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

Fecha de diligenciamiento: D 3 M 7 M 2 0 2 4

Número de ficha: 2024 (Año) 19774 (Localidad / Proyecto) 120931 (Código unidad operativa)

SECCCIÓN A. VARIABLES BÁSICAS

1. Primer Apellido, según su documento de identidad: Martinez

2. Segundo Apellido, según su documento de identidad: Martinez

3. Primer Nombre, según su documento de identidad: Jhon

4. Segundo Nombre, según su documento de identidad: Jaiderzon

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

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

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

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

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

10. Número de documento de identificación: 1074536645

11. Municipio nacimiento: Bogotá

12. Departamento nacimiento: Cundinamarca

13. País nacimiento: Colombia.

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

15. Fecha de nacimiento: *(según su documento de identidad)* D 28 M 3 A 2001

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

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

18. Años aprobados:

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

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

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

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

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

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

25. Actividad Principal: * (Esta pregunta aplica solo a personas mayores de 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]

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]

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

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

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

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

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

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

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

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

35. Clasificación Sisbén: A4

Fecha de diligenciamiento: D 30 M 07 A 2024

Número de ficha: 2024 (Año) 19 (Localidad) 7744 (Proyecto) 12093 1 (Código unidad operativa)

## SECCIÓN B. VARIABLES TRANSVERSALES

**1. Persona con discapacidad:**
Si 1 | No 2 X *Pase a 4*

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

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

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

**4. Tipología de estructura familiar:**
Hogar familiar Nuclear 1 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 victimas del conflicto armado 3
No aplica 98 X

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

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

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

**9. Pueblo indígena: (En las instrucciones de diligenciamiento se encuentra la lista completa de los pueblos indígenas con sus respectivos códigos, en la opción otro se debe escribir solo el código que refiera el instructivo**
Nasa (Páez) 1 | Quillasinga 4 | Sicuani 6 | Misak Misak 60 | Cañamomos 10 | Kichwas 15 | Arhuacos 13 | Embera Chamí 35 | Ninguna de las anteriores 17 X
Wayuu 2 | Uitotos 85 | Tubu 67 | Eperara-siapidara 30 | Muiscas 16 | Kankuamo 45 | Pijao 14 | Embera Dóbida 29 | Otro ¿cuál? Digite código del instructivo
Pastos 65 | Senú 5 | Yanaconas 7 | Ingas 9 | Awa (Kwaiker) 11 | Kogui 49 | Kubeo 50 | Embera Katío 34

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

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

**12. Número registro único de víctimas**

**13. Año en que realizo la declaración:**

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

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

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

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

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

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

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

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

| Rubro | Valor del gasto en pesos | Rubro | Valor del gasto en pesos |
|---|---|---|---|
| Vivienda (Arriendo y/o valor cuota | $ 400.000 | Recreación | $ 100.000 |
| Servicios públicos domiciliarios (agua, energía, gas, teléfono fijo, internet, teléfono celular, televisión por cable | $ 120.000 | Gastos en salud (consultas, medicamentos, etc.) | $ 150.000 |
| Pagos a terceros cuidadores | $ 50.000 | Transporte o movilidad de los integrantes del hogar | $ 50.000 |
| Artículos de aseo personal | $ 70.000 | Educación (útiles, pensión, transporte escolar, fotocopias, etc.) | $ 0 |
| Alimentación | $ 300.000 | Total | $ |

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

Si 1 | No 2 | No informa 3 X

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

Si 1 | No 2 | No informa 3 X

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

Fecha de diligenciamiento: 03072024

Número de ficha: 2024 19 7749 12 09 31
(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 X |
| Chapinero | 2 | San Cristóbal | 4 | Tunjuelito | 6 | Kennedy | 8 | Engativá | 10 | Barrios Unidos | 12 | Los Mártires | 14 | Puente Aranda | 16 | Rafael Uribe | 18 | Sumapaz | 20 |

2. UPZ o UPR:

3. Nombre del barrio / Vereda: Santa Viviana

4. Escriba su dirección completa:

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Calle | CL | Transversal | TV | Avenida | AV | Número de la vía principal: 74 | Alfabético | BIS | Cuadrante | Número vía generadora | Alfabético | | Número placa | Cuadrante |
| Carrera | KR X | Avenida calle | AC | | | Nombre de la vía principal: | D | Alfabético | S S | 75 | C | - | 46 | S S |
| Diagonal | DG | Avenida carrera | AK | | | Nombre sinónimo de la vía principal: | | | 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. 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. Pent-house | SC. Salón Comunal | TO. Torre | |

6. Tipo de zona

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Urbana | 1 X | Rural | 2 | Urbana sin dirección | 3 |

7. Estrato socio – económico del predio

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

8. Teléfono fijo de contacto:

9. Teléfono celular de contacto: 3241745516

10. Correo electrónico de contacto

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 X |
| Refugio natural | 2 |

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

Fecha de diligenciamiento: 03 07 2024

Número de ficha: 2024 19 7744 1209 31
(Año: 2024 | Localidad: 19 | Proyecto: 7744 | Código unidad operativa: 1209 31)

SECCIÓN D. INFORMACIÓN BÁSICA Y TRANSVERSAL SOBRE LA FAMILIA:

La información básica se repite para el jefe de núcleo familiar

| No. Integrante | A | | B | C | D | E | F | G | H | | | | I | J | K | | L | M | N | O | P | Q | R | S | T | U | V | W | X | | | Y | | Z | AA | AB | | AC | | AD |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | DOCUMENTO DE IDENTIDAD | | APELLIDOS<br>Escriba:<br>En el renglón 1, primer apellido<br>En el renglón 2, segundo apellido | NOMBRES<br>Escriba:<br>En el renglón 1, primer nombre<br>En el renglón 2, segundo nombre | Sexo | ¿Con cuál género se identifica? | ¿Transgenero masculino o transgenero femenino? | ¿Cuál es su orientación sexual? | FECHA NACIMIENTO | | | Edad aproximada | ESTADO CIVIL | PARENTESCO (Con jefe/a del núcleo familiar) | NIVEL EDUCATIVO ACTUAL | | SISTEMA DISTRITAL DE CUIDADO | | | | | | Actividad | Rol ocupacional | ¿Cuantas horas a la semana dedica a esta ocupación? | Valor de los ingresos mensuales | Forma de percibir los ingresos | Localidad donde realiza actividad principal | SALUD | | | DISCAPACIDAD | | Grupo étnico | Pueblo Indígena | VÍCTIMA DE CONFLICTO ARMADO | | ¿Ha recibido capacitación, formación o tiene experiencia en algún arte u oficio? | | De acuerdo con la respuesta anterior ¿En qué cree que puede desempeñarse? |
| | Tipo | Número | | | | | | | Día | Mes | Año | | | | NIVEL | Años aprobados | ¿Asiste actualmente? | ¿Es persona cuidadora/a? | Niños/as de 0 a 5 años | Niños/as de 6 a 10 años | Persona con discapacidad | Persona mayor | Cuidado de casa | | | | | | | Afiliado al régimen de seguridad social | Régimen de seguridad social | Calidad del afiliado | ¿Persona con discapacidad? | Tipo | | | ¿Es víctima del conflicto armado? | Motivo | | | |
| 1 | 1 | 1234646167 | 1 Martinez | 1 Abran | 1 | 1 | 1 | 1 | 9 | 11 | 1999 | | 1 | 1. | 7 | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | 1 | | | 1300000 | | | Sí | | | Sí | | 6 | | Sí | | Sí | No |
| | | | 2 Garcia | 2 Alberto | | | | | | | | | | | | No | No | No | No | No | No | No | | | | | | | No | 2 | 2 | No | | | | No | | No aplica | |
| 2 | 1 | 1002193655 | 1 Martinez | 1 Heidi | 2 | 2 | 2 | 1 | 24 | 01 | 2022 | | 1 | 3 | 8 | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | | | | | | | Sí | | | Sí | | 6 | | Sí | | Sí | No |
| | | | 2 Ferreira | 2 Yurany | | | | | | | | | | | | No | No | No | No | No | No | No | | | | | | | No | 2 | 2 | No | | | | No | | No aplica | |
| 3 | 6 | 1021536645 | 1 Martinez | 1 Jhon | 1 | | | 5 | 18 | 3 | 2021 | | | | | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | | | | | | | Sí | | | Sí | | 6 | | Sí | | Sí | No |
| | | | 2 Martinez | 2 Jaiderzon | | | | | | | | | | | | No | No | No | No | No | No | No | | | | | | | No | 2 | 2 | No | | | | No | | No aplica | |
| 4 | | | 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 | |
| 5 | | | 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 | |

| No. Integrante | A | | B | C | D | E | F | G | H | | | | I | J | K | | L | M | N | O | P | Q | R | S | T | U | V | W | X | | Y | | Z | AA | AB | | AC | AD |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | DOCUMENTO DE IDENTIDAD | | APELLIDOS<br>Escriba:<br>En el renglón 1, primer apellido<br>En el renglón 2, segundo apellido | NOMBRES<br>Escriba:<br>En el renglón 1, primer nombre<br>En el renglón 2, segundo nombre | Sexo | ¿Con cuál género se identifica? | ¿Transgenero masculino o transgenero femenino? | ¿Cuál es su orientación sexual? | FECHA NACIMIENTO | | | Edad aproximada | ESTADO CIVIL | PARENTESCO (Con jefe/a del núcleo familiar) | NIVEL EDUCATIVO ACTUAL<br>NIVEL<br>Años aprobados | ¿Asiste actualmente? | SISTEMA DISTRITAL DE CUIDADO | | | | | | Actividad | Rol ocupacional | ¿Cuantas horas a la semana dedica a esta ocupación? | Valor de los ingresos mensuales | Forma de percibir los ingresos | Localidad donde realiza actividad principal | SALUD | | | DISCAPACIDAD | | Grupo étnico | Pueblo Indígena | VÍCTIMA DE CONFLICTO ARMADO | | ¿Ha recibido capacitación, formación o tiene experiencia en algún arte u oficio? | De acuerdo con la respuesta anterior ¿En qué cree que puede desempeñarse? |
| | Tipo | Número | | | | | | | Día | Mes | Año | | | | | | ¿Es persona cuidadora/a? | Niños/as de 0 a 5 años | Niños/as de 6 a 10 años | Persona con discapacidad | Persona mayor | Cuidado de casa | | | | | | | Afiliado al régimen de seguridad social | Régimen de seguridad social | Calidad del afiliado | ¿Persona con discapacidad? | Tipo | | | ¿Es víctima del conflicto armado? | Motivo | | |
| 6 | | | 1 | 1 | | | | | | | | | | | | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | | | | | | | Sí | | | Sí | | | | Sí | | Sí No | |
| | | | 2 | 2 | | | | | | | | | | | | No | No | No | No | No | No | No | | | | | | | No | | | No | | | | No | | No aplica | |
| 7 | | | 1 | 1 | | | | | | | | | | | | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | | | | | | | Sí | | | Sí | | | | Sí | | Sí No | |
| | | | 2 | 2 | | | | | | | | | | | | No | No | No | No | No | No | No | | | | | | | No | | | No | | | | No | | No aplica | |
| 3 | | | 1 | 1 | | | | | | | | | | | | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | | | | | | | Sí | | | Sí | | | | Sí | | Sí No | |
| | | | 2 | 2 | | | | | | | | | | | | No | No | No | No | No | No | No | | | | | | | No | | | No | | | | No | | No aplica | |
| 9 | | | 1 | 1 | | | | | | | | | | | | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | | | | | | | Sí | | | Sí | | | | Sí | | Sí No | |
| | | | 2 | 2 | | | | | | | | | | | | No | No | No | No | No | No | No | | | | | | | No | | | No | | | | No | | No aplica | |
| 10 | | | 1 | 1 | | | | | | | | | | | | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | | | | | | | Sí | | | Sí | | | | Sí | | Sí No | |
| | | | 2 | 2 | | | | | | | | | | | | No | No | No | No | No | No | No | | | | | | | No | | | No | | | | No | | No aplica | |
| 11 | | | 1 | 1 | | | | | | | | | | | | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | | | | | | | Sí | | | Sí | | | | Sí | | Sí No | |
| | | | 2 | 2 | | | | | | | | | | | | No | No | No | No | No | No | No | | | | | | | No | | | No | | | | No | | No aplica | |
| 12 | | | 1 | 1 | | | | | | | | | | | | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | | | | | | | Sí | | | Sí | | | | Sí | | Sí No | |
| | | | 2 | 2 | | | | | | | | | | | | No | No | No | No | No | No | No | | | | | | | No | | | No | | | | No | | No aplica | |
| 13 | | | 1 | 1 | | | | | | | | | | | | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | | | | | | | Sí | | | Sí | | | | Sí | | Sí No | |
| | | | 2 | 2 | | | | | | | | | | | | No | No | No | No | No | No | No | | | | | | | No | | | No | | | | No | | No aplica | |

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

| ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. | PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOC. | Código: | FOR-PSS-334 |
|---|---|---|---|
| | 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: 03072024

Número Ficha: 2024 (Año) 19 (Localidad) 744 (Proyecto) 1209 (Código Unidad Operativa) 31

## 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 [4] 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: Jl Waldorf

## 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 pregunta 12*

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 gustaria:
Tener otro..... [1] No tener otro... [2]
Está indecisa/o Insegura/o... [3] *Pase sección k*

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

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

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

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

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

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/douta [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?: 3000 Gramos
DATO VALIDO ENTRE 450 Y 6000

6. ¿Cuál fue la talla de su hija-o al nacer?: 52 Centimetros
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] No sabe/No responde [5]
Menos de 1 hora [2 X] Más de 24 horas [4]

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

14. ¿Fecha del último control?: 08/05/2024 *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] Traqueotomia [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)*
Jardin infantil Diurno [1] Casas de pensamiento interculturales [4] Hogar comunitario ICBF [7] Institución privada [10]
Jardin 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?:
Jardin infantil Diurno [1] Casas de pensamiento interculturales [4] Hogar comunitario ICBF [7] Institución privada [10]
Jardin 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 X]
Chapinero [2] San Cristóbal [4] Tunjuelito [6] Kennedy [8] Engativá [10] Barrios Unidos [12] Los Mártires [14] Puente Aranda [16] Rafael Uribe [18] Sumapaz [20]

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

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]

## 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. ¿Cuanto 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 | Tio-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 | Tio-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 X | Padrastro... 3 | Madrastra.. 4 | Hermano-a 5 | Tio-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 | Tio-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 años

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

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

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

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

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

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

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

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

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

18. Número de documento de identidad del cuidador-ra principal. 1002195655

Nombres y apellidos del cuidador-ra principal (*según documento identidad*) 19. Primer Apellido: Martinez | 20. Segundo Apellido: Ferrera | 21. Primer Nombre: Heydy | 22. Segundo Nombre: Yurani

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 seccion 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 hiperquineticos..... | De los procesos cognitivos.....

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

*AUDITIVA*: Hipoacusia..... | Sordera .....

*VISUAL*: Baja visión..... | Ceguera.....

*INTELECTUAL*: Sindrome 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: Fonoaudiologia 1 | Fisioterapia... 2 | Terapia ocupacional 3 | Neurologia... 4 | Otro... 5 | -cuál?_____

SECCIÓN N. DESCRIPCIÓN Y REFERENCIACIÓN:

1. Descripción de la problemática:

la familia esta conformado por la mamá quien no tiene trabajo por el momento es la cuidadora del niño, el padre no vive con el niño pero responde por la cuota alimentaria, el abuelo materno es con quien vive. Por tanto esta buscando el cupo del niño para así poder buscar trabajo.

2. Concepto técnico:

Se solicita el cupo en el jardin infantil waldorf ya que cumple con los criterios solicitados, necesita tener el cupo para poder brindarle un mejor bienestar al niño. Cuidando de el, y cumpliendo con los deberes y derechos de su hijo

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

MATERNAL ☐ CAMINADORES ☐ PARVULOS ☐ PREJARDIN ☒ JARDIN ☐

De acuerdo con la oferta institucional de su momento, indique si ingresa a atención presencial o algún esquema de atención flexible.

ATENCIÓN PRESENCIAL ☒ ALTERNANCIA: ☐ EI EN CASA ☐ MULTIMODAL ☐

3. Acciones a seguir:

Ingreso prioritario..... 1 ☐
Lista de espera – Cumple criterios de ingreso..... 2 ☒
No cumple criterios de ingreso..... 3 ☐

4. ¿Requiere visita domiciliaria? - Si... 1 ☐ No... 2 ☒ *Pase a la pregunte 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 ☒

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

- Si... 1 ☐ - No... 2 ☒ No oferta niveles 3 ☐

7. Referenciación a un proyecto SDIS: - Si... 1 ☐ - No 2 ☒ *Pase a la pregunte 8*

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

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

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

OK 18/07 1Pm

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

Fecha de diligenciamiento: D 08 M 07 2024

Número de ficha: 2024 (Año) 19 (Localidad) 774 (Proyecto) 1209 (Código unidad operativa) 31

## SECCCIÓN 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 |
|---|---|---|---|
| Rojas | Vargas | Hellen | Dayana |

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

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

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

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

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

**10. Número de documento de identificación:** 1.016.753.098

**11. Municipio nacimiento:** Cundinamarca

**12. Departamento nacimiento** Bogotá

**13. País nacimiento:** Colombia

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

**15. Fecha de nacimiento:** *(según su documento de identidad)* 22 11 2021

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

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

**18. Años aprobados:**

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

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

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

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

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

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

**25. Actividad Principal:** * (Esta pregunta aplica solo a personas mayores de 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

**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

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

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

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

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

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

**32. Regimen de seguridad social**
Contributivo 1 | Subsidiado 2 X | Especial 3

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

**34. ¿Tiene clasificación de Sisbén?**
Si 1 | No 2 X

**35. Clasificación Sisbén**

Fecha de diligenciamiento: 08 07 2024

Número de ficha: 2024 19 774 1209 31
(Año | Localidad | Proyecto | Código unidad operativa)

## SECCIÓN B. VARIABLES TRANSVERSALES

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

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

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

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

**4. Tipología de estructura familiar:** Hogar familiar Nuclear [1] 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 victimas del conflicto armado [3]; No aplica [98] X

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

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

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

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

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

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

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

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

**13. Año en que realizo la declaración:**

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

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

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

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

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

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

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

19. En los últimos treinta (30) días, ¿Cuantos 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 | $ 600.000 | 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.) | $ 20.000 |
| Pagos a terceros cuidadores | $ 320.000 | Transporte o movilidad de los integrantes del hogar | $ 220.000 |
| Artículos de aseo personal | $ 150.000 | Educación (útiles, pensión, transporte escolar, fotocopias, etc.) | $ |
| Alimentación | $ 300.000 | Total | $ |

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

Si 1 | No 2 | No informa 3 X

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

Si 1 | No 2 | No informa 3 X

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

Fecha de diligenciamiento: 08072024

Número de ficha: 2024 (Año) 19 (Localidad) 7744 (Proyecto) 120931 (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 X |
| Chapinero | 2 | San Cristóbal | 4 | Tunjuelito | 6 | Kennedy | 8 | Engativá | 10 | Barrios Unidos | 12 | Los Mártires | 14 | Puente Aranda | 16 | Rafael Uribe | 18 | Sumapaz | 20 |

2. UPZ o UPR: 69

3. Nombre del barrio / Vereda: Sierra Moreno

4. Escriba su dirección completa:

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

Número de la vía principal: 73

Nombre de la vía principal:

Nombre sinónimo de la vía principal:

| Alfabético | BIS | Alfabético | Cuadrante | Número vía generadora | Alfabético | | Número placa | Cuadrante |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| G | | | S S | 75 | B | – | 20 | 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 | BQ. Bloque | CT. Carretera | ET. Etapa | LM. Local Mezzanine | OF. Oficina | PN. Puente | SM. Súper manzana | UN. Unidad |
| AG. Agrupación | CA. Casa | DP. Depósito | GJ. Garaje | LS. Local sótano | OS. Oficina sótano | PS. Paseo | SR. Sector | UR. Unidad residencial |
| AL. Altillo | CEL. Célula | DS. Depósito sótano | GS. Garaje sótano | LT. Lote | PA. Parcela | PT. Portería | SS. Semi sótano | URB. Urbanización |
| AP. Apartamento | CM. Camino | ED. Edificio | IN. Interior | MD. Modulo | PD. Predio | SA. Salón | SU. Suite | ZN. Zona |
| AS. Apartamento sótano | CN. Consultorio | EN. Entrada | KM. Kilometro | MN. Mezzanine | PH. Pent-house | SC. Salón Comunal | TO. Torre | |

6. Tipo de zona

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Urbana | 1 X | Rural | 2 | Urbana sin dirección | 3 |

7. Estrato socio – económico del predio

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

8. Teléfono fijo de contacto:

9. Teléfono celular de contacto: 3214631511 / 3143022438

10. Correo electrónico de contacto: m.olesandra15@gmail.com

11. ¿Habita en una vivienda?.

| | | |
|---|---|---|
| Si | 1 | |
| No | 2 X | *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 X | | |
| Refugio natural | 2 | | |

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

Fecha de diligenciamiento: 08/07/2024

Número de ficha: 2024 19 7444 12 0 9 3 1
(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 | | B | C | D | E | F | G | H | | | I | J | K | | L | M | N | O | P | Q | R | S | T | U | V | W | X | | | Y | | Z | AA | AB | | AC | AD |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | DOCUMENTO DE IDENTIDAD | | APELLIDOS<br>Escriba:<br>En el renglón 1, primer apellido<br>En el renglón 2, segundo apellido | NOMBRES<br>Escriba:<br>En el renglón 1, primer nombre<br>En el renglón 2, segundo nombre | Sexo | ¿Con cuál género se identifica? | ¿Transgenero masculino o transgenero femenino? | ¿Cuál es su orientación sexual? | FECHA NACIMIENTO | | | Edad aproximada | ESTADO CIVIL | PARENTESCO (Con jefe/a del núcleo familiar) | NIVEL EDUCATIVO ACTUAL | ¿Asiste actualmente? | SISTEMA DISTRITAL DE CUIDADO | | | | | | Actividad | Rol ocupacional | ¿Cuantas horas a la semana dedica a esta ocupación? | Valor de los ingresos mensuales | Forma de percibir los ingresos | Localidad donde realiza actividad principal | SALUD | | | DISCAPACIDAD | | Grupo étnico | Pueblo Indígena | VÍCTIMA DE CONFLICTO ARMADO | | ¿Ha recibido capacitación, formación o tiene experiencia en algún arte u oficio? | De acuerdo con la respuesta anterior ¿En qué cree que puede desempeñarse? |
| | Tipo | Número | | | | | | | Día | Mes | Año | | | NIVEL<br>Años aprobados | | ¿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 | | |
| 1 | 1 | 1.123.160.573 | 1 Rojas<br>2 | 1 Mario<br>2 Eduardo | 1 | 1 | 1 | 1 | 23 | 04 | 1983 | 41 | 3 | 1 | 8 | Sí<br>No | Sí<br>No | Sí<br>No | Sí<br>No | Sí<br>No | Sí<br>No | Sí<br>No | 1 | | 48 | 1'350.000 | 2 | | Sí<br>No | 1 | 2 | Sí<br>No | | 6 | 68 | Sí<br>No | | Sí<br>No<br>No aplica | |
| 2 | 1 | 1024.472.957 | 1 Vargas<br>2 Rojas | 1 Maria<br>2 Alexandra | 2 | 2 | 2 | 1 | 21 | 05 | 1987 | 37 | 3 | 3 | 18 | Sí<br>No | Sí<br>No | Sí<br>No | Sí<br>No | Sí<br>No | Sí<br>No | Sí<br>No | 1 | | | | 2 | | Sí<br>No | 2 | 1 | Sí<br>No | | 6 | 68 | Sí<br>No | | Sí<br>No<br>No aplica | |
| 3 | 3 | 1023165262 | 1 Rojas<br>2 Vargas | 1 Cristian<br>2 Andrey | 1 | 1 | | | 15 | 02 | 2009 | 15 | 1 | 5 | 8 | Sí<br>No | Sí<br>No | Sí<br>No | Sí<br>No | Sí<br>No | Sí<br>No | Sí<br>No | 96 | | | | | | Sí<br>No | 2 | 1 | Sí<br>No | | 6 | 68 | Sí<br>No | | Sí<br>No<br>No aplica | |
| 4 | 6 | 1016953098 | 1 Rojas<br>2 Vargas | 1 Hellen<br>2 Dayana | 2 | 2 | | | 22 | 11 | 2021 | 2 | | 5 | | Sí<br>No | Sí<br>No | Sí<br>No | Sí<br>No | Sí<br>No | Sí<br>No | Sí<br>No | 98 | | | | | | Sí<br>No | 2 | 1 | Sí<br>No | | 6 | 68 | Sí<br>No | | Sí<br>No<br>No aplica | |
| 5 | | | 1<br>2 | 1<br>2 | | | | | | | | | | | | Sí<br>No | Sí<br>No | Sí<br>No | Sí<br>No | Sí<br>No | Sí<br>No | Sí<br>No | | | | | | | Sí<br>No | | | Sí<br>No | | | | Sí<br>No | | Sí<br>No<br>No aplica | |

| No. Integrante | A | | B | C | D | E | F | G | H | | | | I | J | K | | L | M | N | O | P | Q | R | S | T | U | V | W | X | | Y | | Z | AA | AB | | AC | | AD |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | DOCUMENTO DE IDENTIDAD | | APELLIDOS<br>Escriba:<br>En el renglón 1, primer apellido<br>En el renglón 2, segundo apellido | NOMBRES<br>Escriba:<br>En el renglón 1, primer nombre<br>En el renglón 2, segundo nombre | Sexo | ¿Con cuál género se identifica? | ¿Transgenero masculino o transgenero femenino? | ¿Cuál es su orientación sexual? | FECHA NACIMIENTO | | | Edad aproximada | ESTADO CIVIL | PARENTESCO (Con jefe/a del núcleo familiar) | NIVEL EDUCATIVO ACTUAL<br>NIVEL<br>Años aprobados | ¿Asiste actualmente? | SISTEMA DISTRITAL DE CUIDADO | | | | | | Actividad | Rol ocupacional | ¿Cuantas horas a la semana dedica a esta ocupación? | Valor de los ingresos mensuales | Forma de percibir los ingresos | Localidad donde realiza actividad principal | SALUD | | | DISCAPACIDAD | | Grupo étnico | Pueblo Indígena | VÍCTIMA DE CONFLICTO ARMADO | | ¿Ha recibido capacitación, formación o tiene experiencia en algún arte u oficio? | | De acuerdo con la respuesta anterior ¿En qué cree que puede desempeñarse? |
| | Tipo | Número | | | | | | | Día | Mes | Año | | | | | | ¿Es persona cuidador/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 | |
| 3 | | | 1 | 1 | | | | | | | | | | | | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | | | | | | | Sí | | | Sí | | | | Sí | | Sí | No | |
| | | | 2 | 2 | | | | | | | | | | | | No | No | No | No | No | No | No | | | | | | | No | | | No | | | | No | | No aplica | |
| 9 | | | 1 | 1 | | | | | | | | | | | | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | | | | | | | Sí | | | Sí | | | | Sí | | Sí | No | |
| | | | 2 | 2 | | | | | | | | | | | | No | No | No | No | No | No | No | | | | | | | No | | | No | | | | No | | No aplica | |
| 10 | | | 1 | 1 | | | | | | | | | | | | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | | | | | | | Sí | | | Sí | | | | Sí | | Sí | No | |
| | | | 2 | 2 | | | | | | | | | | | | No | No | No | No | No | No | No | | | | | | | No | | | No | | | | No | | No aplica | |
| 11 | | | 1 | 1 | | | | | | | | | | | | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | | | | | | | Sí | | | Sí | | | | Sí | | Sí | No | |
| | | | 2 | 2 | | | | | | | | | | | | No | No | No | No | No | No | No | | | | | | | No | | | No | | | | No | | No aplica | |
| 12 | | | 1 | 1 | | | | | | | | | | | | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | | | | | | | Sí | | | Sí | | | | Sí | | Sí | No | |
| | | | 2 | 2 | | | | | | | | | | | | No | No | No | No | No | No | No | | | | | | | No | | | No | | | | No | | No aplica | |
| 13 | | | 1 | 1 | | | | | | | | | | | | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | | | | | | | Sí | | | Sí | | | | Sí | | Sí | No | |
| | | | 2 | 2 | | | | | | | | | | | | No | No | No | No | No | No | No | | | | | | | No | | | No | | | | No | | No aplica | |

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

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

Fecha de diligenciamiento: 08072024

Número Ficha: 2024 (Año) 19 (Localidad) 774 (Proyecto) 4120931 (Código Unidad Operativa)

## SECCION E. MODALIDAD DE ATENCION

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

Modalidades Familiares

Creciendo Juntos [ ] Crecemos en la Ruralidad [ ]

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

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

2. Escriba el nombre de la Subdirección Local – SLIS o Unidad Operativa donde se identifica la gestante, lactante, niña o el niño: J.I Waldorf

## 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 seccion 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]
Entre 17 y 20 años [2] Más de 41 años... [4]
Menor de 14 años [5]

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

17. Después de la hija-hijo que está esperando, le gustaria:
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 X]
Cesárea. .. ..... [2]

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

3. ¿Está usando un método anticonceptivo?
Si. ..... [1 X]
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 X]

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

6. ¿Quién le brindo la información sobre los temas anteriores?:
Hospital..... [1 X] 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 X] Parcialmente de acuerdo. .. [2] En desacuerdo. . [3]

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

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

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 atendio 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 que semana de gestacion nació su hija-o?: 37 Semanas
DATO VALIDO ENTRE 22 Y 42

5. ¿Cuál fue el peso de su hija-o al nacer?: 2220 Gramos
DATO VALIDO ENTRE 450 Y 6000

6. ¿Cuál fue la talla de su hija-o al nacer?: 46 Centimetros
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] No sabe/No responde [5]
Menos de 1 hora [2 X] Más de 24 horas [4]

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

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

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

12. ¿Qué edad tenía su hija-o cuando dejo de darle leche materna completamente?: 24 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?: 06/03/2019
*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 dia?:
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 dia?:
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 X]

20. ¿La condicion 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 X]

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

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

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

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

25. ¿Ha presentado solicitud de ingreso a?: *(Selección múltiple)*
Jardin infantil Diurno [1] Casas de pensamiento interculturales [4] Hogar comunitario ICBF [7] Institución privada [10]
Jardin 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?:
Jardin infantil Diurno [1] Casas de pensamiento interculturales [4] Hogar comunitario ICBF [7] Institución privada [10]
Jardin 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 Bolivar [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 X] 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]

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

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

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

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

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

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

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?: 37

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

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

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

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

13. A qué se dedica el cuidador -ra principal? Estudia..... 1 | Trabaja..... 2 X | 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: 1.024.472.957

Nombres y apellidos del cuidador-ra principal (*según documento identicad*) 19. Primer Apellido: Vargas | 20. Segundo Apellido: Rojas | 21. Primer Nombre: María | 22. Segundo Nombre: Alexandra

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 X

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

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

## 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 X

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

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

## 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 seccion 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 seccion N*

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

SECCIÓN N. DESCRIPCIÓN Y REFERENCIACIÓN:

1. Descripción de la problematica:

La familia esta conformada por cuatro integrantes, el padre trabaja quien es el jefe del hogar, la mamá trabaja media tiempo ya que cuida a la niña pequeña y esta encasa, el otro hijo se encuentra escolarizado, quiere trabajar todo el día para que entre mejores ingresos al hogar.

2. Concepto técnico:

Se Solicita el cupo al Jardin Infantil waldorf ya que cumple con los criterios Solicitados, para velar y brindarle los Cuidados necesarios a la niña, y de esa forma se hace cumplir los derechos y deberes de ella, buscando el bienestar de la familia.

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 [X] 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 pregunte 5*

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

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

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

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

7. Referenciación a un proyecto SDIS: - Si... 1 [ ] - No 2 [X] *Pase a la pregunte 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?: _____

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

Fecha de diligenciamiento: 17 / 07 / 2024

Número de ficha: 2024 (Año) | 19 (Localidad) | 7144 (Proyecto) | 12 (Código unidad operativa) | 093 | 1

## SECCIÓN A. VARIABLES BASICAS

1. Primer Apellido, segun su documento de identidad: Mercado
2. Segundo Apellido, según su documento de identidad: Vitola
3. Primer Nombre, según su documento de identidad: Fabio de Jesus
4. Segundo Nombre, según su documento de identidad

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

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

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

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

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

10. Número de documento de identificación: 1.103.526.194
11. Municipio nacimiento: Sucre
12. Departamento nacimiento: Sincelejo

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

15. Fecha de nacimiento *(según su documento de identidad)*: 16 / 09 / 2021

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

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

18. Años aprobados:

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

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

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

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

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

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

25. Actividad Principal. * (Esta pregunta aplica solo a personas mayores de 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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

35. Clasificación Sisbén

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

Fecha de diligenciamiento: 17/07/2024

Número de ficha: 2024 (Año) 19 (Localidad) 774 (Proyecto) 12093 (Código unidad operativa) 1

## 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 victimas del conflicto armado | 3 | |
| No aplica | 98 | X |

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**13. Año en que realizo la declaración:**

**14. Si respondió afirmativamente la pregunta 11, indique los motivos: (Selección múltiple)**

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Acto terrorista, atentado | 1 | Amenazas | 3 | Masacres | 5 | Tortura | 7 | Desaparición forzada | 9 | Minas personales, municiones sin explotar y artefactos explosivos | 11 | VSRC en su grupo familiar | 14 |
| Combates, enfrentamientos | 2 | Homicidio | 4 | Secuestro | 6 | Despojo y abandono de tierras | 8 | Desplazamiento forzado | 10 | Vinculación de niños/as y adolescentes a grupos al margen de la ley | 12 | VSRC en población LGBTI | 15 |
| Orfandad | 16 | No informa | 17 X | | | | | | | | | | |

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

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

**17. ¿Ha recibido capacitación, formación o tiene experiencia en algún arte u oficio?:** ** (Esta pregunta aplica solo a personas mayores de 14 años).*

Si [1] — No aplica [98] X — No [2]

*Si la respuesta es 2 o 98 Pase a 18*

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

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

19. En los últimos treinta (30) días, ¿Cuantos 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 | $ 400000 | Recreación | $ 25000 |
| Servicios públicos domiciliarios (agua, energía, gas, teléfono fijo, internet, teléfono celular, televisión por cable | $ 120000 | Gastos en salud (consultas, medicamentos, etc.) | $ 15000 |
| Pagos a terceros cuidadores | $ 120000 | Transporte o movilidad de los integrantes del hogar | $ 20000 |
| Artículos de aseo personal | $ 60000 | Educación (útiles, pensión, transporte escolar, fotocopias, etc.) | $ |
| Alimentación | $ 300000 | Total | $ |

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

| Si | 1 | | No | 2 | | No informa | 3 | X |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

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

| Si | 1 | | No | 2 | | No informa | 3 | X |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

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

Fecha de diligenciamiento: 17072024

Número de ficha: 2024 (Año) 19 (Localidad) 7744 (Proyecto) 120931 (Código unidad operativa)

SECCIÓN 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 X

Chapinero 2 | San Cristóbal 4 | Tunjuelito 6 | Kennedy 8 | Engativá 10 | Barrios Unidos 12 | Los Mártires 14 | Puente Aranda 16 | Rafael Uribe 18 | Sumapaz 20

2. UPZ o UPR: 69

3. Nombre del barrio / Vereda: Santa Viviana

4. Escriba su dirección completa:

Calle CL | Transversal TV | Avenida AV

Carrera KR X | Avenida calle AC

Diagonal DG | Avenida carrera AK

Número de la vía principal: 74

Nombre de la vía principal:

Nombre sinónimo de la vía principal:

| Alfabético | BIS | Cuadrante | Número vía generadora | Alfabético | | Número placa | Cuadrante |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| C | Alfabético | S S / E E | 75 | C | – | 46 | S S / E E |

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

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

6. Tipo de zona

Urbana 1 X | Rural 2 | Urbana sin dirección 3

7. Estrato socio – económico del predio

Uno 1 X | Tres 3 | Cinco 5

Dos 2 | Cuatro 4 | Cero 0

8. Teléfono fijo de contacto:

9. Teléfono celular de contacto: 3245192673

10. Correo electrónico de contacto: vitolaenvar@gmail.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

Aceptable 4 X

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 X

Refugio natural 2

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

Fecha de diligenciamiento: 17 07 2024

Número de ficha: 2024 19 7441 2093 1

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 | | B | C | D | E | F | G | H | | | | I | J | K | | L | M | N | O | P | Q | R | S | T | U | V | W | X | | | Y | | Z | AA | AB | | AC | | AD |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | DOCUMENTO DE IDENTIDAD | | APELLIDOS<br>Escriba:<br>En el renglón 1, primer apellido<br>En el renglón 2, segundo apellido | NOMBRES<br>Escriba:<br>En el renglón 1, primer nombre<br>En el renglón 2, segundo nombre | Sexo | ¿Con cuál género se identifica? | ¿Transgenero masculino o transgenero femenino? | ¿Cuál es su orientación sexual? | FECHA NACIMIENTO | | | Edad aproximada | ESTADO CIVIL | PARENTESCO (Con jefe/a del núcleo familiar) | NIVEL EDUCATIVO ACTUAL<br>NIVEL<br>Años aprobados | ¿Asiste actualmente? | SISTEMA DISTRITAL DE CUIDADO | | | | | | Actividad | Rol ocupacional | ¿Cuantas horas a la semana dedica a esta ocupación? | Valor de los ingresos mensuales | Forma de percibir los ingresos | Localidad donde realiza actividad principal | SALUD | | | DISCAPACIDAD | | Grupo étnico | Pueblo Indígena | VÍCTIMA DE CONFLICTO ARMADO | | ¿Ha recibido capacitación, formación o tiene experiencia en algún arte u oficio? | | De acuerdo con la respuesta anterior ¿En qué cree que puede desempeñarse? |
| | Tipo | Número | | | | | | | Día | Mes | Año | | | | | | ¿Es persona cuidadora/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 | | | |
| 1 | 1 | 1102807005 | 1 Vitola<br>2 Perez | 1 Yoladis<br>2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 3 | 11 | 1982 | 42 | 1 | 1 | 8 | Si<br>No | X<br>X | X<br>No | Si<br>No | Si<br>No | Si<br>No | Si<br>No | 1 | 1 | 48 | 1'600.000 | 2 | | X<br>No | 1 | 1 | Si<br>No | | 69 | | Si<br>No aplica | | Si X<br>No aplica | | |
| 2 | 6 | 1103526194 | 1 Mercado<br>2 Vitola | Fabio de Jesus<br>2 | 1 | 1 | | 69 | 16 | 09 | 2021 | 2 | | 5 | | Si<br>No | Si<br>No | Si<br>No | Si<br>No | Si<br>No | Si<br>No | Si<br>No | | | | | | | X<br>No | 2 | 2 | Si<br>No | | 69 | | Si<br>No aplica | | Si X<br>No aplica | | |
| 3 | | | 1<br>2 | 1<br>2 | | | | | | | | | | | | Si<br>No | Si<br>No | Si<br>No | Si<br>No | Si<br>No | Si<br>No | Si<br>No | | | | | | | Si<br>No | | | Si<br>No | | | | Si<br>No aplica | | Si No<br>No aplica | | |
| 4 | | | 1<br>2 | 1<br>2 | | | | | | | | | | | | Si<br>No | Si<br>No | Si<br>No | Si<br>No | Si<br>No | Si<br>No | Si<br>No | | | | | | | Si<br>No | | | Si<br>No | | | | Si<br>No aplica | | Si No<br>No aplica | | |
| 5 | | | 1<br>2 | 1<br>2 | | | | | | | | | | | | Si<br>No | Si<br>No | Si<br>No | Si<br>No | Si<br>No | Si<br>No | Si<br>No | | | | | | | Si<br>No | | | Si<br>No | | | | Si<br>No aplica | | Si No<br>No aplica | | |

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

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

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

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

Fecha de diligenciamiento: 17072024

Número Ficha: 2024 (Año) 19 (Localidad) 774 (Proyecto) 4 (Código Unidad Operativa) 12 (Código Unidad Operativa) 09 (Código Unidad Operativa) 31 (Código Unidad Operativa)

## SECCION E. MODALIDAD DE ATENCION

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

Modalidades Familiares

Creciendo Juntos [ ] Crecemos en la Ruralidad [ ]

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

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

2. Escriba el nombre de la Subdirección Local – SLIS o Unidad Operativa donde se identifica la gestante, lactante, niña o el niño: J.I. Waldorf

## 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*

## SECCION 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]

Entre 17 y 20 años [2] Más de 41 años... [4] Menor de 14 años [5]

6. ¿Cuenta con el apoyo del padre de su hija-hijo para el cuidado de su embarazo?:

Si.. [1] No... [2]

7. ¿Quién cuidará principalmente a su hija-hijo despues 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 vinculo 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 pregunta 12*

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 formula..... [2]

Leche de vaca... [3] Otros alimentos..... [4]

17. Después de la hija-hijo que está esperando, le gustaria:

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 X]

Cesarea. ..... [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 X] La elección del acompañante [4]

3. ¿Está usando un método anticonceptivo?

Si. ..... [1]

No. ..... [2 X]

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 X]

5. ¿Ha recibido información o capacitación acerca de algunos de estos temas?: *(selección múltiple)*

Lactancia materna... [3] Construccion del vinculo afectivo madre- hijo. [6] Ninguna [93 X] *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 X] Colegio..... [3] Otra entidad..... [5] Otra persona... [6]

SDIS..... [2] ONG..... [4] Partera/ doula... [9]

7. Qué opina sobre esta afirmacion: "Se debe amamantar a su hijo e hija durante los primeros 6 meses de vida de forma exclusiva":

Totalmente de acuerdo. ..... [1 X] Parcialmente de acuerdo. .. [2] En desacuerdo. . [3]

8. ¿Tiene información sobre como iniciar la alimentación complementaria?

Si..... [1] No.... [2 X]

9. ¿Tiene acompañamiento para su cuidado durante la lactancia?

Si. ... [1] No.... [2 X]

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

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

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

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

4. ¿En que semana de gestación nació su hija-o?: 35 Semanas
DATO VALIDO ENTRE 22 Y 42

5. ¿Cuál fue el peso de su hija-o al nacer?: 3.500 Gramos
DATO VALIDO ENTRE 450 Y 6000

6. ¿Cuál fue la talla de su hija-o al nacer?: 52 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]
Menos de 1 hora [2] Más de 24 horas [4]
No sabe/No responde [5 X]

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

10. La niña o el niño recibe algún alimento diferente a la leche materna?: Si [1 X] No [2] *Pasé 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?: 6 Meses

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

14. ¿Fecha del último control?: 11/04/2023 *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 X] 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 X]

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 X]

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

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

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

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]

## 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. ¿Cuanto 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: Papa..... 1 | Mamá..... 2 X | Padrastro 3 | Madrastra 4 | Hermano-a..... 5 | Tio-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 | Tio-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 | Tio-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 | Tio-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?: 42

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

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

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

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

13. A qué se dedica el cuidador -ra principal? Estudia..... 1 | Trabaja..... 2 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 extranjeria..... 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: 1.102.8XXXXX

Nombres y apellidos del cuidador-ra principal (*según documento identidad*) 19. Primer Apellido: Vitola | 20. Segundo Apellido: Perez | 21. Primer Nombre: Yoladis | 22. Segundo Nombre:

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

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

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

## 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 X | 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 X | 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 X

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

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

## 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 X

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

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

## SECCION M: DISCAPACIDAD Y ALTERACIONES EN EL DESARROLLO Si en la pregunta 7 de la sección B del cabezote indico que la niña o niño, gestante presenta alguna discapacidad diligencié esta sección, de lo contrario *pase a seccion 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 excepcion 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: Fonoaudiologia 1 | Fisioterapia... 2 | Terapia ocupacional 3 | Neurologia... 4 | Otro... 5 -cuál?_____

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

SECCIÓN N DESCRIPCIÓN Y REFERENCIACIÓN:

1. Descripcion de la problematica:

La familia del niño esta conformada Por la mamá, quien es la Persona que trabaja Por turnos, para Sustentar el hogar no cuenta con ningun tipo de apoyo, ya que lleva viviendo unos meses aca en Bogotá. Tiene que llevar al niño a la casa del cuidador mientras que la mamá trabaja.

2. Concepto técnico:

Se debe garantizar el cupo en el Jardin infantil waldorf ya que cumple con los criterios Solicitados, tambien para brindarle los cuidados necesarios y de ese mismo modo tener un buen bienestar cumpliendole los derechos y deberes tanto del niño como de la Seguridad a la madre.

Si ingresa a un jardin 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 múltiple):

SED 1 ICBF 2 Ninguno de los anteriores 96 X

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

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

7. Referenciación a un proyecto SDIS: - Si... 1 - No 2 X *Pase a la pregunte 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?: ___

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

Fecha de diligenciamiento: 24 07 2024

Número de ficha: 2024 19 7 4 12093 1
(Año / Localidad / Proyecto / Código unidad operativa)

SECCCIÓN 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 |
|---|---|---|---|
| Hernandez | Vaquiro | christy | Antonella |

| 5. ¿Con cuál género se identifica? * (Esta pregunta aplica solo a personas mayores de 14 años): | 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 femenino o transgénero masculino? * (Esta pregunta aplica solo a personas mayores de 14 años y que hayan marcado la opción 3 de la pregunta 5): | 8. ¿Cuál es su orientación sexual?: * (Esta pregunta aplica solo a personas mayores de 14 años): |
|---|---|---|---|
| Masculino 1 · Femenino 2 · Transgénero 3 (Travestí, transexual, transformista) · No binario 5 · No informa 4 · No Aplica 98 | — | Transgénero Masculino 1 · Transgénero Femenina 2 | Heterosexual 1 · Bisexual 3 · Otro ¿Cuál? · Lesbiana 5 · No informa 4 · Gay 6 · No Aplica 98 |

| 9. Tipo de documento de identificación: | 10. Número de documento de identificación: | 11. Municipio nacimiento: | 12. Departamento nacimiento |
|---|---|---|---|
| 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 | 1.029.544.729 | Cundinamarca | Bogotá |

| 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 | 16 07 2002 | Soltero/a 1 · Casado/a 2 · Unión libre 3 · Separado/a Divorciado/a 4 · Viudo/a 5 · Unión marital de hecho 6 |

17. Nivel educativo actual

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

18. Años aprobados:

| 19. ¿Es persona cuidador/a? (pregunta para mayores de 14 años | 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 (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) | 26. Rol ocupacional: * (Esta pregunta aplica solo a personas mayores de 14 años | 27. ¿Cuántas horas a la semana dedica al rol ocupacional seleccionado?: (Esta pregunta aplica solo a mayores de 14 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 | 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 | 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): | 30. Localidad donde desarrolla su rol ocupacional: * (Esta pregunta aplica solo a personas mayores de 14 años): |
|---|---|---|
| $ | Diario 1 · Semanal 4 · Mensual 2 · Quincenal 5 · Esporádico 3 · No aplica 98 | Usaquén 1 · San Cristóbal 4 · Bosa 7 · Engativá 10 · Teusaquillo 13 · Puente Aranda 16 · Ciudad Bolívar 19 · Chapinero 2 · Usme 5 · Kennedy 8 · Suba 11 · Los Mártires 14 · La Candelaria 17 · Sumapaz 20 · Santa fe 3 · Tunjuelito 6 · Fontibón 9 · Barrios Unidos 12 · Antonio Nariño 15 · Rafael Uribe 18 · No Aplica 98 |

| 31. ¿Está afiliado a seguridad social?: | 32.Regimen de seguridad social | 33. Calidad del afiliado: | 34. ¿Tiene clasificación de Sisbén? | 35. Clasificación Sisbén |
|---|---|---|---|---|
| Si 1 X · No 2 (pase a la pregunta 34) | Contributivo 1 · Subsidiado 2 X · Especial 3 | *Aplica solo si la respuesta en la pregunta 32 es "Contributivo"* Beneficiario 1 X · Cotizante 2 | Si 1 X · No 2 | C17 |

Fecha de diligenciamiento: 24 MAY 2024

Número de ficha: 2024 | 19 | 7744 | 12093 | 1
(Año | Localidad | Proyecto | Código unidad operativa)

## SECCIÓN B. VARIABLES TRANSVERSALES

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

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

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

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

**4. Tipología de estructura familiar:**
- Hogar familiar Nuclear [1] 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 victimas del conflicto armado [3]
- No aplica [98] X

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

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

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

**9. Pueblo indígena:** (En las instrucciones de diligenciamiento se encuentra la lista completa de los pueblos indígenas con sus respectivos códigos, en la opción otro se debe escribir solo el código que refiera el instructivo)
- Nasa (Páez) [1]
- Quillasinga [4]
- Sicuani [6]
- Misak Misak [50]
- Cañamomos [10]
- Kichwas [15]
- Arhuacos [13]
- Embera Chami [35]
- Ninguna de las anteriores [17] X
- Wayuu [2]
- Uitotos [85]
- Tubu [67]
- Eperara-siapidara [30]
- Muiscas [16]
- Kankuamo [45]
- Pijao [14]
- Embera Dóbida [29]
- Otro ¿cuál? Digite código del instructivo
- Pastos [65]
- Senú [5]
- Yanaconas [7]
- Ingas [9]
- Awa (Kwaiker) [11]
- Kogui [49]
- Kubeo [50]
- Embera Katio [34]

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

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

**12. Número registro único de víctimas**

**13. Año en que realizo la declaración:**

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

**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*

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

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

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

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

| Rubro | Valor del gasto en pesos | Rubro | Valor del gasto en pesos |
|---|---|---|---|
| Vivienda (Arriendo y/o valor cuota | $ 400.000 | Recreación | $ 50.000 |
| Servicios públicos domiciliarios (agua, energía, gas, teléfono fijo, internet, teléfono celular, televisión por cable | $ 60.000 | Gastos en salud (consultas, medicamentos, etc.) | $ 20.000 |
| Pagos a terceros cuidadores | $ 100.000 | Transporte o movilidad de los integrantes del hogar | $ 15.000 |
| Artículos de aseo personal | $ 50.000 | Educación (útiles, pensión, transporte escolar, fotocopias, etc.) | $ |
| Alimentación | $ 300.000 | Total | $ |

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

Si 1 | No 2 | No informa 3 X

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

Si 1 | No 2 | No informa 3 X

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

Fecha de diligenciamiento: 24072024

Número de ficha: 2024 (Año) 19 (Localidad) 774 (Proyecto) 12a931 (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 | X | Chapinero | 2 | | San Cristóbal | 4 | | Tunjuelito | 6 | | Kennedy | 8 | |
| Engativá | 10 | | Barrios Unidos | 12 | | Los Mártires | 14 | | Puente Aranda | 16 | | Rafael Uribe | 18 | | Sumapaz | 20 | | | | |

2. UPZ o UPR: 69

3. Nombre del barrio / Vereda: Santa Viviana

4. Escriba su dirección completa:

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

| Número de la vía principal: | Alfabético | BIS | Alfabético | Cuadrante | Número vía generadora | Alfabético | | Número placa | Cuadrante |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 75 | H | | | S | 75 | C | - | 49 | S |
| Nombre de la vía principal: | | | | 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

| 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. Pent-house | SC. Salón Comunal | TO. Torre | |

6. Tipo de zona

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Urbana | 1 | X | Rural | 2 | |
| Urbana sin dirección | 3 | | | | |

7. Estrato socio – económico del predio

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

8. Teléfono fijo de contacto:

9. Teléfono celular de contacto: 3102398610 / 3124057720

10. Correo electrónico de contacto: Kellychavavaquero@gmail.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 | X | Refugio natural | 2 | |

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

Fecha de diligenciamiento: 24 07 2024

Número de ficha: 2024 19 77 44 12 09 31
(Año: 2024 · Localidad: 19 · Proyecto: 77 · Código unidad operativa: 44 12 09 31)

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: ¿Cual es su orientación sexual? | H: FECHA NACIMIENTO – Día | H: Mes | H: Año | H: Edad aproximada | I: ESTADO CIVIL | J: PARENTESCO (Con jefe/a del núcleo familiar) | K: NIVEL EDUCATIVO ACTUAL – NIVEL | K: Años aprobados | L: ¿Asiste actualmente? | L: SISTEMA DISTRITAL DE CUIDADO – ¿Es persona cuidadora/o? | M: Niños/as de 0 a 5 años | N: Niños/as de 6 a 10 años | O: Persona con discapacidad | P: Persona mayor | Q: Cuidado de casa | R: Actividad | S: Rol ocupacional | T: ¿Cuantas horas a la semana dedica a esta ocupación? | U: Valor de los ingresos mensuales | V: Forma de percibir los ingresos | W: Localidad donde realiza actividad principal | X: SALUD – Afiliado al régimen de seguridad social | X: SALUD – Régimen de seguridad social | X: SALUD – Calidad del afiliado | Y: DISCAPACIDAD – ¿Persona con discapacidad? | Y: DISCAPACIDAD – Tipo | Z: Grupo étnico | AA: Pueblo Indígena | AB: VÍCTIMA DE CONFLICTO ARMADO – ¿Es víctima del conflicto armado? | AB: VÍCTIMA DE CONFLICTO ARMADO – Motivo | AC: ¿Ha recibido capacitación, formación o tiene experiencia en algún arte u oficio? | AD: De acuerdo con la respuesta anterior ¿En qué cree que puede desempeñarse? |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 1 | 1033685009 | 1 Herrandez | 1 Eduar | 1 | 1 | 1 | 1 | 06 | 03 | 1987 | 37 | 2 | 1 | 8 | | X | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | 1 | | 2 | 1'300.000 | 2 | 19 | X | 1 | 2 | Sí | | 6 | 69 | Sí | | Sí X No |
| | | | 2 Bolaños | 2 | | | | | | | | | | | | | | No | X No | X No | X No | X No | X No | X No | | | | | | | No | | | X No | | | X | | No aplica |
| 2 | 1 | 1024544930 | 1 Vaquiro | 1 Kelly | 2 | 2 | 2 | 1 | 12 | 09 | 1993 | 30 | 2 | 3 | 19 | | | Sí | X Sí | X Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | 4 | | | | | 19 | X | 2 | 1 | Sí | | 6 | 69 | Sí | | Sí X No |
| | | | 2 Ducuara | 2 Yohana | | | | | | | | | | | | | | X No | No | No | X No | X No | X No | No | | | | | | | No | | | X No | | | X | | No aplica |
| 3 | 6 | 1027544729 | 1 Hernandez | 1 Chrisly | 2 | 2 | 2 | | 16 | 03 | 2022 | 2 | | 5 | | | | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | 98 | | | | | 19 | X | 2 | 1 | Sí | | 6 | 69 | Sí | | Sí No |
| | | | 2 Vaquiro | 2 Antonella | | | | | | | | | | | | | | X No | X No | X No | X No | X No | X No | X No | | | | | | | No | | | X No | | | X | | No X plica |
| 4 | | | 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 |
| 5 | | | 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 |

| | PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL | Código: FOR-PSS-321 |
|---|---|---|
| | | Versión: 1 |
| | FORMATO FICHA SIRBE SERVICIOS SOCIALES INFORMACIÓN BÁSICA Y TRANSVERSAL: CABEZOTE | 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<br>Escriba:<br>En el renglón 1, primer apellido<br>En el renglón 2, segundo apellido | NOMBRES<br>Escriba:<br>En el renglón 1, primer nombre<br>En el renglón 2, segundo nombre | Sexo | ¿Con cuál género se identifica? | ¿Transgenero masculino o transgenero femenino? | ¿Cuál es su orientación sexual? | FECHA NACIMIENTO | | | Edad aproximada | ESTADO CIVIL | PARENTESCO (Con jefe/a del núcleo familiar) | NIVEL EDUCATIVO ACTUAL<br>NIVEL<br>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 algun arte u oficio? | De acuerdo con la respuesta anterior ¿En qué cree que puede desempeñarse? |
| | Tipo | Número | | | | | | | Día | Mes | Año | | | | | ¿Es persona cuidadora/a? | Niños/as de 0 a 5 años | Niños/as de 6 a 10 años | Persona con discapacidad | Persona mayor | Cuidado de casa | | | | | | | Afiliado al régimen de seguridad social | Régimen de seguridad social | Calidad del afiliado | ¿Persona con discapacidad? | Tipo | | | ¿Es víctima del conflicto armado? | Motivo | | |
| 6 | | | 1 | 1 | | | | | | | | | | | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | | | | | | | Sí | | | Sí | | | Sí | | Sí / No | |
| | | | 2 | 2 | | | | | | | | | | | No | No | No | No | No | No | No | | | | | | | No | | | No | | | No | | No aplica | |
| 7 | | | 1 | 1 | | | | | | | | | | | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | | | | | | | Sí | | | Sí | | | Sí | | Sí / No | |
| | | | 2 | 2 | | | | | | | | | | | No | No | No | No | No | No | No | | | | | | | No | | | No | | | No | | No aplica | |
| 8 | | | 1 | 1 | | | | | | | | | | | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | | | | | | | Sí | | | Sí | | | Sí | | Sí / No | |
| | | | 2 | 2 | | | | | | | | | | | No | No | No | No | No | No | No | | | | | | | No | | | No | | | No | | No aplica | |
| 9 | | | 1 | 1 | | | | | | | | | | | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | | | | | | | Sí | | | Sí | | | Sí | | Sí / No | |
| | | | 2 | 2 | | | | | | | | | | | No | No | No | No | No | No | No | | | | | | | No | | | No | | | No | | No aplica | |
| 10 | | | 1 | 1 | | | | | | | | | | | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | | | | | | | Sí | | | Sí | | | Sí | | Sí / No | |
| | | | 2 | 2 | | | | | | | | | | | No | No | No | No | No | No | No | | | | | | | No | | | No | | | No | | No aplica | |
| 11 | | | 1 | 1 | | | | | | | | | | | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | | | | | | | Sí | | | Sí | | | Sí | | Sí / No | |
| | | | 2 | 2 | | | | | | | | | | | No | No | No | No | No | No | No | | | | | | | No | | | No | | | No | | No aplica | |
| 12 | | | 1 | 1 | | | | | | | | | | | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | | | | | | | Sí | | | Sí | | | Sí | | Sí / No | |
| | | | 2 | 2 | | | | | | | | | | | No | No | No | No | No | No | No | | | | | | | No | | | No | | | No | | No aplica | |
| 13 | | | 1 | 1 | | | | | | | | | | | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | | | | | | | Sí | | | Sí | | | Sí | | Sí / No | |
| | | | 2 | 2 | | | | | | | | | | | No | No | No | No | No | No | No | | | | | | | No | | | No | | | No | | No aplica | |

Tratamiento de datos personales: Los datos personales aqui 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 proposito diferente a la de este registro so pena de las sanciones legales a que haya lugar de acuerdo con la Ley 1581 de 2012 y Decreto 1377 de 2013.

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

PROCESO PREST[illegible]ÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOC[illegible]

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: 24072024

Número Ficha: 2024 (Año) 19 (Localidad) 774 (Proyecto) 4120931 (Código Unidad Operativa)

## SECCION E. MODALIDAD DE ATENCION

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

Modalidades Familiares

Creciendo Juntos [ ] Crecemos en la Ruralidad [ ]

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

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

2. Escriba el nombre de la Subdirección Local – SLIS o Unidad Operativa donde se identifica la gestante, lactante, niña o el niño J.I. waldorf.

## SECCION F. A QUIEN VA DIRIGIDA LA MODALIDAD FAMILIAR:

1. La modalidad se solicita para:

Gestante .. [1] *Pase a seccion 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 seccion 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]

Entre 17 y 20 años [2] Más de 41 años... [4] Menor de 14 años [5]

6. ¿Cuenta con el apoyo del padre de su hija-hijo para el cuidado de su embarazo?:

Si.. [1] No... [2]

7. ¿Quién cuidará principalmente a su hija-hijo después del nacimiento?:

Padres ..... [1] Sólo Padre... [3] Otros parientes..... [5] Modalidad institucional para la Primera infancia... [7]

Sólo Madre... [2] Abuelo-a..... [4] Otros no parientes.. [6]

8. ¿Recibió información o capacitación sobre sus derechos sexuales y reproductivos, antes de quedar embarazada?:

Si.. [1] No... [2] *Pase a la pregunta 10*

9. ¿Quién le brindo la información sobre sus derechos?:

Hospital [1] Colegio. [3] Amigos-as ... [5] Madre..... [7]

SDIS.... [2] ONG.... [4] Hermanos-as. [6] Padre..... [8]

Partera/ doula. [9]

10. ¿Ha recibido información o capacitación acerca de algunos de estos temas?: *(selección múltiple)*

Cuidados durante la gestación..... [1] Lactancia materna..... [3] Construcción del vínculo afectivo madre- hijo... [6]

Sus derechos y los de su pareja en el momento del parto. [2] Desarrollo infantil..... [5] Prevención de accidentes en el hogar..... [4]

Ninguna. . [93] *Pase a la pregunta 12*

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*

## SECCION H. INFORMACION DE LA LACTANTE: (persona que amamanta)

1. ¿Qué tipo de parto tuvo?

Vaginal..... [1 X]

Cesárea .... ... [2]

2. ¿Para el parto tuvo la oportunidad de elegir *(selección múltiple)*?

Lugar donde se producirá el parto. [1 X] 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 X]

4. ¿En cuánto tiempo desea tener otro embarazo?

Antes de 1 año .. [1] Después de 2 años o más. . [3 X]

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 X] Construcción del vínculo afectivo madre- hijo. [6 X] Ninguna [93] *Pase a la pregunta 7*

Desarrollo infantil... [5 X] Prevención de accidentes en el hogar. ... ... [4]

6. ¿Quién le brindo la información sobre los temas anteriores?:

Hospital..... [1 X] 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 X] Parcialmente de acuerdo. .. [2] En desacuerdo. . [3]

8. ¿Tiene información sobre como iniciar la alimentación complementaria?

Si. .. [1 X] No.... [2]

9. ¿Tiene acompañamiento para su cuidado durante la lactancia?

Si. ... [1 X] No.... [2]

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

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

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

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

4. ¿En qué semana de gestación nació su hija-o?: 38 Semanas
DATO VALIDO ENTRE 22 Y 42

5. ¿Cuál fue el peso de su hija-o al nacer?: 2500 Gramos
DATO VALIDO ENTRE 450 Y 6000

6. ¿Cuál fue la talla de su hija-o al nacer?: 58 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?: No 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?: 15/05/2024
*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 X]

20. ¿La condicion 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 X]

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

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] Jardín infantil Nocturno [2] Creciendo juntos [3]
Casas de pensamiento interculturales [4] Crecemos en la ruralidad o espacios rurales [5] Centros Amar [6]
Hogar comunitario ICBF [7] Hogar infantil ICBF [8] FAMI del ICBF [9]
Institución privada [10] Institución Educativa distrital [11] Ninguno [93 X]

26. ¿Actualmente, el niño o la niña recibe atención en?:
Jardín infantil Diurno [1] Jardín infantil Nocturno [2] Creciendo juntos [3]
Casas de pensamiento interculturales [4] Crecemos en la ruralidad o espacios rurales [5] Centros Amar [6]
Hogar comunitario ICBF [7] Hogar infantil ICBF [8] FAMI del ICBF [9]
Institución privada [10] Institución Educativa distrital [11] 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] Chapinero [2] Santa fe [3] San Cristóbal [4] Usme [5] Tunjuelito [6] Bosa [7] Kennedy [8] Fontibón [9] Engativá [10] Suba [11] Barrios Unidos [12] Teusaquillo [13] Los Mártires [14] Antonio Nariño [15] Puente Aranda [16] La Candelaria [17] Rafael Uribe [18] Ciudad Bolívar [19] Sumapaz [20]

29. ¿Cuál es el principal motivo por el que solicitó el servicio?:
Nuevas oportunidades para su calidad de vida [1 X] 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]

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

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

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

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

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

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

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

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

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

8. ¿Cuál es la edad en años del cuidador o la cuidadora principal?: 30

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 | Transgénero 3 | No binario ... 5 | Femenino..... 2 X | No informa 4 | No aplica..... 98

11. ¿Cuál es la orientación sexual del cuidador -ra principal?: Heterosexual... 1 X | Lesbiana..... 5 | Bisexual ..... 3 | Gay ..... 6 | No informa..... 4 | 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 X | Universitaria incompleta (sin título) 21 | Universitaria completa (con título).. 12 | Postgrado incompleto (sin título).... 22 | Postgrado completo (con título) ... 15 | Ninguno 93

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

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

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

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

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

18. Numero de documento de identidad del cuidador-ra principal. 1.024.544.930

Nombres y apellidos del cuidador-re principal (*según documento identidad*) 19. Primer Apellido: Vaquiro | 20. Segundo Apellido: Ducuara | 21. Primer Nombre: Kelly | 22. Segundo Nombre: Yohana

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?: [illegible]

## 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 X | 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 X

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

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

## 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 X

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

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

## 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 seccion 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 hiperquineticos..... | De los procesos cognitivos.....

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

*AUDITIVA*: Hipoacusia..... | Sordera .....

*VISUAL*: Baja visión..... | Ceguera.....

*INTELECTUAL*: Sindrome de Down.... | Intelectual ...

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

*PSICOSOCIAL*: Psicosocial .....

2. Tiene diagnóstico clinico 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? _____

SECCIÓN N. DESCRIPCIÓN Y REFERENCIACIÓN:

1. Descripcion de la problemática:

La familia esta conformada por tres integrantes, la mamá es la que cuida la niña, en estos momentos no trabaja por estar en la casa, el padre es quien trabaja y responde economicamente por el hogar para que no les falte nada.

2. Concepto técnico:

Se debe garantizar el cupo en el Jardin infantil Waldorf ya que se cumple con los criterios solicitados, tambien para poder brindarle los cuidados, tener un buen bienestar para garantizar el derecho y los deberes tanto de la niña como de la familia.

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

MATERNAL ☐ CAMINADORES ☐ PARVULOS ☒ PREJARDIN ☐ JARDIN ☐

De acuerdo con la oferta institucional de su momento, indique si ingresa a atención presencial o algún esquema de atención flexible.

ATENCIÓN PRESENCIAL ☒ ALTERNANCIA: ☐ EI EN CASA ☐ MULTIMODAL ☐

3. Acciones a seguir:

Ingreso prioritario..... 1 ☐
Lista de espera – Cumple criterios de ingreso..... 2 ☒
No cumple criterios de ingreso..... 3 ☐

4. ¿Requiere visita domiciliaria? - Si... 1 ☐ No... 2 ☒ *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 ☒

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

- Si... 1 ☐ - No... 2 ☐ No oferta niveles 3 ☒

7. Referenciación a un proyecto SDIS: - Si... 1 ☐ - No 2 ☒ *Pase a la pregunte 8*

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

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

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