ACTA N°

FECHA: Bogotá, 27 de mayo 2024

HORA: 4:00 pm

LUGAR: Jardín Infantil Raíces

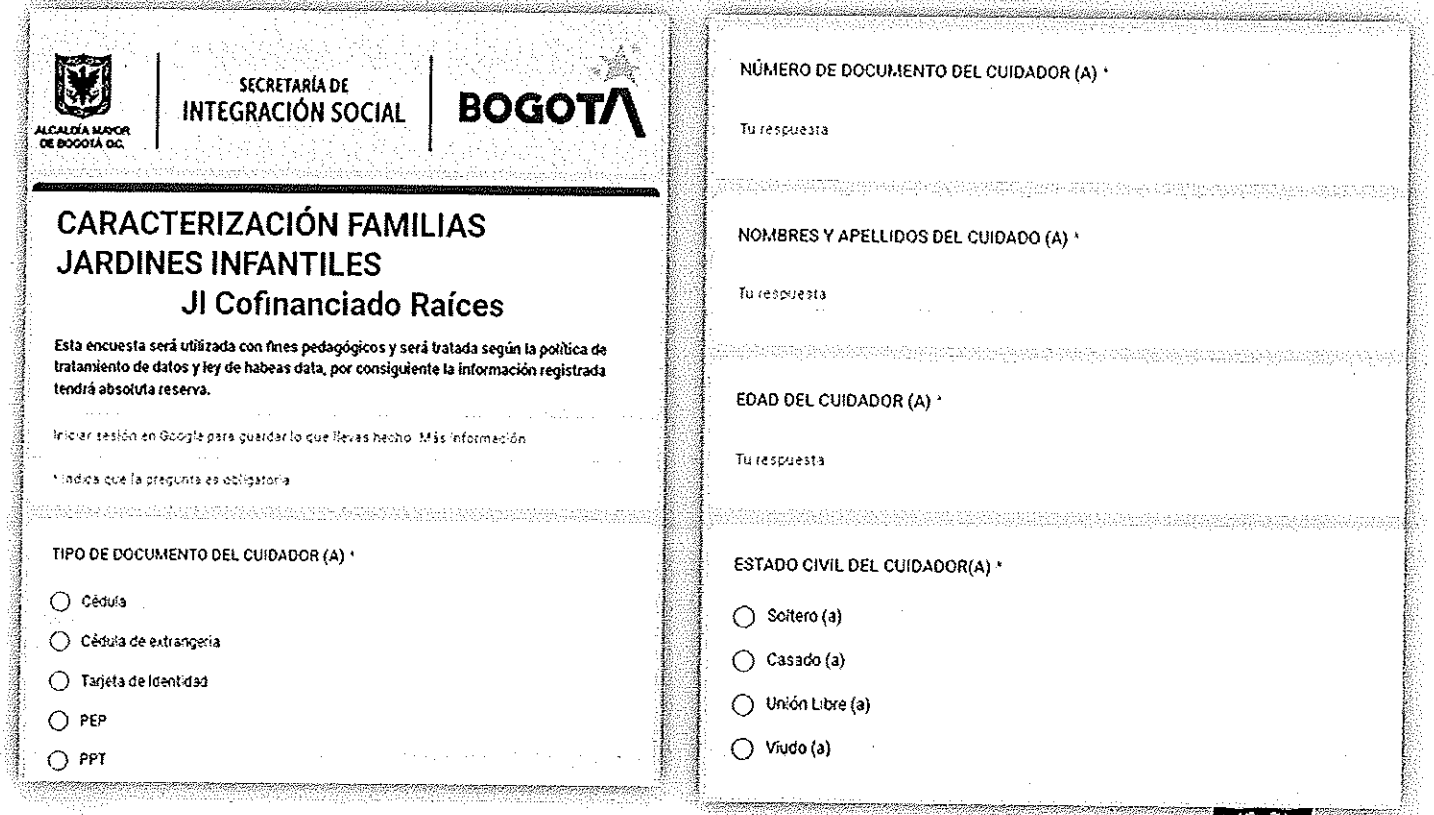
TEMA: Recolección datos sociodemográficos.

ASISTENTES:

Nohora Pedraza – Responsable del servicio

ORDEN DEL DÍA: Herramienta recolección datos sociodemográficos.

DESARROLLO: Se elaboró en conjunto el equipo transversal y la responsable del servicio una herramienta digital la cual permitirá al Jardín Infantil Raíces recolectar, organizar los datos los datos sociodemográficos por medio de un formulario google https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSdhRT7nFoOpxwTEfmsDC5xmvw7DgEyTC9TiJxYXCavuf7ByUg/viewform?usp=sf_link



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

CARACTERIZACIÓN FAMILIAS JARDINES INFANTILES
JI Cofinanciado Raíces

Esta encuesta será utilizada con fines pedagógicos y será tratada según la política de tratamiento de datos y ley de habeas data, por consiguiente la información registrada tendrá absoluta reserva.

Iniciar sesión en Google para guardar lo que llevas hecho. Más información

* Indica que la pregunta es obligatoria

TIPO DE DOCUMENTO DEL CUIDADOR (A) *

- Cédula
- Cédula de extrangeria
- Tarjeta de Identidad
- PEP
- PPT

NÚMERO DE DOCUMENTO DEL CUIDADOR (A) *

Tu respuesta

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CUIDADO (A) *

Tu respuesta

EDAD DEL CUIDADOR (A) *

Tu respuesta

ESTADO CIVIL DEL CUIDADOR(A) *

- Soltero (a)
- Casado (a)
- Unión Libre (a)
- Viudo (a)

¿EL CUIDADOR (A) VIVE ACTUALMENTE CON EL PARTICIPANTE DEL JARDIN? *

- ◯ SI
- ◯ NO

NIVEL DE ESTUDIOS APROBADOS DEL CUIDADOR (A) *

- ◯ Preescolar
- ◯ Primaria
- ◯ Básica secundaria o media
- ◯ Técnico
- ◯ Tecnólogo
- ◯ Universitario incompleto
- ◯ Universitario completo
- ◯ Postgrado incompleto
- ◯ Postgrado completo
- ◯ Ninguno

NOMBRE Y APELLIDOS DEL NIÑO (A) PARTICIPANTE DEL JARDIN *

Tu respuesta

NÚMERO DE DOCUMENTO DEL NIÑO(A) PARTICIPANTE DEL JARDIN *

Tu respuesta

EPS DEL NIÑO (A) PARTICIPANTE DEL JARDIN *

Tu respuesta

REGIMEN NIÑO(A) PARTICIPANTE DEL JARDIN *

- ◯ Subsidiado (sisben)
- ◯ Contributivo

¿EL NIÑO(A) PARTICIPANTE DEL JARDIN PRESENTA ALGUNA DISCAPACIDAD? *

- ◯ SI
- ◯ NO

NIVEL AL QUE ASISTE EL NIÑO(A) PARTICIPANTE DEL JARDIN *

- ◯ Sala materna
- ◯ Caminadores
- ◯ Parvulos
- ◯ Pre-jardín

PARENTESCO CON EL NIÑO (A) PARTICIPANTE DEL JARDIN *

- ◯ Padre / Madre
- ◯ Padrastro / Madrastra
- ◯ Abuelo(a)
- ◯ Tio(a)
- ◯ Primo (a)
- ◯ Otro pariente
- ◯ Otro NO pariente

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA DEL NIÑO(A) PARTICIPANTE DEL JARDIN *

Tu respuesta

BARRIO *

Tu respuesta

¿CUANTAS PERSONAS VIVEN EN EL HOGAR? *

Tu respuesta

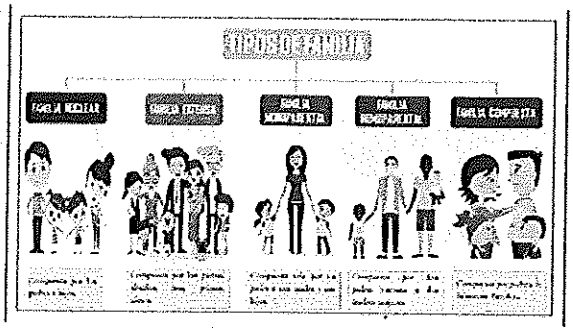
¿LOS ADULTOS QUE VIVEN EN EL HOGAR CUENTAN CON EMPLEO ACTUALMENTE? *

- ◯ SI
- ◯ NO

¿QUE ACTIVIDADES REALIZAN EN FAMILIA DURANTE EL TIEMPO LIBRE? *

Tu respuesta

SELECCIONE EL TIPO DE FAMILIA AL QUE PERTENECE *



- ◯ Nuclear
- ◯ Monoparental
- ◯ Homoparental
- ◯ Compuesta
- ◯ Extensa

¿EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS SE HA PRESENTADO VIOLENCIA DENTRO DEL CONTEXTO FAMILIAR? *

- ◯ SI
- ◯ NO

DESCRIBA LAS COSTUMBRE QUE TIENEN EN SU FAMILIA, CREENCIAS, RELIGIÓN, TRADICIONES Y PRACTICAS CULTURALES *

Tu respuesta

SEGUN SU CORRESPONSABILIDAD EN EL AREA DE LA SALUD ¿SU HIJO (A) TIENE ALGUN DIAGNOSTICO? *

- ◯ SI
- ◯ NO

SI SU RESPUESTA EN LA ANTERIOR PREGUNTA FUE SI, INDIQUE EL DIAGNOSTICO DEL NIÑO(A) Y SI ESTA POR ESTUDIO.

Tu respuesta

SI SU RESPUESTA EN LA ANTERIOR PREGUNTA FUE SI, INDIQUE EL DIAGNOSTICO DEL NIÑO(A) Y SI ESTA POR ESTUDIO. *

- ◯ De habla y lenguaje
- ◯ De comportamiento e hiperquinetico
- ◯ De los procesos cognitivos
- ◯ De la función motriz
- ◯ Ninguna

SI SU HIJO(A) TIENE ALGUNA DISCAPACIDAD ¿HA TENIDO BARRERAS PARA ACCEDER A LAS TERAPIAS POR LA EPS? *

- ◯ SI
- ◯ NO

SI SU RESPUESTA A LA ANTERIOR PREGUNTA FUE SI, DESCRIBA BREVEMENTE LA ACCION QUE USTED COMO CUIDADOR(A) REALIZA, FRENTE A LAS BARRERAS DE LA EPS

Tu respuesta

¿CONOCE USTED LA RUTA O LAS ENTIDADES GUBERNAMENTALES QUE LE PERMITEN ACCEDER A CITAS MEDICAS O TERAPIAS INTEGRALES? *

- ◯ SI
- ◯ NO

SI SU RESPUESTA ANTERIOR FUE SI, DESCRIBA BREVEMENTE QUE ENTIDADES CONOCE. *

Tu respuesta

HA SIDO VÍCTIMA DE ALGÚN TIPO DE VIOLENCIA *

- ◯ SI
- ◯ NO

CUÁL DE LAS SIGUIENTES VÍAS LEGALES, HA USADO PARA INSTAURAR DENUNCIAS FRENTE ALGÚN TIPO DE VIOLENCIA *

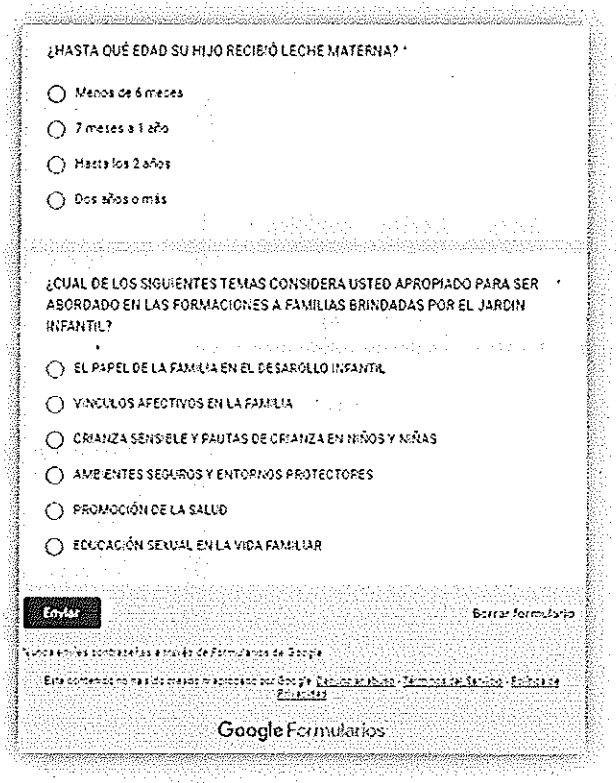
- ◯ POLICÍA, FISCALÍA
- ◯ COMISARIA DE FAMILIA
- ◯ ICBF (INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR)
- ◯ PROCURADURÍA Y DEFENSORÍA DEL PUEBLO
- ◯ NINGUNA DE LA ANTERIORES
- ◯ TODAS LAS ANTERIORES

CREES QUE LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR AFECTA PSICOLÓGICAMENTE A LOS NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES QUE LA PRESENCIA *

- ◯ SI
- ◯ NO

¿HASTA QUÉ EDAD SU HIJO RECIBIÓ LECHE MATERNA? *

- ◯ Menos de 6 meses
- ◯ 7 meses a 1 año



¿HASTA QUÉ EDAD SU HIJO RECIBIÓ LECHE MATERNA? *

- Menos de 6 meses
- 7 meses a 1 año
- Hasta los 2 años
- Dos años o más

¿CUAL DE LOS SIGUIENTES TEMAS CONSIDERA USTED APROPIADO PARA SER ABORDADO EN LAS FORMACIONES A FAMILIAS BRINDADAS POR EL JARDIN INFANTIL? *

- EL PAPEL DE LA FAMILIA EN EL DESAROLLO INFANTIL
- VINCULOS AFECTIVOS EN LA FAMILIA
- CRIANZA SENSIBLE Y PAUTAS DE CRIANZA EN NIÑOS Y NIÑAS
- AMBIENTES SEGUROS Y ENTORNOS PROTECTORES
- PROMOCIÓN DE LA SALUD
- EDUCACIÓN SEXUAL EN LA VIDA FAMILIAR

Enviar — Borrar formulario

Nunca envíes contraseñas a través de Formularios de Google.

Este contenido no ha sido creado ni aprobado por Google. Denunciar abuso - Términos del Servicio - Política de Privacidad

Google Formularios

Compromisos:

Compromisos	Responsables	Fecha de Ejecución

CONVOCATORIA. Se propone una nueva reunión para el día

En constancia de lo anterior firman:

Nombres y Apellidos	Cargo o Tipo de vinculación	Dependencia	Firma
Nohora Liliana Pedraza F.	Responsable del S	JI Raices	

Anexos: Link
https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSdhRT7nFoOpxwTEfmsDC5xmvw7DgEyTC9TiJxYXCavuf7ByUg/viewform

Elaboró: Nohora Pedraza – Responsable del servicio.