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

Fecha de diligenciamiento: D D M M A A A A

Número de ficha: Año | Localidad: 10 | Proyecto: 77 | Código unidad operativa: 41209460

SECCIÓN A. VARIABLES BÁSICAS

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

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

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

4. Segundo Nombre, según su documento de identidad:

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 [15] Salvo conducto [19] Permiso por protección temporal [21] Sin Identificación [8]

10. Número de documento de identificación: 1052024037831

11. Municipio nacimiento: California

12. Departamento nacimiento: long beach

13. País nacimiento: Estados unidos los angeles

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

15. Fecha de nacimiento: (según su documento de identidad) 09 02 2014

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

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

18. Años aprobados:

19. ¿Es persona cuidadora? (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 hogar [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] No [2 X] pase a la pregunta 34

32. Regimen de seguridad social
Contributivo [1] Subsidiado [2]
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] No [2 X]

35. Clasificación Sisbén

Powered by CamScanner

	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: 2 de 6

Fecha de diligenciamiento: D D M M A A A A

Número de ficha: Año | Localidad | Proyecto | Código unidad operativa

SECCIÓN B. VARIABLES TRANSVERSALES

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

2. Tipo de discapacidad: Física [20] Auditiva [31] Intelectual [39] Psicosocial [40] Visual [32] Sordo ceguera [16] Alteración del desarrollo [37] Múltiple [42] Trastornos del espectro autista (TEA) [38]

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

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

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

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

6. Identifique su nacionalidad con las siguientes opciones: Nacional [1]; 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]; Rrom (Gitano) [2]; Raizal del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina [3]; Palenquero de San Basilio [4]; Negro/a, Mulato/a, afro colombiano/a, o afro descendiente [5]; Ninguno de los anteriores [6]

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

Nasa (Paéz) [1]; Quillasinga [4]; Sicuani [6]; Misak Misak [60]; Cañamomos [10]; Kichwas [15]; Arhuacos [13]; Embera Chamí [35]; Ninguna de las anteriores [17]

Wayuu [2]; Uitotos [85]; Tubu [67]; Eperara-siapidara [30]; Muiscas [16]; Kankuamo [45]; Pijao [14]; Embera Dóbida [29]; Otro ¿cuál? Digite código del instructivo

Pastos [65]; Senú [5]; Yanaconas [7]; Ingas [9]; Awa (Kwaiker) [11]; Kogui [49]; Kubeo [50]; Embera Katio [34]

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

11. ¿Víctima de conflicto armado?: Si [1]; No [2] X Pase a 14

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]; Homicido [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]

Si la respuesta es 2 o 98 Pase a 18

Powered by CamScanner

	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: | | | | | | | | |

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

Año | Localidad | Proyecto | Código unidad operativa

SECCION C. UBICACIÓN GEOGRAFICA

1. Localidad donde habita

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

2. UPZ o UPR: 29

3. Nombre del barrio / Vereda: Bochue

4. Escriba su dirección completa

Calle	CL X	Transversal	TV	Avenida	AV	Número de la vía principal: 93	Alfabético	BIS	Alfabético	Cuadrante	S	S	Número vía generadora	92	Alfabético		Número placa	70	Cuadrante	S	S
Carrera	KR	Avenida calle	AC			Nombre de la vía principal:					E	E								E	E
Diagonal	DG	Avenida carrera	AK			Nombre sinónimo de la vía principal:															

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

Complemento dirección								
AD. Administración	BG. Bodega	CONJ. Conjunto	ESQ. Esquina	LC. Local	MZ. Manzana	PI. Piso	SL. Solar	TR. Terraza
AG. Agrupación	BQ. Bloque	CT. Carretera	ET. Etapa	LM. Local Mezzanine	OF. Oficina	PN. Puente	SM. Super 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 sotano	GS. Garaje sótano	LT. Lote	PA. Parcela	PT. Portería	SS. Semi sotano	URB. Urbanización
AS. Apartamento sótano	CM. Camino	ED. Edificio	IN. Interior	MD. Módulo	PD. Predio	SA. Salon	SU. Suite	ZN. Zona
	CN. Consultorio	EN. Entrada	KM. Kilometro	MN. Mezzanine	PH. Penthouse	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 | Dos 2 X | Tres 3 | Cuatro 4 | Cinco 5 | Cero 0

8. Teléfono fijo de contacto:

9. Teléfono celular de contacto: 3202262886

10. Correo electrónico de contacto: tatiana coronado 18@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 | Cuarto o cuartos 2 | Inquilinato 3 | Vivienda movil 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: Diaria 1 | Mensual 2 X | Quincenal 3 | Semanal 4 | Contributivo 5

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

Powered by CamScanner

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

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

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	$ 400.000	Recreación	$ 0
Servicios públicos domiciliarios (agua, energía, gas, teléfono fijo, internet, teléfono celular, televisión por cable	$ 100.000	Gastos en salud (consultas, medicamentos, etc.)	$ 0
Pagos a terceros cuidadores	$ 0	Transporte o movilidad de los integrantes del hogar	$ 0
Artículos de aseo personal	$ 100.000	Educación (útiles, pensión, transporte escolar, fotocopias, etc.)	$ 0
Alimentación	$ 300.000	Total	$ 900.000

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

Si 1 | No 2 X | No informa 3

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

Si 1 | No 2 X | No informa 3

Powered by CamScanner

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

Fecha de diligenciamiento: D D M M A A A A

Numero de ficha: Año 19 | Localidad 07 | Proyecto 9 | Código unidad operativa 1 3 0 9 0

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 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 genero 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 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	SALUD		DISCAPACIDAD		Grupo étnico	Pueblo indígena	VICTIMA 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	Numero							Dia	Mes	Año					¿Es persona cuidadora?	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 victima del conflicto armado?	Motivo		
1	1	1019109598	1 Coronado 2 Real	1 Karen 2 tatiana	2	2		1	14	07	1995	29	L	1	18 3	Si No	Si No	Si No	Si No	Si No	Si No	Si No	11		0	0		Si No			Si No			Si No		Si No	
2	6	1016969085	1 Falcado 2 Coronado	1 Luciana 2	2	98		98	22	05	2020	4	1	5	6	Si No	Si No	X Na	Si No	Si No	Si No	Si No	98	98	0	0		Si No			Si No			Si No		Si No	
3	8	1052024037831	1 Coronado 2 Real	1 Jeronimo 2	1	98		98	05	02	2024	1	1	5	1	Si No	Si No	X Na	Si No	Si No	Si No	Si No	98	98	0	0		Si No			Si No			Si No		Si No	
4			1 2	1 2												Si No	Si No	Si No	Si No	Si No	Si No	Si No						Si No			Si No			Si No		Si No	
5			1 2	1 2												Si No	Si No	Si No	Si No	Si No	Si No	Si No						Si No			Si No			Si No		Si No	

Powered by CamScanner

	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		APELLIDOS Escriba: En el renglón 1, primer apellido En el renglón 2, segundo apellido	NOMBRES Escriba: En el renglón 1, primer nombre En el renglón 2, segundo nombre	Sexo	¿Con cuál género se identifica?	¿Transgenero masculino o transgenero femenino?	¿Cuál es su orientación sexual?	FECHA NACIMIENTO			Edad aproximada	ESTADO CIVIL	PARENTESCO (Con jefe/a del nucleo familiar)	NIVEL EDUCATIVO ACTUAL		SISTEMA DISTRITAL DE CUIDADO						Actividad	Rol ocupacional	¿Cuantas horas a la semana dedica a esta ocupación?	Valor de los ingresos mensuales	Forma de percibir los ingresos	Localidad donde realiza actividad principal	SALUD		DISCAPACIDAD		Grupo étnico	Pueblo indígena	VICTIMA DE CONFLICTO ARMADO		¿Ha recibido capacitación, formación o tiene experiencia en alguna arte u oficio?	De acuerdo con la respuesta anterior ¿En qué cree que puede desempeñarse?
	Tipo	Número							Día	Mes	Año				NIVEL Años aprobados	¿Asiste actualmente?	¿Es persona cuidador/a?	Niños/as de 0 a 5 años	Niños/as de 6 a 10 años	Persona con discapacidad	Persona mayor	Cuidado de casa							Afiliado al régimen de seguridad social	Régimen de seguridad social	Calidad del afiliado	¿Persona con discapacidad?	Tipo			¿Es víctima del conflicto armado?	Medio		
6			1	1												Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si							Si			Si			Si		Si	
			2	2												No	No	No	No	No	No	No							No			No			No aplica		
7			1	1												Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si							Si			Si			Si		Si	
			2	2												No	No	No	No	No	No	No							No			No			No aplica		
8			1	1												Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si							Si			Si			Si		Si	
			2	2												No	No	No	No	No	No	No							No			No			No aplica		
9			1	1												Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si							Si			Si			Si		Si	
			2	2												No	No	No	No	No	No	No							No			No			No aplica		
10			1	1												Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si							Si			Si			Si		Si	
			2	2												No	No	No	No	No	No	No							No			No			No aplica		
11			1	1												Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si							Si			Si			Si		Si	
			2	2												No	No	No	No	No	No	No							No			No			No aplica		
12			1	1												Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si							Si			Si			Si		Si	
			2	2												No	No	No	No	No	No	No							No			No			No aplica		
13			1	1												Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si							Si			Si			Si		Si	
			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 a la de este registro so pena de las sanciones legales a que haya lugar de acuerdo con la Ley 1581 de 2012 y Decreto 1377 de 2013

Powered by CamScanner

PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL

PROYECTO 7744 GENERACION DE OPORTUNIDADES PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA DE BOGOTA

FORMATO FICHA SIRBE SERVICIOS JARDINES INFANTILES Y CRECIENDO JUNTOS

Codigo	FOR PSS 334
Version	2
Fecha	Memo (20230150[illegible]
Pagina	1 de 4

Fecha de diligenciamiento: [ ][ ] - [ ][ ] - [ ][ ][ ][ ]

Número Ficha: [ ][ ][ ][ ] Año [1][0] Localidad [7][7] Proyecto [9][4][1][2] Código Unidad Operativa [0][9][4][0]

SECCION E MODALIDAD DE ATENCION

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

Modalidades Familiares

Creciendo Juntos [ ] Crecemos en la Ruralidad [ ]

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

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

2. Escriba el nombre de la Subdirección Local – SLIS o Unidad Operativa donde se identifica la gestante, lactante, niña o el niño: Jardin cofinanciado Mamá canguro

SECCION F A QUIEN VA DIRIGIDA LA MODALIDAD FAMILIAR

1. La modalidad se solicita para

Gestante [1] Pase a seccion G Niña - niño [2]

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

Si [1] Nombre de la madre _____ N° 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

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. ¿Quien 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 multiple)*
Cuidados durante la gestación [1] Lactancia materna [3] Construcción del vínculo afectivo madre hijo [6]
Sus derechos y los de su pareja en el momento del parto [2] Desarrollo infantil [5] Prevención de accidentes en el hogar [4] Ninguna [93] Pase a la pregunta 12

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

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

13. ¿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 indeciso/a tranquilo/a [3] Pase sección I

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 produciría el parto [1] La posición de parto [3]
Tipo de parto [7] 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 [1] 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. ¿Quien le brindo la información sobre los temas anteriores?
Hospital [1] Colegio [3] Otra entidad [5] Otra persona [6]
SDIS [2] ONG [4] Partera/ doula [9]

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

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

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

Powered by CamScanner

	PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL PROYECTO 7744 GENERACION DE OPORTUNIDADES PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA DE BOGOTÁ FORMATO FICHA SIRBE SERVICIOS JARDINES INFANTILES Y CRECIENDO JUNTOS	Código FOR-PSS-334 Versión 2 Fecha Memo I2023015020-24/04/2023 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] 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?: 41 Semanas
DATO VALIDO ENTRE 22 Y 42

5. ¿Cuál fue el peso de su hija-o al nacer? 4200 Gramos
DATO VALIDO ENTRE 450 Y 6000

6. ¿Cuál fue la talla de su hija-o al nacer?: 52 Centimetros
DATO VALIDO ENTRE 22 Y 60

7. La niña o el niño recibió leche materna alguna vez?
Si [1] X No [2]
Pase a la pregunta 10

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

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

10. La niña o el niño recibe algún alimento diferente a la leche materna? Si [1] X No [2] Pase a la pregunta 11

11. ¿Qué edad tenía su hija-o cuando recibió un alimento diferente a la leche materna? 7 Meses Pase a la pregunta 13

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

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

14. ¿Fecha del último control?: 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] X 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 multiple)
Uso de oxigeno durante el sueño [1] Alimentación por sonda [3] Procedimientos invasivos [5] Toma de medicamentos [7] Condiciones osteomusculares [9]
Uso de oxigeno permanente [2] Traqueotomía [4] Inmunodeficiencia [6] Alteraciones en la piel [8] Ninguno de los anteriores [96] X

20. ¿La condicion de salud de la niña o el niño pone en riesgo su vida al ingresar al entorno institucional?
Si [1] Requiere verificación [3]
No [2] X

21. ¿Actualmente, el padre, la madre o el cuidador de la niña o el niño presenta alguna de las siguientes condiciones?: (Selección 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 multiple)
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 multiple)
Desmovilizado [1] Desvinculado [2] Militar con discapacidad [3] Militar fallecido [4] Ninguna de las anteriores [96] X

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

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

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

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

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

29. ¿Cuál es el principal motivo por el que 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] 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]

Powered by CamScanner

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

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

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

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

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

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

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

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

8. ¿Cuál es la edad en años del cuidador o la cuidadora principal? 29

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

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

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

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

13. A qué se dedica el cuidador-ra principal? Estudia [1] Trabaja [2] Otro [3 X] ¿Cuál? Hogar

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

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

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

17. Tipo de documento de identidad del cuidador-ra: Cédula de ciudadanía [1 X] Cédula de extranjería [2] Tarjeta de identidad [3] Registro civil [5] Pasaporte [13] PEP [18] PPT [21] Salvo conducto [9] Sin identificación [8]

18. Número de documento de identidad del cuidador-ra principal: 1'019' 109' 598

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

19. Primer Apellido: Coronado

20. Segundo Apellido: Real

21. Primer Nombre: Karen

22. Segundo Nombre: Tatiana

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 *seccion 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 M*

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 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 hiperquinéticos [ ] De los procesos cognitivos [ ]

TRANSTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA (TEA): TEA [ ]

AUDITIVA: Hipoacusia [ ] Sordera [ ]

VISUAL: Baja visión [ ] Ceguera [ ]

INTELECTUAL: Síndrome de Down [ ] Intelectual [ ]

FISICA: Osteomuscular [ ] Neuromuscular [ ] Parálisis cerebral (EMOC) [ ]

PSICOSOCIAL: Psicosocial [ ]

2. Tiene diagnóstico clínico relacionado con la discapacidad?: Si [1] No [2] *Pase a la pregunta 5*

3. Cuenta con el certificado de discapacidad? Si [1] No [2] *Pase a la pregunta 5*

4. La niña o el niño está inscrito en el RLCPD? Si [1] No [2]

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

6. Cuenta con ella?: Si [1] No [2]

7. Es independiente para el desplazamiento?: Si [1] No [2]

8. Apoyos requeridos en el servicio? Intermitente o Limitado [1] Extenso o Generalizado [2] En observación [3]

9. Cuenta con habilitación o rehabilitación en salud? Si [1] No [2] *Pase a la sección N*

10. De qué tipo: Fonoaudiología [1] Fisioterapia [2] Terapia ocupacional [3] Neurología [4] Otro [5] ¿cuál?

Powered by CamScanner

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

SECCIÓN N. DESCRIPCIÓN Y REFERENCIACIÓN

1. Descripción de la problemática

Familia nuclear con Jefatura Femenina quien hace un mes llega a colombia con sus hijos, solicita el cupo, para buscar trabajo, y así poder cubrir los gastos del hogar No cuentan con seguridad Social y Se le refiere ir a Secretaria de salud para el proceso de afiliación del nucleo Familiar

2. Concepto técnico.

Familia con nivel de Fragilidad alta, Ya que no cuentan con un trabajo para cubrir las necesidades básicas del hogar. No cuenta con ninguna red de apoyo. El jardin infantil ofrece un cuidado de manera integral promoviendo un cuidado garantizado a través de diferentes experiencias pedagogicas.

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 multiple):

SED 1 ☐ ICBF 2 ☐ Ninguno de los anteriores 96 ☒

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

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

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

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

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

Integrante: 1 ¿Cuál?: Secretaria de salud.
Integrante: ___ ¿Cuál?: ___
Integrante: ___ ¿Cuál?: ___
Integrante: ___ ¿Cuál?: ___

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

LOCALIDAD Engativá UNIDAD OPERATIVA: J.I.C Mamá Canguro RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA: Helen Ruiz
NOMBRE DEL RECOLECTOR Yolanda Galindo DOCUMENTO DE IDENTIDAD CC X CE_ OTRO_ CUAL?_____ Número # 52460445
NOMBRE SOLICITANTE / BENEFICIARIO Luciana Tejada Chinchilla DOCUMENTO DE IDENTIDAD CC_ CE_ OTRO X CUAL? RC Número # 1069680855
FECHA DE ENTREGA PARA DIGITACIÓN 17/01/25 NOMBRE DEL DIGITADOR AL QUE SE ENTREGA LA FICHA Olga Botta

Powered by CamScanner

Caminador

Materna

Falta Núcleo familiar

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

Fecha de diligenciamiento: 16/11/2023

Número de ficha: Año | Localidad: 10 | Proyecto: 774 | Código unidad operativa: 120940

SECCCIÓN A. VARIABLES BÁSICAS

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

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

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

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

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

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

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

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

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

10. Número de documento de identificación: 1145231336

11. Municipio nacimiento: Bogotá

12. Departamento nacimiento: cundinamarca

13. País nacimiento: Colombia

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

15. Fecha de nacimiento (según su documento de identidad): 01/03/2007

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

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

18. Años aprobados:

19. ¿Es persona cuidador/a? (pregunta para mayores de 14 años
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 Bolivar [19]
Chapinero [2] Usme [5] Kennedy [8] Suba [11] Los Mártires [14] La Candelaria [17] Sumapaz [20]
Santa fe [3] Tunjuelito [6] Fontibón [9] Barrios Unidos [12] Antonio Nariño [15] Rafael Uribe [18] No Aplica [98]

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

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

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

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

35. Clasificación Sisbén

PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL

FORMATO FICHA SIRBE SERVICIOS SOCIALES INFORMACIÓN BÁSICA Y TRANSVERSAL: CABEZOTE

Versión: 1
Fecha: Memo 2022301[illegible]
Página: 2 de 8

Fecha de diligenciamiento: D D M M A A A A

Número de ficha: Año 2022 | Localidad 07 | Proyecto 774 | Código unidad operativa 12098 40

SECCIÓN B. VARIABLES TRANSVERSALES

1. Persona con discapacidad: Si [1] No [2] 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) [36]

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

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

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

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

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

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

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

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

Nasa (Paéz)	1	Quillasinga	4	Sicuani	6	Misak Misak	60	Cañamomos	10	Kichwas	15	Arhuacos	13	Embera Chamí	35	Ninguna de las anteriores	17		
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]
Cónyuge o compañero/a [2]
Padre/Madre [3] X
Padrastro / Madrastra [4]
Hijo/a [5]
Abuelo/a [6]
Hermano/a [7]
Tío/a [8]
Primo/a [9]
Sobrino/a [10]
Nieto/a [11]
Otro pariente [12]
Otro No pariente [13]
Hijastro [14]

11. ¿Víctima de conflicto armado?: Si [1] No [2] X Pase a 14

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]

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

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

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]
Si la respuesta es 2 o 98 Pase a 18

Código: FOR-PSS-321 Versión: 1 Memo 2023015255 - 25/05/2023

Fecha de diligenciamiento: D D M M A A A A

Número de ficha: Año | Localidad: 10 | Proyecto: 774 | Código unidad operativa: 12094O

SECCION C. UBICACIÓN GEOGRAFÍCA

1. Localidad donde habita

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

2. UPZ o UPR: 29

3. Nombre del barrio / Vereda: Luis carlos Galan

4. Escriba su dirección completa:

Calle...	CL X	Transversal	TV	Avenida.	AV	Número de la vía principal: 91	Alfabético	BIS	Cuadrante	Número vía generadora	Alfabético	Número placa	Cuadrante
Carrera...	KR	Avenida calle	AC			Nombre de la vía principal:		Alfabético	S S	94	Q	08	S S
Diagonal...	DG	Avenida carrera	AK			Nombre sinónimo de la vía principal:			E E				E E

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

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

6. Tipo de zona

Urbana	1 X	Rural	2	Urbana sin dirección	3

7. Estrato socio – económico del predio

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

8. Teléfono fijo de contacto:

9. Teléfono celular de contacto: 3154027313

10. Correo electrónico de contacto CS.5112981

11. ¿Habita en una vivienda?.

Si	1 X	
No	2	pase a la pregunta 16

12. Tipo de vivienda

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

13. Condición de la vivienda

Ruina	1
Demolición	2
Buen estado	3 X
Aceptable	4
Mal Estado	5

14. Tenencia de la vivienda

Propia	1	otra forma	3
Amortizado	4	Arrendada	2 X

15. Forma de pago

Diaria	1
Mensual	2 X
Quincenal	3
Semanal	4
Contributivo	5

16. Lugar diferente a vivienda donde habita:

Equipamiento Urbano	1
Refugio natural	2

PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL

FORMATO FICHA SIRBE SERVICIOS SOCIALES INFORMACIÓN BÁSICA Y TRANSVERSAL: CABEZOTE

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 <5	8	Servicios generales	12	Electrónica	16	Belleza	20	Ninguna de las anteriores	24

19. En los últimos treinta (30) días, ¿Cuánto fueron los gastos aproximados del hogar antes de la pregunta aplica para el hogar

Rubro	Valor del gasto en pesos	Rubro	Valor del gasto en pesos
Vivienda (Arriendo y/o valor cuota	$ 500.000	Recreación	$ 0
Servicios públicos domiciliarios (agua, energía, gas, teléfono fijo, internet, teléfono celular, televisión por cable	$ 100.000	Gastos en salud (consultas, medicamentos, etc.)	$ 0
Pagos a terceros cuidadores	$ 0	Transporte o movilidad de los integrantes del hogar	$ 120.000
Artículos de aseo personal	$ 100.000	Educación (útiles, pensión, transporte escolar, fotocopias, etc.)	$
Alimentación	$ 400.000	Total	$ 1'220.000

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

Si 1 [ ] No 2 [X] No informa 3 [ ]

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

Si 1 [ ] No 2 [ ] No informa 3 [ ]

Fecha de diligenciamiento: D D M M A A A A

Número de ficha: 10 77 44 12 09 40
(Año: 10 — Localidad: 77 — Proyecto: 44 — Código unidad operativa: 12 09 40)

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	L: ¿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: VÍCTIMA DE CONFLICTO ARMADO – ¿Es víctima del conflicto armado?	AB: VÍCTIMA DE CONFLICTO ARMADO – Motivo	AC: ¿Ha recibido capacitación, formación o tiene experiencia en algún arte u oficio?	AD: De acuerdo con la respuesta anterior ¿En qué cree que puede desempeñarse?
1	CC		1 Perez	1 Gabriel	1	1		1	22	11	2002	22	2	1	8		SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	13	32	45	1400000	5	10	SI	2	1	SI				SI		SI / NO	
			2 Briceño	2											6		NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO							NO			NO				NO APLICA		
2	CC		1 Suarez	1 Yuneisky	2	2		1	20	02	1995	29	2	2	8		SI	NO	NO	SI	SI	SI	SI	8		0	0			NO	2	1	SI				SI		SI / NO	
			2 chacin	2 del carmen											6		NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO							NO			NO				NO APLICA		
3	CC	1145231336	1 perez	1 Ethan	1	98		98	01	03	2024	10 M	1	5	1		SI	SI	SI	NO	SI	SI	SI	98	98	0	0			SI			SI				SI		SI / NO	
			2 Suarez	2 Javier													NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO							NO			NO				NO		NO APLICA	
4			1	1													SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI							SI			SI				SI		SI / NO	
			2	2													NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO							NO			NO				NO		NO APLICA	
5			1	1													SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI							SI			SI				SI		SI / NO	
			2	2													NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO							NO			NO				NO		NO APLICA	

PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL

FORMATO FICHA SIRBE SERVICIOS SOCIALES INFORMACIÓN BÁSICA Y TRANSVERSAL: CABEZOTE

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

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 diligenciamiento: D D M M A A A A

Número Ficha: Año: | Localidad: 10 | Proyecto: 774 | Código Unidad Operativa: 4412094

SECCION E. MODALIDAD DE ATENCION

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

Modalidades Familiares

Creciendo Juntos [ ] Crecemos en la Ruralidad [ ]

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

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

2. Escriba el nombre de la Subdirección Local – SLIS o Unidad Operativa donde se identifica la gestante, lactante, niña o el niño: Jardin Infantil Mamá canguro

SECCION F. A QUIEN VA DIRIGIDA LA MODALIDAD FAMILIAR:

1. La modalidad se solicita para:
Gestante... [1] *Pase a sección G* Niña - niño... [2]

2. ¿La atención de la niña-niño en la modalidad se ha realizado desde la gestación?:
Si... [1] Nombre de la madre: _____ N°. Identificación de la madre: _____ No..... [2]

3. ¿La niña o niño es menor de 6 meses y está lactando?
Si.. [1] *Pase a sección H* No. [2] *Pase a sección I*

SECCIÓN G. CONCEPCIÓN Y GESTACIÓN:

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

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

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

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

5. ¿Qué edad tiene el padre de la hija- hijo que espera?: Entre 14 y 16 años [1] Entre 17 y 20 años [2] Entre 21 y 40 años [3] 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 Madre... [2] Sólo Padre... [3] Abuelo-a..... [4] Otros parientes..... [5] Otros no parientes.. [6] Modalidad institucional para la Primera infancia... [7]

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] SDIS... [2] Colegio [3] ONG... [4] Amigos-as... [5] Hermanos-as [6] Madre..... [7] Padre..... [8] Partera/ doula.. [9]

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] Lactancia materna..... [3] Desarrollo infantil..... [5] Construcción del vinculo afectivo madre- hijo... [6] 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] SDIS..... [2] Colegio..... [3] ONG..... [4] Otra entidad..... [5] Partera/ doula... [9] Otra persona.. [6]

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] Exceso de peso... [3] Peso adecuado..... [2] 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 vaca... [3] Leche de fórmula..... [2] Otros alimentos..... [4]

17. Después de la hija-hijo que está esperando, le gustaría: Tener otro..... [1] Está indecisa/o Insegura/o... [3] No tener otro... [2] *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] Tipo de parto .. [2] La posición de parir..... [3] 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] Antes de 2 años [2] Después de 2 años o más. . [3] No tendré más embarazos. . [4]

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

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

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]

PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL

PROYECTO 7744 GENERACION DE OPORTUNIDADES PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA DE
FORMATO FICHA SIRBE SERVICIOS: JARDINES INFANTILES Y CRECIENDO JUNTOS

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
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 [ ]
Centro de salud 2 [ ] Espacio público 4 [ ] Ambulancia... 5 [ ]

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?:
37 Semanas
DATO VALIDO ENTRE 22 Y 42

5. ¿Cuál fue el peso de su hija-o al nacer?
2055 Gramos
DATO VALIDO ENTRE 450 Y 6000

7. La niña o el niño recibió leche materna alguna vez?
Si... 1 [X] No... 2 [ ] *Pase a la pregunta13*

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

11. ¿Qué edad tenía su hija-o cuando recibió un alimento diferente a la leche materna?

12. ¿Qué edad tenía su hija-o cuando dejo de darle leche materna completamente?: 7 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?:
7 0 7 1 7 0 7 4
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 [ ] *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 [ ] *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 94 [ ]
Uso de oxigeno permanente..... 2 [ ] Traqueotomía ..... 4 [ ] Inmunodeficiencia ..... 6 [ ] Alteraciones en la piel... 8 [ ] Ninguno de los anteriores..... 96 [ ]

20. ¿La condición de salud de la niña o el niño pone en riesgo su vida al ingresar al entorno institucional?
Si... 1 [ ] Requiere verificación. 3 [ ]
No... 2 [ ]

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

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

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

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

25. ¿Ha presentado solicitud de ingreso a?: *(Selección múltiple)*
Jardín infantil Diurno... 1 [ ] Casas de pensamiento 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 [ ]

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 [ ]

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 [ ] Usme..... 5 [ ] Bosa..... 7 [ ] Fontibón... 9 [ ] Suba..... 11 [ ] Teusaquillo... 13 [ ] Antonio Nariño. 15 [ ] La Candelaria.. 17 [ ] Ciudad Bolivar.. 19 [ ]
Chapinero... 2 [ ] San Cristóbal... 4 [ ] Tunjuelito... 6 [ ] Kennedy... 8 [ ] Engativá... 10 [ ] Barrios Unidos. 12 [ ] Los Mártires... 14 [ ] Puente Aranda. 16 [ ] Rafael Uribe.... 18 [ ] Sumapaz..... 20 [ ]

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

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

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

Ficha Incompleta
Terminar de Diligenciar.

INFORMACIÓN DEL CUIDADO DE LA NIÑA O DEL NIÑO:

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

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

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

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

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

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

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

8. ¿Cuál es la edad en años del cuidador o la cuidadora principal?: 29

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

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

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

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

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

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

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

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

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

18. Número de documento de identidad del cuidador-ra principal. 5465596

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

19. Primer Apellido: Suarez

20. Segundo Apellido: Chacin

21. Primer Nombre: Yuneisky

22. Segundo Nombre: Del Carmen

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

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?: D D M M A A A A

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

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

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

3. ¿Para la familia de la niña o el niño o gestante es importante mantener las tradiciones de su identidad campesina en la crianza de su hija o hijo?: 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.....

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

VISUAL
Baja visión..... | Ceguera.....

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

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

PSICOSOCIAL
Psicosocial .....

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

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

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

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

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

7. Es independiente para el desplazamiento?: Si.... 1 | No... 2

8. Apoyos requeridos en el servicio? Intermitente o Limitado..... 1 | Extenso o Generalizado..... 2 | En observación..... 3

9. Cuenta con habilitación o rehabilitación en salud? Si... 1 | No.... 2 *Pase a la sección N*

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

PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL

PROYECTO 7744 GENERACION DE OPORTUNIDADES PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA DE [illegible]
FORMATO FICHA SIRBE SERVICIOS: JARDINES INFANTILES Y CRECIENDO JUNTOS

SECCIÓN N. DESCRIPCIÓN Y REFERENCIACIÓN:

1. Descripción de la problemática:

Familia nuclear con jefatura masculina quien cubre todos los gastos del hogar en un trabajo informal de construcción. la madre, solicita el cupo ya que se encuentra en busca de trabajo para ayudar en los gastos y no cuenta con nadie que le ayude en el cuidado del niño. la mamá deja un numero adicional en caso de emergencia 3224913281

2. Concepto técnico:

Familia con nivel de Fragilidad Media, con ingresos economicos no muy altos, no cuentan con ninguna red de apoyo. El jardin infantil ofrece un cuidado de manera integral promoviendo el desarrollo del niño a través de diferentes experiencias pedagogicas.

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

MATERNAL ☐ CAMINADORES ☐ PARVULOS ☐ PREJARDIN ☐ JARDIN ☐

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

ATENCIÓN PRESENCIAL ☐ ALTERNANCIA ☐ EI EN CASA ☐ MULTIMODAL ☐

3. Acciones a seguir:

Ingreso prioritario.....
Lista de espera – Cumple criterios de ingreso.....
No cumple criterios de ingreso.....

4. ¿Requiere visita domiciliaria? - Si... [1] No... [2] X *Pase a la pregunta 5*

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

5. La modalidad en el que se atenderá la niña, el niño, persona gestante o lactante se encuentra en convenio Interadministrativo con (selección múltiple):

SED [1] ICBF [2] Ninguno de los anteriores [96] X

6. La unidad operativa ofrece nivel pre 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] X *Pase a la pregunta 8*

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

8. Referenciación a otra entidad; - Si... [1] - No [2] *Finalice*

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

PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES
FORMATO REGISTRO DE DILIGENCIAMIENTO DE FICHA SIRBE EN FÍSICO

Código: FOR-PSS-743
Versión: 0
Fecha: Memo I2024000787 - 12/01/2024
Página: 1 de 1

LOCALIDAD Engativa UNIDAD OPERATIVA: IJC Mundo Canguro RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA: Helen Ruiz

NOMBRE DEL RECOLECTOR Yolanda Galindo DOCUMENTO DE IDENTIDAD CC X CE__ OTRO__ CUAL?_____ Número # 52466445

NOMBRE SOLICITANTE / BENEFICIARIO Eithan Perez Suarez DOCUMENTO DE IDENTIDAD CC__ CE__ OTRO X CUAL? ~~R.C.~~ Número # 1145231376

FECHA DE ENTREGA PARA DIGITACIÓN 17/01/25 NOMBRE DEL DIGITADOR AL QUE SE ENTREGA LA FICHA: Olga Bella

Caminador / OK Inscrito Material 08/01/24. & Transferencia Cam... 13 (0 meses.) Maternal

Nicleo Familiar

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

Fecha de diligenciamiento: 03/04/2024 Número de ficha: Año | Localidad | Proyecto | Código unidad operativa

SECCCIÓN A. VARIABLES BÁSICAS

1. Primer Apellido, según su documento de identidad: Rojas
2. Segundo Apellido, según su documento de identidad: Carvajal
3. Primer Nombre, según su documento de identidad: Emiliano
4. Segundo Nombre, según su documento de identidad

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

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

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

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

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

10. Número de documento de identificación: 1074320045

11. Municipio nacimiento: Bogotá

12. Departamento nacimiento: cundinamarca

13. País nacimiento: colombia

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

15. Fecha de nacimiento: (según su documento de identidad) 06/08/2004

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

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

18. Años aprobados:

19. ¿Es persona cuidadora? (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] X

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

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

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

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

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

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

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

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

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

35. Clasificación Sisbén

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

PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL

FORMATO FICHA SIRBE SERVICIOS SOCIALES INFORMACIÓN BÁSICA Y TRANSVERSAL: CABEZOTE

Código: FOR-PSIS-321
Versión: 1
Fecha: Memo 20230152S5 - 25/05/2023
Página: 2 de 6

Fecha de diligenciamiento: D D M M A A A A

Número de ficha: Año | Localidad | Proyecto | Código unidad operativa

SECCIÓN B. VARIABLES TRANSVERSALES

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

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

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

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

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

5. Situaciones y/o condiciones diferenciales de las familias
Familia con pertenencia étnica [1]
Familia transgenero [2]
Familia 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 [1]
No [2] X

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

9. Pueblo indígena: (En las instrucciones de diligenciamiento se encuentra la lista completa de los pueblos indígenas con sus respectivos códigos, en la opción otro se debe escribir solo el código que refiera el instructivo
Nasa (Paéz) [1] Quillasinga [4] Sicuani [6] Misak Misak [60] Cañamomos [10] Kichwas [15] Arhuacos [13] Embera Chamí [35] Ninguna de las anteriores [17]
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]
Cónyuge o compañero/a [2]
Padre/Madre [3]
Padrastro / Madrastra [4]
Hijo/a [5]
Abuelo/a [6]
Hermano/a [7]
Tío/a [8]
Primo/a [9]
Sobrino/a [10]
Nieto/a [11]
Otro pariente [12]
Otro No pariente [13]
Hijastro [14]

11. ¿Víctima de conflicto armado?:
Si [1]
No [2] X *Pase a 14*

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]

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

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

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

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

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

19. En los últimos treinta (30) días, ¿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	$ 1.000.000	Recreación	$ 0
Servicios públicos domiciliarios (agua, energía, gas, teléfono fijo, internet, teléfono celular, televisión por cable	$ 300.000	Gastos en salud (consultas, medicamentos, etc.)	$ 50.000
Pagos a terceros cuidadores	$ 0	Transporte o movilidad de los integrantes del hogar	$ 150.000
Artículos de aseo personal	$ 300.000	Educación (útiles, pensión, transporte escolar, fotocopias, etc.)	$ 0
Alimentación	$ 300.000	Total	$ 2.100.000

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

Sí 1 | No 2 X | No informa 3

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

Sí 1 | No 2 X | No informa 3

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

PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL

FORMATO FICHA SIRBE SERVICIOS SOCIALES INFORMACIÓN BÁSICA Y TRANSVERSAL: CABEZOTE

Código: FOR-PSS-321
Versión: 1
Fecha: Memo 2023015255 - 25/05/2023
Página: 4 de 6

SECCIÓN D. INFORMA...
Fecha de diligenciamiento:

Fecha de diligenciamiento: D D M M A A A A

Número de ficha: Año | Localidad | Proyecto | Código unidad operativa

SECCION C. UBICACIÓN GEOGRAFÍCA

1. Localidad donde habita

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

2. UPZ o UPR: 29

3. Nombre del barrio / Vereda: Primavera

4. Escriba su dirección completa:

Calle...	CL X	Transversal	TV	Avenida.	AV	Número de la vía principal: 86	Alfabético	BIS Y X	Cuadrante S S / E E
Carrera...	KR	Avenida calle	AC			Nombre de la vía principal:		Alfabético	
Diagonal...	DG	Avenida carrera	AK			Nombre sinónimo de la vía principal:			

Número vía generadora	Alfabético	Número placa	Cuadrante
90	C	14	S S / E E

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

M2 88

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. Penthouse	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 X | Cinco 5
Dos 2 | Cuatro 4 | Cero 0

8. Teléfono fijo de contacto: 0

9. Teléfono celular de contacto: 3184938420

10. Correo electrónico de contacto: lic.angelacarvajal@gmail.com

11. ¿Habita en una vivienda?.

Si 1 X
No 2 *pase a la pregunta 16*

12. Tipo de vivienda

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

13. Condición de la vivienda

Ruina 1
Demolición 2
Buen estado 3 X
Aceptable 4
Mal Estado 5

14. Tenencia de la vivienda

Propia 1 | otra forma 3
Amortizado 4 | Arrendada 2 X

15. Forma de pago

Diaria 1
Mensual 2 X
Quincenal 3
Semanal 4
Contributivo 5

16. Lugar diferente a vivienda donde habita:

Equipamiento Urbano 1
Refugio natural 2

	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: 5 de 6

Fecha de diligenciamiento: D D M M A A A A

Número de ficha: 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: 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	Edad aproximada	I: ESTADO CIVIL	J: PARENTESCO (Con jefe/a del núcleo familiar)	K: NIVEL EDUCATIVO ACTUAL – NIVEL	K: NIVEL EDUCATIVO ACTUAL – Años aprobados	L: ¿Asiste actualmente?	L: SISTEMA DISTRITAL DE CUIDADO – ¿Es persona cuidadora/o?	M: SISTEMA DISTRITAL DE CUIDADO – Niños/as de 0 a 5 años	N: SISTEMA DISTRITAL DE CUIDADO – Niños/as de 6 a 10 años	O: SISTEMA DISTRITAL DE CUIDADO – Persona con discapacidad	P: SISTEMA DISTRITAL DE CUIDADO – Persona mayor	Q: SISTEMA DISTRITAL DE CUIDADO – Cuidado de casa	R: Actividad	S: Rol ocupacional	T: ¿Cuantas horas a la semana dedica a esta ocupación?	U: Valor de los ingresos mensuales	V: Forma de percibir los ingresos	W: Localidad donde realiza actividad principal	X: SALUD – Afiliado al régimen de seguridad social	X: SALUD – Régimen de seguridad social	X: SALUD – Calidad del afiliado	Y: DISCAPACIDAD – ¿Persona con discapacidad?	Y: DISCAPACIDAD – Tipo	Z: Grupo étnico	AA: Pueblo indígena	AB: VÍCTIMA DE CONFLICTO ARMADO – ¿Es víctima del conflicto armado?	AB: VÍCTIMA DE CONFLICTO ARMADO – Motivo	AC: ¿Ha recibido capacitación, formación o tiene experiencia en algún arte u oficio?	AD: De acuerdo con la respuesta anterior ¿En qué cree que puede desempeñarse?
1	1	80094726	1 Rojas	1 Axel	1	1		1	20	05	1981	43	3	7	12		SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	12	32	48	200.000	2	11	SI	2	2	SI			SI		SI	NO
			2 Bucheño	2											5		NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO							NO			NO			NO		NO aplica	
2	1	1014268725	1 Carvajal	1 Angela	2	2		1	27	02	1998	34	3	2	12		SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	98	98	0	0			SI	2	1	SI			SI		SI	NO
			2 Rojo	2 Marcela											5		NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO							NO			NO			NO		NO aplica	
3	6	1014320045	1 Rojas	1 Emiliano	1	98		98	21	03	2024	3 m	7	5	7		SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	98	98	0	0			SI	2	1	SI			SI		SI	NO
			2 Carvajal	2													NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO							NO			NO			NO		NO aplica	
4			1	1								/					SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI							SI			SI			SI		SI	NO
			2	2													NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO							NO			NO			NO		NO aplica	
5			1	1													SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI							SI			SI			SI		SI	NO
			2	2													NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO							NO			NO			NO		NO aplica	

PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL

FORMATO FICHA SIRBE SERVICIOS SOCIALES INFORMACIÓN BÁSICA Y TRANSVERSAL: CABEZOTE

Código: F-PSS-
Versión: 1
Fecha: Memo 2023015
Página: 6 de 6

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

FOR-PSS-321 20230152S5 - 25/05/2023

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

PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL

PROYECTO 7744 GENERACION DE OPORTUNIDADES PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA DE BOGOTÁ

FORMATO FICHA SIRBE SERVICIOS: JARDINES INFANTILES Y CRECIENDO JUNTOS

Código:	FOR-PSS-334
Versión:	2
Fecha:	Memo I2023015020-24/05/2023
Página:	1 de 4

Fecha de diligenciamiento: D D M M A A A A

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 Familiares

Creciendo Juntos [ ] Crecemos en la Ruralidad [ ]

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

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

2. Escriba el nombre de la Subdirección Local – SLIS o Unidad Operativa donde se identifica la gestante, lactante, niña o el niño: Jardín infantil cofinanciado Mamá Canguro

SECCION F. A QUIEN VA DIRIGIDA LA MODALIDAD FAMILIAR:

1. La modalidad se solicita para:
Gestante... 1 [ ] *Pase a sección G* Niña - niño... 2 [ ]

2. ¿La atención de la niña-niño en la modalidad se ha realizado desde la gestación?:
Si... 1 [ ] Nombre de la madre: _____ Nº. Identificación de la madre: _____ No..... 2 [ ]

3. ¿La niña o niño es menor de 6 meses y está lactando?
Si... 1 [ ] *Pase a sección H* No. 2 [ ] *Pase a sección I*

SECCIÓN G. CONCEPCIÓN Y GESTACIÓN:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

10. ¿Ha recibido información o capacitación acerca de algunos de estos temas?: *(selección múltiple)*
Cuidados durante la gestación..... 1 [ ] Lactancia materna..... 3 [ ] Construcción del vínculo afectivo madre- hijo... 6 [ ]
Sus derechos y los de su pareja en el momento del parto. 7 [ ] Desarrollo infantil..... 5 [ ] Prevención de accidentes en el hogar..... 4 [ ]
Ninguna... 93 [ ] *Pase a la pregunta 12*

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL

PROYECTO 7744 GENERACION DE OPORTUNIDADES PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA DE BOGOTA
FORMATO FICHA SIRBE SERVICIOS: JARDINES INFANTILES Y CRECIENDO JUNTOS

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 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?: 40 Semanas
DATO VALIDO ENTRE 22 Y 42

5. ¿Cuál fue el peso de su hija-o al nacer?: 3870 Gramos
DATO VALIDO ENTRE 450 Y 6000

6. ¿Cuál fue la talla de su hija-o al nacer?: 50 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 X] No [2] *Pase a la pregunta 12*

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

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

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

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

14. ¿Fecha del último control?: 2 1 0 5 2 0 2 4
Pase a la pregunta 16

15. Por qué la niña o el niño no ha asistido a valoración integral de la salud y el desarrollo?:
Dificultad en la asignación de la cita [1] Sin servicio de salud [2] Desconocimiento [3] Falta de tiempo [4]

16. ¿La niña o el niño, cuenta con el esquema de vacunación al dia?:
Si [1 X] *Pase a la pregunta 18* No [2]

17. ¿Por qué la niña o el niño no cuenta con el esquema de vacunación al dia?:
Creencias religiosas o culturales [1] Olvido [2] Pérdida del carné [3] Desconocimiento [4] Falta de tiempo [5]

18. ¿Actualmente, la niña o el niño tiene una condición de salud?:
Si [1] No [2 X] *pase a la pregunta 21.*

19. ¿La condición de salud de la niña o el niño, implica?: *(Selección múltiple)*
Uso de oxigeno durante el sueño [1] Alimentación por sonda [3] Procedimientos invasivos [5] Toma de medicamentos [7] Condiciones osteomusculares [9]
Uso de oxigeno permanente [2] Traqueotomía [4] Inmunodeficiencia [6] Alteraciones en la piel [8] Ninguno de los anteriores [96]

20. ¿La condición de salud de la niña o el niño pone en riesgo su vida al ingresar al entorno institucional?
Si [1] No [2] Requiere verificación [3]

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

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

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

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

25. ¿Ha presentado solicitud de ingreso a?: *(Selección múltiple)*
Jardín infantil Diurno [1] Casas de pensamiento 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 Bolivar [19]
Chapinero [2] San Cristóbal [4] Tunjuelito [6] Kennedy [8] Engativá [10] Barrios Unidos [12] Los Mártires [14] Puente Aranda [16] Rafael Uribe [18] Sumapaz [20]

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

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

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

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

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

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

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

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

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

8. ¿Cuál es la edad en años del cuidador o la cuidadora principal?: 34

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

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

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

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

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

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

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

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

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

18. Número de documento de identidad del cuidador-ra principal: 1019208725

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

19. Primer Apellido: Carvajal

20. Segundo Apellido: Rozo

21. Primer Nombre: Angela.

22. Segundo Nombre: Marcela

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

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?: D D M M A A A A

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

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

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

3. ¿Para la familia de la niña o el niño o gestante es importante mantener las tradiciones de su identidad campesina en la crianza de su hija o hijo?: 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 N*

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...

AUDITIVA: Hipoacusia... | Sordera...

VISUAL: Baja visión... | Ceguera...

INTELECTUAL: Síndrome de Down... | Intelectual ...

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

PSICOSOCIAL: Psicosocial ...

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

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

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

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

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

7. Es independiente para el desplazamiento?: Si... 1 | No... 2

8. Apoyos requeridos en el servicio? Intermitente o Limitado... 1 | Extenso o Generalizado... 2 | En observación... 3

9. Cuenta con habilitación o rehabilitación en salud? Si... 1 | No... 2 *Pase a la sección N*

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

Powered by CamScanner

PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL

PROYECTO 7744 GENERACION DE OPORTUNIDADES PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA DE BOGOTÁ
FORMATO FICHA SIRBE SERVICIOS: JARDINES INFANTILES Y CRECIENDO JUNTOS

Código:
Versión:
Fecha: Memo [illegible]
Página: 4 de 4

SECCIÓN N. DESCRIPCIÓN Y REFERENCIACIÓN:

1. Descripción de la problemática:

Familia nuclear. con jefatura masculina, unico proveedor cuyos ingresos económicos no alcanzan a cubrir las necesidades básicas del hogar.
La madre manifiesta que desea el cupo del niño. para que tenga un buen desarrollo integral sea sociable y, ella pueda conseguir un trabajo para ayudar en su hogar económicamente
No tienen redes de apoyo
Deja otro telefono de contacto.
3214752945

2. Concepto técnico:

Fragilidad Social Media se evidencia en esta familia nuclear.
El jardin infantil promueve el desarrollo integral del niño con un enfoque diferencial a través de prácticas pedagógicas que contribuyen de manera significativa al desarrollo integral de los niños y niñas acompañados de un equipo interdisciplinario.

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

MATERNAL [X] 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 [X]
Lista de espera – Cumple criterios de ingreso..... 2 [ ]
No cumple criterios de ingreso..... 3 [ ]

4. ¿Requiere visita domiciliaria? - Si... 1 [ ] No.. 2 [X] *Pase a la pregunta 5*

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

5. La modalidad en el que se atenderá la niña, el niño, persona gestante o lactante se encuentra en convenio interadministrativo con (selección múltiple):

SED 1 [ ] ICBF 2 [ ] Ninguno de los anteriores 96 [X]

6. La unidad operativa ofrece nivel pre 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 [X] *Pase a la pregunta 8*

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

8. Referenciación a otra entidad: - Si... 1 [ ] - No 2 [X] *Finalice*

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

PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES

FORMATO REGISTRO DE DILIGENCIAMIENTO DE FICHA SIRBE EN FÍSICO

Código: FOR-PSS-743
Versión: 0
Fecha: Memo [2024000787 - 12/01/2024
Página: 1 de 1

LOCALIDAD SUBATIVA UNIDAD OPERATIVA: JIC. MAMA CANGURO RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA: HELEN RUIZ

NOMBRE DEL RECOLECTOR YOLIMA MENDEZ DOCUMENTO DE IDENTIDAD CC [X] CE [ ] OTRO [ ] CUAL? ___ Número # 52.267.436

NOMBRE SOLICITANTE / BENEFICIARIO EMILIANO ROJAS CARVAJAL DOCUMENTO DE IDENTIDAD CC [ ] CE [ ] OTRO [X] CUAL? RC Número # 1012320045

FECHA DE ENTREGA PARA DIGITACIÓN: ___ NOMBRE DEL DIGITADOR AL QUE SE ENTREGA LA FICHA: ___

Powered by CamScanner

Caminadores

Con Niños

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

Fecha de diligenciamiento: 04/04/2025

Número de ficha: Año | Localidad: 10 | Proyecto: 77 | Código unidad operativa: 4412094

SECCCIÓN A. VARIABLES BÁSICAS

1. Primer Apellido, según su documento de identidad:	2. Segundo Apellido, según su documento de identidad:	3. Primer Nombre, según su documento de identidad:	4. Segundo Nombre, según su documento de identidad
Castillo	Garzón	Gabriela	

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

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

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

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

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

10. Número de documento de identificación: 1011266885

11. Municipio nacimiento: Bogotá

12. Departamento nacimiento: Cundinamarca X

13. País nacimiento: Colombia

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

15. Fecha de nacimiento: *(según su documento de identidad)* 21/12/2003

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

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

18. Años aprobados:

19. ¿Es persona cuidadora? *(pregunta para mayores de 14 años*
Si [1] No [2] *pase a la pregunta 23*

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 [96]

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

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

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

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

35. Clasificación Sisbén

	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: 2 de 6

OF F 012 PP F F 01

Fecha de diligenciamiento: D D M M A A A A

Número de ficha: Año 1 0 | Localidad 7 7 | Proyecto 4 4 | Código unidad operativa 1 2 0 9 4 0

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 X	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 [1] No [2] X

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

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

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

Nasa (Paéz)	1	Quillasinga	4	Sicuani	6	Misak Misak	60	Cañamomos	10	Kichwas	15	Arhuacos	13	Embera Chamí	35	Ninguna de las anteriores	17		
Wayuu	2	Ulotos	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	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] *Pase a 14*

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										

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

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

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] *Si la respuesta es 2 o 98 Pase a 18* No [2]

	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: D D M M A A A A

Número de ficha: | | | | 1 0 7 7 4 4 | 1 2 0 9 4 0 |
Año | Localidad | Proyecto | Código unidad operativa

SECCION C. UBICACIÓN GEOGRAFÍCA

1. Localidad donde habita

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

2. UPZ o UPR: 29

3. Nombre del barrio / Vereda: Primavera

4. Escriba su dirección completa:

Calle... CL | Transversal TV | Avenida. AV

Carrera... KR X | Avenida calle AC

Diagonal... DG | Avenida carrera AK

Número de la vía principal: 90

Nombre de la vía principal:

Nombre sinónimo de la vía principal:

Alfabético	BIS	Alfabético	Cuadrante	Número vía generadora	Alfabético	Número placa	Cuadrante
			S S	85		41	S S
			E E				E E

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

Complemento dirección:									
AD. Administración	BQ. Bloque	CT. Carretera	ET. Etapa	LM. Local Mezzanine	OF. Oficina	PI. Piso	SL. Solar	TR. Terraza
AG. Agrupación	CA. Casa	DP. Depósito	GJ. Garaje	LS. Local sótano	OS. Oficina sótano	PN. Puente	SM. Súper manzana	UN. Unidad
AL. Altillo	CEL. Célula	DS. Depósito sótano	GS. Garaje sótano	LT. Lote	PA. Parcela	PS. Paseo	SR. Sector	UR. Unidad residencial
AP. Apartamento	CM. Camino	ED. Edificio	IN. Interior	MD. Módulo	PD. Predio	PT. Portería	SS. Semi sótano	URB. Urbanización
AS. Apartamento sótano	CN. Consultorio	EN. Entrada	KM. Kilometro	MN. Mezzanine	PH. Penthouse	SA. Salón	SU. Suite	ZN. Zona
						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 X | Cinco 5

Dos 2 | Cuatro 4 | Cero 0

8. Teléfono fijo de contacto: 0

9. Teléfono celular de contacto: 3194894613

10. Correo electrónico de contacto kamilayaoreggmail.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 | 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

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

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

Rubro	Valor del gasto en pesos	Rubro	Valor del gasto en pesos
Vivienda (Arriendo y/o valor cuota	$ 350.000	Recreación	$ 0
Servicios públicos domiciliarios (agua, energía, gas, teléfono fijo, internet, teléfono celular, televisión por cable	$ 150.000	Gastos en salud (consultas, medicamentos, etc.)	$ 0
Pagos a terceros cuidadores	$ 300.000	Transporte o movilidad de los integrantes del hogar	$ 150.000
Artículos de aseo personal	$ 200.000	Educación (útiles, pensión, transporte escolar, fotocopias, etc.)	$ 0
Alimentación	$ 200.000	Total	$ 1350.000

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

SI	1	No	2 X	No informa	3

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

SI	1	No	2 X	No informa	3

	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: 5 de 6

Fecha de diligenciamiento: D D M M A A A A

Número de ficha: Año | Localidad | Proyecto | Código unidad operativa — 1 0 7 7 9 9 1 2 0 9 4 0

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	L: ¿Asista 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: VÍCTIMA DE CONFLICTO ARMADO – ¿Es víctima del conflicto armado?	AB: VÍCTIMA DE CONFLICTO ARMADO – Motivo	AC: ¿Ha recibido capacitación, formación o tiene experiencia en algún arte u oficio?	AD: De acuerdo con la respuesta anterior ¿En qué cree que puede desempeñarse?
1	1	1014255692	1 Garzon	1 Maria	2	2		1	23	6	1994	30	1	1	8		SI	X	SI	SI	SI	SI	SI	12	32	48	1300000	2	1	X	1	2	SI			SI		SI	
			2 Orjuela	2 Kamila											6		No	No	No	No	No	No	No							No			No			No		No aplica	
2	6	1011266885	1 Castillo	1 Gabriela	2	98		98	21	12	2023		1	5	1		SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	98	98	0	0			X	1	1	SI			SI		SI	No
			2 Garzon	2													No	No	No	No	No	No	No							No			No			No		No aplica	
3			1	1													SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI							SI			SI			SI		SI	No
			2	2													No	No	No	No	No	No	No							No			No			No		No aplica	
4			1	1													SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI							SI			SI			SI		SI	No
			2	2													No	No	No	No	No	No	No							No			No			No		No aplica	
5			1	1													SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI							SI			SI			SI		SI	No
			2	2													No	No	No	No	No	No	No							No			No			No		No aplica	

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		APELLIDOS Escriba: En el renglón 1, primer apellido En el renglón 2, segundo apellido	NOMBRES Escriba: En el renglón 1, primer nombre En el renglón 2, segundo nombre	Sexo	¿Con cuál género se identifica?	¿Transgenero masculino o transgenero femenino?	¿Cuál es su orientación sexual?	FECHA NACIMIENTO			Edad aproximada	ESTADO CIVIL	PARENTESCO (Con jefe/a del núcleo familiar)	NIVEL EDUCATIVO ACTUAL		SISTEMA DISTRITAL DE CUIDADO						Actividad	Rol ocupacional	¿Cuantas horas a la semana dedica a esta ocupación?	Valor de los ingresos mensuales	Forma de percibir los ingresos	Localidad donde realiza actividad principal	SALUD			DISCAPACIDAD		Grupo étnico	Pueblo indígena	VICTIMA DE CONFLICTO ARMADO		¿Ha recibido capacitación, formación o tiene experiencia en algún arte u oficio?	De acuerdo con la respuesta anterior ¿En qué cree que puede desempeñarse?
	Tipo	Número							Día	Mes	Año				NIVEL Años aprobados	¿Asiste actualmente?	¿Es persona cuidadora/a?	Niños/as de 0 a 5 años	Niños/as de 6 a 10 años	Persona con discapacidad	Persona mayor	Cuidado de casa							Afiliado al régimen de seguridad social	Régimen de seguridad social	Calidad del afiliado	¿Persona con discapacidad?	Tipo			¿Es víctima del conflicto armado?	Motivo		
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		X	1	1									X			Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí							Sí			Sí				Sí		Sí No	
			2	2 X												No	No	No	No	No	No	No							No			No				No		No aplica	
9			1 X	1 X							X X X X		X	X		Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí							Sí			Sí				Sí		Sí No	
			2	2 X												No	No	No	No	No	No	No							No			No				No		No aplica	
10		X	1	1									X	X		Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí							Sí			Sí				Sí		Sí No	
			2 X	2 X							X X X X					No	No	No	No	No	No	No							No			No				No		No aplica	
11			1	1												Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí							Sí			Sí				Sí		Sí No	
			2	2												No	No	No	No	No	No	No							No			No				No		No aplica	
12			1	1												Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí							Sí			Sí				Sí		Sí No	
			2	2												No	No	No	No	No	No	No							No			No				No		No aplica	
13			1	1												Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí							Sí			Sí				Sí		Sí No	
			2	2												No	No	No	No	No	No	No							No			No				No		No aplica	

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

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

PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL

PROYECTO 7744 GENERACION DE OPORTUNIDADES PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA DE BOGOTÁ

FORMATO FICHA SIRBE SERVICIOS: JARDINES INFANTILES Y CRECIENDO JUNTOS

Código:	FOR-PSS-334
Versión:	2
Fecha:	Memo I2023015020-24/05/2023
Página:	1 de 4

Fecha de diligenciamiento: D D M M A A A A **Número Ficha:** Año: | Localidad: 10 | Proyecto: 774 | Código Unidad Operativa: 4

SECCION E. MODALIDAD DE ATENCION

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

Modalidades Familiares: Creciendo Juntos [ ] Crecemos en la Ruralidad [ ]

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

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

2. Escriba el nombre de la Subdirección Local – SLIS o Unidad Operativa donde se identifica la gestante, lactante, niña o el niño: Jardin Infantil Cofinonciado mamá Canguro

SECCION F. A QUIEN VA DIRIGIDA LA MODALIDAD FAMILIAR:

1. La modalidad se solicita para:
Gestante... 1 [ ] *Pase a sección G* Niña - niño... 2 [ ]

2. ¿La atención de la niña-niño en la modalidad se ha realizado desde la gestación?:
Si... 1 [ ] Nombre de la madre: _____ N°. Identificación de la madre: _____ No..... 2 [ ]

3. ¿La niña o niño es menor de 6 meses y está lactando?
Si.. 1 [ ] *Pase a sección H* No. 2 [ ] *Pase a sección I*

SECCIÓN G. CONCEPCIÓN Y GESTACIÓN:

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

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

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

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

5. ¿Qué edad tiene el padre de la hija- hijo que espera?: Entre 14 y 16 años 1 [ ] Entre 17 y 20 años 2 [ ] Entre 21 y 40 años 3 [ ] 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 Madre... 2 [ ] Sólo Padre... 3 [ ] Abuelo-a..... 4 [ ] Otros parientes..... 5 [ ] Otros no parientes.. 6 [ ] Modalidad institucional para la Primera Infancia... 7 [ ]

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 [ ] SDIS.... 2 [ ] Colegio. 3 [ ] ONG.... 4 [ ] Amigos-as.... 5 [ ] Hermanos-as 6 [ ] Madre..... 7 [ ] Padre..... 8 [ ] Partera/ doula.. 9 [ ]

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 [ ] Lactancia materna..... 3 [ ] Desarrollo infantil..... 5 [ ] Construcción del vinculo afectivo madre- hijo... 6 [ ] 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 [ ] SDIS..... 2 [ ] Colegio..... 3 [ ] ONG..... 4 [ ] Otra entidad..... 5 [ ] Partera/ doula... 9 [ ] Otra persona... 6 [ ]

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 [ ] Exceso de peso... 3 [ ] Peso adecuado..... 2 [ ] 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 vaca... 3 [ ] Leche de fórmula..... 2 [ ] Otros alimentos..... 4 [ ]

17. Después de la hija-hijo que está esperando, le gustaría: Tener otro..... 1 [ ] Está indecisa/o Insegura/o... 3 [ ] No tener otro... 2 [ ] *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 [ ] Tipo de parto .. 2 [ ] Ninguna... 93 [ ] La posición de parir..... 3 [ ] 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 [ ] Antes de 2 años 2 [ ] Después de 2 años o más. . 3 [ ] No tendré más embarazos. . 4 [ ]

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

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

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 [ ]

PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL

PROYECTO 7744 GENERACION DE OPORTUNIDADES PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA DE BOGOTÁ
FORMATO FICHA SIRBE SERVICIOS: JARDINES INFANTILES Y CRECIENDO JUNTOS

Código:
Versión:
Fecha: Marzo 2020
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 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?: 3260 Gramos
DATO VALIDO ENTRE 450 Y 6000

6. ¿Cuál fue la talla de su hija-o al nacer?: 50 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 X] Menos de 24 horas [3]
Menos de 1 hora [2] Más de 24 horas [4] No sabe/No responde [5]

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

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

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

12. ¿Qué edad tenía su hija-o cuando dejo de darle leche materna completamente?: 10 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?: 29/11/2024
Pase a la pregunta 16

15. Por qué la niña o el niño no ha asistido a valoración integral de la salud y el desarrollo?:
Dificultad en la asignación de la cita [1] Sin servicio de salud [2] Desconocimiento [3] Falta de tiempo [4]

16. ¿La niña o el niño, cuenta con el esquema de vacunación al día?:
Si [1 X] *Pase a la pregunta 18* No [2]

17. ¿Por qué la niña o el niño no cuenta con el esquema de vacunación al día?:
Creencias religiosas o culturales [1] Olvido [2] Pérdida del carné [3] Desconocimiento [4] Falta de tiempo [5]

18. ¿Actualmente, la niña o el niño tiene una condición de salud?:
Si [1] No [2 X] *pase a la pregunta 21.*

19. ¿La condición de salud de la niña o el niño, implica?: *(Selección múltiple)*
Uso de oxigeno durante el sueño [1] Alimentación por sonda [3] Procedimientos invasivos [5] Toma de medicamentos [7] Condiciones osteomusculares [9 X]
Uso de oxigeno permanente [2] Traqueotomía [4] Inmunodeficiencia [6] Alteraciones en la piel [8] Ninguno de los anteriores [96]

20. ¿La condición de salud de la niña o el niño pone en riesgo su vida al ingresar al entorno institucional?
Si [1] Requiere verificación [3]
No [2]

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

8. ¿Cuál es la edad en años del cuidador o la cuidadora principal?: 32

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

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

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

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

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

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

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

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

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

18. Número de documento de identidad del cuidador-ra principal. 1014231749

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

19. Primer Apellido: Gorzon

20. Segundo Apellido: Orjuela

21. Primer Nombre: Katalina

22. Segundo Nombre: Maria.

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?: D D M M A A A A

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

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

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

3. ¿Para la familia de la niña o el niño o gestante es importante mantener las tradiciones de su identidad campesina en la crianza de su hija o hijo?: 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.....

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

VISUAL
- Baja visión.....
- Ceguera.....

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

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

PSICOSOCIAL
- Psicosocial .....

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

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

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

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

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

7. Es independiente para el desplazamiento?: Si... 1 | No... 2

8. Apoyos requeridos en el servicio? Intermitente o Limitado..... 1 | Extenso o Generalizado..... 2 | En observación..... 3

9. Cuenta con habilitación o rehabilitación en salud? Si... 1 | No.... 2 *Pase a la sección N*

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

PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL

PROYECTO 7744 GENERACION DE OPORTUNIDADES PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA DE BOGOTA
FORMATO FICHA SIRBE SERVICIOS: JARDINES INFANTILES Y CRECIENDO JUNTOS

Versión:
Fecha:
Página: 4 de 4

SECCIÓN N. DESCRIPCIÓN Y REFERENCIACIÓN:

1. Descripción de la problemática:

Familia nuclear con jefatura femenina cuya actividad económica es un trabajo formal con el cual cubre los gastos del hogar. La mamá manifiesta que a la niña la cuida la tía mientras ella trabaja. por esta razón también solicita el cupo al Jardín. Manifiesta que el padre no le colabora económicamente ya que hace seis meses se separaron.

Deja otro número de contacto. 3118815908.

2. Concepto técnico:

Familia con nivel de fragilidad Social Media.

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

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

MATERNAL ☐ CAMINADORES ☒ PARVULOS ☐ PREJARDIN ☐ JARDIN ☐

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

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

3. Acciones a seguir:

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

4. ¿Requiere visita domiciliaria? - Si... 1 ☐ No... 2 X Pase a la pregunta

Motivo: Verificación de las condiciones socio familiares: - Si... 1 ☐ - No...
Verificación otras condiciones: - Si... 1 ☐ - No...

5. La modalidad en el que se atenderá la niña, el niño, persona gestante o lactante se encuentra en convenio interadministrativo con (selección múltiple):

SED 1 ☐ ICBF 2 ☐ Ninguno de los anteriores 96 X

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

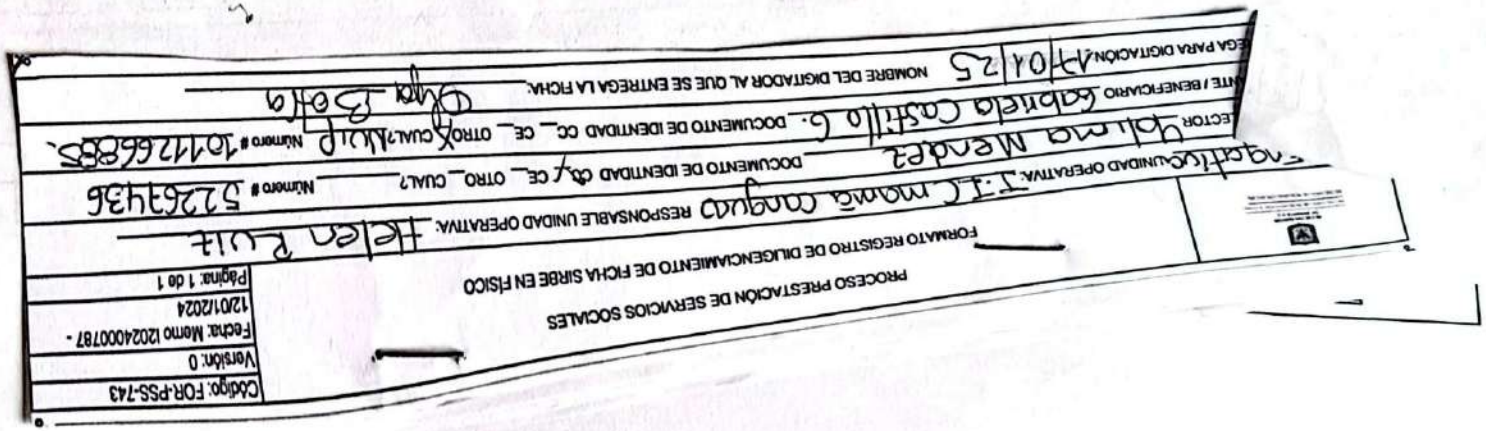
- Si... 1 ☐ - No... 2 ☐ No oferta niveles 3 ☐

7. Referenciación a un proyecto SDIS: - Si... 1 ☐ - No 2 X Pase a la

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

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

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



Inscrito

FALTA CARGAR NUCLEO CAF

Maternal

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

Fecha de diligenciamiento: 23/05/2025

Número de ficha: 10 25 10 7 7 A A 1 2 0 9 A 0
(Año: 10 | Localidad: 25 | Proyecto: 10 | Código unidad operativa: 7 7 A A 1 2 0 9 A 0)

SECCCIÓN A. VARIABLES BÁSICAS

1. Primer Apellido, según su documento de identidad:	2. Segundo Apellido, según su documento de identidad:	3. Primer Nombre, según su documento de identidad:	4. Segundo Nombre, según su documento de identidad
Carrion	Gil	Emmy	Guadalupe

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

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

7. ¿Se identifica como persona transgénero 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:	10. Número de documento de identificación:	11. Municipio nacimiento:	12. Departamento nacimiento
Cédula de ciudadanía [1] Cédula de extranjería [2] Tarjeta de identidad [3] Registro civil [6] Pasaporte... [13] Permiso especial de permanencia [18] Salvo conducto [19] Permiso por protección temporal.. [21] Sin Identificación [8]	1016973200	Bogotá	Cundinamarca

13. País nacimiento:	14. Sexo de nacimiento:	15. Fecha de nacimiento: *(según su documento de identidad)*	16. Estado civil:
Colombia	Hombre [1] Mujer [2] Intersexual [3]	15/01/2024	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 [25] Preescolar [6] Básica secundaria y media [8] Tecnológico [19] Universitaria completa (con título) [12] Postgrado completo (con título) [15]
Educación inicial modalidad institucional [27] Básica primaria [7] Técnico [18] Universitaria incompleta (sin título).... [21] Postgrado incompleto (sin título) [22] Educación desde lo propio [25] Ninguno [1]

18. Años aprobados:

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

25. Actividad Principal: * (Esta pregunta aplica solo a personas mayores de 3 años)
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?:	32.Regimen de seguridad social	33. Calidad del afiliado: *Aplica solo si la respuesta en la pregunta 32 es "Contributivo"*	34. ¿Tiene clasificación de Sisbén?	35. Clasificación Sisbén
Si [1] No [2] *(pase a la pregunta 34)*	Contributivo [1] Subsidiado [2] Especial [3]	Beneficiario [1] Cotizante [2]	Si [1] No [2]	A5

	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: 2 de 6

Fecha de diligenciamiento: D D M M A A A A

Número de ficha: Año | Localidad: 10 | Proyecto: 774 | Código unidad operativa: 1209A0

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 ampliado compuesto [3]		
Hogar familiar ampliado 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 [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]	
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. Si respondió afirmativamente la pregunta 11, indique los motivos: (Selección múltiple)

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

15. ¿Habita en calle? 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]

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 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: D D M M A A A A

Número de ficha: Año | Localidad | Proyecto | Código unidad operativa — 10 | 77 | AA | 1209 | 40

SECCION C. UBICACIÓN GEOGRAFICA

1. Localidad donde habita

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

2. UPZ o UPR: 29

3. Nombre del barrio / Vereda: Los Cerezos

4. Escriba su dirección completa:

Calle...	CL		Transversal	TV		Avenida.	AV		Número de la vía principal: 87	Alfabético	BIS	Cuadrante	Número vía generadora	Alfabético		Número placa	Cuadrante
Carrera...	KR	X	Avenida calle	AC					Nombre de la vía principal:		Alfabético	S	84	A	-	83	S
Diagonal...	DG		Avenida carrera	AK					Nombre sinónimo de la vía principal:			E					E

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

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

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

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

8. Teléfono fijo de contacto:

9. Teléfono celular de contacto: 3194916244

10. Correo electrónico de contacto: maribellgill59@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 | 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: 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

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	$ 800.000	Recreación	$ 0
Servicios públicos domiciliarios (agua, energía, gas, teléfono fijo, internet, teléfono celular, televisión por cable	$ 200.000	Gastos en salud (consultas, medicamentos, etc.)	$ 0
Pagos a terceros cuidadores	$ 0	Transporte o movilidad de los integrantes del hogar	$ 150,000
Artículos de aseo personal	$ 200.000	Educación (útiles, pensión, transporte escolar, fotocopias, etc.)	$
Alimentación	$ 200,000	Total	$ 1'550,000

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

Si 1 | No 2 X | No informa 3

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

Si 1 | No 2 X | No informa 3

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: 5 de 6

Fecha de diligenciamiento: D D M M A A A A

Número de ficha: Año | Localidad | Proyecto | Código unidad operativa

BÁSICA Y TRANSVERSAL SOBRE LA FAMILIA:

La información básica se replite para el jefe de núcleo familiar

No. Int.	B	C	D	E	F	G	H			I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S	T	U	V	W	X			Y		Z	AA	AB		AC	AD
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD		APELLIDOS	NOMBRES	Sexo	¿Con cuál género se identifica?	¿Transgenero masculino o transgenero femenino?	¿Cuál es su orientación sexual?	FECHA NACIMIENTO			Edad aproximada	ESTADO CIVIL	PARENTESCO (Con jefe/a del núcleo familiar)	NIVEL EDUCATIVO ACTUAL	¿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	Escriba: En el renglón 1, primer apellido En el renglón 2, segundo apellido	Escriba: En el renglón 1, primer nombre En el renglón 2, segundo nombre					Día	Mes	Año				NIVEL / Años aprobados		¿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	1014242332	1 Gil	1 Marybell	2	2		1	01	02	1993	31	1	1	8	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	12	32	46	1'500.000	3	10	X	1	2	SI		6		SI		SI X	
			2 Lopez	2											6	X	X	X	X	X	X	X							No			X				No aplica	
2	3	1016957707	1 Bello	1 Julian	1	1		1	08	12	2010	14	1	5	8	X	SI	SI	SI	SI	SI	SI	3			0			X	1	1	SI		6		SI		SI X	
			2 Gil	2 Camilo.											8	No	X	X	X	X	X	X							No			X				No aplica	
3	3	1016963285	1 Antonio	1 Ian.	1	98		98	11	10	2015	9	1	5	7	X	SI	SI	X	SI	SI	SI	3			0			X	1	1	SI		6		SI		SI No	
			2 Gil	2 Samuel											4	No	X	X	No	X	X	X							No			X				No aplica	
4	6	1016973200	1 Carrion	1 Emmy	2	98		98	15	01	2024	1	1	5	1	SI	SI	X	SI	SI	SI	SI	98			0			X	1	1	SI		6		SI		SI No	
			2 Gil	2 Guadalupe												No	X	X	X	X	X	X							No			X				No aplica	X
5			1	1												SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI							SI			SI				SI No	
			2	2												No	No	No	No	No	No	No							No			No				No aplica	

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

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

Fecha de diligenciamiento: D D M M A A A A

Número Ficha: | | | | 1 | 0 | 7 | 7 | 4 | 4 | 1 | 2 | 0 | 9 | 1 | 0 |
Año | Localidad | Proyecto | Código Unidad Operativa

SECCION E. MODALIDAD DE ATENCION

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

Modalidades Familiares

Creciendo Juntos [ ] Crecemos en la Ruralidad [ ]

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

Jardines Infantiles [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: Jardín Infantil Compartir Manú Canguro

SECCION F. A QUIEN VA DIRIGIDA LA MODALIDAD FAMILIAR:

1. La modalidad se solicita para:
Gestante... [1] *Pase a sección G* Niña - niño... [2]

2. ¿La atención de la niña-niño en la modalidad se ha realizado desde la gestación?:
Si... [1] Nombre de la madre: _____ Nº. Identificación de la madre: _____ No..... [2]

3. ¿La niña o niño es menor de 6 meses y está lactando?
Si.. [1] *Pase a sección H* No. [2] *Pase a sección I*

SECCIÓN G. CONCEPCIÓN Y GESTACIÓN:

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

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

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

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

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

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

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

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. [7] Desarrollo infantil..... [5] Prevención de accidentes en el hogar..... [4]
Ninguna... [93] *Pase a la pregunta 12*

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

	PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL PROYECTO 7744 GENERACION DE OPORTUNIDADES PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA DE BOGOTÁ FORMATO FICHA SIRBE SERVICIOS: JARDINES INFANTILES Y CRECIENDO JUNTOS	Código: FOR-PSS-334 Versión: 2 Fecha: Memo I2023015020-24/05/2023 Página: 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 [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?: 40 Semanas
DATO VALIDO ENTRE 22 Y 42

5. ¿Cuál fue el peso de su hija-o al nacer?: 2680 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 pregunta13*

8. ¿Después de cuánto tiempo de nacido su hija-o inicio la lactancia materna?:
Inmediatamente 1 [X] Menos de 24 horas 3 [ ] No sabe/No responde 5 [ ]
Menos de 1 hora 2 [ ] 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?: 6 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?: 17/01/2025
Pase a la pregunta 16

15. Por qué la niña o el niño no ha asistido a valoración integral de la salud y el desarrollo?:
Dificultad en la asignación de la cita 1 [ ] Sin servicio de salud 2 [ ] Desconocimiento 3 [ ] Falta de tiempo 4 [ ]

16. ¿La niña o el niño, cuenta con el esquema de vacunación al día?:
SI 1 [X] *Pase a la pregunta 18* No 2 [ ]

17. ¿Por qué la niña o el niño no cuenta con el esquema de vacunación al día?:
Creencias religiosas o culturales 1 [ ] Olvido 2 [ ] Pérdida del carné 3 [ ] Desconocimiento 4 [ ] Falta de tiempo 5 [ ]

18. ¿Actualmente, la niña o el niño tiene una condición de salud?:
SI 1 [ ] No 2 [X] *pase a la pregunta 21.*

19. ¿La condición de salud de la niña o el niño, implica?: *(Selección múltiple)*
Uso de oxigeno durante el sueño 1 [ ] Alimentación por sonda 3 [ ] Procedimientos invasivos 5 [ ] Toma de medicamentos 7 [ ] Condiciones osteomusculares 9 [ ]
Uso de oxigeno permanente 2 [ ] Traqueotomía 4 [ ] Inmunodeficiencia 6 [ ] Alteraciones en la piel 8 [ ] Ninguno de los anteriores 96 [ ]

20. ¿La condición de salud de la niña o el niño pone en riesgo su vida al ingresar al entorno institucional?
SI 1 [ ] Requiere verificación 3 [ ]
No 2 [ ]

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

31. La niña o niño presenta desnutrición aguda moderada o severa verificada por un nutricionista de la Subdirección Local de acuerdo con la resolución 2465 de 2018 del Ministerio de Salud y Protección Social SI 1 [ ] No 2 [X]

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

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

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

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

4. Quién es el cuidador principal de la niña o el niño Papá [1] Mamá [2] Padrastro [3] Madrastra [4] Hermano-a [5] Tío-a [6] Abuelo-a [7] X Otro pariente [8] Otro No pariente [9] Nadie [10]

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

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

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

8. ¿Cuál es la edad en años del cuidador o la cuidadora principal?: 59

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

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

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

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

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

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

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

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

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

18. Número de documento de identidad del cuidador-ra principal. 39536055

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

19. Primer Apellido: Lopez

20. Segundo Apellido: Castillo

21. Primer Nombre: Maria

22. Segundo Nombre: Isabel

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?: D D M M A A A A

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

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

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

3. ¿Para la familia de la niña o el niño o gestante es importante mantener las tradiciones de su identidad campesina en la crianza de su hija o hijo?: 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

AUDITIVA
- Hipoacusia
- Sordera

VISUAL
- Baja visión
- Ceguera

INTELECTUAL
- Síndrome de Down
- Intelectual ...

FISICA
- Osteomuscular
- Neuromuscular
- Parálisis cerebral (EMOC)

PSICOSOCIAL
- Psicosocial

2. Tiene diagnóstico clínico relacionado con la discapacidad?: Si [1] No [2] *Pase a la pregunta 5*

3. Cuenta con el certificado de discapacidad? Si [1] No [2] *Pase a la pregunta 5*

4. La niña o el niño está inscrito en el RLCPD? Si [1] No [2]

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

6. Cuenta con ella?: Si [1] No [2]

7. Es independiente para el desplazamiento?: Si [1] No [2]

8. Apoyos requeridos en el servicio? Intermitente o Limitado [1] Extenso o Generalizado [2] En observación [3]

9. Cuenta con habilitación o rehabilitación en salud? Si [1] No [2] *Pase a la sección N*

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

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

SECCIÓN N. DESCRIPCIÓN Y REFERENCIACIÓN:

1. Descripción de la problemática:

Familia nuclear con jefatura femenina, única proveedora, bajos ingresos económicos, son de un trabajo formal. La madre manifiesta que los padres de los menores algunas ocasiones le colaboran económicamente
Solicita el apoyo al Jardín para la niña ya que esta al cuidado de la abuela adulta mayor, ella puede trabajar.
La niña tenga un buen desarrollo integral, interactuando con otros niños y niñas
Suministra contactos de teléfono.
3143139199
3107885384

2. Concepto técnico:

Familia de Fragilidad Social Alta, con determinantes Sociales de bajos ingresos económicos para sostener el hogar.

El jardín infantil ofrece atención integral con enfoque diferencial con acompañamiento pedagogico por medio de experiencias significativas que contribuyen al desarrollo integral de niños y niñas.

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 [X] 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 [X]
Lista de espera – Cumple criterios de ingreso..... 2 [ ]
No cumple criterios de ingreso..... 3 [ ]

4. ¿Requiere visita domiciliaria? - Si... 1 [ ] No... 2 [X] *Pase a la pregunta 5*
Motivo: Verificación de las condiciones socio familiares: - Si... 1 [ ] - No... 2 [ ]
Verificación otras condiciones: - Si... 1 [ ] - No... 2 [ ]

5. La modalidad en el que se atenderá la niña, el niño, persona gestante o lactante se encuentra en convenio interadministrativo con (selección múltiple):
SED 1 [ ] ICBF 2 [ ] Ninguno de los anteriores 96 [X]

6. La unidad operativa ofrece nivel pre 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 [X] *Pase a la pregunta 8*
Integrante: ___ Proyecto: ___ Modalidad: ___
Integrante: ___ Proyecto: ___ Modalidad: ___
Integrante: ___ Proyecto: ___ Modalidad: ___
Integrante: ___ Proyecto: ___ Modalidad: ___

8. Referenciación a otra entidad: - Si... 1 [ ] - No 2 [X] *Finalice*
Integrante: ___ ¿Cuál?: ___
Integrante: ___ ¿Cuál?: ___
Integrante: ___ ¿Cuál?: ___
Integrante: ___ ¿Cuál?: ___

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

LOCALIDAD ENGATIVA UNIDAD OPERATIVA: J.I.C. MAMA CANGURO RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA: HELEN RUIZ
NOMBRE DEL RECOLECTOR YOLIMA MONROY DOCUMENTO DE IDENTIDAD CC [X] CE [ ] OTRO [ ] CUAL? ___ Número # 52267436
NOMBRE SOLICITANTE / BENEFICIARIO EMMY CARRION GIL DOCUMENTO DE IDENTIDAD CC [ ] CE [ ] OTRO [X] CUAL? RC Número # 1016973200
FECHA DE ENTREGA PARA DIGITACIÓN: NOMBRE DEL DIGITADOR AL QUE SE ENTREGA LA FICHA: ___