OK

| 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 9 MO 9 M A 0 A 0 A 0 A. Número de ficha: 1 0 2 4 | 1 9 | 7 7 | 6 6 | 1 2 | 0 9 | 3 4
(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 |
|---|---|---|---|
| Equivel | Jirado. | Jomar Y. | |

**5. ¿Con cual 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 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] Pasaporte... [13]
Permiso especial de permanencia [18] Salvo conducto [19] Permiso por protección temporal [21] Sin Identificación [8]

**10. Número de documento de identificación:** 1013047716.

**11. Municipio nacimiento:** Bogota

**12. Departamento nacimiento** Cundinamarca

**13. País nacimiento:** Colombia.

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

**15. Fecha de nacimiento:** *(según su documento de identidad)* D 8 MO M 1 9 9 2 A

**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] Educacion 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] Cotizante [2]

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

**35. Clasificación Sisbén** Ca.

Fecha de diligenciamiento: D 2 D 1 M 0 7 M 1 0 A 2 0 2 3

Número de ficha: 2023 (Año) 419 (Localidad) 7749 (Proyecto) 1 0 9 3 7 (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] | Hijo/a [5] X | 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. Sí respondió afirmativamente la pregunta 11, indique los motivos: (Selección múltiple)**

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

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

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

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

Si [1] No [2] No aplica [98] X

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

| 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: 24 01 2024.

Número de ficha: 2024 19 7474. 12093.
(Año: 2024 | Localidad: 19 | Proyecto: 7474 | Código unidad operativa: 12093)

## SECCION C. UBICACIÓN GEOGRAFÍCA

1. Localidad donde habita

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Usaquén | 1 | Santa fe | 3 | Usme | 5 | Bosa | 7 | Fontibón | 9 | Subà | 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: 64.

3. Nombre del barrio / Vereda: Santa Viviana

4. Escriba su dirección completa:

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Calle | CL | Transversal | TV X | Avenida | AV | Número de la vía principal: 73 | Alfabético | BIS | Cuadrante | Número vía generadora | Alfabético | – | Número placa | Cuadrante |
| Carrera | KR | Avenida calle | AC | | | Nombre de la vía principal: | 6 | Alfabético | S S | 76 | B | | | S S X |
| 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

30

| 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 | Tres 3 | Cinco 5 | Dos 2 | Cuatro 4 | Cero 0

8. Teléfono fijo de contacto:

9. Teléfono celular de contacto: 3213284602 / 3142860158.

10. Correo electrónico de contacto: C

11. ¿Habita en una vivienda?. Si 1 X | No 2 *pase a la pregunta 16*

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

13. Condición de la vivienda: Ruina 1 | Demolición 2 | Buen estado 3 | 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 | Refugio natural 2

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, ¿Cuántos fueron los gastos aproximados del hogar en los siguientes rubros?: * (Esta pregunta aplica para el hogar

| Rubro | Valor del gasto en pesos | Rubro | Valor del gasto en pesos |
|---|---|---|---|
| Vivienda (Arriendo y/o valor cuota | $1.400.000 | Recreación | $ |
| Servicios públicos domiciliarios (agua, energía, gas, teléfono fijo, internet, teléfono celular, televisión por cable | $ 120.000 | Gastos en salud (consultas, medicamentos, etc.) | $ 50.000 |
| Pagos a terceros cuidadores | $ | Transporte o movilidad de los integrantes del hogar | $ |
| Artículos de aseo personal | $ 100.000 | Educación (útiles, pensión, transporte escolar, fotocopias, etc.) | $ |
| Alimentación | $ | 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 X | No informa 3

| 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: 24/01/2024

Número de ficha: 2024 | 19 | 4141 | 1209 | 3M

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/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 | 1020616422 | 1 Rojas<br>2 Ordoñez | 1 Brenda<br>2 Juliana | 1 | 1 | | 1 | 11 | 06 | 93 | 30 | 3 | 1 | 8<br>6 | Sí<br>No | Sí<br>No | Sí<br>No | Sí<br>No | Sí<br>No | Sí<br>No | Sí<br>No | 1 | 1 | 48 | 1.160.000 | 2 | 19 | X<br>No | 2 | | Sí<br>No | | 6 | 18 | Sí<br>No | | Sí No<br>No aplica | |
| 2 | 1 | 1001287011 | 1 Tirado<br>2 Arevalo | 1 Laura<br>2 Alejandra | 1 | 2 | | 1 | 18 | 07 | 2002 | 20 | 3 | 2 | 8<br>6 | Sí<br>No | Sí<br>No | Sí<br>No | Sí<br>No | Sí<br>No | Sí<br>No | Sí<br>No | 1 | 1 | 48 | 1.160.000 | 2 | 19 | Sí<br>No | 2 | | Sí<br>No | | 6 | 18 | Sí<br>No | | Sí No<br>No aplica | |
| 3 | 6 | 1030447316 | 1 Rojas<br>2 Tirado | 1 Samuel<br>2 | 2 | 2 | | 1 | 08 | 01 | 2012 | | | 5 | | Sí<br>No | Sí<br>No | Sí<br>No | Sí<br>No | Sí<br>No | Sí<br>No | Sí<br>No | | | | | | | Sí<br>No | 2 | | Sí<br>No | | 6 | 18 | Sí<br>No | | Sí No<br>No aplica | |
| 4 | | | 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 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 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? |
| No. Integrante | 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.

Fecha de diligenciamiento: 24/01/2024

Número Ficha: 2024 (Año) 19 (Localidad) 77 (Proyecto) 44 (Código Unidad Operativa) 12 09 37

## SECCION E. MODALIDAD DE ATENCION

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

| Modalidades Familiares | | | | Modalidades institucionales: Si selecciona alguna de las modalidades institucionales diligencie la pregunta 2 y pase a la seccion I. | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Creciendo Juntos | | Crecemos en la Ruralidad | | 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: Jardin Yaikorf.

## 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
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 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 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/doula ..... 3 [ ]
Enfermera... 2 [ ] Personal no médico... 4 [ ]

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

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

5. ¿Cuál fue el peso de su hija-o al nacer?: 2590 Gramos
DATO VALIDO ENTRE 450 Y 6000

6. ¿Cuál fue la talla de su hija-o al nacer?: 49. 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 [ ] 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 [ ] No 2 [ ] Pase a la pregunta 13

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

12. ¿Qué edad tenía su hija-o cuando dejo de darle leche materna completamente?: 18. Meses

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

14. ¿Fecha del último control?: 01 09 2013
*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 entono institucional?
Si... 1 [ ] Requiere verificación. 3 [ ]
No... 2 [ ]

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

| | 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: 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 | Tío-a..... 6 | Otro No pariente 9

5. ¿Quién cuida a la niña o al niño en la mañana?: Papá..... 1 | Hermano-a.. 5 | Otro pariente..... 8 | Mamá..... 2 X | Tío-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..... 3 | Mamá..... 2 X | Tío-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 | Mamá..... 2 X | Tío-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?: 20

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 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 X ¿Cuál? independiente

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 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. 1007128104

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

19. Primer Apellido: Rondo | 20. Segundo Apellido: Arevalo | 21. Primer Nombre: Gloria | 22. Segundo Nombre: Alejandra.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

*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?_____

SECCIÓN N. DESCRIPCIÓN Y REFERENCIACIÓN:

1. Descripción de la problemática:

tipo de familia nuclear. Ambos padres trabajan como independientes y aportan económicamente en el hogar. Solicitan el cupo porque la niña se aburre mucho en el lugar donde trabajan y quieren un ambiente optimo para ella donde pueda convivir y jugar con otros niños.

2. Concepto técnico:

Se le debe asegurar un cupo en el jardín WANDORF ya que cumple con todos los criterios para su ingreso y se le asegura su derecho a la educación.

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?: _____

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 20230115SS - 25/08/2023
Página 1 de 8

Fecha de diligenciamiento: 28/08/2023

Número de ficha: 2024 19 3 4 4 1 2 0 9 3 N
(Año / Localidad / Proyecto / Código unidad operativa)

SECCIÓN A. VARIABLES BÁSICAS

1. Primer Apellido: según su documento de identidad: Narante

2. Segundo Apellido: según su documento de identidad: Rondon

3. Primer Nombre: según su documento de identidad: Ardiey

4. Segundo Nombre: según su documento de identidad: Lucia

5. ¿Con cuál género se identifica? (Esta pregunta aplica solo a personas mayores de 14 años)
Masculino [1] Femenino [2] Transgenero [3] (Travesti, transexual, transformista)
No binario [9] No informa [4] No Aplica [98]

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

7. ¿Con cuál género se identificó durante el transcurso del último año según su documento de identidad? * (Esta pregunta aplica solo a personas mayores de 14 años y que hayan marcado la opción 3 de la pregunta 5):
Transgenero Masculino [1] Transgenero 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 [8] 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: 1025565955

11. Municipio nacimiento: Bogotá

12. Departamento nacimiento: Cundinamarca

13. País nacimiento: Colombia

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

15. Fecha de nacimiento (según su documento de identidad): 25/05/2004

16. Estado civil:
Soltería [1] X Casadola [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 [5] Básica secundaria y media [6] Tecnológico [19] Universitaria completa (con título) [12] Posgrado completo (con título) [15]
Educación inicial modalidad institucional [27] Básica primaria [7] Técnico [18] Universitaria incompleta (sin título) [21] Posgrado incompleto (sin título) [22] Educación básica o prouio [25] Ninguno [1]

18. Años aprobados:

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

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

21. ¿Es cuidadora de niños, niñas entre 05 a 10 años?
Si [1] No [2]

22. ¿Es cuidadora de personas con discapacidad?
Si [1] No [2]

23. ¿Es cuidadora 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. ¿Cuantas horas a la semana dedica a la(s) ocupaciones 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]
Esporadico [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] Engativa [10] Teusaquillo [13] Puente Aranda [16] Ciudad Bolivar [19]
Chapinero [2] Usme [5] Kennedy [8] Suba [11] Los Martires [14] La Candelaria [17] Sumapaz [20]
Santa fe [3] Tunjuelito [6] Fontibon [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 Sisben?
Si [1] X No [2]

35. Clasificación Sisben: B6

| | 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: 28 08 2024

Número de ficha: 2024 19 7749 1209 31
(Año / Localidad / Proyecto / Código unidad operativa)

## SECCIÓN B. VARIABLES TRANSVERSALES

**1. Persona en situación de 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 familia:** Hogar familiar Nuclear 1 X | Hogar familiar amplio compuesto 3 | Hogar familiar amplio extenso 2 | Hogar familiar sin Núcleo 4 | Hogar no familiar unipersonal 5 | Hogar no familiar sin núcleo 6

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

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

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

**8. Grupo Étnico: ¿De acuerdo con su cultura, pueblo o rasgos físicos, es o se reconoce como?:** Indígena 1 | Palenquero de San Basilio 41 | Rrom (Gitano) 2 | Negra, Mulata, afro colombiana 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 (Paez) 71 | Quillasinga 4 | Sicuani 61 | Misak (Misak) 60 | Cañamomos 10 | Kichwas 15 | Arhuacos 13 | Embera Chami 35 | Ninguna de las anteriores 77 X | Wayuu 2 | Uitotos 65 | Tubu 67 | Eperara-siapidara 30 | Muscas 18 | Kankuamo 45 | Pijao 14 | Embera Dobida 29 | Otro ¿cuál? Digite código del instructivo | Pastos 66 | Senu 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 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

Powered by CamScanner

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

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Agricultura y labores del campo | 1 | | Reciclaje | 5 | | Cuidado de personas mayores | 9 | | Mecánica | 13 | | Cocina | 17 | | Carpinteria | 21 | |
| Artesanias | 2 | | Ventas ambulantes | 6 | | Cuidado de personas enfermas | 10 | | Jardineria | 14 | | Sistemas | 18 | | Plomeria | 22 | |
| Construccion | 3 | | Cuidado de personas con discapacidad | 7 | | Confeccion | 11 | X | Electricidad | 15 | | Operario de maquinas | 19 | | Marroquineria | 23 | |
| Comercio | 4 | | Cuidado de niños-as de 0 a <6 | 8 | | Servicios generales | 12 | | Electronica | 16 | | Belleza | 20 | | Ninguna de las anteriores | 24 | |

19. En los ultimos treinta (30) dias, ¿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 | $ 500.000 | Recreacion | $ 30.000 |
| Servicios públicos domiciliarios (agua, energia, gas, telefono fijo, internet, telefono celular, television por cable | $ 150.000 | Gastos en salud (consultas, medicamentos, etc.) | $ 10.000 |
| Pagos a terceros cuidadores | $ 0 | Transporte o movilidad de los integrantes del hogar | $ 56000 |
| Articulos de aseo personal | $ 50000 | Educación (útiles, pension, transporte escolar, fotocopias, etc.) | $ |
| Alimentación | $ | Total | $ |

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

Si 1 | No 2 | No informa 3 X

Powered by CamScanner

| | 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 20230152S5 - 25/05/2023<br>Página: 4 de 6 |
|---|---|---|

Fecha de diligenciamiento: 28/08/2024

Número de ficha: 2024 | 19 | 7744 | 12 | 09 | 31
(Año | Localidad | Proyecto | Código unidad operativa)

SECCION C. UBICACIÓN GEOGRAFÍCA

1. Localidad donde habita:
Usaquen 1 | Santa fe 3 | Usme 5 | Bosa 7 | Fontibon 9 | Suba 11 | Teusaquillo 13 | Antonio Nariño 15 | La Candelaria 17 | Ciudad Bolivar 19 X
Chapinero 2 | San Cristobal 4 | Tunjuelito 6 | Kennedy 8 | Engativa 10 | Barrios Unidos 12 | Los Martires 14 | Puente Aranda 16 | Rafael Uribe 18 | Sumapaz 20

2. UPZ o UPR: 69

3. Nombre del barrio / vereda: Santa Viviana

4. Escriba su direccion completa:
Calle CL | Transversal TV | Avenida AV
Carrera KR X | Avenida calle AC
Diagonal DG | Avenida carrera AK

Numero de la via principal: 74
Nombre de la via principal:
Nombre sinonimo de la via principal:

| Alfabetico | BIS | Alfabetico | Cuadrante | Numero via generadora | Alfabetico | Numero placa | Cuadrante |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| B | | | S S | 75 | C | 75 | S S |
| | | | E E | | | | E E |

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

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Complemento direccion: | BG. Bodega | CONJ. Conjunto | ESQ. Esquina | LC. Local | MZ. Manzana | PI. Piso | SL. Solar | TR. Terraza |
| AD. Administracion | BQ. Bloque | CT. Carretera | ET. Etapa | LM. Local Mezzanine | OF. Oficina | PN. Puente | SM. Super manzana | UN. Unidad |
| AG. Agrupacion | CA. Casa | DP. Deposito | GJ. Garaje | LS. Local sotano | OS. Oficina sotano | PS. Paseo | SP. Sector | UR. Unidad residencial |
| AL. Altillo | CEL. Celula | DS. Deposito sotano | GS. Garaje sotano | LT. Lote | PA. Parcela | PT. Porteria | SS. Semi sotano | URB. Urbanizacion |
| AP. Apartamento | CM. Camino | ED. Edificio | IN. Interior | MD. Modulo | PD. Predio | SA. Salon | SU. Suite | ZN. Zona |
| AS. Apartamento sotano | CN. Consultorio | EN. Entrada | KM. Kilometro | MN. Mezzanine | PH. Pent-house | SC. Salon Comunal | TO. Torre | |

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

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

8. Telefono fijo de contacto:

9. Telefono celular de contacto:
3013448897
3001557960

10. Correo electronico de contacto:
enrimara1996@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. Condicion 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

Powered by CamScanner

| | 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: 28/08/2024

Número de ficha: 20241977441209311
(Año: 2024 · Localidad: 19 · Proyecto: 774 · Código unidad operativa: 1209311)

SECCIÓN D. INFORMACIÓN BÁSICA Y TRANSVERSAL SOBRE LA FAMILIA:

La información básica se repite para el jefe de núcleo familiar

| No. Integrante | A: DOCUMENTO DE IDENTIDAD – Tipo | A: DOCUMENTO DE IDENTIDAD – Número | B: APELLIDOS (Escriba: En el renglón 1, primer apellido; En el renglón 2, segundo apellido) | C: NOMBRES (Escriba: En el renglón 1, primer nombre; En el renglón 2, segundo nombre) | D: Sexo | E: ¿Con cuál género se identifica? | F: ¿Transgenero masculino o transgenero femenino? | G: ¿Cuál es su orientación sexual? | H: FECHA NACIMIENTO – Día | H: FECHA NACIMIENTO – Mes | H: FECHA NACIMIENTO – Año | H: Edad aproximada | I: ESTADO CIVIL | J: PARENTESCO (Con jefe/a del núcleo familiar) | K: NIVEL EDUCATIVO ACTUAL – NIVEL | K: NIVEL EDUCATIVO ACTUAL – Años aprobados | ¿Asiste actualmente? | L: SISTEMA DISTRITAL DE CUIDADO – ¿Es persona cuidadora/a? | 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: VICTIMA DE CONFLICTO ARMADO – ¿Es víctima del conflicto armado? | AB: VICTIMA 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 | | 3712290 | 1 Marante | 1 Rafael | 1 | 1 | 1 | 1 | 13 | 07 | 1996 | 28 | 3 | 1 | 8 | | Si | Si | Si | Si | Si | Si | Si | 1 | 1 | 48 | 1'600.000 | | | Si | 1 | 2 | Si | | 69 | | Si | | Si | |
| | | | 2 Sifontes | 2 Enrique | | | | | | | | | | | | | No | | | | | | | | | | | | | No | | | No | | | | No | | No aplica | |
| 2 | | 3869460 | 1 Rondon | 1 Edgenira | 2 | 2 | 2 | 1 | 02 | 03 | 1984 | 2p | 3 | 3 | 7 | | Si | | | | Si | Si | | | | | | | | Si | 2 | 1 | Si | | 69 | | Si | | Si | |
| | | | 2 Marquez | 2 del carmen | | | | | | | | | | | | | No | No | No | No | | | No | | | | | | | No | | | No | | | | No | | No aplica | |
| 3 | | 11.782.466 | 1 Sipontes | 1 Leida | 2 | 2 | 2 | 1 | 06 | 05 | 1974 | 50 | 1 | 6 | 7 | | Si | Si | Si | Si | Si | | Si | | | 1 | | | | Si | 2 | 1 | Si | | 69 | | Si | | Si | |
| | | | 2 Tablante | 2 Jeannereth | | | | | | | | | | | | | No | | | | | No | | | | | | | | No | | | No | | | | No | | No aplica | |
| 4 | | 6504548 | 1 Requena | 1 Fabricio | 1 | 1 | 1 | | 11 | 12 | 2014 | 9 | 1 | 5 | 7 | | Si | Si | Si | Si | Si | Si | Si | | | | | | | Si | 2 | 1 | Si | | 69 | | Si | | Si | |
| | | | 2 Rondon | 2 Alejandro | | | | | | | | | | | | | No | | | | | | | | | | | | | No | | | No | | | | No | | No aplica | |
| 5 | 6 | 1025565955 | 1 Marante | 1 Andrea | 2 | 2 | 2 | | 25 | 03 | 2020 | 4 | 1 | 5 | | | Si | Si | Si | Si | Si | Si | Si | | | | | | | Si | 2 | 1 | Si | | 69 | | Si | | Si | No |
| | | | 2 Rondon | 2 Lucia | | | | | | | | | | | | | No | | | | | | | | | | | | | No | | | No | | | | No | | No aplica | |

Powered by CamScanner

| | PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL | 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: 29/08/2024

Número Ficha: 2024 | 19 | 77 | 44 | 1 | 2093 | 1
(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

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

Creciendo Juntos [ ] Crecemos en la Ruralidad [ ] | 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 gestacion?:
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 seccion H* No [2] *Pase a seccion 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 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 capacitacion acerca de algunos de estos temas?: *(selección múltiple)*
Cuidados durante la gestacion..... [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. ¿Cual 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. ¿Que tipo de parto tuvo?
Vaginal..... [1]
Cesárea..... [2] X

2. ¿Para el parto tuvo la oportunidad de elegir *(selección múltiple)*?
Lugar donde se produciría el parto. [1] La posición de parir..... [3]
Tipo de parto .. [2] Ninguna... [93] 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 mas. [3]
Antes de 2 años [2] No tendré más embarazos. [4] X

5. ¿Ha recibido información o capacitacion acerca de algunos de estos temas?: *(seleccion multiple)*
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. ¿Quien le brindo la información sobre los temas anteriores?:
Hospital [1] Colegio..... [3] Otra entidad..... [5] Otra persona... [6] X
SDIS [2] ONG..... [4] Partera/ doula... [9]

7. Que 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 alimentacion complementaria?
Si.... [1] X No.... [2]

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

Powered by CamScanner

| | 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: 2 de 4 |
|---|---|---|

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

1. ¿Donde fue atendido el parto de la niña o niño?
Hospital [1 X] Casa [3] Ambulancia [5]
Centro de salud [2] Espacio publico [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, despues de nacer, fue?:
½ hora o antes [1] 2 horas [3]
1 hora [2] Mas de 4 horas [4 X]

4. ¿En que semana de gestacion nació su hija-o?: 40 Semanas
DATO VALIDO ENTRE 22 Y 42

5. ¿Cuál fue el peso de su hija-o al nacer?: 2170 Gramos
DATO VALIDO ENTRE 450 Y 6000

6. ¿Cuál fue la talla de su hija-o al nacer?: 48 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]
Menos de 1 hora [2] Más de 24 horas [4 X]
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 X] Pase a la pregunta 12

11. ¿Qué edad tenía su hija-o cuando recibió un alimento diferente a la leche materna?: 12 Meses. Pase a la pregunta 13

12. ¿Qué edad tenía su hija-o cuando dejo de darle leche materna completamente?: 18 Meses

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

14. ¿Fecha del ultimo control?: 23022024
Pase a la pregunta 16

15. Por que la niña o el niño no ha asistido a valoracion integral de la salud y el desarrollo?:
Dificultad en la asignacion 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 que la niña o el niño no cuenta con el esquema de vacunacion 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 condicion de salud?:
Si [1] No [2 X] pase a la pregunta 21

19. ¿La condicion 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 a 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?: *(Seleccion multiple)*
Habitabilidad en calle [1] Realiza actividades sexuales pagas [2]
Ninguna [93 X] Consumo de sustancias psicoactivas [3]

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

23. El padre o madre de la niña o niño es?: *(Selección múltiple)*
Desmovilizado [1] 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)*
Jardin infantil Diurno [1] Casas de pensamiento interculturales [4] Hogar comunitario ICBF [7] Institucion privada [10]
Jardin infantil Nocturno [2] Crecemos en la ruralidad o espacios rurales [5] Hogar infantil ICBF [8] Institucion Educativa distrital [11]
Creciendo juntos [3 X] Centros Amar [6] FAMI del ICBF [9] Ninguno [93]

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

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 que 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 Cristobal [4] Tunjuelito [6] Kennedy [8] Engativa [10] Barnos Unidos [12] Los Mártires [14] Puente Aranda [16] Rafael Uribe [18] Sumapaz [20]

29. ¿Cuál es el principal motivo por el que solicito 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 Subdireccion 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<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 solo-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] Mas de tres (3) horas [3]

4. Quien 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] 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?: 40

9. ¿Cual 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. ¿Cual 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] X Básica secundaria y media [8] Técnico [18] Tecnológico [19] Universitaria incompleta (sin título) [11] Universitaria completa (con título) [12] Postgrado incompleto (sin título) [22] Postgrado completo (con título) [15] Ninguno [93]

13. A que se dedica el cuidador -ra principal?: Estudia [1] Trabaja [2] Otro [3] X ¿Cual? 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] Cedula de extranjería [2] Tarjeta de identidad [3] Registro civil [6] Pasaporte [13] PEP [18] PPT [21] X Salvo conducto [9] Sin identificación [8]

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

Nombres y apellidos del cuidador-ra principal: (*según documento identidad*) 19. Primer Apellido: Rondon 20. Segundo Apellido: Marquez 21. Primer Nombre: Edganira del carmen 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] *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 seccion 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 seccion 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 indicó que la niña o niño, gestante presenta alguna discapacidad diligencie 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 multiple 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 esta 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] -cual?

Powered by CamScanner

| | 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 | Codigo: FOR-PSS-334<br>Version: 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 esta conformado por el Jefe del hogar quien es el que trabaja para Sustento del hogar, la mamá no trabaja en el momento ya que se encargá de la niña y su otro hijo.
Tambien en el hogar se encuentra la abuela paterna de los niños.

2. Concepto tecnico:

Se debe garantizar el Cupo en el Jardin Infantil Waldorf ya que la familia cumple con los requisitos Solicitados para poder dar bienestar a la familia, dando cumplimiento a los deberes y derechos de la niña, y así contribuir al desarrollo de las habilidades de la niña.

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 excepcion de las niñas y los niños con discapacidad que se hará de acuerdo con el concepto tecnico, 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 algun esquema de atencion flexible.

ATENCION 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: Verificacion de las condiciones socio familiares: - Si... 1 - No... 2
Verificacion otras condiriones: - 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 (seleccion multiple):

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 X No oferta niveles 3

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

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

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

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

Powered by CamScanner