SECRETARÍA DISTRITAL DE INTEGRACIÓN SOCIAL	PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL FICHA SIRBE SERVICIOS SOCIALES INFORMACIÓN BÁSICA Y TRANSVERSAL - CABEZOTE	SIRBE	Código: FOR-PSS-321 Versión: 0 Fecha: Memo I2019046947 08/11/2019 Página: 1 de 4

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

Número Ficha: Año | Localidad | Proyecto | Código Unidad Operativa | Consecutivo

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:

5. Tipo de documento de identidad:
Cédula de ciudadanía.. 1 | Cédula de extranjería.. 2 | Tarjeta de identidad.. 3 | NUIP... 4 | Registro civil... 6 | Pasaporte.... 13 | Sin Identificación.. 8

6. Número de documento de identidad:

7. Municipio de nacimiento:

8. Departamento nacimiento:

9. País nacimiento:

10. Sexo de nacimiento: *(según documento de identidad)*
Hombre.. 1 | Mujer.. 2 | Intersexual.. 3

11. Fecha de nacimiento: *(según su documento de identidad)*
D D M M A A A A

12. Estado civil:
Soltero-a.... 1 | Casado-a... 2 | Unión libre.... 3 | Separado-a/Divorciado-a.... 4 | Viudo-a.... 5 | Unión marital de hecho.... 6

13. Parentesco con el jefe del núcleo familiar:
Jefe núcleo familiar.. 1 | Cónyuge o compañero-a.. 2 | Padre/Madre.. 3 | Padrastro/Madrastra.. 4 | Hijo-a.. 5 | Abuelo-a.. 6 | Hermano-a.. 7 | Tío-a.. 8 | Primo-a.. 9 | Sobrino-a... 10 | Nieto-a... 11 | Otro pariente... 12 | Otro No pariente.. 13 | Hijastro.. 14

14. Nivel educativo actual:
Ámbito familiar - Primera infancia..... 23 | Preescolar..... 6 | Básica secundaria y media..... 8 | Tecnológico..... 19 | Universitaria completa (con título) .... 12 | Postgrado completo (con título) 15
Ámbito institucional - Jardines primera infancia..... 14 | Básica primaria..... 7 | Técnico..... 18 | Universitaria incompleta (sin título) .... 21 | Postgrado incompleto (sin título) ..... 22 | Ninguno..... 1

15. Años aprobados:

16. Actividad Principal: * ***(Esta pregunta aplica solo a personas mayores de 3 años)***
Trabajando.. 1 | Buscando trabajo.. 2 | Estudiando.. 3 | Oficios del hogar.. 4 | Rentista.. 5 | Jubilado / pensionado... 6 | Pérdida de Capacidad Laboral... 7 | Sin actividad... 8 | Cuidador... 11 | No aplica... 98

17. Posición ocupacional: * ***(Esta pregunta aplica solo a personas mayores de 14 años)***
Empleado u obrero particular.. 1 | Empleado u obrero del gobierno.. 2 | Patrón o empleador.. 3 | Trabajador por cuenta propia.. 4 | Trabajador familiar no remunerado.. 5 | Empleado doméstico... 6 | Jornalero o peón.. 17 | Ayudante sin remuneración.. 18 | No aplica.. 98

18. ¿Cuántas horas a la semana dedica a esta actividad?: * ***(Esta pregunta aplica solo a personas mayores de 3 años)***
|_____| ***Horas***

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

20. Forma de percibir los ingresos: ***(Esta pregunta aplica solo a personas mayores de 14 años):***
Diario..... 1 | Esporádico..... 3 | Quincenal..... 5
Mensual..... 2 | Semanal..... 4 | No aplica..... 98

21. ¿Está afiliado a seguridad social?:
Si..... 1 | No..... 2 *Pase a 24*

22. Régimen de seguridad social:
Contributivo.. 1 | Subsidiado.. 2 | Especial.. 3

23. Calidad del afiliado:
Beneficiario.. 1 | Cotizante.. 2

24. Tiene puntaje de Sisbén?
Si... 1 | No... 2 *Pase a 26*

25. Puntaje Sisben:
_____

26. Localidad donde desarrolla su actividad principal: * ***(Esta pregunta aplica solo a personas mayores de 3 años):***
Usaquén..... 1 | Santa fe..... 3 | Usme..... 5 | Bosa..... 7 | Fontibón..... 9 | Suba..... 11 | Teusaquillo..... 13 | Antonio Nariño..... 15 | La Candelaria..... 17 | Ciudad Bolívar..... 19 | No aplica..... 98
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

SECCIÓN B. VARIABLES TRANSVERSALES:

1. Persona con discapacidad:
Si..... 1
No..... 2 *Pase a 3*

2. Tipo de discapacidad:
Física..... 20 | Auditiva..... 31 | Cognitiva..... 33 | Multi déficit..... 36 | Trastorno generalizado del desarrollo..... 38
Mental..... 30 | Visual..... 32 | Sordo ceguera... 10 | Alteración del desarrollo..... 37

3. Tipo de familia:
Unipersonal... 1 | Nuclear..... 3 | Extensa..... 5 | Homo parental..... 7
Compuesta... 2 | Mono parental.. 4 | Pareja sin hijos-as... 6 | Simultáneas..... 8

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

5. Grupo indígena: (***En la sección del instructivo se encuentra la lista completa de los grupos indígenas con sus respectivos códigos, en la opción otro se debe escribir solo el código que refiera el instructivo***)
Nasa (Paéz)..... 1 | Embera..... 3 | Senú..... 5 | Yanaconas..... 7 | Ingas..... 9 | Awa (Kwaiker)..... 11 | Arhuacos..... 13 | Kichwas..... 15 | Ninguna de las anteriores..... 17
Wayuu..... 2 | Quillasinga..... 4 | Sicuani..... 6 | Guambianos..... 8 | Cañamomos..... 10 | Coyaimas..... 12 | Pijao..... 14 | Muiscas..... 16 | Otro ¿Cuál? ____ (Código del instructivo)

6. ¿Víctima de conflicto armado?:
Si..... 1
No..... 2 *Pase a 9*

7. Número registro único de víctimas:
|_____|

8. Sí respondió afirmativamente, indique los motivos: ***(Selección múltiple)***
Acto terrorista, atentado..... 1 | Amenazas.. 3 | Masacres.... 5 | Tortura..... 7 | Desaparición forzada..... 9 | Minas antipersonales, munición sin explotar y artefactos explosivos.... 11 | Vinculación de niños-as y adolescentes a grupos al margen de la ley..... 12 | Violencia sexual asociada a conflicto armado... 13
Combates, enfrentamientos.. 2 | Homicidio.. 4 | Secuestro... 6 | Despojo y abandono de tierras.. 8 | Desplazamiento forzado... 10

SECCIÓN B. VARIABLES TRANSVERSALES:

9. ¿Con cuál género se identifica?: * ***(Esta pregunta aplica solo a personas mayores de 14 años):***
Masculino…. 1 | Femenino…. 2 | Transgénero *(Travestí, transexual, transformista)* … 3 | No informa…. 4 | No aplica…. 98

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

11. ¿Ha recibido capacitación, formación o tiene experiencia en algún arte u oficio?: **** (Esta pregunta aplica solo a personas mayores de 14 años):***
Si…. 1 | No…. 2 | No aplica…. 98 *Si la respuesta es 2 o 98 Pase a 13*

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

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

13. En los últimos treinta (30) días, ¿Cuántos fueron los gastos aproximados del hogar en los siguientes rubros?: * ***(Esta pregunta aplica para el grupo familiar)***

Rubro	Valor del gasto en pesos	Rubro	Valor del gasto en pesos	Rubro	Valor del gasto en pesos	Rubro	Valor del gasto en pesos
Arriendo y/o valor cuota	$	Servicio doméstico	$	Artículos de aseo para la familia	$	Calzado y ropa para la familia	$
Servicios públicos básicos (agua, energía, gas, teléfono fijo)	$	Pago a terceros por cuidado de personas mayores, enfermas y PCD	$	Artículos para el hogar (muebles, electrodomésticos, colchones, etc.)	$	Diversión y entretenimiento (cine, conciertos, teatro, etc.)	$
Internet	$	Pago a terceros por cuidado de niños-as menores de 6 años	$	Educación (útiles, pensión, transporte escolar, fotocopias, etc.)	$	Esparcimiento (Discotecas, bebidas alcohólicas, etc.)	$
Teléfono celular o móvil	$	Alimentación para la familia	$	Gastos en salud (consultas, medicamentos, etc.)	$	Libros, discos, DVD, CD	$
Servicio de televisión por cable	$	Restaurante y hoteles	$	Transporte	$	**DEJAR ESTE ESPACIO EN BLANCO**	

SECCIÓN C: UBICACIÓN GEOGRÁFICA:

1. Localidad donde habita:
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

2. UPZ:

3. Nombre del barrio / Vereda:

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

Número vía principal: | Alfabético | Bis | Alfabético | Cuadrante: S…. S | E…. E | # | Número vía generadora | Alfabético | - | Número placa | Cuadrante: S…. S | E…. E

Nombre vía principal:

Nombre sinónimo vía principal:

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

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

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

7. Tipo de nomenclatura: Anterior… 1 | Actual… 2

8. Estrato socio – económico del predio: Uno… 1 | Dos… 2 | Tres… 3 | Cuatro… 4 | Cinco… 5 | Sin estrato… 0

9. Teléfono fijo de contacto:

10. Teléfono celular de contacto:

11. Correo electrónico de contacto:

12. Tipo de vivienda:
Casa o apartamento.. 1 | Cuarto o cuartos…. 2 | Inquilinato…. 3 | Cambuche… 4 | Parche…. 5 | Puente…. 6 | Refugio natural… 7 | Vivienda móvil…. 8 | Institución…. 9 | Rivera del río… 10 | Caño…. 11 | Calle…. 12 | Casa lote…. 13 | Residencia…. 14 | Lugar de trabajo.. 15 | Rancho… 16 | Finca…. 17

13. Condición de la vivienda:
Ruina…. 1 | Demolición…. 2 | Buen estado…. 3 | Aceptable… 4

14. Tenencia de la vivienda:
Propia…. 1 | Arrendada…. 2 | Otra forma…. 3 | Amortizando.. 4

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

16. Lugar de procedencia del grupo familiar:

16a. Municipio:

16b. Departamento:

16c. País:

16d. Fecha de llegada a Bogotá: D D M M A A

SECCIÓN D. INFORMACIÓN BÁSICA Y TRANSVERSAL SOBRE LA FAMILIA:

A. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD

1. Cédula de Ciudadanía
2. Cédula de extranjería
3. Tarjeta de identidad
4. NUIP
6. Registro civil
13. Pasaporte
8. Sin identificación

D. SEXO

1. Hombre
2. Mujer
3. Intersexual

F. PARENTESCO CON EL JEFE DEL NÚCLEO FAMILIAR

1. Jefe /Jefa de la familia
2. Cónyuge o compañero-a
3. Padre/Madre
4. Padrastro/Madrastra
5. Hijo-a
6. Abuelo-a
7. Hermano-a
8. Tío-a
9. Primo-a
10. Sobrino-a
11. Nieto-a
12. Otro pariente
13. Otro No pariente
14. Hijastro

G. ESTADO CIVIL

1. Soltero-a
2. Casado-a
3. Unión libre
4. Separado-a/Divorciado-a
5. Viudo-a
6. Unión marital de hecho

H. NIVEL EDUCATIVO ACTUAL

23. Ámbito familiar (Primera infancia)
14. Ámbito institucional (Jardines primera infancia)
6. Preescolar
7. Básica primaria
8. Básica Secundaria y media
18. Técnico
19. Tecnológico
21. Universitaria incompleta (sin título)
12. Universitaria completa (con título)
22. Postgrado incompleto (sin título)
15. Postgrado completo (con título)
1. Ninguno

I. ACTIVIDAD *

1. Trabajando
2. Buscando trabajo
3. Estudiando
4. Oficios del hogar
5. Rentista
6. Jubilado/Pensionado
7. Incapacitado permanentemente para trabajar
8. Sin actividad *(Pase a L)*
11. Cuidador –a
98. No aplica

J. POSICIÓN OCUPACIONAL *

1. Empleado u obrero particular
2. Empleado u obrero del gobierno
3. Patrón o empleador
4. Trabajador por cuenta propia
5. Trabajador familiar no remunerado
6. Empleado doméstico
17. Jornalero o peón
18. Ayudante sin remuneración
98. No aplica

M. FORMA DE PERCIBIR INGRESOS *

1. Diario
2. Mensual
3. Esporádico
4. Semanal
5. Quincenal

O. RÉGIMEN DE SEGURIDAD SOCIAL

1. Contributivo
2. Subsidiado *Pase a P*
3. Especial *Pase a P*

O. CALIDAD DEL AFILIADO

1. Beneficiario
2. Cotizante

P. TIPO DISCAPACIDAD

20. Física
30. Mental
31. Auditiva
32. Visual
33. Cognitiva
10. Sordo ceguera
36. Multi déficit
37. Alteración del desarrollo
38. Trastorno generalizado del desarrollo

Q. GRUPO ÉTNICO

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

R. GRUPO INDÍGENA (En la sección del instructivo se encuentra la lista completa de los grupos indígenas con sus respectivos códigos)

1. Nasa (Paéz)
2. Wayuu
3. Embera
4. Quillasinga
5. Senú
6. Sicuani
7. Yanaconas
8. Guambianos
9. Ingas
10. Cañamomos
11. Awa (Kwaiker)
12. Coyaimas
13. Arhuacos
14. Pijao
15. Kichwas
16. Muiscas
17. Ninguna de las anteriores

S. MOTIVOS, VÍCTIMA DE CONFLICTO ARMADO

1. Acto terrorista, atentado
2. Combates, enfrentamientos
3. Amenazas
4. Homicidio
5. Masacres
6. Secuestro
7. Tortura
8. Despojo y abandono de tierras
9. Desaparición forzada
10. Desplazamiento forzado
11. Minas antipersonales, munición sin explotar y artefactos explosivos
12. Vinculación de niños-as y adolescentes a grupos al margen de la ley
13. Violencia sexual asociada a conflicto armado

T. GENERO *

1. Masculino
2. Femenino
3. Transgénero *(Travesti, transexual, transformista)*
4. No informa
98. No aplica

U. ORIENTACIÓN SEXUAL *

1. Heterosexual
2. Homosexual
3. Bisexual
4. No informa
98 No aplica

W. DE ACUERDO CON LA RESPUESTA ANTERIOR, ¿EN QUÉ CAMPO CREE QUE PUEDE DESEMPEÑARSE LABORALMENTE?*

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

No. Integrante	A. DOCUMENTO DE IDENTIDAD Tipo	A. DOCUMENTO DE IDENTIDAD Número	B. APELLIDOS (Escriba: En el renglón 1, primer apellido; En el renglón 2, segundo apellido)	C. NOMBRES (Escriba: En el renglón 1, primer nombre; En el renglón 2, segundo nombre)	D. Sexo	E. FECHA NACIMIENTO Día	E. FECHA NACIMIENTO Mes	E. FECHA NACIMIENTO Año	E. Edad aproximada	F. PARENTESCO (Con jefe-a de la familia)	G. Estado civil	H. NIVEL EDUCATIVO ACTUAL Nivel / Años aprobados	H. ¿Asiste actualmente?	I. Actividad	J. *Posición ocupacional	K. ¿Cuántas horas a la semana dedica a esta ocupación?	L. * Valor de los ingresos mensuales	M. *Forma de percibir los ingresos	N. Localidad donde realiza actividad principal	O. SALUD Afiliado al régimen de seguridad social	O. SALUD Régimen de seguridad Social	O. SALUD Calidad del afiliado	P. DISCAPACIDAD ¿Persona con discapacidad?	P. DISCAPACIDAD TIPO	Q. Grupo étnico	R. Grupo indígena	S. VÍCTIMA DE CONFLICTO ARMADO ¿Es víctima de conflicto armado?	S. VÍCTIMA DE CONFLICTO ARMADO Motivo	T. *¿Con cuál género se identifica?	U. *¿Cuál es su orientación sexual?	V. * ¿Ha recibido capacitación, formación o tiene experiencia en algún arte u oficio?	W. *De acuerdo con la respuesta anterior ¿En qué cree que puede desempeñarse?
1			1	1						1			Sí				$			Sí			Sí				Sí			Si / No	
			2	2									No							No			No				No			No Aplica	
2			1	1									Sí				$			Sí			Sí				Sí			Si / No	
			2	2									No							No			No				No			No Aplica	
3			1	1									Sí				$			Sí			Sí				Sí			Si / No	
			2	2									No							No			No				No			No Aplica	

* *Aplica para mayores de 14 años*

SECRETARÍA DISTRITAL DE INTEGRACIÓN SOCIAL	PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL FICHA SIRBE SERVICIOS SOCIALES INFORMACIÓN BÁSICA Y TRANSVERSAL - CABEZOTE	SIRBE	Código: FOR-PSS-321 Versión: 0 Fecha: Memo I2019046947 08/11/2019 Página: 4 de 4

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
	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	FECHA NACIMIENTO			Edad aproximada	PARENTESCO (Con jefe-a de la familia)	Estado civil	NIVEL EDUCATIVO ACTUAL		Actividad	Posición ocupacional	¿Cuántas horas a la semana dedica a esta ocupación?	Valor de los ingresos mensuales	*Forma de percibir los ingresos	Localidad donde realiza actividad principal	SALUD			DISCAPACIDAD		Grupo étnico	Grupo indígena	VÍCTIMA DE CONFLICTO ARMADO		*¿Con cuál género se identifica?	*¿Cuál es su orientación sexual?	*¿Ha recibido capacitación, formación o tiene experiencia en algún arte u oficio?		*De acuerdo con la respuesta anterior ¿En qué cree que puede desempeñarse?
	Tipo	Número				Día	Mes	Año				Nivel	¿Asiste actualmente?							Afiliado al régimen de seguridad social	Régimen de seguridad Social	Calidad del afiliado	¿Persona con discapacidad?	TIPO			¿Es víctima de conflicto armado?	Motivo					
												Años aprobados																						
4			1	1									Sí				$			Sí			Sí				Sí				Si / No	
			2	2									No							No			No				No				No Aplica	
5			1	1									Sí				$			Sí			Sí				Sí				Si / No	
			2	2									No							No			No				No				No Aplica	
6			1	1									Sí				$			Sí			Sí				Sí				Si / No	
			2	2									No							No			No				No				No Aplica	
7			1	1									Sí				$			Sí			Sí				Sí				Si / No	
			2	2									No							No			No				No				No Aplica	
8			1	1									Sí				$			Sí			Sí				Sí				Si / No	
			2	2									No							No			No				No				No Aplica	
9			1	1									Sí				$			Sí			Sí				Sí				Si / No	
			2	2									No							No			No				No				No Aplica	
10			1	1									Sí				$			Sí			Sí				Sí				Si / No	
			2	2									No							No			No				No				No Aplica	
11			1	1									Sí				$			Sí			Sí				Sí				Si / No	
			2	2									No							No			No				No				No Aplica	
12			1	1									Sí				$			Sí			Sí				Sí				Si / No	
			2	2									No							No			No				No				No Aplica	

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

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL	**SECRETARÍA DISTRITAL DE INTEGRACIÓN SOCIAL**	**PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL** **FICHA SIRBE** **PROYECTO 1099 ENVEJECIMIENTO DIGNO, ACTIVO Y FELIZ** **VARIABLES ESPECIFICAS**	SIRBE

Código:	**FOR-PSS-323**
Versión:	**0**
Fecha:	**Memo I2019046947 08/11/2019**
Página:	**1 de 3**

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

Número Ficha: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Año | **Localidad** | **Proyecto** | **Código Unidad Operativa** | **Consecutivo**

SECCIÓN E. VARIABLES ESPECÍFICAS DE LA PERSONA MAYOR:

1. La persona mayor, ¿Realiza las siguientes actividades por sí mismo?:

Bañarse…… Si 1 …. No 2 — Alimentarse…… Si 1 …. No 2 — De ambular…… Si 1 …. No 2

Vestirse…… Si 1 …. No 2 — Control de esfínteres…… Si 1 …. No 2 — Movilidad en la calle…… Si 1 …. No 2

2. ¿Requiere ayuda técnica para de ambulación?: Si… 1 — No… 2

3. ¿Cuenta con algún tipo de apoyo económico?: Si… 1 — No… 2 *Pase a 6*

4. ¿De quién recibe el apoyo económico?:

Hijos-as…… 1 — Vecinos-as…… 3 — Ente local…… 5 — Ente nacional… 7

Hermanos-as… 2 — Allegados-as… 4 — Ente distrital… 6

5. ¿Con qué periodicidad recibe el apoyo económico?:

Diario…… 1 — Quincenal… 3 — Esporádico… 5

Semanal… 2 — Mensual…… 4

6. ¿Tiene hijos-as?: Si… 1 — No… 2 *Pase a 10*

7. ¿Cuántos hijos-as tiene?: |_____|

8. ¿Con cuántos de sus hijos-as se relaciona actualmente?: |_____|

9. ¿Alguno de sus hijos-as, con los que se relaciona, vive en?:

Casa…… 1 — Localidad…… 3 — Ninguno…… 96

Barrio…… 2 — Ciudad…… 4

10. ¿Actualmente tiene personas a cargo o bajo su responsabilidad?: Si…… 1 — No…… 2 *Pase a 15*

11. ¿Qué tipo de responsabilidad?:

Económica…… 1 — Afectiva…… 2 — Doméstica…… 3 — Múltiple…… 4

12. ¿A quién cuida?:

Pareja… 1 — Hijos-as… 2 — Nietos-as… 3 — Otro familiar… 4 — Otro No familiar… 5 — Niños-as, adolescentes… 6 — Persona mayor… 7

13. ¿La persona a quien cuida es Persona con Discapacidad?: Si…… 1 — No…… 2

14. ¿Qué tiempo dedica a esta actividad?:

Día y noche…… 1 — Día…… 2 — Medio día…… 3 — Por horas…… 4

15. ¿La persona mayor tiene cuidador-a?: Si…… 1 — No…… 2 *Pase a Sección G*

SECCIÓN F. VARIABLES ESPECÍFICAS DEL CUIDADOR-A:

1. Información sobre el-la cuidador-a:

Nombres y Apellidos	**Dirección**	**Teléfono fijo**	**Teléfono móvil**	**Correo electrónico**

Información sobre el-la cuidador-a:

2. ¿Qué tipo de relación tiene con la persona mayor?:

Familiar…… 1 — Comunitario…… 3

Social…… 2 — Institucional…… 4

3. ¿El cuidador-a es Persona con Discapacidad?: Si…… 1 — No…… 2

4. ¿Tipo de discapacidad?:

Física…… 20 — Auditiva…… 31 — Cognitiva…… 33 — Multi déficit…… 36 — Trastorno generalizado del desarrollo…… 38

Mental…… 30 — Visual…… 32 — Sordo ceguera…… 35 — Alteración del desarrollo…… 37 — Síndromes específicos…… 39

SECCIÓN G. VARIABLES ESPECÍFICAS DEL ACUDIENTE:

1. Información sobre el-la acudiente:

Nombres y Apellidos	**Dirección**	**Teléfono fijo**	**Teléfono móvil**	**Correo electrónico**

Información sobre el-la acudiente:

2. ¿Qué tipo de relación tiene con la persona mayor?:

Familiar…… 1 — Comunitario…… 3

Social…… 2 — Institucional…… 4

3. ¿El acudiente es Persona con Discapacidad?: Si…… 1 — No…… 2

4. ¿Tipo de discapacidad?:

Física…… 20 — Auditiva…… 31 — Cognitiva…… 33 — Multi déficit…… 36 — Trastorno generalizado del desarrollo…… 38

Mental…… 30 — Visual…… 32 — Sordo ceguera…… 35 — Alteración del desarrollo…… 37 — Síndromes específicos…… 39

SECCIÓN H. VIOLENCIA:

1. ¿Ha sido víctima de acciones violentas?: Si… 1 — No… 2 *Pase a 11*

2. Tipo de violencia: (*Selección múltiple*)

Violencia física…… 1 — Violencia económica…. 3

Violencia psicológica… 2 — Violencia sexual…… 6

3. ¿En qué espacios se han generado las acciones violentas?: (*Selección múltiple*)

Casa… 4 — Calle… 5 — Barrio… 6 — Rural… 7

4. La acción violenta, ¿vulneró su?: (*Selección múltiple*)

Integridad Física…… 1 — Integridad Moral…… 3

Integridad Psicológica…. 2 — Integridad Económica…… 4

5. ¿La persona agresor-a fue?: (*Selección múltiple*)

Hijo-a…… 1 — Hermano-a…… 3 — Pareja…… 5 — Desconocido-a…… 7 — Agente de empresa privada…… 9

Nieto-a…… 2 — Otro pariente…… 4 — Vecino-a…… 6 — Servidor-a público…… 8 — Ninguna…… 93

6. ¿Denunció haber sido maltratado?: Si… 1 *Pase a 8* — No… 2

7. ¿Por qué no denuncio?: (*Selección múltiple*) *(Pase a 11)*

Por intimidación del agresor-a…… 1 — Por dependencia emocional…… 3

Por no conocer dónde denunciar…… 2 — Por dependencia económica…… 4

SECCIÓN H. VIOLENCIA:

8. ¿Número de veces que acudió a denunciar?: |_____|

9. ¿Ante qué entidad denuncio?: (*Selección múltiple*)

Comisaría de Familia…… Si ☐ No ☐ Estación de Policía…… Si ☐ No ☐ Unidad de Medicina Legal…… Si ☐ No ☐ Fiscalía…… Si ☐ No ☐

10. ¿La persona mayor desistió de la denuncia?: Si…… 1 ☐ No…. 2 ☐

11. Problemas asociados: (*Selección múltiple*)

Explotación por enfermedad…. 1 ☐	Desplazamiento…… 4 ☐	Violencia – Maltrato físico…… 7 ☐	Prostitución…… 10 ☐	Diferencias en hábitos y creencias…. 13 ☐	Habitabilidad en calle…. 16 ☐	Víctima de conflicto armado… 19 ☐
Temporalmente sin vivienda…. 2 ☐	Hacinamiento…… 5 ☐	Relaciones familiares conflictivas… 8 ☐	Mendicidad…… 11 ☐	Duelo por separación o muerte…… 14 ☐	Carencia de alimentos… 17 ☐	Ausencia familiar…… 21 ☐
Desalojo…… 3 ☐	Carencia redes de apoyo… 6 ☐	Negligencia…… 9 ☐	Conflicto inter generacional con adolescentes… 12 ☐	Encierro…… 15 ☐	Soledad…… 20 ☐	Ninguna…… 93 ☐

SECCIÓN I. PARTICIPACIÓN Y TIEMPO LIBRE:

1. ¿Pertenece a algún tipo de organización social?: Si… 1 ☐ No… 2 ☐ *Pase a 3*

2. En caso de haber respondido sí, en la pregunta anterior, ¿Qué tipo de organización?: (*Selección múltiple*)

Asociación o comité en la localidad…… 1 ☐	Club de amigos…… 3 ☐	Organización artística…. 5 ☐	Grupo o partido político…… 7 ☐	Organización no gubernamental…… 9 ☐
Club deportivo…… 2 ☐	Club social…… 4 ☐	Sindicato…… 6 ☐	Iglesia u organización religiosa…… 8 ☐	Organización ambientalista o ecológica…. 10 ☐

3. ¿A usted le gustaría participar en actividades cómo?: (*Selección múltiple*)

Lúdicas…… 1 ☐ Artísticas…… 2 ☐ Culturales…… 3 ☐ Deportivas…… 4 ☐ Emprendimiento empresarial…… 5 ☐ Académicas…… 6 ☐ Políticas…… 7 ☐ Ninguna…… 93 ☐

SECCIÓN J. DESCRIPCIÓN DE LA PROBLEMÁTICA, INGRESO Y REFERENCIACIÓN:

1. Descripción de la problemática:

2. Concepto técnico:

SECCIÓN J. DESCRIPCIÓN DE LA PROBLEMÁTICA, INGRESO Y REFERENCIACIÓN:

3. Servicio social que solicita: Centro día……. 1 ☐ Centro de protección…… 2 ☐ Apoyos económicos…… 3 ☐ Centro noche…… 4 ☐	**4. Referenciación a proyecto SDIS:** - Si… 1 ☐ - No… 2 ☐ Proyecto: _____ Proyecto: _____ Proyecto: _____	**5. Referenciación a otra entidad:** - Si… 1 ☐ - No… 2 ☐ ¿Cuál? _____ ¿Cuál? _____ ¿Cuál? _____

SECCIÓN K. DILIGENCIAMIENTO:

Una vez me fue leída la descripción de mi problemática, certifico que la información suministrada es verdadera y me comprometo a informar oportunamente cualquier novedad y, en consecuencia, cualquier inconsistencia en los datos suministrados, dará lugar a las actuaciones jurídicas pertinentes. Autorizo a la SDIS para que verifique, en cualquier momento, toda la información suministrada, mediante los medios conducentes. _____ _____ Nombre y apellido del o la solicitante Firma del o la solicitante Doc. de identidad: _____	**DILIGENCIAMIENTO DE LA FICHA:** Nombre de quien diligenció: _____ Nombre del Servidor-a Público-a responsable: _____ _____ Firma Servidor -a Público-a: _____	**DIGITACIÓN EN SIRBE:** D D M M A A A A Nombre: _____ Firma: _____

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.