Jardín

	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: 23/04/2023

Número de ficha: 20 (Año) 25 (Localidad) 19 (Proyecto) 7 (Código unidad operativa) 4 4 1 2 0 9 3 1

SECCIÓN A. VARIABLES BÁSICAS

1. Primer Apellido, según su documento de identidad:	2. Segundo Apellido, según su documento de identidad:	3. Primer Nombre, según su documento de identidad:	4. Segundo Nombre, según su documento de identidad:
Muriel	Noinguma	Alan	Stiven

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

6. Nombre con el cual desea ser identificado * (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] X Transgénero Femenina [2]

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

9. Tipo de documento de identificación	10. Número de documento de identificación:	11. Municipio nacimiento:	12. Departamento nacimiento:
Cédula de ciudadanía [1] Cédula de extranjería [2] Tarjeta de identidad [3] Registro civil [6] X Pasaporte [13] Permiso especial de permanencia [18] Salvo conducto [19] Permiso por protección temporal [21] Sin Identificación [8]	1010251 676	Bogotá	Cundinamarca

13. País nacimiento:	14. Sexo de nacimiento:	15. Fecha de nacimiento (según su documento de identidad)	16. Estado civil
Colombia	Hombre [1] X Mujer [2] Intersexual [3]	06/02/2007	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) [13]
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: 5

19. ¿Es persona cuidadora? (pregunta para mayores de 14 años	20. ¿Es cuidadora de niños, niñas menores de 5 años? (Aplica para personas mayores de 14 años)	21. ¿Es cuidadora de niños, niñas entre 06 a 10 años?	22. ¿Es cuidadora de personas con discapacidad?	23. ¿Es cuidadora de personas mayores?	24. ¿Dedica su tiempo a labores del cuidado de casa?
Si [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 [28]
Colero [20] Actividades Sexuales pagadas [23] Actividades Artísticas callejeras [24] Cuidado Indirecto [26] Vigilar finca o predio [30] Otras ocupaciones [32]
Carretero [21] Mendicidad [12] Vigilar o limpiar carros [25] Cobrar llantas [29] Estudiante [31] No aplica [98]

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

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

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

30. Localidad donde desarrolla su rol ocupacional: * (Esta pregunta aplica solo a personas mayores de 14 años):

Usaquén [1]	San Cristóbal [4]	Bosa [7]	Engativá [10]	Teusaquillo [13]	Puente Aranda [16]	Ciudad Bolívar [19]
Chapinero [2]	Usme [5]	Kennedy [8]	Suba [11]	Los Mártires [14]	La Candelaria [17]	Sumapaz [20]
Santa fe [3]	Tunjuelito [6]	Fontibón [9]	Barrios Unidos [12]	Antonio Nariño [15]	Rafael Uribe [18]	No Aplica [98]

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

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

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

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

35. Clasificación Sisben
A4

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: 21/02/2029

Número de ficha: 2025 19 77 44 12 09 32
(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 vivienda 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 [61]

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

8. Grupo Étnico: ¿De acuerdo con su cultura, pueblo o rasgos físicos, es o se reconoce como? Indígena [1] · Palenquero de San Basilio [41] · Rrom (Gitano) [2] · Negro/a, Mulato/a, afro colombiano/a, o afro descendiente [5] · Raizal del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina [3] · Ninguno de los anteriores [6] X

9. Pueblo indígena: (En las instrucciones de diligenciamiento se encuentra la lista completa de los pueblos indígenas con sus respectivos códigos, en la opción otro se debe escribir solo el código que refiera el instructivo)
Nasa (Paéz) [1] · Quillasinga [4] · Sicuani [6] · Misak Misak [50] · Cañamomos [10] · Kichwas [15] · Arhuacos [13] · Embera Chami [35] · Ninguna de las anteriores [77] X
Wayuu [2] · Uitotos [85] · Tubu [67] · Eperara-siapidara [30] · Muscas [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] · 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] X · No aplica [98]
Si la respuesta es 2 o 98 Pase a 18

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 <5	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	$ —	Recreación	$ 40.000
Servicios públicos domiciliarios (agua, energía, gas, teléfono fijo, internet, teléfono celular, televisión por cable	$ —	Gastos en salud (consultas, medicamentos, etc.)	$ —
Pagos a terceros cuidadores	$ 150.000	Transporte o movilidad de los integrantes del hogar	$ 70.000
Artículos de aseo personal	$ 80.000	Educación (útiles, pensión, transporte escolar, fotocopias, etc.)	$ —
Alimentación	$ 600.000	Total	$ 940.000

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: 4 de 6

Fecha de diligenciamiento: 21/12/2025

Número de ficha: 2025 19 77494 12093 1 (Año / Localidad / Proyecto / Código unidad operativa)

SECCION C. UBICACIÓN GEOGRAFICA

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

2. UPZ o UPR: 69

3. Nombre del barrio / Vereda: Santa Viviana

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

Numero de la vía principal: 74
Nombre de la vía principal:
Nombre sinónimo de la vía principal:

Alfabetico	BIS	Cuadrante	Numero vía generadora	Alfabetico	Número placa	Cuadrante
G	Alfabetico	S S / E E	75	B	10	S S / E E

5. Escriba el complemento de la dirección. (dirección rural, interior, apartamento, oficina)
Use 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 sotano	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 | Dos 2 | Tres 3 | Cuatro 4 | Cinco 5 | Cero 0

8. Teléfono fijo de contacto:

9. Teléfono celular de contacto: 3102926684 / 3214468943

10. Correo electrónico de contacto: lizeth951106@gmal.com

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

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

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

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

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

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

Powered by CamScanner

	PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL 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: 21/12/2023

Número de ficha: 20 25 19 74 12 09 31
(Año: 20 | Localidad: 25 | Proyecto: 19 | Código unidad operativa: 74 12 09 31)

SECCIÓN D. INFORMACIÓN BASICA Y TRANSVERSAL SOBRE LA FAMILIA:

La información básica se repite para el jefe de nucleo familiar

No. Integrante	A: DOCUMENTO DE IDENTIDAD – Tipo	A: DOCUMENTO DE IDENTIDAD – Numero	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 cual género se identifica?	F: ¿Transgenero masculino o transgenero femenino?	G: ¿Cuál es su orientación sexual?	H: FECHA NACIMIENTO – Dia	H: FECHA NACIMIENTO – Mes	H: FECHA NACIMIENTO – Año	I: Edad aproximada	J: ESTADO CIVIL	K: PARENTESCO (Con jefe/a del núcleo familiar)	L: NIVEL EDUCATIVO ACTUAL – NIVEL	L: NIVEL EDUCATIVO ACTUAL – Años aprobados	M: ¿Asiste actualmente?	N: SISTEMA DISTRITAL DE CUIDADO – ¿Es persona cuidadora/o?	O: Hijos/las de 0 a 5 años	P: Hijos/las de 6 a 10 años	Q: Persona con discapacidad	R: Persona mayor	S: Cuidado de casa	T: Actividad	U: Rol ocupacional	V: ¿Cuantas horas a la semana dedica a esta ocupación?	W: Valor de los ingresos mensuales	X: Forma de percibir los ingresos	Y: Localidad donde realiza actividad principal	Z: SALUD – Afiliado al régimen de seguridad social	AA: Regimen de seguridad social	AB: Calidad del afiliado	AC: DISCAPACIDAD – ¿Persona con discapacidad?	AD: DISCAPACIDAD – Tipo	AE: Grupo étnico	AF: Pueblo indígena	AG: VICTIMA DE CONFLICTO ARMADO – ¿Es victima del conflicto armado?	AH: VICTIMA DE CONFLICTO ARMADO – Motivo	AI: ¿Ha recibido capacitación, formación o tiene experiencia en algún arte u oficio?	AJ: Es acuerdo con la respuesta anterior ¿En qué otras que pueda desempeñarse?
1	1	1024568555	1 Dangoma 2 Rojas	1 Yessica 2 Lizeth	2	2	2	1	06	12	1995	29	1	1	8	Si	X	X	X	X	Si	Si	X	1	13	36	800000	4	19	X	2	1	Si		6	68	Si		Si	X	
																No	X	No	No	No	X	X	No							No								No aplica		
2	3	1029291032	1 Urrate 2 Dangoma	1 Ailin 2 Sofia	2	2	2	1	09	09	2013	11	1	5	8	Si	X	Si	Si	Si	Si	Si	Si	3	98	98				X	2	1	Si		6	68	Si		Si	No	
															6	No	X	X	X	X	X	X	X							No								No aplica	X	
3	6	1010251676	1 Muriel 2 Dangoma	1 Alan 2 Stiven	1	1	1	98	06	02	2021	3	98	5	95	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	98	98	98				X	2	1	Si		6	68	Si		Si	No	
																No	X	X	X	X	X	X	X							No								No aplica	X	
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		No aplica		
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		No aplica		

Powered by CamScanner

No. Integrante	A		B	C	D	E	F	G	H			I	J	K		L	M	N	O	P	Q	R	S	T	U	V	W	X			Y		Z	AA	AB		AC	AD
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD		APELLIDOS Escriba: En el renglón 1, primer apellido En el renglón 2, segundo apellido	NOMBRES Escriba: En el renglón 1, primer nombre En el renglón 2, segundo nombre	Sexo	¿Con cuál género se identifica?	¿Transgenero masculino o transgenero femenino?	¿Cuál es su orientación sexual?	FECHA NACIMIENTO			Edad aproximada	ESTADO CIVIL	PARENTESCO (Con jefe/a del núcleo familiar)	NIVEL EDUCATIVO ACTUAL 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	¿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	Numero							Dia	Mes	Año					¿Es persona cuidadora/o?	Niños/as de 0 a 5 años	Niños/as de 6 a 10 años	Persona con discapacidad	Persona mayor	Cuidado de casa							Afiliado al regimen 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, razon por la cual es un deber y un compromiso de los asistentes y de la SDIS no divulgar información alguna en proposito diferente a la de este registro so pena de las sanciones legales a que haya lugar de acuerdo con la Ley 1581 de 2012 y Decreto 1377 de 2013.

Powered by CamScanner

	PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL	Código:	FOR-PSS-334
ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.	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: 22/01/2025

Número Ficha: 2025 (Año) 19 (Localidad) 7744 (Proyecto) 12 (Código Unidad Operativa) 69 31

SECCION E. MODALIDAD DE ATENCION

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

Modalidades Familiares

Creciendo Juntos [ ] Crecemos en la Ruralidad [ ]

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

Jardines Infantiles [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 Waldorf

SECCION F. A QUIEN VA DIRIGIDA LA MODALIDAD FAMILIAR:

1. La modalidad se solicita para:

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

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

Si... [1] Nombre de la madre: _____ Nº. Identificación de la madre: _____ No..... [2]

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

Si... [1] *Pase a seccion H* No [2] *Pase a seccion I*

SECCION G. CONCEPCIÓN Y GESTACIÓN:

1. ¿Cual fue la fecha de inicio de su ultima menstruación FUM?: [ ]

2. ¿Asiste a control prenatal?:

Si..... [1]

No... [2] *Pase a la pregunta 4*

3. ¿Fecha del último control medico?: [ ]

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

Entre 1 y 3.. [1] Más de 6... [3]

Entre 4 y 6.. [2] Ninguna ... [93]

5. ¿Que 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. ¿Quien 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 vinculo afectivo madre- hijo... [6]

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

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

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

Hospital..... [1] Colegio..... [3] Otra entidad..... [5] Otra persona... [6]

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

12. ¿Usted deseaba quedar en embarazo?:

Si..... [1]

No... [2]

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

Bajo peso..... [1] Peso adecuado..... [2]

Exceso de peso... [3] Sin información..... [4]

14. El embarazo es múltiple?

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

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

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

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

Leche materna.. [1] Leche de formula..... [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 seccion k*

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

1. ¿Qué tipo de parto tuvo?

Vaginal ..... [1 X]

Cesárea. ..... [2]

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

Lugar donde se produciría el parto. [1 X] La posicion de parir..... [3]

Tipo de parto .. [2] Ninguna... [93] La elección del acompañante [4]

3. ¿Está usando un método anticonceptivo?

Si. ..... [1 X]

No. ..... [2]

4. ¿En cuánto tiempo desea tener otro embarazo?

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

Antes de 2 años [2] No tendré más embarazos. . [4 X]

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

Lactancia materna... [3 X] Construcción del vinculo 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 X] Colegio..... [3] Otra entidad..... [5] Otra persona... [6]

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

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

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

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

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

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

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

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: 2 de 4

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

1. ¿Donde fue atendido el parto de la niña o niño?
Hospital [1 X] Casa [3] Ambulancia [5]
Centro de salud [2] Espacio 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?: 3.355 Gramos
DATO VALIDO ENTRE 450 Y 4999

6. ¿Cuál fue la talla de su hija-o al nacer?: 51 Centímetros
DATO VALIDO ENTRE 22 Y 59

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

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

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

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

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

12. ¿Qué edad tenía su hija-o cuando dejo de darle leche materna completamente?: 16 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?: 05/03/2024
Pase a la pregunta 16

15. Por que 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 X] Responde a las necesidades de la niña-o y su familia [4] Fortalecimiento cultural [5] Cuidado de ... hija o hijo mientras trabaja [6]

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

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

Powered by CamScanner

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

11. ¿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) [22] Universitaria completa (con título) [12] Postgrado incompleto (sin título) [22] Postgrado completo (con título) [15] Ninguno [93]

13. A que se dedica el cuidador -ra principal? Estudia [1] Trabaja [2] Otro [3] X ¿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] 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: 1024568555

Nombres y apellidos del cuidador-ra principal (*según documento identidad*) 19. Primer Apellido: Rangumd 20. Segundo Apellido: Reyes 21. Primer Nombre: Yesica 22. Segundo Nombre: Lizeth

23. ¿La niña-niño se encuentra bajo medida de protección legal? Si [1] No [2] X 24. ¿El niño o la niña ha estado bajo medida de protección legal? Si [1] No [2] X *Pase a sección K* 25. ¿En qué fecha el niño o la niña tuvo la medida de protección legal?

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

SECCION M. DISCAPACIDAD Y ALTERACIONES EN EL DESARROLLO *Si en la pregunta 1 de la sección B del cabezote indicó 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 esta inscrito en el RLCPD? Si [1] No [2]

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

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

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

8. Apoyos requeridos en el servicio? Intermitente o Limitado [1] Extenso o Generalizado [2] En observacion [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] -cual?

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 SIRDE 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. Descripcion de la problemática

Familia Compuesta por tres integrantes la madre es la jefe cabeza del hogar, es quien trabaja y aporta economicamente, habitan en invasión, su hija mayor se encuentra escolarizada y Cuando ella trabaja su madre es quien Cuida del niño a la cual debe pagar por su cuidado mensual.

2. Concepto técnico:

Se le debe garantizar al niño un Cupo en el jardin infantil Waldorf garantizandole un espacio acorde a su edad brindandole un buen desarrollo integral Cumpliendo Con Sus derechos.

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 (seleccion multiple).

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

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

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

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

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

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

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

Powered by CamScanner

Parcelas
Llamar

	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 20230152555 - 25/05/2023 Página: 1 de 6

Fecha de diligenciamiento: 21/12/2025

Número de ficha: 2025 19 7 7 4 4 1 2 0 9 3 1
(Año / Localidad / Proyecto / Código unidad operativa)

SECCIÓN A. VARIABLES BÁSICAS

1. Primer Apellido: según su documento de identidad	2. Segundo Apellido, según su documento de identidad:	3. Primer Nombre, según su documento de identidad	4. Segundo Nombre, según su documento de identidad
Muñoz	Alvarado	Edrien	Stiven

5. ¿Con cuál género se identifica? * (Esta pregunta aplica solo a personas mayores de 14 años)	6. Nombre alternativo * (Esta pregunta aplica solo a personas mayores de 14 años y que hayan marcado la opción 3 de la pregunta 5):	7. ¿Se identifica como persona transgénero (femenino o masculino)? * (Esta pregunta aplica solo a personas mayores de 14 años y que hayan marcado la opción 3 de la pregunta 5)	8. ¿Cuál es su orientación sexual? * (Esta pregunta aplica solo a personas mayores de 14 años)
Masculino 1 · Femenino 2 · Transgenero 3 (Travesti, transexual, transformista) · No binario 5 · No informa 41 · No Aplica 98 X	—	Transgénero Masculino 1 · Transgenero Femenina 21	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
Cedula de ciudadanía 1 · Cedula de extranjeria 2 · Tarjeta de identidad 3 · Registro civil 6 X · Pasaporte 13 · Permiso especial de permanencia 15 · Salvo conducto 19 · Permiso por protección temporal 21 · Sin identificación 8	1247368131	Bogotá	Cundinamarca

13. País nacimiento	14. Sexo de nacimiento:	15. Fecha de nacimiento: (según su documento de identidad)	16. Estado civil
Colombia	Hombre 1 X · Mujer 2 · Intersexual 3	09/06/2002	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:								18. Años aprobados:
Educación inicial modalidad familiar 26 · Educación inicial modalidad institucional 27 · Preescolar 6 · Básica primaria 7 · Básica secundaria y media 8 · Técnico 18 · Tecnológico 19 · Universitaria incompleta (sin título) 21 · Universitaria completa (con título) 12 · Postgrado incompleto (sin título) 22 · Postgrado completo (con título) 15 · Educación desde lo propio 25 · Ninguno 1								

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

25. Actividad Principal * (Esta pregunta aplica solo a personas mayores de 3 años)			26. Rol ocupacional: * (Esta pregunta aplica solo a personas mayores de 14 años								27. ¿Cuantas horas a la semana dedica al rol ocupacional seleccionado? (Esta pregunta aplica solo a mayores de 14 años)
Buscando trabajo 2 · Estudiando 3 · Trabajo Formal 12 · Trabajo no remunerado 4 · Jubilado / pensionado 6 · Trabajo informal 13 · Sin actividad 8 · Cuidador 11 · No aplica 98			Vendedor informal 19 · Cotero 20 · Carretero 21 · Cachivachero 22 · Actividades Sexuales pagadas 23 · Mendicidad 12 · Reciclador 9 · Actividades Artísticas callejeras 24 · Vigilar o limpiar carros 25 · Cuidado directo 27 · Cuidado Indirecto 28 · Calibrar llantas 26 · Jornalero 33 · Vigilar fincas o predio 30 · Estudiante 31 · Actividades rurales 29 · Otras ocupaciones 32 · No aplica 98								Horas

28. Valor de los ingresos mensuales: * (Esta pregunta aplica solo a personas mayores de 14 años)	29. Forma de percibir los ingresos: *(Aplica solo a personas mayores de 14 años):	30. Localidad donde desarrolla su rol ocupacional: * (Esta pregunta aplica solo a personas mayores de 14 años):																	
$	Diario 1 · Semanal 4 · Mensual 2 · Quincenal 5 · Esporádico 3 · No aplica 98	Usaquen 1 · Chapinero 2 · Santa fe 3 · San Cristobal 4 · Usme 5 · Tunjuelito 6 · Bosa 7 · Kennedy 8 · Fontibon 9 · Engativa 10 · Suba 11 · Barrios Unidos 12 · Teusaquillo 13 · Los Mártires 14 · Antonio Nariño 15 · Puente Aranda 16 · La Candelaria 17 · Rafael Uribe 18 · Ciudad Bolivar 19 · Sumapaz 20 · 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 Sisben?	35. Clasificación Sisben
Si 1 X · No 2 (pase a la pregunta 34)	Contributivo 1 · Subsidiado 2 X · Especial 3	Beneficiario X · Cotizante 2	Si 1 X · No 2	B2

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: 21/01/2025

Número de ficha: 2025 (Año) 197744 (Localidad / Proyecto) 12093 (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] / Sordoceguera [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 familias: 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] X

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 como? 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 (Páez) [1] / Quillasinga [4] / Sicuani [6] / Misak Misak [50] / Cañamomos [10] / Kichwas [15] / Awuacos [13] / Embera Chami [35] / Ninguna de las anteriores [1] / Wayuu [2] / Ulotos [85] / Tubu [67] / Eperara-siapidara [30] / Muscas [18] / 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] X / 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 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] X / No aplica [98]

Si la respuesta es 2 o 98 Pase a 19

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 20230152S5 - 25/05/2023 Página: 3 de 6

		Rancheja	7	Cuidado de personas mayores	9	Mecánica	13	Cocina	17	Carpintería	21		
		Ventas ambulantes	8	Cuidado de personas enfermas	10	Jardinería	14	Sistemas	18	Plomería	22		
		Cuidado de personas con discapacidad	7			Confección	11	Electricidad	15	Operario de máquinas	19	Marroquinería	23
		Cuidado de niños 0 a 5	8			Servicios generales	12	Electrónica	16	Belleza	20	Ninguna de las anteriores	24 X

20. 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	$ 400.000	Recreación	$ 100.000
Servicios públicos domiciliarios (agua, energía, gas, teléfono fijo, internet, teléfono celular, televisión por cable	$ 100.000	Gastos en salud (consultas, medicamentos, etc.)	$ —
Pagos a terceros cuidadores	$ —	Transporte o movilidad de los integrantes del hogar	$ 60.000
Artículos de aseo personal	$ 100.000	Educación (útiles, pensión, transporte escolar, fotocopias, etc.)	$ —
Alimentación	$ 400.000	Total	$ 1.160.000

21. ¿Usted considera que la comunidad en la que vive es campesina? Se responde lo que sienta entrevistado(a) respuesta 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: 4 de 6

Fecha de diligenciamiento: 21/01/2025

Numero de ficha: 2025 (Año) 19 (Localidad) 7744 (Proyecto) 120931 (Código unidad operativa)

SECCION C UBICACION GEOGRAFICA

1. Localidad donde habita

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

2. UPZ o UPR: 69

3. Nombre del barrio / Vereda: Santa Viviana

4. Escriba su dirección completa

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

Número de la vía principal: 74

Nombre de la vía principal:

Nombre sinónimo de la vía principal:

Alfabético	BIS	Cuadrante	Número vía generadora	Alfabético	Número placa	Cuadrante
A	Alfabético	S S	75	C	35	S S X
		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 sotano	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 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. Pent-house	SC. Salon Comunal	TO. Torre	

6. Tipo de zona

Urbana	1 X	Rural	2	Urbana sin direccion	3

7. Estrato socio – económico del predio

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

8. Teléfono fijo de contacto:

9. Teléfono celular de contacto: 3008933126 / 3132500478

10. Correo electrónico de contacto: stivenmunoz7777@Gmail.com

11. ¿Habita en una vivienda?

Si	1 X
No	2 pase a la pregunta 16

12. Tipo de vivienda

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

13. Condicion de la vivienda

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

14. Tenencia de la vivienda

Propia	1	otra forma	3
Amortizado	4	Arrendada	2 X

15. Forma de pago

Diaria	1
Mensual	2 X
Quincenal	3
Semanal	4
Contributivo	5

16. Lugar diferente a vivienda donde habita:

Equipamiento Urbano	1 X
Refugio natural	2

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: 21/12/2023

Número de ficha: 2025 19 77 44 12 09 31
(Año: 2025 · Localidad: 19 · Proyecto: 77 · Codigo unidad operativa: 44 12 09 31)

SECCIÓN D. INFORMACIÓN BÁSICA Y TRANSVERSAL SOBRE LA FAMILIA:

La información básica se repite para el jefe de núcleo familiar

No. Integrante	A: DOCUMENTO DE IDENTIDAD – Tipo	A: DOCUMENTO DE IDENTIDAD – Numero	B: APELLIDOS (Escriba: En el renglon 1, primer apellido; En el renglon 2, segundo apellido)	C: NOMBRES (Escriba: En el renglon 1, primer nombre; En el renglon 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 – Dia	H: Mes	H: Año	I: Edad aproximada	J: ESTADO CIVIL	K: PARENTESCO (Con jefe/a del núcleo familiar)	L: NIVEL EDUCATIVO ACTUAL – NIVEL	L: Años aprobados	M: ¿Asiste actualmente?	N: SISTEMA DISTRITAL DE CUIDADO – ¿Es persona cuidadora/a?	O: Niños/as de 0 a 5 años	P: Niños/as de 6 a 10 años	Q: Persona con discapacidad	R: Persona mayor	S: Cuidado de casa	T: Actividad	U: Rol ocupacional	V: ¿Cuantas horas a la semana dedica a esta ocupación?	W: Valor de los ingresos mensuales	X: Forma de percibir los ingresos	Y: Localidad donde realiza actividad principal	Z: SALUD – Afiliado al régimen de seguridad social	AA: Régimen de seguridad social	AB: Calidad del afiliado	AC: DISCAPACIDAD – ¿Persona con discapacidad?	AD: Tipo	AE: Grupo étnico	AF: Pueblo Indígena	AG: VÍCTIMA DE CONFLICTO ARMADO – ¿Es victima del conflicto armado?	AH: Motivo	AI: ¿Ha recibido capacitación, formación o tiene experiencia en algun arte u oficio?	AJ: De acuerdo con la respuesta anterior ¿En qué cree que puede desempeñarse?
1	1	1003517975	1 Muñoz 2 Rivera	1 Juan 2 Estiven	1	1	1	1	28	11	2002	22	3	1	8 8	Si No	Si No	Si No	Si No	Si No	Si No	Si No	1	13	60	1'400.000	4	7	X No	2	1	Si No		6	68	Si No		Si No aplica	
2	1	1056028390	1 Alvarado 2 Suarez	1 Laura 2 Consuelo	2	2	2	1	01	03	2005	19	3	2	7 10	Si No	No No	No No	Si No	Si No	Si No	No No							X No	2	1	Si No		6	68	Si No		Si No aplica	
3	6	1247368131	1 Muñoz 2 Alvarado	1 Edrien 2 Stiven	1	1	1	98	09	06	2022	2	98	5	98	Si No	Si No	Si No	Si No	Si No	Si No	Si No							X No	2	1	Si No		6	68	Si No		Si No aplica	
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 aplica	
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 aplica	

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

	A		B	C	D	E	F	G	H				I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S	T	U	V	W	X			Y		Z	AA	AB		AC	AD
No. Integrante	DOCUMENTO DE IDENTIDAD		APELLIDOS Escriba: En el renglon 1, primer apellido En el renglon 2, segundo apellido	NOMBRES Escriba: En el renglon 1, primer nombre En el renglon 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 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 algun arte u oficio?	De acuerdo con la respuesta anterior ¿En qué cree que puede desempeñarse?
	Tipo	Numero							Dia	Mes	Año					¿Es persona cuidador/a?	Niños/as de 0 a 5 años	niños/as de 6 a 10 años	Persona con discapacidad	Persona mayor	Cuidado de casa							Afiliado al regimen de seguridad social	Régimen de seguridad social	Calidad del afiliado	¿Persona con discapacidad?	Tipo			¿Es victima del conflicto armado?	Motivo		
8			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	
9			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	
10			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	
11			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	
12			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	
13			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	

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

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: 1 de 4

Fecha de diligenciamiento: 21/12/2023

Número Ficha: 2025 19 77 44 12 09 31
(Año / Localidad / Proyecto / Código Unidad Operativa)

SECCIÓN 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 Waldorf

SECCIÓN F. A QUIEN VA DIRIGIDA LA MODALIDAD FAMILIAR:

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

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

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

SECCIÓN G. CONCEPCIÓN Y GESTACIÓN:

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

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

3. ¿Fecha del último control médico?: ___ ___ / ___ ___ / ___ ___ ___ ___

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

5. ¿Qué edad tiene el padre de la hija- hijo que espera?:
Entre 14 y 15 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] Solo Padre... [3] Otros parientes... [5] Modalidad institucional para la Primera infancia... [7]
Sólo Madre... [2] Abuelo-a... [4] Otros no parientes... [6]

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

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

10. ¿Ha recibido información o capacitación acerca de algunos de estos temas?: *(selección múltiple)*
Cuidados durante la gestación... [1] Lactancia materna... [3] Construcción del vínculo afectivo madre- hijo... [6]
Sus derechos y los de su pareja en el momento del parto. [2] Desarrollo infantil... [5] Prevención de accidentes en el hogar... [4] Ninguna... [93] *Pase a la pregunta 12*

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

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

13. ¿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 formula... [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 seccion K*

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Powered by CamScanner

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

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

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

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

4. ¿En qué semana de gestación nació su hija-o?: 39 Semanas
DATO VALIDO ENTRE 32 Y 42

5. ¿Cuál fue el peso de su hija-o al nacer?: 2920 Gramos
DATO VALIDO ENTRE 450 Y 6000

6. ¿Cuál fue la talla de su hija-o al nacer?: 51 Centímetros
DATO VALIDO ENTRE 22 Y 60

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

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

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

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

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

12. ¿Qué edad tenía su hija-o cuando dejo de darle leche materna completamente? ____ 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?: 10/12/2024
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 multiple)
Uso de oxigeno durante el sueño: 1 [ ] Alimentación por sonda: 3 [ ] Procedimiento invasivo: 5 [ ] Toma de medicamentos: 7 [ ] Condiciones osteomusculares: 9 [ ]
Uso de oxigeno permanente: 2 [ ] Traqueostomía: 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 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 desarrollen 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 u niño es?: (Selección multiple)
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 multiple)
Jardín infantil Diurno: 1 [ ] Jardín infantil Nocturno: 2 [ ] Creciendo juntos: 3 [ ]
Casas de pensamiento intercultural: 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 [ ]

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 [ ] 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 [ ]

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 solicita el servicio?:
Nuevas oportunidades para su calidad de vida: 1 [ ] Superar condiciones de segregación y discriminación: 2 [ ] Desarrollo integral para su hija-o: 3 [X] Responde a las necesidades de la niña-o y su familia: 4 [ ] Fortalecimiento cultural: 5 [ ] Cuidado de su hija o hijo mientras trabaja: 6 [ ]

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

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

Powered by CamScanner

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

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

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

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

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

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

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

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

8. ¿Cuál es la edad en años del cuidador o la cuidadora principal?: 19

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

14. En qué momento (*selección multiple*): 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] 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: 1056028390

Nombres y apellidos del cuidador-ra principal (*según documento identidad*) 19. Primer Apellido: Alvarado | 20. Segundo Apellido: Suarez | 21. Primer Nombre: Laura | 22. Segundo Nombre: Consuelo

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

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

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

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

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

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

SECCIÓN L. INFORMACIÓN ADICIONAL ETNIAS Si en la pregunta 4 de la sección B del cabezote indicó que se reconoce perteneciente a un grupo étnico diligenció esta sección, de lo contrario *pase a sección M*

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

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

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

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

SECCIÓN M. DISCAPACIDAD Y ALTERACIONES EN EL DESARROLLO Si en la pregunta 1 de la sección B del cabezote indicó que la niña o niño, gestante presenta alguna discapacidad diligencie esta sección, de lo contrario *pase a 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 motor [ ] 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 esta inscrito en el RLCPD?: Si [1] No [2]

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

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

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

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

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

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

Powered by CamScanner

	PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL PROYECTO 7744 GENERACION DE OPORTUNIDADES PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA DE BOGOTÁ FORMATO FICHA SIRDE 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. Descripcion de la problemática

Familia Compuesta por tres integrantes, el padre quien trabaja en mantenimiento y Construcción es quien en el hogar aporta económicamente, la madre es quien esta bajo el Cuidado del niño a la espera de que le Consiga Cupo en el jardin para poder buscar un trabajo y así ayudar con los gastos en Casa.

2. Concepto técnico:

Se le debe garantizar un Cupo en el jardin infantil waldorf, ya que se le deben garantizar los derechos y brindar un acompañamiento adecuado a su edad para un buen desarrollo integral.

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

MATERNAL ☐ CAMINADORES ☐ PARVULOS ☒ PREJARDIN ☐ JARDIN ☐

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

ATENCIÓN PRESENCIAL ☒ ALTERNANCIA ☐ EI EN CASA ☐ MULTIMODAL ☐

3. Acciones a seguir:

Ingreso prioritario ..... 1 ☒
Lista de espera – Cumple criterios de ingreso ..... 2 ☐
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 jardin o jardin porque se encuentra en una UPZ deficitaria para la SED?

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

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

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

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

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

Powered by CamScanner

3:00 PM Jardín Llamar

	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: 30/01/2025

Número de ficha: 2023 | 19 | 7 | 4 | 1 | 2 | 09 | 31
(Año | Localidad | Proyecto | Código unidad operativa)

SECCIÓN A. VARIABLES BÁSICAS

1. Primer Apellido, según su documento de identidad: Guzman
2. Segundo Apellido según su documento de identidad: Alape
3. Primer Nombre, según su documento de identidad: Luciana
4. Segundo Nombre, según su documento de identidad:

5. ¿Con cuál género se identifica? * (Esta pregunta aplica solo a personas mayores de 14 años): Masculino [1] Femenino [2] Transgénero [3] (Travesti, transexual, transformista) No binario [5] No informa [4] No Aplica [98]
6. (Nombre social) * (Esta pregunta aplica solo a personas mayores de 14 años y que hayan marcado la opción 3 de la pregunta 5):
7. ¿Se identifica como persona transgénero femenino o transgénero masculino? * (Esta pregunta aplica solo a personas mayores de 14 años y que hayan marcado la opción 3 en 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: Cedula de ciudadanía [1] Cedula 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: 1023420076
11. Municipio nacimiento: Bogota
12. Departamento nacimiento: Cundinamarca

13. País nacimiento: Colombia
14. Sexo de nacimiento: Hombre [1] Mujer [2] X Intersexual [3]
15. Fecha de nacimiento (según su documento de identidad): 01/02/2020
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 cuidadora de niños, niñas menores de 5 años? (Aplica para personas mayores de 14 años): Si [1] No [2]
21. ¿Es cuidadora de niños, niñas entre 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] Engativa [10] Teusaquillo [13] Puente Aranda [16] Ciudad Bolívar [19] Chapinero [2] Usme [5] Kennedy [8] Suba [11] Los Mártires [14] La Candelaria [17] Sumapaz [20] Santa fe [3] Tunjuelito [6] Fontibón [9] Barrios Unidos [12] Antonio Nariño [15] Rafael Uribe [18] No Aplica [98]

31. ¿Está afiliado a seguridad social? Si [1] X No [2] (pase a la pregunta 34)
32. Regimen de seguridad social: Contributivo [1] 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] X No [2]
35. Clasificación Sisbén: B5

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 20230152S5 - 25/05/2023 Página: 2 de 6

Fecha de diligenciamiento: 30 04 2025

Número de ficha: 2025 | 19 | 77 | 44 | 12 | 09 | 31
(Año | Localidad | Proyecto | Código unidad operativa)

SECCIÓN B. VARIABLES TRANSVERSALES

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

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

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

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

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

5. Situaciones y/o condiciones diferenciales de las familias:
Familia con pertenencia étnica: 1
Familia transgenero: 2
Familia víctimas del conflicto armado: 3
No aplica: 99

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:
No: 2 X

8. Grupo Étnico: ¿De acuerdo con su cultura, pueblo o rasgos físicos, es o se reconoce como?
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: 50 | Cañamomos: 10 | Kichwas: 15 | Awuacos: 13 | Embera Chami: 33 | Ninguna de las anteriores: 1 X
Wayuu: 2 | Uitotos: 85 | Tubu: 67 | Eperara-siapidara: 30 | Muscas: 18 | 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 realiza la declaración:

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

15. ¿Habita en calle?
Si: 1 Pase a 17
No: 2 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 X
No aplica: 98 X
Si la respuesta es "2" o "98" pase a 18

Powered by CamScanner

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	X	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, ¿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	$ 500.000	Recreación	$ 100.000
Servicios públicos domiciliarios (agua, energía, gas, teléfono fijo, internet, teléfono celular, televisión por cable	$ 100.000	Gastos en salud (consultas, medicamentos, etc.)	$100.000
Pagos a terceros cuidadores	$ 150.000	Transporte o movilidad de los integrantes del hogar	$ 150.000
Artículos de aseo personal	$ 150.000	Educación (útiles, pensión, transporte escolar, fotocopias, etc.)	$100.000
Alimentación	$ 300.000	Total	$1'650.000

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

Si: 1 X No: 2 No informa: 3

21. ¿Usted considera que la comunidad en la que vive es campesina? Se responde lo que el/ella entrevistador/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: 4 de 6

Fecha de diligenciamiento: 30 01 2025

Número de ficha: 2025 | 19 | 77 | 44 | 1 | 20 | 93 | 1
(Año | Localidad | Proyecto | Código unidad operativa)

SECCION C. UBICACIÓN GEOGRAFICA

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

2. UPZ o UPR: 69

3. Nombre del barrio / Vereda: Santa Viviana

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

Número de la vía principal: 73
Nombre de la vía principal:
Nombre sinónimo de la vía principal:

Alfabético	BIS	Cuadrante	Número vía generadora	Alfabético	Número placa	Cuadrante
I	Alfabético	S S	75	C	64	S S X
		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. Celula	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: 3106995230 / 3023290348

10. Correo electrónico de contacto: guzmanrobinsondamar@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 inquilinato 2 3 | Casa lote 5 | Rancho 8
Residencia 6 | Finca 9
Paga diario 10

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

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

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

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

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: 30/04/2025

Número de ficha: 2025 | 19 | 7744 | 12 | 0931
(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 – Numero	B: APELLIDOS (Escriba: En el renglon 1, primer apellido; En el renglon 2, segundo apellido)	C: NOMBRES (Escriba: En el renglon 1, primer nombre; En el renglon 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 – Dia	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	K: ¿Asiste actualmente?	L: SISTEMA DISTRITAL DE CUIDADO – ¿Es persona cuidador/a?	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 algun arte u oficio?	AD: De acuerdo con la respuesta anterior ¿En qué cree que puede desempeñarse?
1	1	1105059036	1 Guzman	1 Robinson	1	1	1	1	23	05	1991	34	3	1	8		Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	1	12	48	1'900.000	5	17	X	1	1	Si		6	68	Si		Si X	
			2 Briñez	2 Damian													X	X	X	X	X	X	X							No			X					No aplica	
2	1	1005726600	1 Alape	1 Luz	2	2	2	1	14	09	1996	28	3	2	8		Si	Si	Si	Si	Si	Si	X	1	12	48	1'800.000	5		X	1	2	Si		6	68	Si		Si X	
			2 Briñez	2 Ney													X	X	X	X	X	X	No							No			X					No aplica	
3	3	1233899151	1 Guzman	1 Dilan	1	1	1	1	10	06	2016	8	98	5	7		X	Si	Si	X	Si	Si	Si	3				98		X	1	1	Si		6	69	Si		Si No	
			2 Alape	2 felipe											3		No	X	X	No	X	X	X							No			X					X No aplica	
4	6	1023420076	1 Guzman	1 Luciana	2	2	2	1	01	12	2020	4	98	5	98		Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	98				98		X	1	1	Si		6	68	Si		Si No	
			2 Alape	2													X	X	X	X	X	X	X							No			X					X No aplica	
5			1	1													Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si							Si			Si				Si		Si No	
			2	2													No	No	No	No	No	No	No							No			No				No		No aplica	

Powered by CamScanner

	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 renglon 1, primer apellido En el renglon 2, segundo apellido	NOMBRES Escriba: En el renglon 1, primer nombre En el renglon 2, segundo nombre	Sexo	¿Con cual género se identifica?	¿Transgenero masculino o transgenero femenino?	¿Cual 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 que cree que puede desempeñarse?
	Tipo	Numero							Dia	Mes	Año						¿Es persona cuidadora/o?	Niños/as de 0 a 5 años	Niños/as de 6 a 10 años	Persona con discapacidad	Persona mayor	Cuidado de casa							Afiliado al régimen de seguridad social	Régimen de seguridad social	Calidad del afiliado	¿Persona con discapacidad?	Tipo			¿Es víctima del conflicto armado?	Motivo		
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	
4			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	
3			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	
6			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	
10			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	
11			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	
12			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	

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

Powered by CamScanner

	PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL	Código:	FOR-PSS-334
	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: 30/01/2025 (Día / Mes / Año)

Número Ficha: 2025 (Año) 19 (Localidad) 77 (Proyecto) 44 (Código Unidad Operativa) 1209 31

SECCION E. MODALIDAD DE ATENCION

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

Modalidades Familiares

Creciendo Juntos [ ] Crecemos en la Ruralidad [ ]

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

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

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

SECCION F. A QUIEN VA DIRIGIDA LA MODALIDAD FAMILIAR:

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

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

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

SECCIÓN G. CONCEPCIÓN Y GESTACIÓN:

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

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

3. ¿Fecha del último control médico?: _____

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

5. ¿Qué edad tiene el padre de la hija- hijo que espera?: Entre 14 y 16 años [1] Entre 21 y 40 años [3] 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] Solo Padre [3] Otros parientes [5] Modalidad institucional para la Primera infancia [7] Solo 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. ¿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]

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

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

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

1. ¿Que tipo de parto tuvo?: Vaginal [1 X] Cesarea [2]

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

3. ¿Esta usando un método anticonceptivo?: Si [1 X] No [2]

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

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

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

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

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

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

Powered by CamScanner

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

1. ¿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] Partera/doula [3]
Enfermera [2 X] Personal no médico [4]

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

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

5. ¿Cuál fue el peso de su hija-o al nacer?: 2800 Gramos
DATO VALIDO ENTRE 450 Y 6000

6. ¿Cuál fue la talla de su hija-o al nacer?: 47 Centímetros
DATO VALIDO ENTRE 22 Y 80

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?: 8 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?: 22/12/24
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 oxígeno durante el sueño [1] Alimentación por sonda [3] Procedimientos invasivos [5] Toma de medicamentos [7] Condiciones osteomusculares [9]
Uso de oxígeno 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]
Consumo de sustancias psicoactivas [3]
Ninguna [93 X]

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 u 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] Pase a la pregunta 29

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

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

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

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

Powered by CamScanner

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

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

2. ¿En que momento? Mañana [1] Tarde [2] Noche [3]

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

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

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

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

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

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

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

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

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

12. Nivel educativo actual del cuidador o la cuidadora principal: Básica primaria [7] X Universitaria incompleta (sin título) [11] Básica secundaria y media [8] Universitaria completa (con título) [12] Ninguno [99] Tecnico [18] Postgrado incompleto (sin título) [14] Tecnológico [19] Postgrado completo (con título) [15]

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

14. En que momento: (*selección multiple*) 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 ciudadania [1] X Registro civil [6] PPT [21] Cédula de extranjeria [2] Pasaporte [13] Salvo conducto [9] Tarjeta de identidad [3] PEP [18] Sin identificación [8]

18. Numero de documento de identidad del cuidador-ra principal: 1005728445

Nombres y apellidos del cuidador-ra principal, segun documento identidad

19. Primer Apellido: Alape

20. Segundo Apellido: Briñez

21. Primer Nombre: Ana

22. Segundo Nombre: Beiba

23. ¿La niña-niño se encuentra bajo medida de proteccion legal? Si [1] No [2] X

24. ¿El niño o la niña ha estado bajo medida de proteccion legal?: Si [1] No [2] X *Pase a seccion K*

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

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

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

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

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

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

5. ¿Para la familia es importante conservar las tradiciones campesinas, en su vida cotidiana?: Si [1] X 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 seccion, de lo contrario *pase a sección M*

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

2. ¿El niño o la niña, la persona gestante, conserva tradiciones del grupo étnico al que pertenece?: Si [1] No [2] X *Pase a seccion N*

3. ¿Para la familia es importante que en la atencion se conserven las tradiciones del grupo etnico al que pertenece?: Si [1] No [2] X

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

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

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

ALTERACIONES EN EL DESARROLLO: Del habla y del lenguaje [ ] De la funcion 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: Sindrome de Down [ ] Intelectual [ ]

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

PSICOSOCIAL: Psicosocial [ ]

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

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

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

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

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

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

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

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

10. De qué tipo: Fonoaudiologia [1] Fisioterapia [2] Terapia ocupacional [3] Neurologia [4] Otro [5] -cual?

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 SIRDE SERVICIOS JARDINES INFANTILES Y CRECIENDO JUNTOS	Código: FOR-PSS-334 Versión: 2 Fecha: Memo 20233015020-24/05/2023 Página: 4 de 4

SECCIÓN N. DESCRIPCIÓN Y REFERENCIACIÓN

1. Descripción de la problemática

Familia Compuesta por 4 integrantes los padres trabajan y los dos son la fuente de ingresos en el hogar los niños permanecen durante el dia bajo el cuidado de la tia Materna, el niño mayor se encuentra escolarizado y el niño pequeño es quien requiere un cupo en el Jardin.

2. Concepto técnico

Se le debe garantizar un cupo en el jardin infantil ya que el niño requiere de un espacio para su buen desarrollo integral, dando cumplimiento a sus derechos.

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 atendera la niña, el niño, persona gestante o lactante se encuentra en convenio interadministrativo con (selección múltiple)

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

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

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

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

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

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

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

Powered by CamScanner

Ingreso mañana 31.

	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: 21 / 09 / 2023 (D / M / A)

Numero de ficha: 2025 (Año) 19 (Localidad) 37 (Proyecto) 49 (Código unidad operativa) 2093

SECCIÓN A. VARIABLES BÁSICAS

1. Primer Apellido, según su documento de identidad	2. Segundo Apellido, según su documento de identidad	3. Primer Nombre, según su documento de identidad	4. Segundo Nombre, según su documento de identidad
Bedoya	Rodriguez	Itzeth	Ariana.

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

6. Nombre y apellidos * (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
Tarjeta de ciudadanía [11] 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	11. Municipio nacimiento	12. Departamento nacimiento
1015488451	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] X Intersexual [3]	29 / 06 / 2002	Soltero/a [1] Casado/a [2] Unión libre [3] Separado/a Divorciado/a [4] Viudo/a [5] Unión marital de hecho [6]

17. Nivel educativo actual
Educación inicial no calidad familiar [26] Preescolar [5] Básica secundaria y media [8] Tecnológico [19] Universitaria completa (con título) [12] Postgrado completo (con título) [15]
Educación inicial 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: 11

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

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

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

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

23. ¿Es cuidadora de personas mayores?
Si [1] No [2]

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

25. Actividad Principal * (Esta pregunta aplica solo a personas mayores de 3 años)
Buscando trabajo [21] Trabajo no remunerado [4] Sin actividad [8]
Estudiando [2] Jubilado / pensionado [7] 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]
Esporadico [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] Engativa [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 [99]

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

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

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

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

35. Clasificación Sisben
B6

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: 2 2 0 2 9 0 7 5

Número de ficha: 2 0 2 5 1 9 1 7 4 4 1 2 0 9 3 1
(Año: 2025 | Localidad: 19 | Proyecto: 1744 | Código unidad operativa: 12093 | 1)

SECCIÓN B. VARIABLES TRANSVERSALES

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

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

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

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

4. Tipología de vivienda 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: 5

7. ¿Es usted extranjero/a migrante?
Si: 1
No: 2 X

8. Grupo Étnico: ¿De acuerdo con su cultura, pueblo o rasgos físicos, es o se reconoce como?
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: 30
Coyaimas: 101
Kichwas: 15
Arhuacos: 13
Embera Chami: 35
Ninguna de las anteriores: 11
Wayuu: 2
Uitotos: 85
Tubu: 67
Eperara-siapidara: 30
Muscas: 18
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 multiple)
Acto terrorista, atentado: 1
Amenazas: 3
Masacres: 5
Tortura: 7
Desaparición forzada: 9
Minas personales, municiones sin explotar y artefactos explosivos: 11
VSRC en su grupo familiar: 14
Combates, enfrentamientos: 2
Homicidio: 4
Secuestro: 6
Despojo y abandono de tierras: 8
Desplazamiento forzado: 10
Vinculación de niños/as y adolescentes a grupos al margen de la ley: 12
VSRC en población LGBTI: 15
Orfandad: 16
No informa: 17

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

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

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

Powered by CamScanner

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

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

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

Rubro	Valor del gasto en pesos	Rubro	Valor del gasto en pesos
Vivienda (Arriendo y/o valor cuota	$ 200.000	Recreación	$ 100.000
Servicios públicos domiciliarios (agua, energía, gas, teléfono fijo, internet, teléfono celular, televisión por cable	$ 100.000	Gastos en salud (consultas, medicamentos, etc.)	$ —
Pagos a terceros cuidadores	$ —	Transporte o movilidad de los integrantes del hogar	$ 100.000
Artículos de aseo personal	$ 100.000	Educación (útiles, pensión, transporte escolar, fotocopias, etc.)	$ —
Alimentación	$ 400.000	Total	$

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

Si: 1 X | No: 2 | 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: 4 de 6

Fecha de diligenciamiento: 21/01/2025

Número de ficha: 2025 | 19 | 174 | 4 | 120932

Año | Localidad | Proyecto | Código unidad operativa

SECCION C. UBICACIÓN GEOGRÁFICA

1. Localidad donde habita

Usaquén [1] | Santa fe [3] | Usme [5] | Bosa [7] | Fontibón [9] | Suba [11] | Teusaquillo [13] | Antonio Nariño [15] | La Candelaria [17] | Ciudad Bolivar [19] [X]

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

2. UPZ o UPR: 69

3. Nombre del barrio / Vereda: Santa Viviana

4. Escriba su dirección completa

Calle [CL] [X] | Transversal [TV] | Avenida [AV]

Carrera [KR] | Avenida calle [AC]

Diagonal [DG] | Avenida carrera [AK]

Número de la vía principal: 75

Nombre de la vía principal:

Nombre sinónimo de la vía principal:

Alfabetico	BIS	Cuadrante	Número vía generadora	Alfabetico	Número placa	Cuadrante
D	Alfabetico	S [S] [X] E [E]	75		26	S [S] E [E]

5. Escriba el complemento de la dirección (dirección rural, interior, apartamento, oficina) usando 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 sotano	PS. Paseo	SR. Sector	UR. Unidad residencial
AP. Apartamento	CEL. Célula	DS. Depósito sotano	GS. Garaje sótano	LT. Lote	PA. Parcela	PT. Porteria	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. Salon 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. Telefono fijo de contacto:

9. Telefono celular de contacto: 3202413665 / 3057208221

10. Correo electrónico de contacto: adriluz61@hotmail.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] | Case lote [5] | Rancho [8]

Inquilinato [3] | Residencia [6] | Finca [9]

Paga diario [10]

13. Condicion de la vivienda

Ruina [1]

Demolición [2]

Buen estado [3] [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

Diana [1]

Mensual [2] [X]

Quincenal [3]

Semanal [4]

Contributivo [5]

16. Lugar diferente a vivienda donde habita:

Equipamiento Urbano [1] [X]

Refugio natural [2]

Powered by CamScanner

	PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL 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: 2 1 0 2 7 0 7 5

Número de ficha: 2025 19 17 44 12 09 31
(Año / Localidad / Proyecto / Código unidad operativa)

SECCIÓN D. INFORMACIÓN BÁSICA Y TRANSVERSAL SOBRE LA FAMILIA

La información básica se repite para el jefe de núcleo familiar

No. integrante	A		B	C	D	E	F	G	H			I	J	K		L	M	N	O	P	Q	R	S	T	U	V	W	X			Y		Z	AA	AB		AC	AD
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD		APELLIDOS Escriba: En el renglon 1, primer apellido En el renglon 2, segundo apellido	NOMBRES Escriba: En el renglon 1, primer nombre En el renglon 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 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 en percibe los ingresos	Localidad donde realiza actividades principal	SALUD			DISCAPACIDAD		Grupo étnico	Pueblo indígena	VICTIMA DE CONFLICTO ARMADO		¿Ha recibido capacitación, formación o tiene experiencia en algun arte u oficio?	Por favor, lea con la respuesta anterior ¿En que casa usted puede desempeñarlas?
	Tipo	Numero							Dia	Mes	Año					¿Es persona cuidadora/o?	Niños/as de 0 a 5 años	Niños/as de 6 a 10 años	Persona con discapacidad	Persona mayor	Cuidado de casa							Afiliado al regimen de seguridad social	Seguridad de seguridad social	Calidad del afiliado	¿Persona con discapacidad?	Tipo			¿Es victima del conflicto armado?	Medio		
1	1	1024509462	Bedoya Ortiz	Jose Leonardo	1	1	1	1	08	06	1990	34	2	1	8	Si X	Si X	Si X	Si X	Si X	Si X	Si X	7	12	60	1'400.000	2	9	X No	2	1	Si X		6	68	Si X		X No aplica	
2	1	1026271712	Rodriguez Cardozo	Gineth Brigitte	2	2	2	1	02	12	1990	34	2	2	12	Si No	X No	X No	Si X	Si X	Si X	X No	98						X No	2	1	Si X		6	68	Si X		X No aplica	
3	3	1028874993	Bedoya Rodriguez	Angely Lizeth	2	2	2	1	02	03	2013	11	1	5	7 7	X No	Si X	Si X	Si X	Si X	Si X	Si X	3	98	98	98	98		Si X	2	1	Si X		6	68	Si X		X No aplica	
4	1	30971770	Cardozo Soto	Maria Aracelly	2	2	2	1	24	06	1966	58	2	3	8	Si X	Si X	Si X	Si X	Si X	Si X	Si X	.	98	98	98	98		Si X	2	1	Si X		6	68	Si X		X No aplica	
5	6	1015488451	Bedoya Rodriguez	Itzeth Ariana	2	2	2	98	29	06	2022	2	98	5	98	Si X	Si X	Si X	Si X	Si X	Si X	Si X							Si X	2	1	Si X		6	68	Si X		X No aplica	

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

	A		B	C	D	E	F	G	H			I	J	K		L	M	N	O	P	Q	R	S	T	U	V	W	X			Y		Z	AA	AB		AC	AD
No. Integrante	DOCUMENTO DE IDENTIDAD		APELLIDOS 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 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	VÍCTIMA DE CONFLICTO ARMADO		¿Ha recibido capacitación, formación o tiene experiencia en algun arte u oficio?	De acuerdo con la respuesta anterior ¿En qué cree que puede desempeñarse?
	Tipo	Número							Día	Mes	Año					¿Es persona cuidadora/o?	Niños/as de 0 a 5 años	Niños/as de 6 a 10 años	Persona con discapacidad	Persona mayor	Cuidado de casa							Afiliado al régimen de seguridad social	Régimen de seguridad social	Calidad del afiliado	¿Persona con discapacidad?	Tipo			¿Es víctima del conflicto armado?	Motivo		
1			1	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	
2			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	
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	
6			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	
7			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	
8			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	

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 SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL

PROYECTO 7744 GENERACIÓN 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: 2 1 0 3 2 0 2 5

Número Ficha: 2 0 2 5 1 9 1 7 4 4 1 2 0 9 3 1

(Año / Localidad / Proyecto / Código Unidad Operativa)

SECCIÓN 1. MODALIDAD DE ATENCIÓN

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

Modalidades familiares: Creciendo Juntos [ ] Creciendo en la Ruralidad [ ]

Modalidades institucionales. Si selecciona alguna de las modalidades institucionales diligencie la pregunta 2 y pase a la sección 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 Walldorf

SECCIÓN 2. A QUIEN VA DIRIGIDA LA MODALIDAD FAMILIAR

1. Modalidad de Familia para:

Gestante [ ] Pase a sección 2 Niña- niño [ ]

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

Si [ ] 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 3. CONCEPCIÓN Y GESTACIÓN

1. ¿Sabe usted la fecha de inicio de su última menstruación FUM?

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

3. ¿Fecha del último control médico?

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

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

6. ¿Piensa con el apoyo del padre de su hija-hijo durante el cuidado de su embarazo?
Si [ ] No [ ] 2

7. ¿Quién cuidará principalmente a su hija-hijo después del nacimiento?
Padre [ ] 1 Solo Padre [ ] 3 Otros parientes [ ] 5 Modalidad Institucional para la Primera Infancia [ ] 7
Solo Madre [ ] 2 Abuela-o [ ] 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 brindó 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 alguno de estos temas? *(selección múltiple)*
Lactancia materna [ ] 5 Construcción del vínculo afectivo madre- hijo [ ] 6
Desarrollo infantil [ ] 5 Prevención de accidentes en el hogar [ ] 4
Ninguna [ ] 93 *Pase a la pregunta 12*

11. ¿Quién le brindó 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 durante la gestación:
Fumó [ ] 1 No fumó [ ] 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 4. INFORMACIÓN DE LA LACTANTE (persona que amamanta)

1. ¿Cuál es el sexo del bebé?
Hombre [ ] 1
Mujer [X] 2

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

3. ¿Está usando un método anticonceptivo?
Si [X] 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 [X] 4

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

6. ¿Cuál es la fuente de información sobre los temas anteriores?
Hospital [X] 1 Colegio [ ] 3 Otra entidad [X] 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 [X] 1 Parcialmente de acuerdo [ ] 2 En desacuerdo [ ] 3

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

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

Powered by CamScanner

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

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

2. Quien atendio el nacimiento de la niña o el niño?
Medico: 1 [X] Partera/doula: 3 [ ]
Enfermera: 2 [ ] Personal no medico: 4 [ ]

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

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

5. ¿Cual fue el peso de su hija-o al nacer?: 3590 Gramos
DATO VALIDO ENTRE 450 Y 6000

6. ¿Cual fue la talla de su hija-o al nacer?: 59 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 cuanto tiempo de nacido su hija-o inicio la lactancia materna?:
Inmediatamente: 1 [ ] Menos de 24 horas: 3 [ ]
Menos de 1 hora: 2 [X] 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 algun alimento diferente a la leche materna?: Si: 1 [ ] No: 2 [ ] Pase a la pregunta 13

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

12. ¿Que edad tenia su hija-o cuando dejo de darle leche materna completamente? 12 Meses

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

14. ¿Fecha del ultimo control?: 10/12/2023
Pase a la pregunta 16

15. Por que la niña o el niño no ha asistido a valoracion integral de la salud y el desarrollo?:
Dificultad en la 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 vacunacion al dia?:
Si: 1 [X] Pase a la pregunta 18 No: 2 [ ]

17. ¿Por que la niña o el niño no cuenta con el esquema de 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 condicion 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 [ ] Traqueostomia: 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 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 multiple)
Jardin infantil Diurno: 1 [ ] Casas de pensamiento interculturales: 4 [ ] Hogar comunitario ICBF: 7 [ ] Institución privada: 10 [ ]
Jardin infantil Nocturno: 2 [ ] Crecemos en la ruralidad o espacios rurales: 5 [ ] Hogar infantil ICBF: 8 [ ] Institución Educativa distrital: 11 [ ]
Creciendo juntos: 3 [ ] Centros Amar: 6 [ ] FAMI del ICBF: 9 [ ] Ninguno: 93 [X]

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

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

28. ¿En qué localidad?:
Usaquén: 1 [ ] 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 solicita 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 Proteccion Social. Si: 1 [ ] No: 2 [X]

Powered by CamScanner

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

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

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

3. ¿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?: 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) [25] 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 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: 1026271712

19. Primer Apellido: Rodriguez

20. Segundo Apellido: Cardozo

21. Primer Nombre: Gineth

22. Segundo Nombre: Brigitte

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. INFORMACIÓN RURALIDAD. Si en la pregunta 6 de la Sección C del Cabezote indico Rural, diligencie esta sección, de lo contrario pase a la sección L

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

SECCIÓN 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 diligencie 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 motriz [ ] Del comportamiento e hiperquinéticos [ ] De los procesos cognitivos [ ]

TRANS. ESPECTRO AUTISTA (TEA): TEA [ ]

VISUAL: Baja visión [ ] Ceguera [ ]

AUDITIVA: Hipoacusia [ ] Sordera [ ]

INTELECTUAL: Síndrome de Down [ ] Intelectual [ ]

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

PSICOSOCIAL: Psicosocial [ ]

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

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

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

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

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

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

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

9. Cuenta con habilitación o rehabilitación en salud? Si [1] No [2] *Pase a la 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 SIRDE SERVICIOS JARDINES INFANTILES Y CRECIENDO JUNTOS	Código: FOR-PSS-334 Versión: 2 Fecha: Memo 12023015020-24/05/2023 Página: 4 de 4

SECCIÓN N. DESCRIPCION Y REFERENCIACIÓN

1. Descripción de la problemática

Familia Compuesta por 5 integrantes, quien trabaja y aporta economicamente en el hogar es el padre, la madre se encuentra en busqueda de trabajo para ayudar con los gastos del hogar, por lo cual esta en busqueda de un cupo en el jardin para su cuidado, la hija mayor se encuentra escolarizada y su abuela es quien ayuda con el cuidado en Casa.

2. Concepto técnico:

Se debe garantizar el cupo en el jardin infantil waldorf, ya que la familia cumple con la documentación y es importante garantizar al niño sus derechos brindando un espacio acorde para su desarrollo integral.

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 algun 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 3 X
Verificación otras condiciones: - Si 1 - No 2 X

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

SED 1 ICBF 2 Ninguno de los anteriores 96 X

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

- Si.. 1 - No.. 2 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: ___ ¿Cual?: ___
Integrante: ___ ¿Cual?: ___
Integrante: ___ ¿Cual?: ___
Integrante: ___ ¿Cual?: ___

	PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES FORMATO REGISTRO DE DILIGENCIAMIENTO DE FICHA SIRBE EN FÍSICO	Codigo: FOR-PSS-743 Versión: 0 Fecha: Memo 12024000787 - 12/01/2024 Página: 1 de 1

LOCALIDAD C. Bolivar UNIDAD OPERATIVA: J.J. Waldorf RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA: Francia Posada

NOMBRE DEL RECOLECTOR Marcela Ortiz DOCUMENTO DE IDENTIDAD CC X CE__ OTRO__ CUAL?_____ Número # 1024494178

NOMBRE SOLICITANTE / BENEFICIARIO Ittoth Bedoya DOCUMENTO DE IDENTIDAD CC__ CE__ OTRO X CUAL? R.C. Número # 1015488451

FECHA DE ENTREGA PARA DIGITACIÓN: 21/01/25 NOMBRE DEL DIGITADOR AL QUE SE ENTREGA LA FICHA:_____

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 Version: 1 Fecha: Memo 2023015255 - 25/05/2023 Página: 1 de 6

Fecha de diligenciamiento: 28 01 2025

Número de ficha: 4025 | 19 | 7 | 44 | 12 | 09 | 31
(Año | Localidad | Proyecto | Código unidad operativa)

SECCIÓN A. VARIABLES BÁSICAS

1. Primer Apellido, según su documento de identidad	2. Segundo Apellido, según su documento de identidad	3. Primer Nombre, según su documento de identidad	4. Segundo Nombre, según su documento de identidad
Fierro	Perdomo	Adhara	

6. ¿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

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

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

9. ¿Es usted una persona trabajadora (femenino o masculino) 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] X

9. Tipo de documento de identificación	10. Número de documento de identificación	11. Municipio nacimiento	12. Departamento nacimiento
Cédula de ciudadanía [1] Cédula de extranjería [2] Tarjeta de identidad [3] Registro civil [6] X Pasaporte [13] Permiso especial de permanencia [18] Salvo conducto [19] Permiso por protección temporal [21] Sin identificación [9]	1027545215	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] X Intersexual [3]	23 11 2002	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 [3] 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 jefe/a de cuidados? (pregunta para mayores de 14 años)	20. ¿Es cuidadora de niños, niñas menores de 5 años? (Aplica para personas mayores de 14 años)	21. ¿Es cuidadora de niños, niñas entre 06 a 10 años?	22. ¿Es cuidadora de personas con discapacidad?	23. ¿Es cuidadora de personas mayores?	24. ¿Dedica su tiempo a labores de 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. ¿Cuantas 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]
Esporadico [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]	Engativa [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 [X] No [2] (pase a la pregunta 34)

32. Regimen de seguridad social
Contributivo [1] Subsidiado [21] X
Especial [3]

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

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

35. Clasificacion Sisben
C8

Powered by CamScanner

	PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL FORMATO FICHA SIRBE SERVICIOS SOCIALES INFORMACIÓN BÁSICA Y TRANSVERSAL CABEZUTE	Código: FOR-PSS-321 Versión: 1 Fecha: Memo 20230152S5 - 25/05/2023 Página: 2 de 6

Fecha de diligenciamiento: 29 01 2025

Número de ficha: 2025 | 19 | 7744 | 12 | 093 | 1
(Año | Localidad | Proyecto | Código unidad operativa)

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] — Sordoceguera [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 familias: 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 [96] 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 [9]

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

8. Grupo Étnico: ¿De acuerdo con su cultura, pueblo o origen racial, en la se reconoce como?: Indígena [1] — Afrocolombiano de Raizal Surfillo [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 (Paez) [1]	Quillasinga [4]	Sicuani [6]	Misak Misak [60]	Cañamomos [101]	Kichwas [15]	Awuacos [13]	Embera Chami [35]	Ninguna de las anteriores [77] X			
Wayuu [2]	Utoros [65]	Tubu [67]	Eperara-siapidara [30]	Muscan [16]	Kiankuamo [45]	Pijao [14]	Embera Dobida [29]	Otro ¿Cuál? Digite código del instructivo			
Pastos [60]	Senu [5]	Yanaconas [7]	Ingas [9]	Awa (Kwaiker) [11]	Kogui [49]	Kubeo [50]	Embera Katio [34]				

10. Parentesco con jefe/a de familia: Jefe/a Núcleo familiar [1] — Padre/Madre [3] — Hijo/a [5] X — Hermano/a [7] — Primo/a [9] — Nieto/a [11] — Otro No parente [13] — Cónyuge o compañero/a [2] — Padrastro / Madrastra [4] — Abuelo/a [6] — Tío/a [8] — Sobrino/a [10] — Otro parente [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 realizó la declaración: ____

14. Si responde 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] — Desplazamiento forzado [10] — Vinculación de niñas/os 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 [96] — No [2] X — Si la respuesta es 2 o 96 Pase a 18

Powered by CamScanner

18. De acuerdo con la respuesta anterior, ¿En que 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, ¿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	$ 400.000	Recreación	$ 150.000
Servicios públicos domiciliarios (agua, energía, gas, teléfono fijo, internet, teléfono celular, televisión por cable	$ 150.000	Gastos en salud (consultas, medicamentos, etc.)	$
Pagos a terceros cuidadores	$ 500.000	Transporte o movilidad de los integrantes del hogar	$ 30.000
Artículos de aseo personal	$ 100.000	Educación (útiles, pensión, transporte escolar, fotocopias, etc.)	$ 200.000
Alimentación	$ 500 000	Total	$

20. ¿Usted se considera campesina? Se responde lo que ella entrevistadora responda según su sentir y apropiación de concepto.

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

21. ¿Usted considera que la comunidad en la que vive es campesina? Se responde lo que el/ella entrevistadora 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 Marzo 20 2015255 - 25/05/2023
Página 1 de 5

Fecha de diligenciamiento: 16/01/2025

Número de ficha: 2025 | 19 | 3 | 4 | 4 | 1 | 2 | 9 | 3
Año | Localidad | Progresivo | Código unidad operativa

SECCIÓN E. UBICACIÓN GEOGRÁFICA

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

2. UPZ o UPR: 69

3. Nombre del barrio / vereda: Santa Viviana

4. Escriba su dirección completa:
Calle [ ] Transversal [ ] Avenida [ ]
Carrera [X] Avenida carrera [ ]
Diagonal [ ] Avenida calle [ ]

Número de la vía principal: 34
Orden de la vía principal:
Número sinónimo de la vía principal:

Alfabético: F
Bis: Alfabético:
Cuadrante: S [ ] E [ ]
Número de generadora: 75
Alfabético: C
Número placa: 49
Cuadrante: S [X] E [ ]

5. Tipo de complementación de la dirección (diligencie solo cuando sea necesario aclarar la dirección ya consignada en el punto anterior, por ejemplo cuando se trata de un conjunto residencial):

Complementos de dirección: AG Agrupación; AS Agrupación; AL Altillo; AP Apartamento; AS Apartamento Interior; BQ Bodega; BR Bodega; CA Casa; CAS Casona; CL Consultorio; CAS Carpintería; CP Caseta; CS Casa; CAS Casa interior; BO Bodega; BU Bodega; CA

	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 20230115256 - 25/05/2023 Página: 5 de 6

Fecha de diligenciamiento: 28/01/2025

Número de ficha: 2025 | 19 | 7 | 44 | 120931
(Año | Localidad | Proyecto | Código unidad operativa)

SECCIÓN D. INFORMACIÓN BÁSICA Y TRANSVERSAL SOBRE LA FAMILIA

La información básica se recoge para el jefe de núcleo familiar

	A		B	C	D	E	F	G	H			I	J	K		L	M	N	O	P	Q	R	S	T	U	V	W	X			Y		Z	AA	AB		AC		AD
No. integrante	DOCUMENTO DE IDENTIDAD		APELLIDOS 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 NIVEL Años aprobados	¿Asiste actualmente?	SISTEMA DISTRITAL DE CUIDADO ¿Es persona cuidadora/o?	Niños/as de 0 a 5 años	Niños/as de 6 a 13 años	Persona con discapacidad	Persona mayor	Cuidado de casa	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 Afiliado al régimen de seguridad social	Régimen de seguridad social	Calidad del afiliado	DISCAPACIDAD ¿Persona con discapacidad?	Tipo	Unidad étnica	Pueblo indígena	VÍCTIMA DE CONFLICTO ARMADO ¿Es víctima por conflicto armado?	Motivo	¿Ha recibido o que la ayude a superar el hecho victimizante o tiene experiencia en algún arte u oficio?		En acuerdo con la respuesta anterior ¿En qué cree que podría trabajar/emprender?	
	Tipo	Número							Día	Mes	Año																												
1	1	1085215453	Fierro Hios	Jhon Edinson	1	1	1	1	12	04	1997	28	1	1	8	Si X	Si X	Si X	Si X	Si X	Si X	1	12	48	1'300.000	3	9	X No	1	2	Si X		6	68	Si X		Si No aplica	X		
2	1	1024590456	Perdomo Galeon	Lina Maria	2	2	2	1	18	02	1997	28	1	2	8 8	Si No	X X	Si X	Si X	Si X	Si X	X No	1	12	49	1'400.000	3	15	X No	2	1	Si X		6	68	Si X		Si No aplica	X		
3	6	1029246270	Torres Perdomo	Jesus Felipe	1	1	1	1	02	01	2017	7	1	14	7 3	X No	Si X	Si X	Si X	Si X	Si X	Si X	3	98	98		98		X No	2	1	Si X		6	68	Si X		Si No aplica	X		
4	6	1024609724	Torres Perdomo	Nicolas	1	1	1	1	01	06	2019	5	1	14	6 7	X No	Si X	Si X	Si X	Si X	Si X	Si X	3	98	98		98		X No	1	1	Si X		6	68	Si X		Si No aplica	X		
5	1	26442485	Galeon Rizo	Lina Marcela	2	2	2	1	08	03	1998	46	5	13	7 5	Si X	Si X	Si X	Si X	Si X	Si X	X No	4	98	98		98		X No	2	1	Si X		6	68	Si X		Si No aplica	X		

Powered by CamScanner

	PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL	Código FOR-PSS-421
	FORMATO FICHA SIRBE SERVICIOS SOCIALES INFORMACIÓN BÁSICA Y TRANSVERSAL CABEZOTE	Versión 1
		Fecha Memo 2023016265 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	NOMBRES	Sexo	Con cuál género se identifica?	Transgenero masculino o transgenero femenino?	Cuál es su orientación sexual?	FECHA NACIMIENTO			Edad en años cumplidos	ESTRATO	PERTENENCIA ETNICA (Cuál de sus nombres familia)	NIVEL EDUCATIVO ACTUAL		Ajuste Automático?	SISTEMA DISTRITAL DE CUIDADO						ACTIVIDAD	Ha estado	Cuántos meses trabajó en la semana de referencia	Unidad de medida del tiempo trabajado	Horas de trabajo en la semana de referencia	Actividades remuneradas simultáneas	SALUD			DISCAPACIDAD		Grupo étnico	Apellido indígena	Ha sido víctima del conflicto armado		Pertenece a algún grupo social		Desempeña usted la ocupación oficio u oficios en los que trabaja actualmente
	TD	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	Año aprobado		Cuidado de niños	Personas mayores	Personas con discapacidad	Tareas del hogar	Cuidado de otros							Actualmente se encuentra afiliado a algún régimen de seguridad social en salud	Régimen de seguridad social en salud	Cuál es?	Tiene alguna discapacidad?	Tipo				Cuál?				
1	6	1027945215	1 Fierro 2 Feldomo	1 Adhara 2	1	2	2	98	23	11	2022	2	98	5	98	11	1	1	1	1	1	1	1	98			98	98	1	2	1	1		6	1	1		1	
2			1 2	1 2												11																						
3			1 2	1 2												11																						
4			1 2	1 2												11																						
5			1 2	1 2												11																						
6			1 2	1 2												11																						
7			1 2	1 2												11																						
8			1 2	1 2												11																						
9			1 2	1 2												11																						
10			1 2	1 2												11																						

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 con 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 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: 28/01/2025 Numero Ficha: 2025 (Año) 19 (Localidad) 774 (Proyecto) 41209 (Código Unidad Operativa) 31

SECCION E. MODALIDAD DE ATENCION

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

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

Modalidades institucionales: Si selecciona alguna de las modalidades institucionales diligencia 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 Subdireccion Local – SLIS o Unidad Operativa donde se identifica la gestante, lactante, niña o el niño: Jardin Infantil Waldorf

SECCION F. A QUIEN VA DIRIGIDA LA MODALIDAD FAMILIAR

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

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

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

SECCIÓN G. CONCEPCIÓN Y GESTACIÓN:

1. ¿Cual fue la fecha de inicio de su ultima menstruación FUM?:

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

3. ¿Fecha del último control medico?:

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

5. ¿Que 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] Mas 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. ¿Quien cuidara principalmente a su hija-hijo despues 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 capacitacion 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 capacitacion acerca de algunos de estos temas?: (seleccion multiple)

Cuidados durante la gestacion [1] Lactancia materna [3] Construcción del vinculo afectivo madre- hijo [6]

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

Ninguna [93] Pase a la pregunta 12

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

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

13. ¿Cual es el estado nutricional actual de la persona gestante segun 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. ¿Como piensa alimentar a su hija-hijo cuando nazca?: Leche materna [1] Leche de formula [2] Leche de vaca [3] Otros alimentos [4]

17. Despues de la hija-hijo que está esperando, le gustaria: Tener otro [1] No tener otro [2] Está indecisa/o Insegura/o [3] Pase seccion e

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

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

2. ¿Para el parto tuvo la oportunidad de elegir (seleccion multiple)?: Lugar donde se produciría el parto [1] Tipo de parto [2] Ninguna [93] La posición del parto [3] La elección del acompañante [4]

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

4. ¿En cuanto 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 capacitacion acerca de algunos de estos temas?: (seleccion multiple): Lactancia materna [3] Construccion del vinculo afectivo madre- hijo [6] Desarrollo infantil [5] Prevención de accidentes en el hogar [4] Ninguna [93] Pase a la pregunta 7

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. Que 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 alimentacion complementaria?: Si [1] No [2]

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

Powered by CamScanner

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

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

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

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

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

5. ¿Cual fue el peso de su hija-o al nacer?:
2970 Gramos
DATO VALIDO ENTRE 450 Y 6000

6. ¿Cual fue la talla de su hija-o al nacer?:
49 Centímetros
DATO VALIDO ENTRE 22 Y 60

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

8. ¿Después de cuánto tiempo de nacido su hija-o inicio la lactancia materna?:
Inmediatamente [1] | Menos de 24 horas [3] X | 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. ¿Que edad tenía su hija-o cuando dejo de darle leche materna completamente?
19 Meses

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

14. ¿Fecha del último control?:
01 21 12 20 24
Pase a la pregunta 16

15. Por que 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 que la niña o el niño no cuenta con el esquema de vacunación al día?:
Creencias religiosas o culturales [1] | Olvido [2] | Perdida 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] | Traqueostomía [4] | Inmunodeficiencia [6] | Alteraciones en la piel [8] | Ninguno de los anteriores [96] X

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

21. ¿Actualmente, el padre, la madre o el cuidador de la niña o el niño presenta alguna de las siguientes condiciones? (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 u niño es?: (Selección multiple)
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 multiple)
Jardín infantil Diurno [1] | Jardín infantil Nocturno [2] | Creciendo juntos [3]
Casas de pensamiento intercultural [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 intercultural [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] Pase a la pregunta 29

28. ¿En que localidad?:
Usaquén [1] | Chapinero [2] | Santa fe [3] | San Cristobal [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 solicita el servicio?:
Nuevas oportunidades para su calidad de vida [1] X | Superar condiciones de segregación y discriminación [2] | Desarrollo integral para su hija-o [3] X | Responde a las necesidades de la niña-o y su familia [4] | Fortalecimiento cultural [5] | Cuidado de ... hija o hijo mientras trabaja [6]

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

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

Powered by CamScanner

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

7. ¿La niña o el niño en algún momento duerme solo/a? Si: 1 No: 2 X Pase a la pregunta 8

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

9. ¿Cuánto tiempo duerme solo? Menos de una (1) hora: 1 Entre 1 y 2 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

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? 46

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 reporta: 4 No binario: 5 No aplica: 88

11. ¿Cuál es la orientación sexual del cuidador -ra principal? Heterosexual: 1 X Bisexual: 3 No informa: 4 Lesbiana: 5 Gay: 6 No aplica: 99

12. Nivel educativo actual del cuidador o la cuidadora principal: Básica primaria: 1 X Básica secundaria y media: 6 Técnico: 18 Tecnológico: 19 Universitaria incompleta (sin título): 21 Universitaria completa (con título): 22 Posgrado incompleto (sin título): 23 Posgrado completo (con título): 25 Ninguno: 99

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

14. En qué momento prefiere recibir el servicio? 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 X Cédula de extranjería: 2 Tarjeta de identidad: 3 Registro civil: 6 Pasaporte: 23 PEP: 18 PPT: 22 Salvo conducto: 9 Sin identificación: 5

18. Número de documento de identidad del cuidador-ra principal: 26442485

19. Primer Apellido: Galeon 20. Segundo Apellido: Pizo 21. Primer Nombre: Lina 22. Segundo Nombre: Marcela

23. ¿La niña o el 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. INFORMACIÓN RURALIDAD si en la pregunta 6 de la Sección C del Cabezote indicó Rural, diligencie esta sección, de lo contrario pase a la sección L

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

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

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

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

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

SECCIÓN L. INFORMACIÓN ADICIONAL ETNIAS Si en la pregunta 4 de la sección B del cabezote indicó que se reconoce perteneciente a un grupo étnico diligenció esta sección, de lo contrario pase a sección M

1. ¿El niño o la niña, la persona gestante hace o ha hecho parte de algún grupo étnico al que pertenece? Si: 1 No: 2 X

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

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

SECCIÓN M. SITUACIÓN DE DISCAPACIDAD Y ALTERACIONES EN EL DESARROLLO Si en la pregunta 1 de la sección B del cabezote indicó que la niña o niño, gestante presenta alguna discapacidad diligencie esta sección, de lo contrario pase a sección N

1. Clase de discapacidad: marque la casilla correspondiente a la clase de discapacidad indicada en la sección de cabezote, si el motivo marque las casillas correspondientes.

ALTERACIONES EN EL DESARROLLO: De habla y del lenguaje; De la función motriz; Del desarrollo motriz; Del comportamiento e inteligencia emocional; De los procesos cognitivos

TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA (TEA): TEA

VISUAL: Baja visión; Ceguera

FÍSICA: Osteomuscular; Neuromuscular; Personas con talla baja (DBCD)

AUDITIVA: Hipoacusia; Sordera

INTELECTUAL: Síndrome de Down; Intelectual

PSICOSOCIAL: Psicosocial

2. Tiene diagnóstico clínico relacionado con la discapacidad? Si: 1 No: 2 Pase a la pregunta 3

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

SECCION N. DESCRIPCIÓN Y REFERENCIACIÓN

1. Descripción de la problemática

Familia Compuesta por Seis Integrantes, en el momento el Padre junto con la madre del niño se encuentran trabajando, y ambos aportan economicamente en el hogar, Quien esta bajo el Cuidado de los menores es la abuelita Materna, los dos niños mayores se encuentran escolarizados y el menor es quien permanece todo el dia bajo el Cuidado de su abuelita.

2. Concepto técnico

Se le debe garantizar un cupo al niño en el jardin infantil Waldorf ya que el niño requiere un lugar y espacio para compartir con niños de su edad ayudandole a su buen desarrollo integral y Psicomotriz.

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 algun 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 jardin o jardin porque se encuentra en una UPZ deficitaria para la SED?

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

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

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

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

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

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

LOCALIDAD: S. Bolivar UNIDAD OPERATIVA: El Waldorf RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA: Francia Posada.

NOMBRE DEL RECOLECTOR: Marcela Ortiz DOCUMENTO DE IDENTIDAD: CC X CE__ OTRO__ CUAL?_____ Número # 1024494178

NOMBRE SOLICITANTE / BENEFICIARIO: Adhara Fierro DOCUMENTO DE IDENTIDAD: CC__ CE__ OTRO X CUAL? RC Número # 1027545215

FECHA DE ENTREGA PARA DIGITACIÓN: 28/01/2025 NOMBRE DEL DIGITADOR AL QUE SE ENTREGA LA FICHA: ___

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: 1 de 6

Fecha de diligenciamiento: 28 / 11 / 2023 (Día / Mes / Año)

Numero de ficha: 2025 | 19 | 7744 | 12 | 0931 (Año | Localidad | Proyecto | Código unidad operativa)

SECCION 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
Alonso	Moreno	Ian	Santiago

5. ¿Con cual genero se identifica? (Esta pregunta aplica solo a personas mayores de 14 años)
Masculino [1] Femenino [2] Transgénero [3] (Travesti, transexual, transformista)
No informo [7] No informa [8] No Aplica [98] X

6. Fecha de nacimiento (Esta pregunta aplica solo a personas mayores de 14 años y que hayan marcado la opción 1 de la pregunta 5):

7. ¿Es identificado como persona trabajadora con Unidad o trabajo sexual masculino? * (Esta pregunta aplica solo a personas mayores de 14 años y que hayan marcado la opcion 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
Cedula de ciudadanía [1] Cedula de extranjeria [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. Numero de documento de identificación: 1245080516

11. Municipio nacimiento: Bogotá

12. Departamento nacimiento: Cundinamarca

13. Pais nacimiento: Colombia

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

15. Fecha de nacimiento (según su documento de identidad): 2 0 | 1 2 | 2 0 2 2

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
Ninguno [1] X
Educación inicial / modalidad familiar [26] Preescolar [4] Básica secundaria y media [6] 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]

18. Años aprobados:

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

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

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

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

23. ¿Es cuidadora de personas mayores?
Si [1] No [2]

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

25. Actividad Principal * (Esta pregunta aplica solo a personas mayores de 3 años)
Buscando trabajo [3] 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 fincs o predio [30] Otras ocupaciones [32]
Carretero [21] Mendicidad [12] Vigilar o limpiar carros [25] Calibrar llantas [26] Estudiante [31] No aplica [98]

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

28. Ingresos mensuales * (Esta pregunta aplica solo a personas mayores de 14 años)
$

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

30. Localidad donde desarrolla su rol ocupacional. * (Esta pregunta aplica solo a personas mayores de 14 años)
Usaquen [1] San Cristobal [4] Bosa [7] Engativa [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] Fontibon [9] Barrios Unidos [12] Antonio Nariño [15] Rafael Uribe [18] No Aplica [25]

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

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

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

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

35. Clasificacion Sisben: B4

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: 28 / 04 / 2025

Número de ficha: 2025 (Año) | 19 (Localidad) | 7744 (Proyecto) | 1209 (Código unidad operativa) | 31

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 vivienda familiar: Hogar familiar Nuclear [1] / 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 como? 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 (Paez)	1	Quillasinga	4	Sicuani	6	Misak Misak	50	Cañamomos	101	Kichwas	15	Arhuacos	13	Embera Chami	35	Ninguna de las anteriores	17 X		
Wayuu	2	Ulotos	85	Tubu	67	Eperara-siapidara	30	Muscas	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 nucleo familiar [1] / Cónyuge o compañero/a [2] / Padre/Madre [3] / Padrastro / Madrastra [4] / Hijo/a [5] X / Abuelo/a [6] / Hermano/a [7] / Tio/a [8] / Primo/a [9] / Sobrino/a [10] / Nieto/a [11] / Otro parente [12] / Otro No parente [13] / 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 multiple): 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] X / No aplica [98]

Si la respuesta es 2 o 98 Pase a 18

Powered by CamScanner

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

Actividades 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	$ 300.000	Recreación	$ 60.000
Servicios públicos domiciliarios (agua, energía, gas, teléfono fijo, internet, teléfono celular, televisión por cable	$ 100.000	Gastos en salud (consultas, medicamentos, etc.)	$ 80.000
Pagos a terceros cuidadores	$ —	Transporte o movilidad de los integrantes del hogar	$ 80.000
Artículos de aseo personal	$ 100.000	Educación (útiles, pensión, transporte escolar, fotocopias, etc.)	$ —
Alimentación	$ 200.000	Total	$

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

Si 1 X No 2 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: 4 de 6

Fecha de diligenciamiento: 28 01 2025

Número de ficha: 2025 19 77 44 1209 31
(Año | Localidad | Proyecto | Código unidad operativa)

SECCION C. UBICACIÓN GEOGRAFICA

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

2. UPZ o UPR: 69

3. Nombre del barrio / Vereda: Santa Viviana

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

Número de la vía principal	Alfabético	BIS	Cuadrante	Número vía generadora	Alfabético		Número placa	Cuadrante
75	D	Alfabético	S [S] E [E]	14		-		S [S] X E [E]

Nombre de la vía principal:
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	BQ. Bloque	CT. Carretera	ET. Etapa	LM. Local Mezzanine	OF. Oficina	PN. Puente	SM. Super manzana	UN. Unidad
AG. Agrupación	CA. Casa	DP. Depósito	GJ. Garaje	LS. Local sotano	OS. Oficina sotano	PS. Paseo	SR. Sector	UR. Unidad residencial
AL. Altillo	CEL. Célula	DS. Depósito sótano	GS. Garaje sótano	LT. Lote	PA. Parcela	PT. Portería	SS. Semi sótano	URB. Urbanización
AP. Apartamento	CM. Camino	ED. Edificio	IN. Interior	MD. Módulo	PD. Predio	SA. Salón	SU. Suite	ZN. Zona
AS. Apartamento sótano	CN. Consultorio	EN. Entrada	KM. Kilometro	MN. Mezzanine	PH. Pent-house	SC. Salon Comunal	TO. Torre	

6. Tipo de zona
Urbana [1] X | Rural [2] | Urbana sin 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: 3008543140 / 3014432384

10. Correo electrónico de contacto: Camilamore97@Gmail.com

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

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

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

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

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

16. Lugar diferente a vivienda donde habita:
Equipamiento Urbano [1] X
Refugio natural [2]

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: 28/11/2023

Número de ficha: 2025 | 19 | 7744 | 12 | 09 | 31
(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 renglon 1, primer apellido / En el renglon 2, segundo apellido)	C: NOMBRES (Escriba En el renglon 1, primer nombre / En el renglon 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	¿Asiste actualmente?	L: SISTEMA DISTRITAL DE CUIDADO – ¿Es persona cuidador/a?	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 algun arte u oficio?	AD: De acuerdo con la respuesta anterior (En qué cree que puede desempeñarse)?
1	TI	1.003.641.565	1 Alonso 2 Hernandez	1 Brayan 2 Felipe	1	1	1	1	27	05	2000	24	3	1	8		Si X	Si X	Si X	Si X	Si X	Si X	Si X	1	13	70	2000000	1	19	X No	2	1	Si X		6	68	Si X		Si No aplica	X
2	TI	1005781538	1 Moreno 2 Trujillo	1 Camila 2 Alejandra	2	2	2	1	18	02	2003	21	3	2	8		Si X	Si X	Si X	Si X	Si X	Si X	X No	11					19	X No	2	1	Si X		6	68	Si X		Si No aplica	X
3	TI	52343180	1 Trujillo 2 Mendez	1 Ana 2 Milena	2	2	2	1	16	11	1978	46	1	12	8 9		Si X	Si X	Si X	Si X	Si X	Si X	Si X	1	13	85	1500000	1	16	Si X			Si X		6	68	Si X		Si No aplica	X
4	TI	798443844	1 Alonso 2 Rincon	1 Jose 2 Felipe	1	1	1	1	03	05	1976	48	1	3	7		Si X	Si X	Si X	Si X	Si X	Si X	Si X	1	13	70	2'000.000	1	5	X No	1	2	Si X		6	68	Si X		Si No aplica	X
5	6	1245080516	1 Alonso 2 Moreno	1 Ian 2 Santiago	1	1	1	98	20	12	2022	2	5	98	98		Si X	Si X	Si X	Si X	Si X	Si X	Si X	98				98	98	X No	2	1	Si X		6	68	Si X		Si No aplica	X

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	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/o?	Niños/as de 0 a 5 años	Niños/as de 6 a 10 años	Persona con discapacidad	Persona mayor	Cuidado de casa						Afiliado al régimen de seguridad social	Régimen de seguridad social	Calidad del afiliado	¿Persona con discapacidad?	Tipo			¿Es víctima del conflicto armado?	Motivo		
1		1 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 No aplica	
2		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 No aplica	
3		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 No aplica	
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 No aplica	
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 No aplica	
6		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 No aplica	
7		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 No aplica	
8		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 No aplica	
9		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 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	Código	FOR-PSS-334
	PROYECTO 7744 GENERACION DE OPORTUNIDADES PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA DE BOGOTÁ	Versión	2
		Fecha	Memo I2023015020-24/05/2023
	FORMATO FICHA SIRBE SERVICIOS JARDINES INFANTILES Y CRECIENDO JUNTOS	Página	1 de 4

Fecha de diligenciamiento: 28 01 2025 Numero Ficha: 2025 (Año) 197744 (Localidad, Proyecto) 1204 (Código Unidad Operativa) 31

SECCION E. MODALIDAD DE ATENCION

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

Modalidades Familiares

Creciendo Juntos [ ] Crecemos en la Ruralidad [ ]

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

Jardines Infantiles [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 Waldorf

SECCION F. A QUIEN VA DIRIGIDA LA MODALIDAD FAMILIAR

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

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

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

SECCION G. CONCEPCIÓN Y GESTACIÓN

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

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

3. ¿Fecha del último control medico?:

4. ¿Número de hijas-hijos nacidos vivos? Entre 1 y 3 [1] Más de 6 [3] Entre 4 y 6 [2] Ninguna [99]

5. ¿Que 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. ¿Quien cuidara principalmente a su hija-hijo después del nacimiento? Padres [1] Solo Padre [3] Otros parientes [5] Solo 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. ¿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?: (seleccion multiple)
Cuidados durante la gestacion [1] Lactancia materna [3] Construccion del vinculo afectivo madre- hijo [6]
Sus derechos y los de su pareja en el momento del parto [2] Desarrollo infantil [5] Prevencion de accidentes en el hogar [4] Ninguna [99] Pase a la pregunta 12

11. ¿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]

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

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

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

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

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

17. Después de la hija-hijo que esta esperando, le gustaria: Tener otro [1] No tener otro [2] Está indeciso/o inseguro/a [3] Pase seccion K

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

1. ¿Que tipo de parto tuvo? Vaginal [1] X Cesarea [2]

2. ¿Para el parto tuvo la oportunidad de elegir (seleccion multiple)? Lugar donde se produciria el parto [1] La posicion de parir [3] Tipo de parto [2] Ninguna [99] X La eleccion del acompañante [4]

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

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

5. ¿Ha recibido información o capacitación acerca de algunos de estos temas?: (seleccion multiple)
Lactancia materna [3] X Construccion del vinculo afectivo madre- hijo [6] X
Desarrollo infantil [5] Prevención de accidentes en el hogar [4] Ninguna [99] Pase a la pregunta 7

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

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

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

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

Powered by CamScanner

	PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL 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. ¿Donde fue atendido el parto de la niña o niño?
Hospital [1 X] Casa [3] Ambulancia [5]
Centro de salud [2] Espacio público [4]

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

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

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

5. ¿Cual fue el peso de su hija-o al nacer?: 2460 Gramos
DATO VALIDO ENTRE 450 Y 6000

6. ¿Cual fue la talla de su hija-o al nacer?: 35 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 cuanto tiempo de nacido su hija-o inicio la lactancia materna?:
Inmediatamente [1] Menos de 24 horas [3 X]
Menos de 1 hora [2] Más de 24 horas [4] No sabe/No responde [5]

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

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

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

12. ¿Qué edad tenia 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?: 16/12/2024
Pase a la pregunta 16

15. Por que 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 que 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? *(Seleccion 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] Traqueotomia [4] Inmunodeficiencia [6] Alteraciones en la piel [8] Ninguno de los anteriores [96]

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 X]
No [2]

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

22. ¿Actualmente, la niña o el niño se encuentra expuesto a condiciones de? *(Seleccion 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 u niño es?: *(Seleccion multiple)*
Desmovilizado [1] Militar con discapacidad [3] Ninguna de las anteriores [96 X]
Desvinculado [2] Militar fallecido [4]

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

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

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

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

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

29. ¿Cuál es el motivo por el que solicita el servicio?
Nuevas oportunidades para su calidad de vida [1 X] Superar condiciones de segregación y discriminación [2] Desarrollo integral para su hija-o [3 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 resolucion 2465 de 2016 del Ministerio de Salud y Proteccion Social Si [1] No [2 X]

Powered by CamScanner

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

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

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

3. ¿Cuánto tiempo queda solo? Menos de una (1) hora [1] Entre 1 y 3 horas [2] Mas 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? 21

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

10. ¿Cuál es el genero 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 que 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] X Cédula de extranjería [2] Tarjeta de identidad [3] Registro civil [6] Pasaporte [13] PEP [18] PPT [21] Salvo conducto [9] Sin identificación [8]

18. Numero de documento de identidad del cuidador-ra principal: 1005781538

19. Nombres y apellidos del cuidador-ra principal (según documento identidad): 19. Primer Apellido: Moreno | 20. Segundo Apellido: Trujillo | 21. Primer Nombre: Camila | 22. Segundo Nombre: Alejandra

23. ¿La niña-niño se encuentra bajo medida de protección legal? Si [1] No [2] X | 24. ¿El niño o la niña ha estado bajo medida de protección legal? Si [1] No [2] X Pase a sección K | 25. ¿En que fecha el niño o la niña tuvo la medida de protección legal? [- -]

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

SECCIÓN M. DISCAPACIDAD Y ALTERACIONES EN EL DESARROLLO Si en la pregunta 1 de la sección C 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 [ ] De 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 esta inscrito en el RLCPD?: Si [1] No [2]

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

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

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

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

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

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

Powered by CamScanner

	PROCESO PRESTACION DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL PROYECTO 7744 GENERACION DE OPORTUNIDADES PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA DE BOGOTÁ FORMATO FICHA SIRBE SERVICIOS JARDINES INFANTILES Y CRECIENDO JUNTOS	Código: FOR-PSS-234 Versión: 2 Fecha: Memo I2023015020-24/05/2023 Página: 4 de 4

SECCIÓN N. DESCRIPCIÓN Y REFERENCIACIÓN

1. Descripción de la problemática

Familia Compuesta por 5 integrantes de los cuales el padre del niño es quien aporta económicamente en el hogar, la mamá es quien cuida del niño, mientras le sale un jardin infantil para el, y ella poder buscar un trabajo.

2. Concepto técnico

Se le debe garantizar el cupo en el Jardin Infantil Waldorf al niño y asi poder dar Cumplimiento a Sus derechos brindandole un acompañamiento apto a su edad brindando un buen desarrollo integral.

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 algun escenario de atención flexible.

ATENCION PRESENCIAL ☒ ALTERNANCIA ☐ 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 X
Verificación otras condiciones: - Si 1 - No 2 X

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

SED 1 ICBF 2 Ninguno de los anteriores 96 X

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

- Si 1 - No 2 X No oferta niveles 3

7. 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 ___ ¿Cual?: ___
Integrante ___ ¿Cual?: ___
Integrante ___ ¿Cual?: ___
Integrante ___ ¿Cual?: ___

	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: S. Bolivar UNIDAD OPERATIVA: J.I Waldorf RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA: Francia Posada

NOMBRE DEL RECOLECTOR: Diana Marcela Ortiz DOCUMENTO DE IDENTIDAD: CC X CE ___ OTRO ___ CUAL? ___ Número # 1074494178

NOMBRE SOLICITANTE / BENEFICIARIO: Ian Santiago Alonso DOCUMENTO DE IDENTIDAD: CC ___ CE ___ OTRO X CUAL? RC Número # 1245080516

FECHA DE ENTREGA PARA DIGITACIÓN: 28/01/2025 NOMBRE DEL DIGITADOR AL QUE SE ENTREGA LA FICHA: ___

Powered by CamScanner