Atención OK Párvulos 1

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

Fecha de diligenciamiento: 09/04/2024

Número de ficha: 2024 | 10 | 77 | 14 | 1 | 2 | 0 | 3 | 4 | 0
(Año | Localidad | Proyecto | Código unidad operativa)

SECCIÓN A. VARIABLES BÁSICAS

1. Primer Apellido, según su documento de identidad:	2. Segundo Apellido, según su documento de identidad:	3. Primer Nombre, según su documento de identidad:	4. Segundo Nombre, según su documento de identidad
Arroyo	Rivas	Araceli	Valentina

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

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

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

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

9. Tipo de documento de identificación:	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]	1052741976	Villanueva	Bolívar

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]	21/01/2021	Soltero/a [1] X Casado/a [2] Unión libre [3] Separado/a Divorciado/a [4] Viudo/a [5] Unión marital de hecho [6]

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

18. Años aprobados:

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

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

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

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

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

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

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?:	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] X Subsidiado [2] Especial [3]	*Aplica solo si la respuesta en la pregunta 32 es "Contributivo"* Beneficiario [1] X Cotizante [2]	Si [1] No [2] X	

Powered by CamScanner

Fecha de diligenciamiento: D D M M 1 0 2 4

Número de ficha: 2024 (Año) 10 (Localidad) 77 (Proyecto) 44 (Código unidad operativa) 120940

SECCIÓN B. VARIABLES TRANSVERSALES

Persona con discapacidad
Sí 1
No 2 X *Pase a 4*

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

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

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

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

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

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

7. ¿Es una persona migrante?
Sí 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

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 refiere 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
Wayuu 2 | Utotoes 85 | Tubu 67 | Epersia-slapidara 30 | Muiscas 16 | Kankuamo 45 | Pijao 14 | Embera Dóbida 29 | Otro ¿cuál? Digite código del instructivo
Pastos 65 | Senú 5 | Yanaconas 7 | Ingas 9 | Awá (Kwaiker) 11 | Kogui 48 | Kubeo 60 | Embera Katío 34

10. Parentesco con jefa/o de la familia:
Jefa/e hogar familiar 1 | Padre/Madre 3 | Hija/o 5 X | Hermana/o 7 | Primo/a 9 | Nieto/a 11 | Otro No pariente 13
Cónyuge o compañera/o 2 | Padrastro / Madrastro 4 | Abuela/o 6 | Tía/o 8 | Sobrina/o 10 | Otro pariente 12 | Hijastro 14

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

12. Número registro único de víctimas

13. Año en que realiza la declaración.

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

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

16. ¿Se encuentra en riesgo de habitar en calle?
Sí 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)*
Sí 1
No 2
No aplica 98 X
Si la respuesta es 2 o 98 Pase a 19

Powered by CamScanner

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL	PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL FORMATO FICHA SIRBE SERVICIOS SOCIALES INFORMACIÓN BÁSICA Y TRANSVERSAL: CABEZOTE	Código: FOR-PSS-321 Versión: 1 Fecha: Memo 2023015255 - 25/05/2023 Página: 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, ¿Cuánto fueron los gastos aproximados del hogar en los siguientes rubros?: * (Esta pregunta aplica para el hogar

Rubro	Valor del gasto en pesos	Rubro	Valor del gasto en pesos
Vivienda (Arriendo y/o valor cuota	$ 500.000	Recreación	$ 0
Servicios públicos domiciliarios (agua, energía, gas, teléfono fijo, internet, teléfono celular, televisión por cable	$ 150.000	Gastos en salud (consultas, medicamentos, etc.)	$ 0
Pagos a terceros cuidadores	$ 300.000	Transporte o movilidad de los integrantes del hogar	$ 250.000
Artículos de aseo personal	$ 200.000	Educación (útiles, pensión, transporte escolar, fotocopias, etc.)	$ 0
Alimentación	$ 300.000	Total	$ 1900000

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 X | No informa 3

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

Si 1 | No 2 X | No informa 3

Powered by CamScanner

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

Fecha de diligenciamiento: | | | | | 2 | 0 | 2 | A |

Número de ficha: 2 0 2 A 1 0 7 7 A 4 1 2 0 9 A 0

Año | Localidad | Proyecto | Código unidad operativa

SECCIÓN C. UBICACIÓN GEOGRÁFICA

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

2. UPZ o UPR: 29

3. Nombre del barrio / Vereda: Luis Carlos Galán -

Calle CL	Transversal TV	Avenida AV	Número de la vía principal: 94	Alfabético: G	BIS: Alfabético	Cuadrante: S S / E E	Número vía generadora: 95	Alfabético	Número placa: 08	Cuadrante: S S / E E
Carrera KR X	Avenida calle AC		Nombre de la vía principal:							
Diagonal DG	Avenida carrera AK		Nombre alfanumérico de la vía principal:							

4. Escriba el complemento de la dirección: (Manzana, casa, edificio, apartamento, oficina)
Para dirección rural o peatonal, ubique la intersección de la dirección de diligenciamiento

AP 200

Complemento dirección:								
AD. Administración	BG. Bodega	CONJ. Conjunto	ESQ. Esquina	LC. Local	MZ. Manzana	PI. Piso	SL. Solar	TR. Torre
AG. Agrupación	BQ. Bloque	CT. Carretera	ET. Etapa	LM. Local Mezzanine	OF. Oficina	PN. Puesto	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	EK. Entrada	KM. Kilómetro	MN. Mezzanine	PH. Penthouse	SC. Salón Comunal	TO. Torre	

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

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

8. Teléfono fijo de contacto: 0

9. Teléfono celular de contacto: 3001162830

10. Correo electrónico de contacto: arroyo wilson 38@gmail.com

11. ¿Habita en una vivienda?. SI 1 X / No 2 pase a la pregunta 18

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

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

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

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

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

Powered by CamScanner

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

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

Número de ficha: 2 0 2 4 | 1 0 | 7 7 | A A | 1 2 0 9 4 0
(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	NOMBRES	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?
No. Integrante	Tipo	Número	Escriba: En el renglón 1, primer apellido En el renglón 2, segundo apellido	Escriba: En el renglón 1, primer nombre En el renglón 2, segundo nombre					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	1052740158	1 Arroyo	1 Wilson	1	1.		1	04	12	1998	25	3	1	8	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	13	32	48	1'300.000	2	12	X	1	2	SI				SI		SI X	
			2 Cabarcas	2 Fidel.											6	No	No	No	No	No	No	No							No			X				X		No aplica	
2	8		1 Rivas	1 Leidymar	2	2		1	16	06	1988	35	3	2	8	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	13	32	48	1'300.000	2	1	X	1	2	SI				SI		SI X	
			2 Garcia	2 Mercedes											6	X	No	No	No	No	No	No							No			X				X		No aplica	
3	6	1052741916	1 Arroyo	1 Araceli.	2	98		98	22	10	2021	2	1.	5	1	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	98	98	0	0	98		SI	1	1	SI				SI		SI No	
			2 Rivas	2 Valentina												X	No	No	No	No	No	No							No			X				X		X	
4			1	1												SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI							SI			SI				SI		SI No	
			2	2												No	No	No	No	No	No	No							No			No				No		No aplica	
5			1	1												SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI							SI			SI				SI		SI No	
			2	2												No	No	No	No	No	No	No							No			No				No		No aplica	

Powered by CamScanner

No. integrante	A		B	C	D	E	F	G	H				I	J	K		L	M	N	O	P	Q	R	S	T	U	V	W	X			Y		Z	AA	AB		AC	AD
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD		APELLIDOS Escriba: En el renglón 1, primer apellido En el renglón 2, segundo apellido	NOMBRES Escriba: En el renglón 1, primer nombre En el renglón 2, segundo nombre	*Sexo*	*¿Con cuál género se identifica?*	*¿Transgenero masculino o transgenero femenino?*	*¿Cuál es su orientación sexual?*	FECHA NACIMIENTO			*Edad aproximada*	ESTADO CIVIL	PARENTESCO (Con jefe/a del núcleo familiar)	NIVEL EDUCATIVO ACTUAL	*¿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	VICTIMA DE CONFLICTO ARMADO		*¿Ha recibido capacitación, formación o tiene experiencias 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		*¿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												Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si							Si			Si				Si			
			2	2												No	No	No	No	No	No	No							No			No				No			
7			1	1												Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si							Si			Si				Si			
			2	2												No	No	No	No	No	No	No							No			No				No			
8			1	1												Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si							Si			Si				Si			
			2	2												No	No	No	No	No	No	No							No			No				No			
9			1	1												Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si							Si			Si				Si			
			2	2												No	No	No	No	No	No	No							No			No				No			
10			1	1												Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si							Si			Si				Si			
			2	2												No	No	No	No	No	No	No							No			No				No			
11			1	1												Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si							Si			Si				Si			
			2	2												No	No	No	No	No	No	No							No			No				No			
12			1	1												Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si							Si			Si				Si			
			2	2												No	No	No	No	No	No	No							No			No				No			
13			1	1												Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si							Si			Si				Si			
			2	2												No	No	No	No	No	No	No							No			No				No			

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

Powered by CamScanner

	PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL	Código:	FOR-PSS-334
ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL	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: D D M M 2 0 2 4 **Número Ficha:** 2 0 2 4 1 0 7 7 4 4 1 2 0 9 4 0

Año | Localidad | Proyecto | Código Unidad Operativa

SECCION E. MODALIDAD DE ATENCION

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

Modalidades Familiares

Creciendo Juntos ☐ Crecemos en la Ruralidad ☐

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

Jardines Infantiles ☒ 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: Jardín Infantil Compartir Mamá Canguro

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?: D D M M A A A A

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2. ¿Para el parto tuvo la oportunidad de elegir *(selección múltiple)*?
Lugar donde se 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
Desarrollo infantil... 5 Prevención de accidentes en el hogar. 4
Ninguna 93 *Pase a la pregunta 7*

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

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

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

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

Powered by CamScanner

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

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

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

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

5. ¿Cuál fue el peso de su hija-o al nacer?: 3220 Gramos
DATO VALIDO ENTRE 480 Y 6000

6. ¿Cuál fue la talla de su hija-o al nacer?: 52 Centímetros
DATO VALIDO ENTRE 28 Y 60

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

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

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

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

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

12. ¿Qué edad tenía su hija-o cuando dejo de darle leche materna completamente?: 13 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?: 15/09/2024
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]

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

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

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

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

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

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

Powered by CamScanner

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

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

1. ¿La niña o el niño en algún momento queda sólo-a?: Sí... 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 X | Mamá..... 2 | Padrastro 3 | Madrastra.... 4 | Tío-a..... 6 | Hermano-a.... 5 | Abuelo-a..... 7 | Otro pariente..... 8 | Otro No pariente 9

5. ¿Quién cuida a la niña o al niño en la mañana?: Papá..... 1 X | Mamá..... 2 | 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 | Padrastro... 3 | Madrastra... 4 | Hermano-a 5 | Tío-a..... 6 | Abuelo-a.... 7 | Otro pariente..... 8 | Otro No pariente 9 X | 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?: 25

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

10. ¿Cuál es el género del cuidador o la cuidadora principal?: Masculino..... 1 X | Femenino..... 2 | 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 | Tarde..... 2 X | Noche..... 3 X

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

16. El cuidador-ra principal presenta una enfermedad de alto costo Sí..... 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. 1052740158

Nombres y apellidos del cuidador-ra principal (*según documento identidad*)	19. Primer Apellido: Arroyo	20. Segundo Apellido: Cabarcas	21. Primer Nombre: Wilson	22. Segundo Nombre: Fidel.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

TRANS.ESPECTRO AUTISTA (TEA)
TEA.....

AUDITIVA
Hipoacusia.....
Sordera .....

VISUAL
Baja visión.....
Ceguera.....

INTELECTUAL
Síndrome de Down.....
Intelectual ...

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

PSICOSOCIAL
Psicosocial .....

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

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

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

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

6. Cuenta con ella?: Sí.... 1 | No... 2

7. Es independiente para el desplazamiento?: Sí.... 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? Sí... 1 | No.... 2 *Pase a la sección N*

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

Powered by CamScanner

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

SECCIÓN N. DESCRIPCIÓN Y REFERENCIACIÓN:

1. Descripción de la problemática:

Hogar familiar Nuclear con jefatura masculina con trabajos formales en turnos con prestaciones sociales, salud contributiva cuyos ingresos económicos cubren los gastos del hogar.

El padre manifiesta que laboran en empresas con turnos rotativos. El cuidado y tenencia de la niña cuando los padres trabajan se la dejan a una cuidadora que tiene más niños a su cuidado. No tiene más familiares acá. El padre solicita el cupo de la niña al Jardín para que comparta con más niños y niñas. Deja otro teléfono de contacto 3174885797

2. Concepto técnico:

Hogar con nivel de fragilidad social media con determinantes de no redes de apoyo familiares.

El jardín infantil promueve el desarrollo integral de las niñas y niños con un enfoque diferencial a través de procesos pedagógicos que contribuyen de manera significativa al desarrollo integral de los niños y niñas acompañado de un equipo interdisciplinario

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 pregunta 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?: ____

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

LOCALIDAD ENGATIVA UNIDAD OPERATIVA: J.I.C. MAMÁ CANGURO RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA: HELEN RUIZ

NOMBRE DEL RECOLECTOR YULIMA MENDEZ DOCUMENTO DE IDENTIDAD CC X CE__ OTRO__ CUAL?____ Número # 52.267.486

NOMBRE SOLICITANTE / BENEFICIARIO ARACELIS VALENTINA ARROYO DOCUMENTO DE IDENTIDAD CC__ CE__ OTRO X CUAL? RC Número # 1052741976

FECHA DE ENTREGA PARA DIGITACIÓN 11/09/24 NOMBRE DEL DIGITADOR AL QUE SE ENTREGA LA FICHA: Edwin Pardo

Powered by CamScanner