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

Fecha de diligenciamiento: 15 07 M 7M 2025

Número de ficha: 2025 | 19 | 7744 | 12093 | 1
(Año | Localidad | Proyecto | Código unidad operativa)

SECCIÓN A. VARIABLES BÁSICAS

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

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

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

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

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

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

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

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

10. Número de documento de identificación: 1.036.226.702

11. Municipio nacimiento: Puerto triunfo

12. Departamento nacimiento: Antioquia

13. País nacimiento: Colombia

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

15. Fecha de nacimiento: *(según su documento de identidad)* 30 M 2 A 10

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

18. Años aprobados:

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

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

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

22. ¿Es cuidador/a de personas con discapacidad?
Si [1] No [2]

23. ¿Es cuidador/a de personas mayores?
Si [1] No [2]

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

25. Actividad Principal: * (Esta pregunta aplica solo a personas mayores de 3 años)
Buscando trabajo [2] Trabajo no remunerado [4] Sin actividad [8]
Estudiando [3] Jubilado / pensionado [6] Cuidador [11]
Trabajo Formal [12] Trabajo Informal [13] No aplica [98]

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

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

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

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

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

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

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

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

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

35. Clasificación Sisbén: A1

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL	PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL FORMATO FICHA SIRBE SERVICIOS SOCIALES INFORMACIÓN BÁSICA Y TRANSVERSAL: CABEZOTE	Código: FOR-PSS-321 Versión: 1 Fecha: Memo 2023015255 - 25/05/2023 Página: 2 de 6

Fecha de diligenciamiento: 15 07 2025 (D D M M A A A A)

Número de ficha: 2025 | 19 | 7744 | 1209 | 3 | 1 (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 victimas del conflicto armado	3
No aplica	98 X

6. Identifique su nacionalidad con las siguientes opciones:

Nacional	1 X
Otra nacionalidad	2
Binacional	3
Múltiple nacionalidad	4
Sin nacionalidad	5
No reporta	6

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

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

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

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

Nasa (Paéz) [1]	Quillasinga [4]	Sicuani [6]	Misak Misak [50]	Cañamomos [10]	Kichwas [15]	Arhuacos [13]	Embera Chami [35]	Ninguna de las anteriores [17] X
Wayuu [2]	Uitotos [85]	Tubu [67]	Eperara-siapidara [30]	Muiscas [16]	Kankuamo [45]	Pijao [14]	Embera Dóbida [29]	Otro ¿cuál? Digite código del instructivo
Pastos [65]	Senú [5]	Yanaconas [7]	Ingas [9]	Awa (Kwaiker) [11]	Kogui [49]	Kubeo [50]	Embera Katío [34]	

10. Parentesco con jefe/a de la familia:

Jefe/a núcleo familiar [1]	Padre/Madre [3]	Hijo/a [5]	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] X	Otro pariente [12]	Hijastro [14]

11. ¿Víctima de conflicto armado?: Si [1] | No [2] X *Pase a 15*

12. Número registro único de victimas

13. Año en que realizo la declaración

14. Si respondió afirmativamente la pregunta 11, indique los motivos: (Selección múltiple)

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

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

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

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

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

Si la respuesta es 2 o 98 Pase a 18

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.	PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL FORMATO FICHA SIRBE SERVICIOS SOCIALES INFORMACIÓN BÁSICA Y TRANSVERSAL: CABEZOTE	Código: FOR-PSS-321 Versión: 1 Fecha: Memo 2023015255 - 25/05/2023 Página: 3 de 6

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

Agricultura y labores del campo 1	Reciclaje 5	Cuidado de personas mayores 9	Mecánica 13	Cocina 17	Carpintería 21
Artesanías 2	Ventas ambulantes 6	Cuidado de personas enfermas 10	Jardinería 14	Sistemas 18	Plomería 22
Construcción 3	Cuidado de personas con discapacidad 7	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	$ 480.000	Recreación	$ 50.000
Servicios públicos domiciliarios (agua, energía, gas, teléfono fijo, internet, teléfono celular, televisión por cable	$ 200000	Gastos en salud (consultas, medicamentos, etc.)	$ 30000
Pagos a terceros cuidadores	$ 100000	Transporte o movilidad de los integrantes del hogar	$ 150000
Artículos de aseo personal	$ 150.000	Educación (útiles, pensión, transporte escolar, fotocopias, etc.)	$ 0
Alimentación	$ 300.000	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 | 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

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

Fecha de diligenciamiento: 15072025

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

SECCION C. UBICACIÓN GEOGRAFÍCA

1. Localidad donde habita

Usaquén	1		Santa fe	3		Usme	5		Bosa	7		Fontibón	9		Suba	11		Teusaquillo	13	
Antonio Nariño	15		La Candelaria	17		Ciudad Bolívar	19	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	X	Transversal	TV		Avenida	AV		Número de la vía principal: 75	Alfabético	BIS	Cuadrante	Número vía generadora	Alfabético		Número placa	Cuadrante
Carrera	KR		Avenida calle	AC					Nombre de la vía principal:		Alfabético	S					S
Diagonal	DG		Avenida carrera	AK					Nombre sinonimo de la vía principal:	D		E	73	9	-	65	E

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

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

6. Tipo de zona

Urbana	1	X	Rural	2		Urbana sin dirección	3				

7. Estrato socio – económico del predio

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

8. Teléfono fijo de contacto:

9. Teléfono celular de contacto: 3227294686 / 3227607065

10. Correo electrónico de contacto: lindabuitrago180@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							

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

Fecha de diligenciamiento: 19/07/2025

Número de ficha: 2025 | 19 | 77 | 44 | 120931
(Año | Localidad | Proyecto | Código unidad operativa)

SECCIÓN D. INFORMACIÓN BÁSICA Y TRANSVERSAL SOBRE LA FAMILIA:

La información básica se repite para el jefe de núcleo familiar

No. Integrante	A: DOCUMENTO DE IDENTIDAD – Tipo	A: DOCUMENTO DE IDENTIDAD – Número	B: APELLIDOS (Escriba: En el renglón 1, primer apellido; En el renglón 2, segundo apellido)	C: NOMBRES (Escriba: En el renglón 1, primer nombre; En el renglón 2, segundo nombre)	D: Sexo	E: ¿Con cuál género se identifica?	F: ¿Transgenero masculino o transgenero femenino?	G: ¿Cuál es su orientación sexual?	H: FECHA NACIMIENTO – Día	H: 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 cuidadoro/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 víctima del conflicto armado?	AH: Motivo	AI: ¿Ha recibido capacitación, formación o tiene experiencia en algún arte u oficio?	AJ: De acuerdo con la respuesta anterior ¿En qué cree que puede desempeñarse?
1	1	1007293673	1 López 2 Cañon	1 Yeferson 2 Gustavo	1	1	1	1	21	09	1999	26	3	2	8		Sí / No	Sí / No	Sí / No	Sí / No	Sí / No	Sí / No	Sí / No	1 / 2	3		1400000	2		X / No	2	1	Sí / No		6	98	Sí / No		Sí / No No aplica	
2	1	1058199207	1 Buitrago 2 Ramirez	1 Linda 2 Yuliana	2	2	2	1	24	05	2007	18	3	8	8		Sí / No	Sí / No	Sí / No	Sí / No	Sí / No	Sí / No	Sí / No	1	3		400000	2		X / No	2	1	Sí / No		6	98	Sí / No		Sí / No No aplica	
3	6	1036226702	1 Pamplona 2 Ramirez	1 Maria 2 Victoria	2	2	2	98	31	08	2020	4	98	10	98		Sí / No	Sí / No	Sí / No	Sí / No	Sí / No	Sí / No	Sí / No	98	98		98	98		X / No	2	1	Sí / No		6	98	Sí / No		Sí / No No aplica	
4			1 2	1 2													Sí / No	Sí / No	Sí / No	Sí / No	Sí / No	Sí / No	Sí / No							Sí / No			Sí / No				Sí / No		Sí / No No aplica	
5			1 2	1 2													Sí / No	Sí / No	Sí / No	Sí / No	Sí / No	Sí / No	Sí / No							Sí / No			Sí / No				Sí / No		Sí / No No aplica	

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

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

PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOC

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

FORMATO FICHA SIRBE SERVICIOS: JARDINES INFANTILES Y CRECIENDO JUNTOS

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

Fecha de diligenciamiento: 07/2025

Número Ficha: 2025 (Año) 19 (Localidad) 7744 (Proyecto) 120931 (Código Unidad Operativa)

SECCION E. MODALIDAD DE ATENCION

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

Modalidades Familiares

Creciendo Juntos [ ] Crecemos en la Ruralidad [ ]

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

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

2. Escriba el nombre de la Subdirección Local – SLIS o Unidad Operativa donde se identifica la gestante, lactante, niña o el niño: 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] Sólo Padre... [3] Otros parientes..... [5] Modalidad institucional para la Primera infancia... [7]
Sólo Madre... [2] Abuelo-a..... [4] Otros no parientes.. [6]

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

6. ¿Quién le brindo la información sobre los temas anteriores?:
Hospital..... [1 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 como iniciar la alimentación complementaria?
Si..... [1] No... [2 X]

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

	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 relacionad a con sus primeros años de vida, deje la(s) respuesta(s) en blanco e indique la situación en la descripción de la problemática

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

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

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

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

5. ¿Cuál fue el peso de su hija-o al nacer?: 3800 Gramos
DATO VALIDO ENTRE 450 Y 6000

6. ¿Cuál fue la talla de su hija-o al nacer?: 50 Centímetros
DATO VALIDO ENTRE 22 Y 60

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

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

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?: 24 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?: 03/06/2025
Pase a la pregunta 16

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

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

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

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

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

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

21. ¿Actualmente, el padre, la madre o el cuidador de la niña o el niño presenta alguna de las siguientes condiciones?: *(Selección múltiple)*
Habitabilidad en calle 1 [ ] Realiza actividades sexuales pagas 3 [ ]
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 [ ] Militar con discapacidad 3 [ ] Ninguna de las anteriores.. 96 [X]
Desvinculado.. 2 [ ] Militar fallecido..... 4 [ ]

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

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

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

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

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

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

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

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

	PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL 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: 3 de 4

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

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

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

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

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

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

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

7. ¿Quién cuida a la niña o al niño en la noche?: Papá..... 1 | Mamá..... 2 | Padrastro. 3 | Madrastra. 4 | Hermano-a... 5 | Tío-a..... 6 X | 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?: 18

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

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

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

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

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

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

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

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

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

18. Número de documento de identidad del cuidador-ra principal. 1.058.199.207

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

19. Primer Apellido: Buitrago

20. Segundo Apellido: Ramirez

21. Primer Nombre: Linda

22. Segundo Nombre: Yuliana.

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 X | Rural..... 2 *pasar a la sección L*

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

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

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

SECCION L: INFORMACION ADICIONAL ETNIAS Si en la pregunta 4 de la sección B del cabezote indico que se reconoce perteneciente a un grupo étnico diligencié esta sección, de lo contrario *pase a 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 7 de la sección B del cabezote indico que la niña o niño, gestante presenta alguna discapacidad diligencié esta sección, de lo contrario *pase a sección N*

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

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

TRANS. ESPECTRO AUTISTA (TEA)
TEA.. .....

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

VISUAL
Baja visión.....
Ceguera.....

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

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

PSICOSOCIAL
Psicosocial .....

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

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

4. La niña o el niño 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?_____

SECCIÓN N. DESCRIPCIÓN Y REFERENCIACIÓN:

1. Descripción de la problemática:

El grupo familiar de la niña Victoria esta conformado por su mamá y sus tres hermanos, ellos viven en Pasto, no cuentan con el apoyo de los padres de los hermanos, ademas la mamá cuenta con la colaboración de la hermana que viven en Bogota, ella le realiza una carta indicando que la tia estará al cuidado de la niña acá en Bogotá, donde el documento esta autenticado por la notaria de pasto, por tanto la tia esta buscando un jardin para la niña y es la encargada de llevarla al medico, y a todas las necesidades que requiere la menor.

2. Concepto técnico:

Se le debe garantizar el cupo en el jardin infantil waldorf ya que cumple con los criterios solicitados, se le debe garantizar los derechos y deberes de la niña y de esa manera poder contribuir al desarrollo integral, Social, emocional de la niña.

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 [X]

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

ATENCIÓN PRESENCIAL [X] ALTERNANCIA: [ ] EI EN CASA [ ] MULTIMODAL [ ]

3. Acciones a seguir:

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

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

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

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

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

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

- Si... [1] - No... [2 X] No oferta niveles [3]

7. Referenciación a un proyecto SDIS: - Si... [1] - No [2 X] *Pase a la pregunte 8*

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

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

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