032936790	Mecanismo de protección al cesante	CERRADO
CONTACTO SOLUTIONS SAS	1032936790	Dependiente	CERRADO
PRUEBAS GEOTECNICAS SAS	1032936790	Dependiente	CERRADO

CARTA NO VALIDA PARA TRASLADO

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

Cordialmente,

Gerencia de Operaciones Comercial

SALUD TOTAL EPS S.A.

Elaboró: Servicios en Línea

NOTA: En caso requerido, este certificado es válido para la atención a través del Régimen Subsidiado o como población vinculada, si el Estado Actual es afiliación cancelada, novedad de retiro de trabajo, afiliación no efectiva,

Powered by CamScanner

enel | Bogotá

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 393788237-5

Para pagos y consultas tu número de cliente es: **7519149-0**

No. Medidor: **20358285**

ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. NIT 860063875-6
Cra 9 No. 13 - 45 Piso 1

PAPEL ECOLÓGICO

¡Hola!

MARIA CONSUELO BELLO CUBILLOS
CL 63 B BIS NO 119 B 29 PI 2
PISO 2
BOGOTA, D.C. - SABANA DEL DORADO

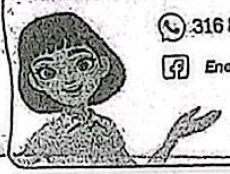
Valor a pagar	$41.900
Pago oportuno	20 MAY /2026
Fecha suspensión	22 MAY/2026
Tu próxima lectura	02 JUN /2026
Periodo Facturado:	Del 02 ABR/2026 al 04 MAY/2026 (33 días)

53522

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

Tipo de Lectura: Real | Ruta Reparto: 3 5 05 501 7829 | Carga kW: 2,00 | Estrato: 2
Clase de servicio: Residencial | Subclase: Básica

Contáctanos | Puntos de atención Enel



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

21374 - Página 1 de 2

Operador de aseo

BOGOTA LIMPIA S.A.S E.S.P
Dirección Oficina: Carrera 69 80-27/45 Local 4 - Horario de atención: L-V 7:00 am a 5:00 pm, S 9:00 am a 1:00 pm - Correo Electrónico: linea110@procaseo.co
Línea 110

Consejo para el uso eficiente de tu energía

Revisa con frecuencia las instalaciones eléctricas de tu hogar: así cuidas a tu familia, tus equipos funcionan mejor y ahorras energía.

Inscríbete a factura virtual

Regístrate en este código y recibe tu factura por correo electrónico



Si recibe **llamadas** o mensajes donde le **exigen dinero** para no hacerle **daño** a usted o a su **familia**, o si le solicitan dinero a cambio de realizar o evitar una acción, podría tratarse de **un caso de extorsión**.

Denuncia Línea 165 CAI o la Policía Nacional

¿Cómo pagar tu factura?

Medios virtuales de pago

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

Código QR para pagar por PSE

Almacenes de cadena

Billetera virtual

pay | DAVIplata | Nequi | MOVII | dale! | tpaga

Red distrital RED CADE

Centro de servicio enel Únicamente Chía, Girardot y Facatativá

Corresponsales bancarios

CONRED | efecty | Reval | MOVIRED



CONVIÉRTETE EN UNO DE LOS MÁS DE 1.000 GANADORES

5 VIAJES INTERNACIONALES | 5 BONOS DE MOTO
60 TV'S DE 55" | 200 CAMISETAS
200 BONOS DE MERCADO | 700 PAGOS DEL SERVICIO DE ENERGÍA

Campaña válida del 24 de abril al 19 de julio de 2026.

Solicita, usa tu Tarjeta de la Ciudad Crédito Fácil CODENSA o pide tu préstamo y podrás ganar.

Conoce el punto más cercano para solicitarlos escaneando el QR

Conoce términos y condiciones en www.creditofacilcodensa.com/credigolazo

DAVIbank | enel

Powered by CamScanner

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

LOCALIDAD Engativa UNIDAD OPERATIVA: Jardin Infantil Cofinanciado Pepitos RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA: Diana Marcela Rubio Castaño

NOMBRE DEL RECOLECTOR Erika Steffania Sabogal Romero DOCUMENTO DE IDENTIDAD CC X CE__ OTRO__ CUAL?_____ Número # _____

NOMBRE SOLICITANTE / BENEFICIARIO Isabel Melina Lopez Rodriguez DOCUMENTO DE IDENTIDAD CC__ CE__ OTRO X CUAL? RC Número # 1.233.703.929

FECHA DE ENTREGA PARA DIGITACIÓN: 14/09/2026 NOMBRE DEL DIGITADOR AL QUE SE ENTREGA LA FICHA: Sorlida Fonseca

Powered by CamScanner