

Fecha de diligenciamiento: 15/05/2023

Número de ficha: 20241977344120931

Año: 2024

Localidad: Bogotá

Proyecto: 20241977344120931

Código unidad operativa: 20241977344120931

SECCIÓN A. VARIABLES BÁSICAS

1. Primer Apellido, según su documento de identidad: Asencio	2. Segundo Apellido, según su documento de identidad: Vaquero	3. Primer Nombre, según su documento de identidad: Ion	4. Segundo Nombre, según su documento de identidad: Yonel
5. ¿Con cuál género se identifica? * (Esta pregunta aplica solo a personas mayores de 14 años): Masculino ☒ Femenino ☐ Transgénero ☐ (Transvesti, transexual, binario) ☐ No Aplica ☐	6. Nombre Identitario * (Esta pregunta aplica solo a personas mayores de 14 años y que hayan marcado la opción 3 de la pregunta 5): Yonel	7. ¿Se identifica como persona transgénero (femenino o transgénero masculino)? * (Esta pregunta aplica solo a personas mayores de 14 años y que hayan marcado la opción 3 de la pregunta 5): Masculino ☐ Transgénero Masculino ☐ Transgénero Femenino ☐	8. ¿Cuál es su orientación sexual? * (Esta pregunta aplica solo a personas mayores de 14 años): Heterosexual ☐ Bisexual ☐ Otro, ¿Cuál? ☐ Lesbiana ☐ No Informa ☐ No Aplica ☐
9. Tipo de documento de identificación: Cédula de ciudadanía ☐ Cédula de extranjería ☐ Tarjeta de identidad ☐ Registro civil ☒ Pasaporte... ☐ Permiso especial de permanencia ☐ Salvo conducto ☐ Permiso por protección temporal ☐ Sin identificación ☐	10. Número de documento de identificación: 1 140 180 925	11. Municipio nacimiento: otega	12. Departamento nacimiento: tolima
13. País nacimiento: Colombia	14. Sexo de nacimiento: Hombre ☒ Mujer ☐ Intersexual ☐	15. Fecha de nacimiento (según su documento de identidad): 26/01/2002	16. Estado civil: Soltero/a ☒ Casado/a ☐ Unión libre ☐ Separado/a ☐ Divorciado/a ☐ Vudola ☐ Unión marital de hecho ☐
17. Nivel educativo actual: Educación inicial modalidad familiar ☐ Educación inicial modalidad institucional ☐ Básica primaria ☐ Técnica ☐ Universitaria incompleta (sin título) ☐ Postgrado completo (con título) ☐ Postgrado incompleto (sin título) ☐ Educación desde lo propio ☐ Ninguno ☐	18. Años aprobados: 1	19. Educación secundaria y media ☐ Tecnológica ☐ Universitaria completa (con título) ☐ Postgrado completo (con título) ☐ Postgrado incompleto (sin título) ☐ Educación desde lo propio ☐ Ninguno ☐	20. ¿Es cuidador/a de niños, niñas menores de 5 años? (Aplica para personas mayores de 14 años) Sí ☐ No ☐
21. ¿Es cuidador/a de niños, niñas entre 5 a 10 años? Sí ☐ No ☐	22. ¿Es cuidador/a de personas con discapacidad? ☐	23. ¿Es cuidador/a de personas mayores? Sí ☐ No ☐	24. ¿Dedica su tiempo a labores del cuidado de casa? Sí ☐ No ☐
25. Actividad Principal: * (Esta pregunta aplica solo a personas mayores de 3 años) Buscando trabajo ☐ Trabajo no remunerado ☐ Sin actividad ☐ Estudiando ☐ Jubilado / pensionado ☐ Cuidador ☐ Trabajo Formal ☐ Trabajo Informal ☐ No aplica ☐	26. Rol ocupacional: * (Esta pregunta aplica solo a personas mayores de 14 años) Vendedor informal ☐ Cachivachero ☐ Reciclador ☐ Jornalero ☐ Actividades rurales ☐ Actividades Artísticas callejeras ☐ Cuidado directo ☐ Cuidado indirecto ☐ Vigilar finca o predio ☐ Vigilar o limpiar carros ☐ Calibrar llantas ☐ Estudiante ☐ No aplica ☐	27. ¿Cuántas horas a la semana dedica al rol ocupacional seleccionado? * (Esta pregunta aplica solo a mayores de 14 años): 1	28. Valor de los ingresos mensuales: * (Esta pregunta aplica solo a personas mayores de 14 años): Diario ☐ Semanal ☐ Mensual ☐ Quincenal ☐ Esporádico ☐ No aplica ☐
29. Forma de percibir los ingresos: * (Aplica solo a personas mayores de 14 años): Usaquén ☐ San Cristóbal ☐ Bosa ☐ Chapinero ☐ Usme ☐ Kennedy ☐ Santa Fe ☐ Tunjuelito ☐ Fontibón ☐ Engativá ☐ Teusaquillo ☐ Los Mártires ☐ Rafael Uribe ☐	30. Localidad donde desarrolló su rol ocupacional: * (Esta pregunta aplica solo a personas mayores de 14 años): Usaquén ☐ San Cristóbal ☐ Bosa ☐ Chapinero ☐ Usme ☐ Kennedy ☐ Santa Fe ☐ Tunjuelito ☐ Fontibón ☐ Engativá ☐ Teusaquillo ☐ Los Mártires ☐ Rafael Uribe ☐	31. ¿Está afiliado a seguridad social? Sí ☒ No ☐ (pase a la pregunta 34)	32. Régimen de seguridad social: Contributivo ☒ Subsidiado ☐ Especial ☐
33. Calidad del afiliado: Beneficiario ☒ Colizante ☐	34. ¿Tiene clasificación de Sisben? Sí ☒ No ☐	35. Clasificación Sisben: A4	

 <p> MINISTERIO DE EDUCACIÓN DE LA REPÚBLICA DE CUBA <small>MINISTERIO DE EDUCACIÓN DE LA REPÚBLICA DE CUBA</small> </p>	<p align="center">PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL</p> <p align="center">FORMATO FICHA SIRBE SERVICIOS SOCIALES INFORMACIÓN BÁSICA Y TRANSVERSAL: CABEZOTE</p>	<p>Código: FOR-PSS-321</p> <p>Versión: 1</p> <p>Fecha: Memo 2023015255 - 25/05/2023</p> <p>Página: 2 de 6</p>
---	---	---

Fecha de diligenciamiento:

1

5

5

A

M

0

1

A

0

A

4

Número de ficha

2

0

2

4

1

9

7

7

4

4

1

2

0

9

3

1

Año

2

0

2

4

Localidad

2

0

2

4

Proyecto

7

7

4

4

Código unidad operativa

1

2

0

9

3

1

[illegible]

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	Costura	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

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

Si ☐ 1 ☐ No ☐ 2 ☐

No informa ☒ 3

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 (Alquiler y/o valor cuota)	\$ 450.000	Recreación	\$ 80.000
Servicios públicos domiciliarios (agua, energía, gas, teléfono fijo, internet, teléfono celular, televisión por cable)	\$ 250.000	Gastos en salud (consultas, medicamentos, etc.)	\$ 50.000
Pagos a terceros cuidadores	\$ 0	Transporte o movilidad de los integrantes del hogar	\$ 50.000
Artículos de aseo personal	\$ 100.000	Educación (útiles, pensión, transporte escolar, fotocopias, etc.)	\$ 0
Alimentación	\$ 500.000	Total	\$ 7

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

Si ☐ 1 ☐ No ☐ 2 ☐

No informa ☒ 3

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

Fecha de diligenciamiento:

1

5

1

0

2

0

2

4

Número de ficha

2

0

2

4

1

9

3

7

4

1

2

0

9

3

1

Año

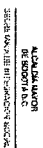
Localidad

Proyecto

Código unidad operativa

SECCION C. UBICACIÓN GEOGRÁFICA

SECCION C. UBICACION GEOGRAFICA									
1. Localidad donde habita									
Usaquén		Santa fe		Usme		Bosa		Fontibón	
Chapinero		San Cristóbal		Tunjuelito		Kennedy		Engativá	
Calle CL		Transversal TV		Avenida AV		Número de la vía principal: 75		Alfabetico	
Carrera KR		Avenida calle AC		Alfabetico		Nombre de la vía principal:		Alfabetico	
Diagonal DG		Avenida carrera AK		Alfabetico		Nombre sinónimo de la vía principal:		Alfabetico	
4. Escriba su dirección completa:									
Calle CL									
Carrera KR									
Diagonal DG									
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									
6. Tipo de zona									
Urbana		Rural		Urbana sin dirección		7. Estrato socio - económico del predio		8. Teléfono fijo de contacto:	
1		2		3		Uno 1		3033068963	
X		3		4		Tres 3		3219689807	
5		6		7		Cuatro 4		9. Teléfono celular de contacto:	
8		9		10		Cero 0		vaquiropurikaterine@gmail.com	
11. ¿Habita en una vivienda?.									
Si 1									
No 2									
12. Tipo de vivienda									
Casa o apartamento		Vivienda móvil		Lugar de trabajo		13. Condición de la vivienda		14. Tenencia de la vivienda	
Cuarto o cuartos		Casa lote		Finca		Ruina 1		Propia 1	
Inquilinato		Residencia		Pagu diario		Demolición 2		otra forma 3	
1		3		4		Buen estado 3		Arrendada 2	
2		5		6		Aceptable 4		Amortizado 4	
3		6		7		Mal Estado 5		Arrendada 2	
15. Forma de pago									
Diania 1									
Mensual 2									
Quincenal 3									
Semanal 4									
Contributivo 5									
16. Lugar diferente a vivienda donde habita:									
Equipamiento Urbano 1									
Refugio natural 2									



FORMATO FICHA SIRBE SERVICIOS SOCIALES INFORMACIÓN BÁSICA Y TRANSVERSAL: CABEZOTE

Version: 1

Página: 5 de 6

1	5	4	③	2	⑤	2	4
---	---	---	---	---	---	---	---

2	0	2	4	1	9	7	7	4	4	1	2	0	9	3	1
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Código unidad operativa

La información básica se repite para el jefe de núcleo familiar

[illegible]



ALCALDIA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

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: 6 de 6

No. Integrante		A	B	C	D	E	F	G	H		I	J	K		L	M	N	O	P	Q	R	S	T	U	V	W	X			Y	Z	AA	AB	AC	AD	
DOCUMENTO DE IDENTIDAD	Número	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?	¿Transgénero masculino o transgénero femenino?	¿Cuál es su orientación sexual?	FECHA NACIMIENTO		Edad aproximada	ESTADO CIVIL	PARENTESCO (Con jefe/a del núcleo familiar)	Años aprobados	NIVEL EDUCATIVO ACTUAL	¿Asiste actualmente?	L	M	N	O	P	Q	Rol ocupacional	¿Cuántas 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	¿Es víctima del conflicto armado?	Motivo	¿Ha recibido capacitación, formación o tiene experiencia en algún arte u oficio?	
								Día	Mes																		Año	Afiliado al régimen de seguridad social	Régimen de seguridad social							Calidad del afiliado
6		1	1												Si	Si	Si	Si	Si	Si							Si						Si	No		
		2	2												No	No	No	No	No	No							No						No aplica			
7		1	1												Si	Si	Si	Si	Si	Si							Si						Si	No		
		2	2												No	No	No	No	No	No							No						No aplica			
8		1	1												Si	Si	Si	Si	Si	Si							Si						Si	No		
		2	2												No	No	No	No	No	No							No						No aplica			
9		1	1												Si	Si	Si	Si	Si	Si							Si						Si	No		
		2	2												No	No	No	No	No	No							No						No aplica			
10		1	1												Si	Si	Si	Si	Si	Si							Si						Si	No		
		2	2												No	No	No	No	No	No							No						No aplica			
11		1	1												Si	Si	Si	Si	Si	Si							Si						Si	No		
		2	2												No	No	No	No	No	No							No						No aplica			
12		1	1												Si	Si	Si	Si	Si	Si							Si						Si	No		
		2	2												No	No	No	No	No	No							No						No aplica			
13		1	1												Si	Si	Si	Si	Si	Si							Si						Si	No		
		2	2												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.



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ, D.C.

SECRETARÍA MUNICIPAL DE SALUD

PROCESO PREST. IN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOC
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 12023015020-24/05/2023
Página: 1 de 4

Fecha de diligenciamiento: 15102024

Numero Ficha:

2

Año

Localidad

Proyecto

Código Unidad Operativa

SECCION E. MODALIDAD DE ATENCION

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

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

Modalidades Familiares

Creciendo Juntos

Creemos en la Ruralidad

Jardines Infantiles

Jardines Infantiles Nocturnos

Casas De Pensamiento Intercultural

Espacios Rurales

2. Escriba el nombre de la Subdirección Local – SLS 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:

2. ¿La atención de la niña-niño en la modalidad se ha realizado desde la gestación?:

Gestante: 1 Pase a sección G Niña - niño: 2 Si: 1 Nombre de la madre:

Nº. Identificación de la madre:

No: 2 Si: 1

3. ¿La niña o niño es menor de 6 meses y está lactando?:

SECCION G. CONCEPCION Y GESTACION:

1. ¿Cuál fue la fecha de inicio de su última menstruación FUM?:

2. ¿Asiste a control prenatal?:

3. ¿Fecha del último control médico?:

4. ¿Numero de hijas-hijos nacidos vivos?:

5. ¿Qué edad tiene el padre de la hija- hijo que espera?:

Menor de 14 años

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

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

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

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

Madre: 7

Si: 1 No: 2

Padres: 1

Solo Padre: 3

Otros parientes: 5

Abuelo-a: 4

Otros no parientes: 6

Modalidad institucional para la Primera infancia: 7

Si: 1 No: 2

Hospital: 1

Colegio: 3

Amigos-as: 5

Padre: 8

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

Cuidados durante la gestación: 1

Lactancia materna: 3

Prevención de accidentes en el hogar: 5

Construcción del vínculo afectivo madre- hijo: 6

Prevención de accidentes en el hogar: 4

Ninguna: 93

Pase a la pregunta 12

Hospital: 1

Colegio: 2

ONG: 4

11. ¿Quién le brindó la información sobre los temas anteriores?:

Hospital: 1

Colegio: 3

Otra entidad: 5

Partera/ doula: 9

Otra persona: 6

12. ¿Usted deseaba quedar en embarazo?:

Si: 1

No: 2

Bajo peso: 1

Peso adecuado: 2

Si: 1

No: 2

Exceso de peso: 3

Sin información: 4

Si: 1

No: 2

Exceso de peso: 3

Sin información: 4

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

Si: 1

No: 2

Exceso de peso: 3

Si: 1

No: 2

Exceso de peso: 3

Si: 1

No: 2

Exceso de peso: 3

Si: 1

14. El embarazo es múltiple?:

Si: 1

No: 2

Si: 1

No: 2

Si: 1

No: 2

Si: 1

No: 2

Si: 1

No: 2

Si: 1

No: 2

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

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

Lugar donde se producirá el parto: 1

La posición de part.: 3

La elección del acompañante: 4

Si: 1

No: 2

Si: 1

No: 2

Si: 1

No: 2

Si: 1

No: 2

Si: 1

Vaginal: 1

Cesarea: 2

Lugar donde se producirá el parto: 1

La posición de part.: 3

La elección del acompañante: 4

Si: 1

No: 2

Si: 1

No: 2

Si: 1

No: 2

Si: 1

No: 2

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

Hospital: 1

Colegio: 3

Otra entidad: 5

Partera/ doula: 9

Otra persona: 6

Si: 1

No: 2

Si: 1

No: 2

Si: 1

No: 2

Si: 1

7. ¿Está usando un método anticonceptivo?:

Si: 1

No: 2

Si: 1

No: 2

Si: 1

No: 2

Si: 1

No: 2

Si: 1

No: 2

Si: 1

No: 2

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

Si: 1

No: 2

Si: 1

No: 2

Si: 1

No: 2

Si: 1

No: 2

Si: 1

No: 2

Si: 1

No: 2

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

Si: 1

No: 2

Si: 1

No: 2

Si: 1

No: 2

Si: 1

No: 2

Si: 1

No: 2

Si: 1

No: 2

10. ¿Tiene información sobre como iniciar la alimentación complementaria?:

Si: 1

No: 2

Si: 1

No: 2

Si: 1

No: 2

Si: 1

No: 2

Si: 1

No: 2

Si: 1

No: 2

11. ¿Tiene información sobre como iniciar la alimentación complementaria?:

Si: 1

No: 2

Si: 1

No: 2

Si: 1

No: 2

Si: 1

No: 2

Si: 1

No: 2

Si: 1

No: 2

12. ¿Tiene información sobre como iniciar la alimentación complementaria?:

Si: 1

No: 2

Si: 1

No: 2

Si: 1

No: 2

Si: 1

No: 2

Si: 1

No: 2

Si: 1

No: 2

 MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL	PROCESO PRESERVAÇÃO 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
	FORMATO FICHA SIRBE SERVICIOS: JARDINES INFANTILES Y CRECIENDO JUNTOS.			Fecha: Memo 12023015020-24/05/2023
				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. ¿Dónde fue atendido el parto de la niña o niño? Hospital..... ☐ 1..... Casa..... ☐ 3..... Ambulancia..... ☐ 5..... Centro de salud..... ☒ 2..... Espacio público..... ☐ 4.....	2. Quien atendió el nacimiento de la niña o el niño? Médico..... ☐ 1..... Partera/doula..... ☒ 3..... Enfermera..... ☐ 2..... Personal no médico..... ☐ 4.....	3. ¿El primer contacto piel a piel con su hijo-o, después de nacer, fue? 1/2 hora o antes..... ☒ 1..... 2 horas..... ☐ 3..... 1 hora..... ☐ 2..... Más de 4 horas..... ☐ 4.....	4. ¿En qué semana de gestación nació su hijo-o? ☐ 40..... Semanas DATO VALIDO ENTRE 22 Y 42	5. ¿Cuál fue el peso de su hijo-o al nacer? ☐ 3000..... Gramos DATO VALIDO ENTRE 450 Y 6000	6. ¿Cuál fue la talla de su hijo-o al nacer? ☐ 24..... Centímetros DATO VALIDO ENTRE 22 Y 60
7. La niña o el niño recibió leche materna alguna vez? Si..... ☒ 1..... No..... ☐ 2..... Pase a la pregunta 13	8. ¿Después de cuánto tiempo de nacido su hijo-o inició la lactancia materna? Inmediatamente..... ☐ 1..... Menos de 24 horas..... ☒ 3..... Menos de 1 hora..... ☐ 2..... Más de 24 horas..... ☐ 4.....	9. ¿Actualmente el niño-o recibe leche materna? Si..... ☐ 1..... No..... ☒ 2..... Pase a la pregunta 12	10. La niña o el niño recibe algún alimento diferente a la leche materna? Pase a la pregunta 13	11. ¿Qué edad tenía su hijo-o cuando recibió un alimento diferente a la leche materna? Meses..... Pase a la pregunta 13	12. ¿Qué edad tenía su hijo-o cuando dejó de darle leche materna completamente? Meses.....
13. ¿Asiste a valoración integral de la salud y el desarrollo (crecimiento y desarrollo)? Si..... ☒ 1..... No..... ☐ 2..... Pase a la pregunta 15	14. ¿Fecha del último control? ☐ 07/10/23..... 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..... Pase a la pregunta 17	16. ¿La niña o el niño, cuenta con el esquema de vacunación al día? Si..... ☒ 1..... No..... ☐ 2..... Pase a la pregunta 18	17. ¿Por qué la niña o el niño no cuenta con el esquema de vacunación al día? Creenzas religiosas o culturales..... ☐ 1..... Olvido..... ☐ 2..... Pérdida del carné..... ☐ 3..... Desconocimiento..... ☐ 4..... Falta de tiempo..... ☐ 5..... Pase a la pregunta 21	18. ¿Actualmente, la niña o el niño tiene una condición de salud? Si..... ☐ 1..... No..... ☒ 2..... Pase a la pregunta 21
19. ¿La condición de salud de la niña o el niño, implica? (Selección múltiple) Uso de oxígeno durante el sueño..... ☐ 1..... Alimentación por sonda..... ☐ 3..... Traqueotomía..... ☐ 4..... Uso de oxígeno permanente..... ☐ 2..... Procesamiento invasivo..... ☐ 5..... Inmunodeficiencia..... ☐ 6..... Pase a la pregunta 22	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..... Pase a la pregunta 23	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 pasivas..... ☐ 2..... Ninguna..... ☒ 3..... Consumo de sustancias psicoactivas..... ☐ 4..... Pase a la pregunta 24	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 pasivas..... ☐ 2..... Consumo de sustancias psicoactivas..... ☐ 3..... Trabajo infantil..... ☐ 4..... Mendicidad..... ☐ 5..... Pase a la pregunta 25	23. El padre o madre de la niña o niño es? (Selección múltiple) Desmovilizado..... ☐ 1..... Militar con discapacidad..... ☐ 3..... Ninguna de las anteriores..... ☒ 4..... Desvinculado..... ☐ 2..... Militar fallecido..... ☐ 4..... Pase a la pregunta 26	24. El padre o madre de la niña o el niño trabaja en reciclaje? Si..... ☐ 1..... No..... ☒ 2..... Pase a la pregunta 27
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 distal..... ☐ 11..... Creciendo juntos..... ☐ 3..... Centros Amar..... ☐ 6..... FAMI del ICBF..... ☒ 9..... Pase a la pregunta 28	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 distal..... ☐ 11..... Creciendo juntos..... ☐ 3..... Centros Amar..... ☐ 6..... FAMI del ICBF..... ☒ 9..... Pase a la pregunta 29	27. ¿Ha estado vinculado a modalidades familiares o institucionales de Educación inicial de la SDIS? Si..... ☐ 1..... No..... ☒ 2..... Pase a la pregunta 29	28. ¿En qué localidad? Usaquén..... ☐ 1..... Santa Fe..... ☐ 3..... Bosa..... ☐ 7..... Fontibón..... ☐ 9..... Chapinero..... ☐ 2..... San Cristóbal..... ☐ 4..... Kennedy..... ☐ 8..... Engativá..... ☐ 10..... Los Mártires..... ☐ 12..... Barrios Unidos..... ☐ 14..... Teusaquillo..... ☐ 13..... Antonio Nariño..... ☐ 15..... La Candelaria..... ☐ 17..... Ciudad Bolívar..... ☐ 19..... Sumapaz..... ☐ 20..... Pase a la pregunta 30	29. ¿Cuál es el 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 hijo-o..... ☒ 3..... Responde a las necesidades de la niña-o y su familia..... ☐ 4..... Fortalecimiento cultural..... ☐ 5..... Cuidado de su hijo o hijo mientras trabaja..... ☐ 6..... Pase a la pregunta 31	30. ¿Considera importante fortalecer sus conocimientos sobre crianza y desarrollo integral de su hijo-hijo? Si..... ☐ 1..... No..... ☒ 2..... Pase a la pregunta 31
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.....					

1. ¿La niña o el niño en algún momento queda solo-a?:	2. ¿En qué momento:	3. ¿Cuánto tiempo queda solo-a?:	4. ¿Quién es el cuidador principal de la niña o el niño	5. ¿Quién cuida a la niña o al niño en la mañana?:	6. ¿Quién cuida a la niña o al niño en la tarde?:
No. ☒ 2	Mañana... ☐ 1	Menos de una (1) hora... ☐ 1	Papá... ☐ 1	Papá... ☐ 1	Papá... ☐ 1
Si... ☐ 1	Tarde... ☐ 2	Entre 1 y 3 horas... ☐ 2	Mamá... ☐ 2	Hermano-a... ☐ 5	Hermano-a... ☐ 6
No... ☒ 2	Noche... ☐ 3	Más de tres (3) horas... ☐ 3	Madrastra... ☐ 4	Tío-a... ☐ 7	Tío-a... ☐ 7
			Abuelo-a... ☐ 7	Otro pariente... ☐ 8	Otro pariente... ☐ 8
			Otro No pariente... ☐ 9	Madrastra... ☐ 4	Madrastra... ☐ 4

<p>7. ¿Quién cuida a la niña o al niño en la noche?</p> <p>Papá..... ☐ 1 ☐ 5 Otro pariente..... ☐ 8 Mamá..... ☒ 2 ☐ 6 Otro No pariente..... ☐ 9 Padrastro..... ☐ 3 ☐ 7 Nadie..... ☐ 10 Madrastra..... ☐ 4 ☐ 11 Otro..... ☐ 12 ☐ 13 ¿Cuál?: <u>Veces</u></p>		<p>8. ¿Cuál es la edad en años del cuidador o la cuidadora principal?:</p> <p><u>20</u></p>		<p>9. ¿Cuál es el sexo del cuidador o cuidadora principal?:</p> <p>Hombre..... ☐ 1 ☐ 2 ☒ 3 Intersexual..... ☐ 4 Mujer..... ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 Masculino..... ☐ 9 ☐ 10 Transgénero..... ☐ 11 No binario..... ☐ 12 Femenino..... ☐ 13 ☐ 14 No informa..... ☐ 15 No aplica..... ☐ 16 ☐ 17 No informa..... ☐ 18 ☐ 19 No aplica..... ☐ 20 ☐ 21 No informa..... ☐ 22 ☐ 23 No aplica..... ☐ 24 ☐ 25 No informa..... ☐ 26 ☐ 27 No aplica..... ☐ 28 ☐ 29 No informa..... ☐ 30 ☐ 31 No aplica..... ☐ 32 ☐ 33 No informa..... ☐ 34 ☐ 35 No aplica..... ☐ 36 ☐ 37 No informa..... ☐ 38 ☐ 39 No aplica..... ☐ 40 ☐ 41 No informa..... ☐ 42 ☐ 43 No aplica..... ☐ 44 ☐ 45 No informa..... ☐ 46 ☐ 47 No aplica..... ☐ 48 ☐ 49 No informa..... ☐ 50 ☐ 51 No aplica..... ☐ 52 ☐ 53 No informa..... ☐ 54 ☐ 55 No aplica..... ☐ 56 ☐ 57 No informa..... ☐ 58 ☐ 59 No aplica..... ☐ 60 ☐ 61 No informa..... ☐ 62 ☐ 63 No aplica..... ☐ 64 ☐ 65 No informa..... ☐ 66 ☐ 67 No aplica..... ☐ 68 ☐ 69 No informa..... ☐ 70 ☐ 71 No aplica..... ☐ 72 ☐ 73 No informa..... ☐ 74 ☐ 75 No aplica..... ☐ 76 ☐ 77 No informa..... ☐ 78 ☐ 79 No aplica..... ☐ 80 ☐ 81 No informa..... ☐ 82 ☐ 83 No aplica..... ☐ 84 ☐ 85 No informa..... ☐ 86 ☐ 87 No aplica..... ☐ 88 ☐ 89 No informa..... ☐ 90 ☐ 91 No aplica..... ☐ 92 ☐ 93 No informa..... ☐ 94 ☐ 95 No aplica..... ☐ 96 ☐ 97 No informa..... ☐ 98 ☐ 99 No aplica..... ☐ 100 ☐ 101 No informa..... ☐ 102 ☐ 103 No aplica..... ☐ 104 ☐ 105 No informa..... ☐ 106 ☐ 107 No aplica..... ☐ 108 ☐ 109 No informa..... ☐ 110 ☐ 111 No aplica..... ☐ 112 ☐ 113 No informa..... ☐ 114 ☐ 115 No aplica..... ☐ 116 ☐ 117 No informa..... ☐ 118 ☐ 119 No aplica..... ☐ 120 ☐ 121 No informa..... ☐ 122 ☐ 123 No aplica..... ☐ 124 ☐ 125 No informa..... ☐ 126 ☐ 127 No aplica..... ☐ 128 ☐ 129 No informa..... ☐ 130 ☐ 131 No aplica..... ☐ 132 ☐ 133 No informa..... ☐ 134 ☐ 135 No aplica..... ☐ 136 ☐ 137 No informa..... ☐ 138 ☐ 139 No aplica..... ☐ 140 ☐ 141 No informa..... ☐ 142 ☐ 143 No aplica..... ☐ 144 ☐ 145 No informa..... ☐ 146 ☐ 147 No aplica..... ☐ 148 ☐ 149 No informa..... ☐ 150 ☐ 151 No aplica..... ☐ 152 ☐ 153 No informa..... ☐ 154 ☐ 155 No aplica..... ☐ 156 ☐ 157 No informa..... ☐ 158 ☐ 159 No aplica..... ☐ 160 ☐ 161 No informa..... ☐ 162 ☐ 163 No aplica..... ☐ 164 ☐ 165 No informa..... ☐ 166 ☐ 167 No aplica..... ☐ 168 ☐ 169 No informa..... ☐ 170 ☐ 171 No aplica..... ☐ 172 ☐ 173 No informa..... ☐ 174 ☐ 175 No aplica..... ☐ 176 ☐ 177 No informa..... ☐ 178 ☐ 179 No aplica..... ☐ 180 ☐ 181 No informa..... ☐ 182 ☐ 183 No aplica..... ☐ 184 ☐ 185 No informa..... ☐ 186 ☐ 187 No aplica..... ☐ 188 ☐ 189 No informa..... ☐ 190 ☐ 191 No aplica..... ☐ 192 ☐ 193 No informa..... ☐ 194 ☐ 195 No aplica..... ☐ 196 ☐ 197 No informa..... ☐ 198 ☐ 199 No aplica..... ☐ 200 ☐ 201 No informa..... ☐ 202 ☐ 203 No aplica..... ☐ 204 ☐ 205 No informa..... ☐ 206 ☐ 207 No aplica..... ☐ 208 ☐ 209 No informa..... ☐ 210 ☐ 211 No aplica..... ☐ 212 ☐ 213 No informa..... ☐ 214 ☐ 215 No aplica..... ☐ 216 ☐ 217 No informa..... ☐ 218 ☐ 219 No aplica..... ☐ 220 ☐ 221 No informa..... ☐ 222 ☐ 223 No aplica..... ☐ 224 ☐ 225 No informa..... ☐ 226 ☐ 227 No aplica..... ☐ 228 ☐ 229 No informa..... ☐ 230 ☐ 231 No aplica..... ☐ 232 ☐ 233 No informa..... ☐ 234 ☐ 235 No aplica..... ☐ 236 ☐ 237 No informa..... ☐ 238 ☐ 239 No aplica..... ☐ 240 ☐ 241 No informa..... ☐ 242 ☐ 243 No aplica..... ☐ 244 ☐ 245 No informa..... ☐ 246 ☐ 247 No aplica..... ☐ 248 ☐ 249 No informa..... ☐ 250 ☐ 251 No aplica..... ☐ 252 ☐ 253 No informa..... ☐ 254 ☐ 255 No aplica..... ☐ 256 ☐ 257 No informa..... ☐ 258 ☐ 259 No aplica..... ☐ 260 ☐ 261 No informa..... ☐ 262 ☐ 263 No aplica..... ☐ 264 ☐ 265 No informa..... ☐ 266 ☐ 267 No aplica..... ☐ 268 ☐ 269 No informa..... </p>	
--	--	---	--	--	--

Alexandra

1	2
	X

Si.....	1	No.....	2	X
Si.....	1	No.....	2	X

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

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

Sl. No.	1	2
		X

1. Clase de discapacidad (marque la clase de acuerdo con el tipo indicado en la sección de cabecera; si es múltiple indique las clases necesarias; con excepción de las relacionadas con las alteraciones en el desarrollo)	2. Tiene diagnóstico clínico (relacionado con la discapacidad)?
Si... ☐ No. ☒ Sí	8. Ayos requeridos en el servicio? No. ☐ Sí ☒

ALTERACIONES EN EL DESARROLLO		TRANS ESPECTRO AUTISTA (TEA)		VISUAL		FÍSICA		3. Cuenta con el certificado de discapacidad?		4. La niña o el niño está inscrito en el RL CPD?		5. Requiere ayuda técnica para las actividades de la vida diaria?		6. Cuenta con ella?		7. Es independiente para el desplazamiento?		10. De qué tipo:		11. De qué tipo:		12. De qué tipo:		13. De qué tipo:		14. De qué tipo:		15. De qué tipo:		16. De qué tipo:		17. De qué tipo:		18. De qué tipo:		19. De qué tipo:		20. De qué tipo:		21. De qué tipo:		22. De qué tipo:		23. De qué tipo:		24. De qué tipo:		25. De qué tipo:		26. De qué tipo:		27. De qué tipo:		28. De qué tipo:		29. De qué tipo:		30. De qué tipo:		31. De qué tipo:		32. De qué tipo:		33. De qué tipo:		34. De qué tipo:		35. De qué tipo:		36. De qué tipo:		37. De qué tipo:		38. De qué tipo:		39. De qué tipo:		40. De qué tipo:		41. De qué tipo:		42. De qué tipo:		43. De qué tipo:		44. De qué tipo:		45. De qué tipo:		46. De qué tipo:		47. De qué tipo:		48. De qué tipo:		49. De qué tipo:		50. De qué tipo:		51. De qué tipo:		52. De qué tipo:		53. De qué tipo:		54. De qué tipo:		55. De qué tipo:		56. De qué tipo:		57. De qué tipo:		58. De qué tipo:		59. De qué tipo:		60. De qué tipo:		61. De qué tipo:		62. De qué tipo:		63. De qué tipo:		64. De qué tipo:		65. De qué tipo:		66. De qué tipo:		67. De qué tipo:		68. De qué tipo:		69. De qué tipo:		70. De qué tipo:		71. De qué tipo:		72. De qué tipo:		73. De qué tipo:		74. De qué tipo:		75. De qué tipo:		76. De qué tipo:		77. De qué tipo:		78. De qué tipo:		79. De qué tipo:		80. De qué tipo:		81. De qué tipo:		82. De qué tipo:		83. De qué tipo:		84. De qué tipo:		85. De qué tipo:		86. De qué tipo:		87. De qué tipo:		88. De qué tipo:		89. De qué tipo:		90. De qué tipo:		91. De qué tipo:		92. De qué tipo:		93. De qué tipo:		94. De qué tipo:		95. De qué tipo:		96. De qué tipo:		97. De qué tipo:		98. De qué tipo:		99. De qué tipo:		100. De qué tipo:	
Del habla y del lenguaje.....	☐	TEA.....	☐	Baja visión.....	☐	Osteomuscular.....	☐	3. Cuenta con el certificado de discapacidad?	Si.....	☐	No.....	☐	4. La niña o el niño está inscrito en el RL CPD?	Si.....	☐	No.....	☐	5. Requiere ayuda técnica para las actividades de la vida diaria?	Si.....	☐	No.....	☐	6. Cuenta con ella?	Si.....	☐	No.....	☐	7. Es independiente para el desplazamiento?	Si.....	☐	No.....	☐	10. De qué tipo:	Fonoaudiología.....	☐	Fisioterapia.....	☐	Terapia ocupacional.....	☐	Neurología.....	☐	Otro.....	☐	-cuál?	Intermitente o limitado.....	☐	Extenso o Generalizado.....	☐	En observación.....	☐																																																																																																																																																					
De la función motriz.....	☐	AUDITIVA	☐	Ceguera.....	☐	Neuromuscular.....	☐	4. La niña o el niño está inscrito en el RL CPD?	Si.....	☐	No.....	☐	5. Requiere ayuda técnica para las actividades de la vida diaria?	Si.....	☐	No.....	☐	6. Cuenta con ella?	Si.....	☐	No.....	☐	7. Es independiente para el desplazamiento?	Si.....	☐	No.....	☐	10. De qué tipo:	Fonoaudiología.....	☐	Fisioterapia.....	☐	Terapia ocupacional.....	☐	Neurología.....	☐	Otro.....	☐	-cuál?	Extenso o Generalizado.....	☐	En observación.....	☐																																																																																																																																																												
Del desarrollo mixto.....	☐	Síndrome de Down.....	☐	Intellectual.....	☐	Parálisis cerebral (EMOC).....	☐	5. Requiere ayuda técnica para las actividades de la vida diaria?	Si.....	☐	No.....	☐	6. Cuenta con ella?	Si.....	☐	No.....	☐	7. Es independiente para el desplazamiento?	Si.....	☐	No.....	☐	10. De qué tipo:	Fonoaudiología.....	☐	Fisioterapia.....	☐	Terapia ocupacional.....	☐	Neurología.....	☐	Otro.....	☐	-cuál?	En observación.....	☐																																																																																																																																																																			
Del comportamiento e hiperquinéticos.....	☐	Hipoacusia.....	☐	Síndrome de Down.....	☐	Parálisis cerebral (EMOC).....	☐	6. Cuenta con ella?	Si.....	☐	No.....	☐	7. Es independiente para el desplazamiento?	Si.....	☐	No.....	☐	10. De qué tipo:	Fonoaudiología.....	☐	Fisioterapia.....	☐	Terapia ocupacional.....	☐	Neurología.....	☐	Otro.....	☐	-cuál?	En observación.....	☐																																																																																																																																																																								
De los procesos cognitivos.....	☐	Sordera.....	☐	Intellectual.....	☐	Parálisis cerebral (EMOC).....	☐	7. Es independiente para el desplazamiento?	Si.....	☐	No.....	☐	10. De qué tipo:	Fonoaudiología.....	☐	Fisioterapia.....	☐	Terapia ocupacional.....	☐	Neurología.....	☐	Otro.....	☐	-cuál?	En observación.....	☐																																																																																																																																																																													

SECCIÓN N. DESCRIPCIÓN Y REFERENCIACIÓN:

1. Descripción de la problemática:	<p>La familia esta conformada por la mamá quien trabaja y es la jefe del hogar, pero conviven con la hermana quien es la encargada de cuidar del niño mientras la hermana labora, ella trabaja por horas (dos al día), pero esta también pendiente de la mamá de ellas ya que se vino del tolima para la casa de sus hijos y el padre del niño tiene otro hogar pero de vez en cuando le colabora con las cosas que necesita el niño y maneja poca comunicación.</p>	2. Concepto técnico:	<p>Se debe garantizar el cupo al niño en el Jardín Waldorf, ya que cumple con los criterios para el ingreso. Para poder brindarle bienestar a la familia y de esa forma se respetan los derechos y deberes del niño y así contribuir al desarrollo integral, emocional, individual del niño.</p>
<p>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. Luvu 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</p>		<p>3. Acciones a seguir:</p> <p>Ingreso prioritario: 1 1 2 2 3 3</p> <p>Lista de espera - Cumple criterios de ingreso: 2 2 3 3</p> <p>No cumple criterios de ingreso: 3 3</p>	
<p>MATERNAL ☐ CAMINADORES ☐ PARVULOS ☐ PREJARDIN ☒ JARDIN ☒</p> <p>De acuerdo con la oferta institucional de su momento, indique si ingresa a atención presencial o algún esquema de atención flexible.</p> <p>ATENCIÓN PRESENCIAL ☒ ALTERNANCIA ☐ EI EN CASA ☐ MULTIMODAL ☐</p>		<p>4. ¿Requiere visita domiciliaria? - Si... 1 1 No... 2 2 Pase a la pregunta 5</p> <p>Motivo: Verificación de las condiciones socio familiares: - Si... 1 1 - No... 2 2</p> <p>Verificación otras condiciones: - Si... 1 1 - No... 2 2</p>	
<p>5. La modalidad en el que se atenderá la niña, el niño, persona gestante o lactante se encuentra en convenio interadministrativo con (selección múltiple):</p>		<p>SED 1 1 2 2 Ninguno de los anteriores 96 96</p> <p>ICBF 2 2</p>	
<p>6. La unidad operativa ofrece nivel pre jardín o jardín porque se encuentra en una UPZ deficiaria para la SED?</p>		<p>- Si... 1 1 - No... 2 2 No oferta niveles 3 3</p>	
<p>7. Referenciación a un proyecto SDIS: - Si... 1 1 - No... 2 2 Pase a la pregunta 8</p> <p>Integrante: Proyecto: Modalidad:</p> <p>Integrante: Proyecto: Modalidad:</p> <p>Integrante: Proyecto: Modalidad:</p> <p>Integrante: Proyecto: Modalidad:</p>		<p>8. Referenciación a otra entidad: - Si... 1 1 - No... 2 2 Finalice</p> <p>Integrante: ¿Cuál?:</p> <p>Integrante: ¿Cuál?:</p> <p>Integrante: ¿Cuál?:</p> <p>Integrante: ¿Cuál?:</p>	

 <div>Ministerio de Protección Social</div>	PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES		Código: FOR-PSS-743
FORMATO REGISTRO DE DILIGENCIAMIENTO DE FICHA SIRBE EN FÍSICO		Version: 0	
LOCALIDAD: Ciudad Bolívar		Fecha: Memo I2024000787 - 12/01/2024	
UNIDAD OPERATIVA: Jardín infantil Waldorf		Página: 1 de 1	
DOCUMENTO DE IDENTIDAD CC_X CE_ OTRO_ CUAL?		RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA: Francisco Pesada	
NOMBRE DEL RECOLECTOR: Branda Sothe		Número # 1033736336	
NOMBRE SOLICITANTE / BENEFICIARIO: Jan Yoel Asencio		Documento de Identidad CC_ CE_ OTRO_ CUAL? RC	
FECHA DE ENTREGA PARA DIGITACIÓN: 16/10/2024		Número # 140180925	
NOMBRE DEL DIGITADOR AL QUE SE ENTREGA LA FICHA:			

Fecha de diligenciamiento: 28/04/2024

Número de ficha 20024193744120934

SECCIÓN A. VARIABLES BÁSICAS

1. Primer Apellido, según su documento de identidad: Pavero		2. Segundo Apellido, según su documento de identidad: Leal		3. Primer Nombre, según su documento de identidad: Andy		4. Segundo Nombre, según su documento de identidad: Machinas	
5. Con cuál género se identifica? * (Esta pregunta aplica solo a personas mayores de 14 años): Masculino ☒ Femenino ☐ Transgénero ☐ (Travesti, transexual, transman) ☐ No binario ☐ No Aplica ☐		6. Nombre identitario * (Esta pregunta aplica solo a personas mayores de 14 años y que hayan marcado la opción 3 de la pregunta 5):		7. ¿Se identifica como persona transgénero, femenino o transgénero masculino? * (Esta pregunta aplica solo a personas mayores de 14 años y que hayan marcado la opción 3 de la pregunta 5): Masculino ☐ Transgénero Masculino ☐ Transgénero Femenino ☐ Transgénero ☐		8. ¿Cuál es su orientación sexual? * (Esta pregunta aplica solo a personas mayores de 14 años): Heterosexual ☐ Bisexual ☐ Otro, ¿Cuál? ☐ Lesbiana ☐ No informa ☐ No Aplica ☐	
9. Tipo de documento de identificación: Cédula de ciudadanía ☐ Cédula de extranjería ☐ Tarjeta de identidad ☐ Registro civil ☒ Pasaporte... ☐ Permiso especial de permanencia ☐ Salvo conducto ☐ Permiso por protección temporal ☐ Sin identificación ☐		10. Número de documento de identificación: 1.023421.648		11. Municipio nacimiento: Bogotá		12. Departamento nacimiento: Cundinamarca	
13. País nacimiento: Colombia		14. Sexo de nacimiento: Hombre ☒ Mujer ☐ Intersexual ☐		15. Fecha de nacimiento (según su documento de identidad): 05/04/2002		16. Estado civil: Soltero/a ☒ Casado/a ☐ Unión libre ☐ Separado/a ☐ Divorciado/a ☐ Viduo/a ☐ Unión marital de hecho ☐	
17. Nivel educativo actual: Educación inicial modalidad familiar ☐ Educación inicial modalidad institucional ☐ Preescolar ☐ Básica primaria ☐ Básica secundaria y media ☐ Tecnológico ☐ Técnico ☐ Universitaria incompleta (sin título) ☐ Universitaria completa (con título) ☐ Educación desde lo propio ☐ Postgrado completo (con título) ☐ Ninguno ☐ 18. Años aprobados: ☐		19. ¿Es persona cuidadora? (pregunta para mayores de 14 años) Sí ☐ No ☐ (pase a la pregunta 25)		20. ¿Es cuidadora de niños, niñas menores de 5 años? (Aplica para personas mayores de 14 años) Sí ☐ No ☐		21. ¿Es cuidadora de niños, niñas entre 6 a 10 años? Sí ☐ No ☐	
22. ¿Es cuidadora de personas con discapacidad? (pregunta para personas mayores de 14 años) Sí ☐ No ☐		23. ¿Es cuidadora de personas mayores? Sí ☐ No ☐		24. ¿Dedica su tiempo a labores del cuidado de casa? Sí ☐ No ☐		25. ¿Cuántas horas a la semana dedica al rol ocupacional seleccionado? (Esta pregunta aplica solo a mayores de 14 años) ☐	
25. Actividad Principal * (Esta pregunta aplica solo a personas mayores de 3 años) Buscando trabajo ☐ Trabajo no remunerado ☐ Sin actividad ☐ Estudiando ☐ Jubilado / pensionado ☐ Cuidador ☐ Trabajo Formal ☐ Trabajo Informal ☐ No aplica ☐		26. Rol ocupacional: * (Esta pregunta aplica solo a personas mayores de 14 años) Vendedor Informal ☐ Cachivachero ☐ Reciclador ☐ Cuidado directo ☐ Jornalero ☐ Actividades rurales ☐ Actividades Artísticas callejeras ☐ Cuidado indirecto ☐ Vigilar finca o predio ☐ Otras ocupaciones ☐ No aplica ☐		27. ¿Tiene clasificación de Sisben? Sí ☒ No ☐		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 ☐ Semanal ☐ Mensual ☐ Quincenal ☐ Esporádico ☐ No aplica ☐		30. Localidad donde desarrolla su rol ocupacional: * (Esta pregunta aplica solo a personas mayores de 14 años): Usaquén ☐ San Cristóbal ☐ Bosa ☐ Chapino ☐ Usme ☐ Kennedy ☐ Santa Fe ☐ Tunjuelito ☐ Fontibón ☐		31. Calidad del afiliado: Beneficiario ☒ Cotizante ☐		32. Régimen de seguridad social: Contributivo ☒ Subsidado ☐ Especial ☐	
33. ¿Está afiliado a seguridad social? Sí ☒ No ☐ (pase a la pregunta 34)		34. ¿Tiene clasificación de Sisben? Sí ☒ No ☐		35. Clasificación Sisben: B7			

 <p> ALCALDÍA MAYOR DE MEXICO D.F. <small>SECRETARÍA DE LA CIUDAD DE MEXICO</small> </p>	<p style="text-align: center;"> PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL FORMATO FICHA SIRBE SERVICIOS SOCIALES INFORMACIÓN BÁSICA Y TRANSVERSAL: CABEZOTE </p>	<p> Código: FOR-PSS-321 Versión: 1 Fecha: Memo 2023015255 - 25/05/2023 Página: 2 de 6 </p>
---	--	---

Fecha de diligenciamiento:

2

8

1

0

2

0

2

4

Numero de ficha

2

0

2

4

1

9

7

7

4

4

1

2

0

9

3

1

Año

Localidad

Proyecto

Código unidad operativa

[illegible]

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 2023015265 - 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	Piomería	22
Construcción	3	Cuidado de personas con discapacidad	7	Corrección	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

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

Si ☐ 1 No ☐ 2 No informa ☒ 3

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 (Alriendo y/o valor cuota	\$ 250000	Recreación	\$ 50000
Servicios públicos domiciliarios (agua, energía, gas, teléfono fijo, internet, teléfono celular, televisión por cable	\$ 50000	Gastos en salud (consultas, medicamentos, etc.)	\$ 30000
Pagos a terceros cuidadores	\$ 0	Transporte o movilidad de los integrantes del hogar	\$ 40000
Artículos de aseo personal	\$ 80000	Educación (útiles, pensión, transporte escolar, fotocopias, etc.)	\$
Alimentación	\$ 200000	Total	\$

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

Si ☐ 1 No ☐ 2 No informa ☒ 3

 <p>GOBIERNO DEL ESTADO DE JALISCO SECRETARÍA DE ECONOMÍA</p>	<p>PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL</p> <p>FORMATO FICHA SIRBE SERVICIOS SOCIALES INFORMACIÓN BÁSICA Y TRANSVERSAL: CABEZOTE</p>	<p>Código: FOR-PSS-321</p> <p>Versión: 1</p> <p>Fecha: Memo 2023015255 - 25/05/2023</p> <p>Página: 4 de 6</p>
--	---	---

Fecha de diligenciamiento:

2

8

1

0

2

0

2

4

Número de ficha

2

0

2

4

1

9

7

7

4

4

1

2

0

9

3

1

SECCION C. UBICACIÓN GEOGRÁFICA

SECCION C. UBICACION GEOGRAFICA					
1. Localidad donde habita Usaquén 1 Chapinero 2 Santa fe 3 San Cristóbal 4 Usmé 5 Tunjuelito 6 Kennedy 8 Engativá 10 Fontibón 9 Bosa 7 Barrios Unidos 12 Los Mártires 14 Teusaquillo 13 Puente Aranda 16 Rafael Uribe 18 Sumapaz 20 Ciudad Bolívar 19 X		2. UPZ o UPR: 69		3. Nombre del barrio / Vereda: Sierra morena	
4. Escriba su dirección completa: Calle CL Transversal TV X Avenida AV Carrera KR Avenida calle AC Diagonal DG Avenida carrera AK		Número de la vía principal: 52 Nombre de la vía principal: Nombre sinónimo de la vía principal:		BIS Alfabético	
5. Escriba el complemento de la dirección (dirección rural, interior, apartamento, oficina) * vea las convenciones a continuación, y/o en las instrucciones de el instructivo de diligenciamiento		Complemento dirección: AD. Administración AG. Agrupación AL. Altillo AP. Apartamento AS. Apartamento sótano BG. Bodega BQ. Bloque CA. Casa CEL. Celula CM. Camino CN. Consultorio		ESQ. Esquina ET. Etapa GJ. Garaje GS. Garaje sótano IN. Interior KM. Kilometro MD. Módulo MN. Mezzanine PD. Predio PH. Pent-house SA. Salón SC. Salón Comunal TO. Torre	
6. Tipo de zona Urbana 1 X Rural 2 Urbana sin dirección 3		7. Estrato socio - económico del predio Uno 1 X Tres 3 Dos 2 Cuatro 4 Cinco 5 Cero 0		8. Teléfono fijo de contacto: 9. Teléfono celular de contacto: 3205203635 3202454334	
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 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		16. Lugar diferente a vivienda donde habita: Diana 1 Mensual 2 X Quincenal 3 Semanal 4 Contributivo 5		Equipamiento Urbano 1 X Refugio natural 2	

Año	Localidad	Proyecto	Código unidad operativa
-----	-----------	----------	-------------------------

La información básica se repite para el jefe de núcleo familiar

[illegible]



GOBIERNO DEL ESTADO DE CHIAPAS
SECRETARÍA DE EDUCACIÓN Y CULTURA

PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL

Código: FOR-PSS-321

Versión: 1

Fecha: Memo 2023015255 - 25/05/2023

Página: 6 de 6

FORMATO FICHA SIRBE SERVICIOS SOCIALES INFORMACIÓN BÁSICA Y TRANSVERSAL: CABEZOTE

No. Integrante	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	APELLIDOS Escriba: En el renglón 1, primer apellido En el renglón 2, segundo apellido	C	D	E	F	G	H	I	J	K	SISTEMA DISTRICTAL DE CUIDADO							R	S	T	U	V	W	X			Y	Z	AA	AB	AC	AD										
												¿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	DISCAPACIDAD		Grupo étnico	¿Es víctima del conflicto armado?	VÍCTIMA DE CONFLICTO ARMADO									
Tipo	Número							FECHA NACIMIENTO		PARENTESCO (Con jefe/a del núcleo familiar)	NIVEL EDUCATIVO ACTUAL	NIVEL	Años aprobados		¿Cuantas horas a la semana dedica a esta ocupación?	Valor de los ingresos mensuales	Forma de percibir los ingresos	Localidad donde realiza actividad principal	Rol ocupacional							¿Ha recibido capacitación, formación o tiene experiencia en algún arte u oficio?																	
6		1																																									
		2																																									
7		1																																									
		2																																									
8		1																																									
		2																																									
9		1																																									
		2																																									
10		1																																									
		2																																									
11		1																																									
		2																																									
12		1																																									
		2																																									
13		1																																									
		2																																									

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



ALCALDÍA DE BOGOTÁ
SECRETARÍA DE PARTICIPACIÓN CIUDADANA

PROCESO PRE-SELECCIÓN 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 12023015020-24/05/2023
Página:	1 de 4

Fecha de diligenciamiento: 28102024

Número Ficha:

Año

Localidad

Proyecto

Código Unidad Operativa

SECCION E. MODALIDAD DE ATENCION

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

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

Modalidades Familiares	Creciendo Juntos	Creemos en la Ruralidad	Jardines Infántiles	Jardines Infantiles Nocturnos	Casas De Pensamiento Intercultural	Espacios Rurales
------------------------	------------------	-------------------------	---------------------	-------------------------------	------------------------------------	------------------

2. Escriba el nombre de la Subdirección Local - SUS o Unidad Operativa donde se identifica la gestante, lactante, niña o el niño: J1 waldorf

SECCION F. A QUIEN VA DIRIGIDA LA MODALIDAD FAMILIAR:

1. La modalidad se solicita para: 2. ¿La atención de la niña-niño en la modalidad se ha realizado desde la gestación?

Gestante: 1	Pase a sección G	Niña - niño: 2	Si: 1	Nombre de la madre: No	Nº identificación de la madre: 2	Si: 1	Pase a sección H	No: 2	Pase a sección I
-------------	------------------	----------------	-------	------------------------	----------------------------------	-------	------------------	-------	------------------

SECCION G. CONCEPCION Y GESTACION:

1. ¿Cuál fue la fecha de inicio de su última menstruación FUM?:

2. ¿Asiste a control prenatal?:

3. ¿Fecha del último control médico?:

4. ¿Número de hijas-hijos nacidos vivos?:

5. ¿Qué edad tiene el padre de la hija-hijo que espera?:

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

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

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

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

Si: 1 No: 2

Padres: 1 Sólo Padre: 3 Sólo Madre: 2 Abuelo-a: 4 Otros parientes: 5 Otros no parientes: 6

Modalidad institucional para la primera infancia: 7

Si: 1 No: 2

Entre 1 y 3: 1 Entre 4 y 6: 2 Entre 14 y 16 años: 1 Entre 17 y 20 años: 2 Entre 21 y 40 años: 3 Más de 41 años: 4

Entre 14 y 16 años: 1 Entre 17 y 20 años: 2 Entre 21 y 40 años: 3 Más de 41 años: 4

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

Cuidados durante la gestación: 1 Sus derechos y los de su pareja en el momento del parto: 2

Construcción del vínculo afectivo madre-hijo: 6

Prevención de accidentes en el hogar: 4

Ninguna: 93

11. ¿Quién le brindó la información sobre los temas anteriores?:

Hospital: 1 Colegio: 3 Otra entidad: 5 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

Si: 1 No: 2

Si: 1 No: 2

Si: 1 No: 2

Si: 1 No: 2

Si: 1 No: 2

Si: 1 No: 2

Si: 1 No: 2

Si: 1 No: 2

Si: 1 No: 2

Si: 1 No: 2

Si: 1 No: 2

Si: 1 No: 2

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

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

Vaginal: 1 Cesárea: 2

Lugar donde se producirá el parto: 1

Tipo de parto: 2

La posición de parto: 3

La elección del acompañante: 4

Si: 1 No: 2

Si: 1 No: 2

Si: 1 No: 2

Si: 1 No: 2

Si: 1 No: 2

Si: 1 No: 2

Si: 1 No: 2

Si: 1 No: 2

Si: 1 No: 2

Si: 1 No: 2

Si: 1 No: 2

Si: 1 No: 2

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

Hospital: 1 Colegio: 3 Otra entidad: 5

Si: 1 No: 2

Si: 1 No: 2

Si: 1 No: 2

Si: 1 No: 2

Si: 1 No: 2

Si: 1 No: 2

Si: 1 No: 2

Si: 1 No: 2

Si: 1 No: 2

Si: 1 No: 2

Si: 1 No: 2

Si: 1 No: 2

Si: 1 No: 2

Si: 1 No: 2

Si: 1 No: 2

Si: 1 No: 2

Si: 1 No: 2

Si: 1 No: 2

Si: 1 No: 2

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

8. ¿Tiene información sobre cómo iniciar la alimentación complementaria?:	Si: 1	No: 2
---	-------	-------

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

10. ¿Tiene información sobre los temas anteriores?:	Si: 1	No: 2
---	-------	-------

11. ¿Tiene información sobre los temas anteriores?:	Si: 1	No: 2
---	-------	-------

 MINISTERIO DE EDUCACIÓN	PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOC.	Código: FOR-PSS-334
		Versión: 2
	PROYECTO 7744 GENERACION DE OPORTUNIDADES PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA DE BOGOTÁ	Fecha: Memo I202015020-24/05/2023
	FORMATO FICHA SIRBE SERVICIOS: JARDINES INFANTILES Y CRECIENDO JUNTOS.	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, dele la(s) respuesta(s) en blanco e indique la situación en la descripción de la problemática

[illegible]

[illegible]

Papá.....	1	5	8	años del cuidador o la cuidadora principal?
Hermano-a.....	2	6	9	
Mamá.....	3	7	10	
Padrastro.....	4			
Madrastra.....				
26				
Hombre.....	1	2	3	
Mujer.....	4	5	6	
Intersexual.....	7	8	9	
10. ¿Cuál es el género del cuidador o la cuidadora principal?				
Masculino.....	1	2	3	
Femenino.....	4	5	6	
Transgénero.....	7	8	9	
No informa.....	10	11	12	
No aplica.....	13	14	15	
Heterosexual.....				
Lesbiana.....	1	2	3	
Gay.....	4	5	6	
Bisexual.....	7	8	9	
No informa.....	10	11	12	
No aplica.....	13	14	15	
Básica primaria.....				
Básica secundaria y media.....	1	2	3	
Técnico.....	4	5	6	
Tecnológico.....	7	8	9	
Básica primaria.....				
Universitaria incompleta (sin título).....	1	2	3	
Universitaria completa (con título).....	4	5	6	
Posgrado incompleto (sin título).....	7	8	9	
Posgrado completo (con título).....	10	11	12	
Ninguno.....				

[illegible]

23. ¿La niña/nino se encuentra bajo medida de proteccion legal? Si: ☐ 1 No: ☒ 2

24. El niño o la niña ha estado bajo medida de proteccion legal? Si: ☐ 1 No: ☒ 2

Pase a seccion K

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

1. La niña, niño o gestante habla en:

2. La familia de la niña o el niño o la gestante a partir de sus prácticas culturales se reconoce como:

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 hijo o hija?

si: ☐ no: ☒

S.....	1	No.....	2
S.....	1	No.....	2

1. ¿El niño, la niña, la persona gestante habla la lengua del grupo étnico al que pertenece?..

Si...

1	
---	--

 No...

2	☒
---	-------------------------------------

3. ¿Para la familia es importante que en la atención se conserven las tradiciones del grupo étnico al que pertenece?..

Si...

1	
---	--

 No...

2	☒
---	-------------------------------------

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)	2. Tiene diagnóstico clínico relacionado con la discapacidad?	3. ¿Se requiere apoyo?
	Si... ☐ 1 No... ☐ 2	Si... ☐ 1 No... ☐ 2
	Pase a la pregunta 5	8. Apoyos requeridos en el servicio?

1

Intermittente o Limitado.....	1
-------------------------------	---

Extensão Generalizado.....	2
----------------------------	---

En observación.....	3	
---------------------	---	--

SECCIÓN N. DESCRIPCIÓN Y REFERENCIACIÓN:

1. Descripción de la problemática:

La familia esta conformado por tres integrantes el padre es el jefe del hogar quien se encuentra trabajando, la mamá no trabaja ya que se encarga del cuidado de su hijo, la cual esta solicitando cupo para ella buscar trabajo y aportar al hogar.

2. Concepto técnico:

Se le debe garantizar el cupo en el jardín infantil Waldorf ya que cumple con los criterios solicitados, dando cumplimiento a los derechos y deberes del niño, y de esa forma contribuir al desarrollo integral, social e emocional al niño.

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

☐ 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

Integrante: Proyecto: Modalidad:

Integrante: Proyecto: Modalidad:

Integrante: Proyecto: Modalidad:

Integrante: Proyecto: Modalidad:

8. Referenciación a otra entidad: - Si: 1 - No: 2

Integrante: ¿Cuál?:

Integrante: ¿Cuál?:

Integrante: ¿Cuál?:

Integrante: ¿Cuál?:

Fecha de diligenciamiento:

290920224

Número de ficha

2024197744120934

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:
lopez	Rodriguez	matias	Alejandro

5. ¿Con cuál género se identifica? * (Esta pregunta aplica solo a personas mayores de 14 años):	6. Nombre identitario * (Esta pregunta aplica solo a personas mayores de 14 años y que hayan marcado la opción 3 de la pregunta 5):	7. ¿Se identifica como persona transgénero (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):	8. ¿Cuál es su orientación sexual? * (Esta pregunta aplica solo a personas mayores de 14 años):
Masculino ☒ Femenino ☐ Transgénero ☐ (Travesti, transexual, transman) ☐ No ☐ Informa ☐ No Aplica ☐		Transgénero Masculino ☐ Transgénero Femenina ☐	Heterosexual ☐ Bisexual ☐ Otro, ¿Cuál? ☐ Lesbiana ☐ No informa ☐ No Aplica ☐

9. Tipo de documento de identificación:	10. Número de documento de identificación:	11. Municipio nacimiento:	12. Departamento nacimiento:
Cédula de ciudadanía ☐ Cédula de extranjería ☐ Registro civil ☒ Pasaporte ☐ Permiso especial de permanencia ☐ Salvo conducto ☐ Permiso por protección temporal ☐ Sin identificación ☐	1025567634	Bogotá	cundinamarca

13. País nacimiento:	14. Sexo de nacimiento:	15. Fecha de nacimiento (según su documento de identidad)	16. Estado civil:
Colombia	Homme ☒ Mujer ☐ Intersexual ☐	09092022	Soltero/a ☒ Casado/a ☐ Unión libre ☐

17. Nivel educativo actual:	18. Años aprobados:
Educación inicial modalidad familiar ☐ Educación inicial modalidad institucional ☐ Básica primaria ☐ Técnica ☐ Universitaria incompleta (sin título) ☐ Tecnológica ☐ Básica secundaria y media ☐ Tecnológica ☐ Postgrado incompleto (sin título) ☐ Educación desde lo propio ☐ Postgrado completo (con título) ☐ Ninguno ☐	

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

25. Actividad Principal: * (Esta pregunta aplica solo a personas mayores de 14 años)	26. Rol ocupacional: * (Esta pregunta aplica solo a personas mayores de 14 años)	27. ¿Cuántas horas a la semana dedica al rol ocupacional seleccionado? * (Esta pregunta aplica solo a mayores de 14 años)
Buscando trabajo ☐ Trabajo no remunerado ☐ Sin actividad ☐ Estudiando ☐ Jubilado / pensionado ☐ Cuidador ☐ Actividades Artísticas callejeras ☐ Cuidado indirecto ☐ Vigilar finca o predio ☐ Otras ocupaciones ☐ Trabajo Formal ☐ Trabajo Informal ☐ No aplica ☐ Carretero ☐ Mendicidad ☐ Vigilar o limpiar carros ☐ Calibrar llantas ☐ Estudiante ☐ No aplica ☐	Vendedor informal ☐ Cachivachero ☐ Reciclador ☐ Jornalero ☐ Actividades rurales ☐ Reciclador ☐ Actividades Artísticas callejeras ☐ Cuidado indirecto ☐ Vigilar finca o predio ☐ Otras ocupaciones ☐ Carretero ☐ Mendicidad ☐ Vigilar o limpiar carros ☐ Calibrar llantas ☐ Estudiante ☐ No aplica ☐	

28. Valor de los ingresos mensuales: * (Esta pregunta aplica solo a personas mayores de 14 años):	29. Forma de percibir los ingresos: * (Aplica solo a personas mayores de 14 años):	30. Localidad donde desarrolla su rol ocupacional: * (Esta pregunta aplica solo a personas mayores de 14 años):	31. ¿Esta afiliado a seguridad social?
\$	Diario ☐ Semanal ☐ Mensual ☐ Quincenal ☐ Esporádico ☐ No aplica ☐	Usaquén ☐ San Cristóbal ☐ Bosa ☐ Chapinero ☐ Usme ☐ Kennedy ☐ Santa Fe ☐ Tunjuelito ☐ Fontibón ☐	Si ☒ No ☐ (pase a la pregunta 34)

32. Régimen de seguridad social	33. Calidad del afiliado: * (Aplica solo si la respuesta en la pregunta 32 es "Contributivo")	34. ¿Tiene clasificación de Sisben?	35. Clasificación Sisben
Contributivo ☒ Especial ☐ Subsidado ☐	Beneficiario ☒ Colizante ☐	Si ☒ No ☐	C2

 <p>MINISTERIO DEL INTERIOR REPUBLICA DE CUBA</p>	<p>PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL</p> <p>FORMATO FICHA SIRBE SERVICIOS SOCIALES INFORMACIÓN BÁSICA Y TRANSVERSAL: CABEZOTE</p>		Código: FOR-PSS-321
			Versión: 1
			Fecha: Memo 2023015255 - 25/05/2023
			Página: 2 de 6

Fecha de diligenciamiento:

2	6	9	1	1
---	---	---	---	---

Número de ficha

2	0	2	4	1	9	7	7	4	4	1	2	0	9	3	1
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Código unidad operativa

Año					Localidad					Proyecto				
-----	--	--	--	--	-----------	--	--	--	--	----------	--	--	--	--

SECCIÓN B. VARIABLES TRANSVERSALES									
1. ¿Personas con discapacidad:									
Si		Tipo de discapacidad							
No		Pase a 4							
Física		Auditiva		Intelectual					
Psicosocial		Visual		Sordo ciego					
Alteración del desarrollo		Múltiple		Trastornos del espectro autista (TEA)					
Indígena		Palestino		Basco					
Rrom (Gitano)		Negro/a, Mestizo/a, afro colombiano/a, o afro descendiente.		Ninguno de los anteriores					
Raíz del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina		Indígena		Palestino					
¿Es una persona migrante?		Sí		No					
Padre/Madre		Hija/o		Hijo/a					
Cónyuge o compañero/a		Padrastro / Madrastra		Abuelo/a					
Acto terrorista, atentado		Amenazas		Masacres					
Combates, enfrentamientos		Homicidio		Secuestro					
Orfandad		No informa		Otro					
3. Presente 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. ¿Conver, vestirse o bañarse por sí mismo(a)?									
8. Grupo Étnico: ¿De acuerdo con su cultura, pueblo o rasgos físicos, es o se reconoce cómo?									
Indígena		Palestino		Basco					
Rrom (Gitano)		Negro/a, Mestizo/a, afro colombiano/a, o afro descendiente.		Ninguno de los anteriores					
Raíz del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina		Indígena		Palestino					
10. Parentesco con jefe/a de la familia:									
Jefe/a núcleo familiar		Padre/Madre		Hija/o		Hijo/a			
Cónyuge o compañero/a		Padrastro / Madrastra		Abuelo/a		Abuelo/a			
14. Si respondió afirmativamente la pregunta 11, indique los motivos. (Selección múltiple)									
Acto terrorista, atentado		Amenazas		Masacres		Tortura			
Combates, enfrentamientos		Homicidio		Secuestro		Despojo y abandono de tierras			
Orfandad		No informa		Otro					
11. ¿Víctima de conflicto armado?:									
Sí		No		Pase a 15					
12. Número registro único de víctimas									
13. Año en que realizó la declaración:									
15. ¿Habla en calle?									
Sí		No		Pase a 16					
16. ¿Se encuentra en riesgo de hablar en calle?									
Sí		No		Pase a 17					
17. ¿Ha recibido capacitación, formación o tiene experiencia en algún arte u oficio? * (Esta pregunta aplica solo a personas mayores de 14 años):									
Sí		No		Pase a 18					
18. ¿Ha recibido capacitación, formación o tiene experiencia en algún arte u oficio? * (Esta pregunta aplica solo a personas mayores de 14 años):									
Sí		No		Pase a 19					
19. ¿Ha recibido capacitación, formación o tiene experiencia en algún arte u oficio? * (Esta pregunta aplica solo a personas mayores de 14 años):									
Sí		No		Pase a 20					
20. ¿Ha recibido capacitación, formación o tiene experiencia en algún arte u oficio? * (Esta pregunta aplica solo a personas mayores de 14 años):									
Sí		No		Pase a 21					
21. ¿Ha recibido capacitación, formación o tiene experiencia en algún arte u oficio? * (Esta pregunta aplica solo a personas mayores de 14 años):									
Sí		No		Pase a 22					
22. ¿Ha recibido capacitación, formación o tiene experiencia en algún arte u oficio? * (Esta pregunta aplica solo a personas mayores de 14 años):									
Sí		No		Pase a 23					
23. ¿Ha recibido capacitación, formación o tiene experiencia en algún arte u oficio? * (Esta pregunta aplica solo a personas mayores de 14 años):									
Sí		No		Pase a 24					
24. ¿Ha recibido capacitación, formación o tiene experiencia en algún arte u oficio? * (Esta pregunta aplica solo a personas mayores de 14 años):									
Sí		No		Pase a 25					
25. ¿Ha recibido capacitación, formación o tiene experiencia en algún arte u oficio? * (Esta pregunta aplica solo a personas mayores de 14 años):									
Sí		No		Pase a 26					
26. ¿Ha recibido capacitación, formación o tiene experiencia en algún arte u oficio? * (Esta pregunta aplica solo a personas mayores de 14 años):									
Sí		No		Pase a 27					
27. ¿Ha recibido capacitación, formación o tiene experiencia en algún arte u oficio? * (Esta pregunta aplica solo a personas mayores de 14 años):									
Sí		No		Pase a 28					
28. ¿Ha recibido capacitación, formación o tiene experiencia en algún arte u oficio? * (Esta pregunta aplica solo a personas mayores de 14 años):									
Sí		No		Pase a 29					
29. ¿Ha recibido capacitación, formación o tiene experiencia en algún arte u oficio? * (Esta pregunta aplica solo a personas mayores de 14 años):									
Sí		No		Pase a 30					
30. ¿Ha recibido capacitación, formación o tiene experiencia en algún arte u oficio? * (Esta pregunta aplica solo a personas mayores de 14 años):									
Sí		No		Pase a 31					
31. ¿Ha recibido capacitación, formación o tiene experiencia en algún arte u oficio? * (Esta pregunta aplica solo a personas mayores									

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 2023015265 - 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	Costurero	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

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

Si	1	No	2	No informa	3
				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)	\$ 350.000	Recreación	\$ 50.000
Servicios públicos domiciliarios (agua, energía, gas, teléfono fijo, internet, teléfono celular, televisión por cable)	\$ 200.000	Gastos en salud (consultas, medicamentos, etc.)	\$ 50.000
Pagos a terceros cuidadores	\$ 150.000	Transporte o movilidad de los integrantes del hogar	\$ 100.000
Artículos de aseo personal	\$ 130.000	Educación (útiles, pensión, transporte escolar, fotocopias, etc.)	\$ 70.000
Alimentación	\$ 300.000	Total	\$

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

Si	1	No	2	No informa	3
				X	

ALCALDIA MUNICIPIO DE BUENOS RIOS

SECRETARIA DE DESARROLLO 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: 4 de 6

Fecha de diligenciamiento: 229102024

Número de ficha 2024197744120931

SECCIÓN C. UBICACIÓN GEOGRÁFICA

1. Localidad donde habita

Usaquén 1

Chapinero 2

2. UPZ o UPR:

69

3. Nombre del barrio / Vereda:

Santa Viviana

4. Escriba su dirección completa:

Calle CL X Transversal TV Avenida AV

Carrera KR Avenida calle AC

Diagonal DG Avenida carrera AK

5. Escriba el complemento de la dirección: (dirección rural, interior, apartamento, oficina)

AD. Administración

AG. Agrupación

AL. Altillo

AP. Apartamento

AS. Apartamento sótano

6. Tipo de zona

Urbana 1 X

Rural 2

Urbana sin dirección 3

7. Estrato socio – económico del predio

Uno 1 X

Dos 2

Tres 3

Cuatro 4

Cinco 5

Cero 0

8. Teléfono fijo de contacto:

3007125235

302116964

9. Teléfono celular de contacto:

3007125235

302116964

10. Correo electrónico de contacto:

rodriguezandrea2316@gmail.com

11. ¿Habita en una vivienda?

Si 1 X

No 2

12. Tipo de vivienda

Casa o apartamento 1 X

Cuarto o cuartos 2

Inquilinato 3

Vivienda móvil 4

Casa tole 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

Propia 1

Amortizado 4

Arrendada 2 X

otra forma 3

14. Tenencia de la vivienda

Propia 1

Amortizado 4

Arrendada 2 X

otra forma 3

15. Forma de pago

Día 1

Mensual 2 X

Quincenal 3

Semanal 4

Contributivo 5

16. Lugar diferente a vivienda donde habita:

Equipamiento Urbano 1 X

Refugio natural 2

Año	Localidad	Proyecto	Código unidad operativa
-----	-----------	----------	-------------------------

La información básica se repite para el jefe de núcleo familiar

[illegible]

No. Integrante	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	APELLIDOS Escriba: En el renglón 1, primer apellido En el renglón 2, segundo apellido	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		
											NIVEL EDUCATIVO ACTUAL	NIVEL	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	Afiliado al régimen de seguridad social	Régimen de seguridad social	Calidad del afiliado	DISCAPACIDAD		Grupo étnico	¿Es víctima del conflicto armado?	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?
															¿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																
6	Número	1	1											Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí							Sí							Sí	No	
		2	2											No	No	No	No	No	No	No							No						No	No aplica		
7	Número	1	1											Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí							Sí							Sí	No	
		2	2											No	No	No	No	No	No	No							No						No	No aplica		
8	Número	1	1											Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí							Sí							Sí	No	
		2	2											No	No	No	No	No	No	No							No						No	No aplica		
9	Número	1	1											Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí							Sí							Sí	No	
		2	2											No	No	No	No	No	No	No							No						No	No aplica		
10	Número	1	1											Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí							Sí							Sí	No	
		2	2											No	No	No	No	No	No	No							No						No	No aplica		
11	Número	1	1											Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí							Sí							Sí	No	
		2	2											No	No	No	No	No	No	No							No						No	No aplica		
12	Número	1	1											Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí							Sí							Sí	No	
		2	2											No	No	No	No	No	No	No							No						No	No aplica		
13	Número	1	1											Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí							Sí							Sí	No	
		2	2											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 al 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.



MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL
SECRETARÍA DE ATENCIÓN COMUNITARIA

PROCESO PRE-REGISTRO DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN FAMILIAR

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 12023015020-24/05/2023
Página:	1 de 4

Fecha de diligenciamiento: 29/10/2024 Número Ficha: 2024197744 Año 2024 Localidad Bogotá Proyecto Creciendo Juntos Código Unidad Operativa 09334

SECCION E. MODALIDAD DE ATENCION

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

Modalidades Familiares	Creciendo Juntos	Creemos en la Ruralidad	Jardines Infantiles	Jardines Infantiles Nocturnos	Casas De Pensamiento Intercultural	Espacios Rurales
------------------------	------------------	-------------------------	---------------------	-------------------------------	------------------------------------	------------------

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

SECCION F. A QUIEN VA DIRIGIDA LA MODALIDAD FAMILIAR:

1. La modalidad se solicita para:

Gestante: 1. Pase a sección G Niña - niño: 2. Si: 1. Nombre de la madre: N° identificación de la madre: No: 2. Si: 1. Pase a sección H No: 2. Pase a sección I

2. ¿La atención de la niña-niño en la modalidad se ha realizado desde la gestación?

SECCION G. CONCEPCIÓN Y GESTACIÓN:

1. ¿Cuál fue la fecha de inicio de su última menstruación FUM?

2. ¿Asiste a control prenatal?

3. ¿Fecha del último control médico?

4. ¿Número de hijas-hijos nacidos vivos?

5. ¿Qué edad tiene el padre de la hija-hijo que espera?

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

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

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

9. ¿Quién le brindó la información sobre sus derechos?

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

11. ¿Quién le brindó la información sobre los temas anteriores?

12. ¿Usted deseaba quedar en embarazo?

13. ¿Cuál es el estado nutricional actual de la persona gestante según el control prenatal o concepto de salud?

14. El embarazo es múltiple?

15. ¿El embarazo ha sido clasificado como de alto riesgo?

16. ¿Cómo piensa alimentar a su hijo-hijo cuando nazca?

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

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

1. ¿Que tipo de parto tuvo?

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

3. ¿Está usando un método anticonceptivo?

4. ¿En cuánto tiempo desea tener otro embarazo?

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

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

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

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

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



SECCIÓN N. DESCRIPCIÓN Y REFERENCIACIÓN:

1. Descripción de la problemática:

La familia esta conformada por cinco integrantes, el padre es el jefe de hogar quien trabaja como independiente y esta al cuidado del niño, la mamá trabaja para aportar al hogar mientras que sus otras dos hijas asisten al colegio.

2. Concepto técnico:

Se le debe garantizar el cupo al niño ya que cumple con los criterios solicitados en el jardín infantil. Deindo cumplimiento a los derechos y deberes del niño y de esa manera poder contribuir al desarrollo integral, emocional y social del niño

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
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 3

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

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

8. Referenciación a otra entidad: - Si: 1 - No: 2

Integrante: ¿Cual?:
Integrante: ¿Cual?:
Integrante: ¿Cual?:
Integrante: ¿Cual?:

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

MATERNA ☐ 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: ☐ EN CASA ☐ MULTIMODAL ☐