



## HOGAR INFANTIL ASOCIACION COMPARTIR SUBA III-I.C.B.F. FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN AÑO 2026

FOTO 3X4  
FONDO AZUL

FECHA DE SOLICITUD: -----/-----/-----

- INFORMAMOS QUE ESTE FORMULARIO NO IMPLICA LA ASIGNACIÓN DEL CUPO Y TODOS LOS DATOS SERÁN PREVIAMENTE VERIFICADOS.
- ESTE ES UN PROGRAMA PARA HIJOS DE PADRES TRABAJADORES, POR LO TANTO, ES REQUISITO INDISPENSABLE QUE AMBOS PADRES TRABAJEN Y LO CERTIFIQUEN.

### I.DATOS PERSONALES Y FICHA DEL NIÑO/A

NOMBRES: \_\_\_\_\_

APELLIDOS: \_\_\_\_\_

IDENTIFICACION NUIP: \_\_\_\_\_

LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

EDAD EXACTA A FEBRERO/ 2025: AÑOS: \_\_\_\_\_ MESES: \_\_\_\_\_

NIVEL PARA INGRESAR TENIENDO EN CUENTA LA EDAD: \_\_\_\_\_ MES DE INGRESO \_\_\_\_\_

RH \_\_\_\_\_ EPS O ARS \_\_\_\_\_ NIVEL SISBEN \_\_\_\_\_

DIRECCION DOMICILIO: \_\_\_\_\_ TELEFONO: \_\_\_\_\_

BARRIO \_\_\_\_\_ NOMBRE DE CONJUNTO \_\_\_\_\_

### II.ESTADO FAMILIAR

MADRE CABEZA DE HOGAR \_\_\_\_\_ PADRE CABEZA DE HOGAR \_\_\_\_\_

ESTADO DE DESPLAZAMIENTO \_\_\_\_\_ FAMILIA CONFORMADA (PADRE, MADRE E HIJOS) \_\_\_\_\_

OTRA \_\_\_\_\_ CUAL \_\_\_\_\_

### III.IDENTIFICACION DE LOS PADRES

NOMBRES Y APELLIDOS DE LA MADRE \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_

No. CEDULA: \_\_\_\_\_ OCUPACIÓN: \_\_\_\_\_

TELÉFONOS: \_\_\_\_\_ CEL: \_\_\_\_\_

CORREO ELECTRONICO \_\_\_\_\_

NOMBRE EMPRESA DONDE LABORA: \_\_\_\_\_ DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_

HORARIO: \_\_\_\_\_ CARGO: \_\_\_\_\_ ANTIGÜEDAD: \_\_\_\_\_

SALARIO DEVENGADO Y/U OTROS INGRESOS: \$ \_\_\_\_\_

NOMBRES Y APELLIDOS DEL PADRE: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_

No. CEDULA: \_\_\_\_\_ OCUPACIÓN: \_\_\_\_\_

TELÉFONOS: \_\_\_\_\_ CEL: \_\_\_\_\_

CORREO ELECTRONICO \_\_\_\_\_

NOMBRE EMPRESA DONDE LABORA: \_\_\_\_\_ DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_

HORARIO: \_\_\_\_\_ CARGO: \_\_\_\_\_ ANTIGÜEDAD: \_\_\_\_\_

SALARIO DEVENGADO Y/U OTROS INGRESOS: \$ \_\_\_\_\_

ACUDIENTE: EL ACUDIENTE ES DISTINTO A LOS PADRES, ACLARAMOS QUE NO SE ADMITEN MENORES DE EDAD COMO ACUDIENTE.

NOMBRES Y APELLIDOS: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_

No. CEDULA: \_\_\_\_\_ PARENTESCO CON EL NIÑO/A \_\_\_\_\_

TELEFONOS: \_\_\_\_\_ CEL: \_\_\_\_\_

OCUPACIÓN: \_\_\_\_\_ DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_

CORREO ELECTRONICO \_\_\_\_\_

IV. OTROS

- ❖ MARQUE SI ES NIÑO NUEVO \_\_\_\_\_ ANTIGUO \_\_\_\_\_ EN EL HOGAR INFANTIL.
- ❖ INSTITUCIÓN DE DONDE PROVIENE EL NIÑO/A (SI HA TENIDO ATENCIÓN EN OTRO LUGAR)

INSTITUCIÓN	NIVEL	AÑO

- ❖ SU HIJO/A PRESENTA ALGUNA DISCAPACIDAD O CONDICIÓN ESPECIAL?

¿SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ CUAL? \_\_\_\_\_

- ❖ SU HIJO/A ASISTE O HA ASISTIDO A: FONOAUDIOLOGÍA \_\_\_\_\_ TERAPIA FÍSICA \_\_\_\_\_ TERAPIA OCUPACIONAL \_\_\_\_\_ PSICOLOGÍA \_\_\_\_\_ OTRA \_\_\_\_\_ CUÁL \_\_\_\_\_

- ❖ SOLICITÓ ANTERIORMENTE CUPO PARA SU HIJO/A EN ESTA INSTITUCIÓN? SI: \_\_\_\_\_ NO: \_\_\_\_\_ AÑO: \_\_\_\_\_

ANEXAR LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS:

- REGISTRO CIVIL **LEGIBLE (APLICA PARA NIÑOS NUEVOS)**
- NIVEL DEL SISBÉN (NO CORRESPONDE AL SISTEMA DE SALUD, CORRESPONDE AL CENSO; CONSULTARLO EN LA PÁGINA WEB DEL SISBÉN O DIRIGIRSE AL SUPERCADDE Y SOLICITAR VISITA)
- CERTIFICADO EPS O ARS
- COPIA RECIBO DE CODENSA DONDE ACTUALMENTE HABITA EL NIÑO/A.
- **PARA EMPLEADOS:** CARTA LABORAL VIGENTE DE CADA UNO DE LOS PADRES DONDE SE DEBE ESPECIFICAR: SALARIO MENSUAL DEVENGADO, HORARIO DE TRABAJO, CARGO, ANTIGÜEDAD, NOMBRE, DIRECCIÓN Y TELÉFONO DE LA ENTIDAD EMPLEADORA Y LOS DOS ÚLTIMOS DESPRENDIBLES DE PAGO DE NÓMINA DE AMBOS PADRES.
- **PARA INDEPENDIENTES:** EN EL CASO DE LOS TRABAJADORES INDEPENDIENTES O TRABAJADORES DEL SECTOR INFORMAL, CERTIFICACIÓN PERSONAL, DONDE SE DEBE ESPECIFICAR: ACTIVIDAD A LA QUE SE DEDICA, INGRESO MENSUAL DEVENGADO, HORARIO DE TRABAJO, CARGO, ANTIGÜEDAD, DIRECCIÓN Y TELÉFONO. **RUT ACTUALIZADO**, COPIA DE LA AUTOLIQUIDACIÓN DEL APOORTE PARA SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD Y/O AFILIACIÓN A REGIMEN SUBSIDIADO.
- PARA LAS MADRES Y/O PADRES CABEZA DE HOGAR UN DOCUMENTO QUE ACREDITE SU SITUACIÓN DE LA ENTIDAD QUE LLEVE SU PROCESO (Comisaría, I.C.B.F, Fiscalía), O EN SU DEFECTO UNA CONSTANCIA DE COMÚN ACUERDO FIRMADA ENTRE LAS PARTES **MEDIANTE EXTRAJUICIO**, DONDE SE ACREDITE LA CUOTA PACTADA DE SOSTENIMIENTO DEL NIÑO O NIÑA.
- EN CASO DE QUE EL NIÑO O NIÑA CUENTE CON DIAGNOSTICO O SE ENCUENTRE EN PROCESOS TERAPÉUTICOS (PSICOLOGÍA, FONOAUDIOLOGÍA, TERAPIA OCUPACIONAL, OTROS) POR FAVOR ADJUNTAR SOPORTES.
- SI SE ENCUENTRA EN CONDICIÓN DE DESPLAZAMIENTO, ADJUNTE EL DOCUMENTO QUE ASÍ LO ACREDITE.
- SI HACE PARTE DE ALGUNA ETNIA, ADJUNTE EL DOCUMENTO QUE ASÍ LO ACREDITE.
- FOTO RECIENTE. (DEBE IR PEGADA EN EL FORMULARIO).

FIRMAS:

PAPÁ \_\_\_\_\_ C.C.No. \_\_\_\_\_

MAMÁ \_\_\_\_\_ C.C. No \_\_\_\_\_

ACUDIENTE \_\_\_\_\_ C.C.No. \_\_\_\_\_

NOTA: DILIGENCIAR COMPLETAMENTE EL FORMULARIO, ADJUNTANDO LA DOCUMENTACIÓN REQUERIDA, DE LO CONTRARIO NO SE INICIARÁ PROCESO DE PRE INSCRIPCION.

ESPACIO EXCLUSIVO PARA LA INSTITUCIÓN: OBSERVACIONES:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_