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

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 Usme UNIDAD OPERATIVA: Sueños del amanecer RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA: Mayra Malagon Rubio

NOMBRE DEL RECOLECTOR Mayra Malagon DOCUMENTO DE IDENTIDAD CC__ CE__ OTRO__ CUAL?_____ Número # _____

NOMBRE SOLICITANTE / BENEFICIARIO Elian Josue Perez Caicedo DOCUMENTO DE IDENTIDAD CC__ CE__ OTRO__ CUAL? RC Número # 1078474575

FECHA DE ENTREGA PARA DIGITACIÓN: DD/MM/AAAA NOMBRE DEL DIGITADOR AL QUE SE ENTREGA LA FICHA: _____

17. Nivel educativo actual

- 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]

18. Años aprobados: _____

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

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

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

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

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

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

25. Actividad Principal: * (Esta pregunta aplica solo a personas mayores de 3 años)

- Buscando trabajo [2]
- Estudiando [3]
- Trabajo Formal [12]
- Trabajo no remunerado [4]
- Jubilado / pensionado [6]
- Trabajo Informal [13]
- Sin actividad [8]
- Cuidador [11]
- No aplica [98] X

26. Rol ocupacional: * (Esta pregunta aplica solo a personas mayores de 14 años

- 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 finca o predio [30]
- Estudiante [31]
- Actividades rurales [29]
- Otras ocupaciones [32]
- 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]
- 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]
- 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: A 1

PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL

FORMATO FICHA SIRBE SERVICIOS SOCIALES INFORMACIÓN BÁSICA Y TRANSVERSAL: CABEZOTE

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

Fecha de diligenciamiento: 04 05 2023

Número de ficha: 2025 05 77 44 12 15 46
(Año | Localidad | Proyecto | Código unidad operativa)

SECCIÓN A. VARIABLES BÁSICAS

1. Primer Apellido, según su documento de identidad: Perez
2. Segundo Apellido, según su documento de identidad: Cadicedo
3. Primer Nombre, según su documento de identidad: Elian
4. Segundo Nombre, según su documento de identidad: Jose

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

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

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

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

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

10. Número de documento de identificación: 1.078.474.575

11. Municipio nacimiento: Cucuta

12. Departamento nacimiento: Quindio

13. País nacimiento: Colombia

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

15. Fecha de nacimiento: (según su documento de identidad) 08 03 2003

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

17. Nivel educativo actual
Educación Inicial modalidad familiar [26] Preescolar [6] Básica secundaria y media [8] Tecnológico [19] Universitaria completa (con título) [12] 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] X

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

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: * (Este 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

Fecha de diligenciamiento: D 06 M 05 A 2023

Número de ficha: 2025 (Año) 05 (Localidad) 774 (Proyecto) 1 (Código unidad operativa) 2156

SECCIÓN B. VARIABLES TRANSVERSALES

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

2. Tipo de discapacidad

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

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

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

4. Tipología de estructura familiar:

Hogar familiar Nuclear	1 X	Hogar familiar amplio compuesto	3
Hogar familiar amplio extenso	2	Hogar familiar sin Núcleo	4
Hogar no familiar unipersonal	5	Hogar no familiar sin núcleo	6

5. Situaciones y/o condiciones diferenciales de las familias

Familia con pertenencia étnica	1	
Familia transgenero	2	
Familia víctimas del conflicto armado	3	
No aplica	98	X

6. Identifique su nacionalidad con las siguientes opciones:

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

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

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

Indígena	1	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	60	Cañamomos	10	Kichwas	15	Arhuacos	13	Embera Chamí	35	Ninguna de las anteriores	17 X
Wayuu	2	Ultotos	85	Tubú	67	Eperara-siapidara	30	Mulsces	16	Kankuamo	45	Pijao	14	Embera Dóbida	29	Otro ¿cuál? Digite código del instructivo	
Pastos	65	Senú	5	Yanaconas	7	Ingas	9	Awa (Kwaiker)	11	Kogui	49	Kubeo	50	Embera Katío	34		

10. Parentesco con jefe/a de la familia:

Jefe/a núcleo familiar	1	Padre/Madre	3	Hijo/a	5 X	Hermano/a	7	Primo/a	9	Nieto/a	11	Otro No pariente	13
Cónyuge o compañero/a	2	Padrastro / Madrastra	4	Abuelo/a	6	Tío/a	8	Sobrino/a	10	Otro pariente	12	Hijastro	14

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

12. Número registro único de víctimas:

13. Año en que realizo la declaración:

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

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

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

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

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

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

Si la respuesta es 2 o 98 Pase a 18

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

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

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	$ 350000	Recreación	$ 0
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	$ 0	Transporte o movilidad de los integrantes del hogar	$ 125000
Artículos de aseo personal	$ 98 000	Educación (útiles, pensión, transporte escolar, fotocopias, etc.)	$ 0
Alimentación	$ 200 000	Total	$ 953.000

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

Sí 1 | No 2 X | No informa 3

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

Sí 1 | No 2 X | No informa 3

	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: 14 05 2025

Número de ficha: 2025 05 77 44 12 15 46
(Año / Localidad / Proyecto / Código unidad operativa)

SECCION C. UBICACIÓN GEOGRAFICA

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

2. UPZ o UPR: 58

3. Nombre del barrio / Vereda: Villa Israel

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: 5	Alfabético	BIS	Cuadrante	Número vía generadora	Alfabético	Número placa	Cuadrante
Nombre de la vía principal:		Alfabético	S X / E	110		40	S / E
Nombre sinónimo de la vía principal:							

5. Escriba el complemento de la dirección: (dirección rural, interior, apartamento, oficina)
* ves las convenciones a continuación, ylo 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. 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: 0

9. Teléfono celular de contacto: 3222810417

10. Correo electrónico de contacto

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

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

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

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

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

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

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

Fecha de diligenciamiento: 16 05 2025

Número de ficha: 2025 05 7744 12 15 46
(Año · Localidad · Proyecto · Código unidad operativa)

SECCIÓN D. INFORMACIÓN BÁSICA Y TRANSVERSAL SOBRE LA FAMILIA:

La información básica se repite para el jefe de núcleo familiar

No. Integrante	A: DOCUMENTO DE IDENTIDAD – Tipo	A: DOCUMENTO DE IDENTIDAD – Número	B: APELLIDOS (Escriba: En el renglón 1, primer apellido; En el renglón 2, segundo apellido)	C: NOMBRES (Escriba: En el renglón 1, primer nombre; En el renglón 2, segundo nombre)	D: Sexo	E: ¿Con cuál género se identifica?	F: ¿Transgenero masculino o transgenero femenino?	G: ¿Cuál es su orientación sexual?	H: FECHA NACIMIENTO – Día	H: FECHA NACIMIENTO – Mes	H: FECHA NACIMIENTO – Año	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/a?	O: SISTEMA DISTRITAL DE CUIDADO – Niños/as de 0 a 5 años	P: SISTEMA DISTRITAL DE CUIDADO – Niños/as de 6 a 10 años	Q: SISTEMA DISTRITAL DE CUIDADO – Persona con discapacidad	R: SISTEMA DISTRITAL DE CUIDADO – Persona mayor	S: SISTEMA DISTRITAL DE CUIDADO – 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: SALUD – Régimen de seguridad social	AB: SALUD – Calidad del afiliado	AC: DISCAPACIDAD – ¿Persona con discapacidad?	AD: DISCAPACIDAD – Tipo	AE: Grupo étnico	AF: Pueblo Indígena	AG: VÍCTIMA DE CONFLICTO ARMADO – ¿Es víctima del conflicto armado?	AH: VÍCTIMA DE CONFLICTO ARMADO – 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		1193532560	1 Perez	1 Luis	1			1	09	01	1994	31	3	1		8	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	1	1	48	1450.000	2	4	Sí			Sí		6		Sí		Sí		
			2 Perez	2 Esney													No	No	No	No	No	No	No							No			No				No		No aplica		
2		1097648505	1 Calicedo	1 Gloria	2			1	22	07	1994	30	3	2		8	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	4						Sí			Sí		6		Sí		Sí		
			2 Aspilla	2 Elena													No	No	No	No	No	No	No							No			No				No		No aplica		
3		1078102297	1 Perez	1 Liam				98	26	05	2021	3	1	5			Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	98						Sí			Sí		6		Sí		Sí		
			2 Calicedo	2 Smith													No	No	No	No	No	No	No							No			No				No		No aplica		
4		1078477575	1 perez	1 Elidn				98	22	03	2023	2	1	5			Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	98						Sí			Sí		6		Sí		Sí		
			2 calcedo	2 Josue													No	No	No	No	No	No	No							No			No				No		No aplica		
5			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		

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

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

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

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

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

4. ¿En qué semana de gestación nació su hija-o?: 39 Semanas. DATO VALIDO ENTRE 22 Y 42

5. ¿Cuál fue el peso de su hija-o al nacer?: 3660 Gramos. DATO VALIDO ENTRE 450 Y 6000

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

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

8. ¿Después de cuánto tiempo de nacido su hija-o inicio la lactancia materna? Inmediatamente [1]; Menos de 24 horas [3] 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]; 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?: 6 Meses. Pase a la pregunta 13

12. ¿Qué edad tenía su hija-o cuando dejo de darle leche materna completamente? 18 Meses

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

14. ¿Fecha del último control?: Pase a la pregunta 16

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

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

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

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

19. ¿La condición de salud de la niña o el niño, implica? *(Selección múltiple)*: Uso de oxigeno durante el sueño [1]; Alimentación por sonda [3]; Procedimientos invasivos [5]; Toma de medicamentos [7]; Condiciones osteomusculares [9]; Uso de oxigeno permanente [2]; Traqueotomía [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 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 múltiple)* Habitabilidad en calle [1]; Realiza actividades sexuales pagas [2]; Ninguna [93] X; Consumo de sustancias psicoactivas [3]

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

	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: 14/03/2025

Número de ficha: 2025 05 3344 12 15 46
(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	NOMBRES	Sexo	¿Con cuál género se identifica?	¿Transgenero masculino o transgenero femenino?	¿Cuál es su orientación sexual?	FECHA NACIMIENTO			Edad aproximada	ESTADO CIVIL	PARENTESCO (Con jefe/a del núcleo familiar)	NIVEL EDUCATIVO ACTUAL	¿Asiste actualmente?	SISTEMA DISTRITAL DE CUIDADO						Actividad	Rol ocupacional	¿Cuantas horas a la semana dedica a esta ocupación?	Valor de los ingresos mensuales	Forma de percibir los ingresos	Localidad donde realiza actividad principal	SALUD			DISCAPACIDAD		Grupo étnico	Pueblo Indígena	VÍCTIMA DE CONFLICTO ARMADO		¿Ha recibido capacitación, formación o tiene experiencia en algún arte u oficio?	De acuerdo con la respuesta anterior ¿En qué cree que puede desempeñarse?
	Tipo	Número	Escriba: En el renglón 1, primer apellido En el renglón 2, segundo apellido	Escriba: En el renglón 1, primer nombre En el renglón 2, segundo nombre					Día	Mes	Año				NIVEL Años aprobados		¿Es persona cuidadora/a?	Niños/as de 0 a 5 años	Niños/as de 6 a 10 años	Persona con discapacidad	Persona mayor	Cuidado de casa							Afiliado al régimen de seguridad social	Régimen de seguridad social	Calidad del afiliado	¿Persona con discapacidad?	Tipo			¿Es víctima del conflicto armado?	Motivo		
1		1193532560	1 Perez 2 Perez	1 Luis 2 Esney	1			1	09	01	1994	31	3	1	8	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	1	1	48	1450.000	2	4	Sí No			Sí No		6		Sí No		Sí No	
2		1097648505	1 Colicedo 2 Aspilla	1 Gloria 2 Elena	2			1	22	07	1994	30	3	2	8	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	4						Sí No			Sí No		6		Sí No		Sí No	
3		1078102297	1 Perez 2 Colicedo	1 Liam 2 Smith				98	26	05	2021	3	1	5		Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	98						Sí No			Sí No		6		Sí No		Sí No	
4		1078477575	1 perez 2 colicedo	1 Elidn 2 Josue				98	22	03	2023	2	1	5		Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	98						Sí No			Sí No		6		Sí No		Sí No	
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	

FORMATO FICHA SIRBE SERVICIOS: JARDINES INFANTILES Y CRECIENDO JUNTOS — Página: 1 de 4

Fecha de diligenciamiento: 14/05/2025 — Número Ficha: 2025057794121596

Año: 2025 — Localidad: 05 — Proyecto: 794 — Código Unidad Operativa: 121596

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 [ ] 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: U. Bosa de la Manara Comuneros - Usme / Sumapaz.

SECCION F. A QUIEN VA DIRIGIDA LA MODALIDAD FAMILIAR:

1. La modalidad se solicita para:

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

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

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

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

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

SECCIÓN G. CONCEPCIÓN Y GESTACIÓN:

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

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. ¿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] Construccion 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 pregunta12*

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] Cesárea [2]

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

Lugar donde se producirá el parto [1] La posición de parir [3]

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

3. ¿Está usando un método anticonceptivo?

Si [1] No [2]

4. ¿En cuánto tiempo desea tener otro embarazo?

Antes de 1 año [1] Después de 2 años o más [3]

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

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

Lactancia materna [3] Construcción del vínculo afectivo madre- hijo [6] 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] Colegio [3] Otra entidad [5] Otra persona... [6]

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

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

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

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

Si. [1] No. [2]

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

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

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

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] Madrastra [4] Abuelo-a [7]
Mamá [2] X Hermano-a [5] Otro pariente [8]
Padrastro [3] Tío-a [6] 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] X Tío-a [6] 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] X Tío-a [6] 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] Hermano-a [5] Otro pariente [8]
Mamá [2] X Tío-a [6] Otro No pariente [9]
Padrastro [3] Abuelo-a [7] Nadie [10]
Madrastra [4]

8. ¿Cuál es la edad en años del cuidador o la cuidadora principal?: 30

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] Transgénero [3] No binario [5]
Femenino [2] X No informa [4] No aplica [98]

11. ¿Cuál es la orientación 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] Universitaria incompleta (sin título) [21]
Básica secundaria y media [8] X Universitaria completa (con título) [12] Ninguno [93]
Técnico [18] Postgrado incompleto (sin título) [22]
Tecnológico [19] Postgrado completo (con título) [15]

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 Registro civil [6] PPT [21]
Cédula de extranjería [2] Pasaporte [13] Salvo conducto [9]
Tarjeta de identidad [3] PEP [18] Sin identificación [8]

18. Número de documento de identidad del cuidador-ra principal.
1077.648.505

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

19. Primer Apellido: Caicedo

20. Segundo Apellido: Aspilla

21. Primer Nombre: Gloria

22. Segundo Nombre: Elena

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

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

25. ¿En qué fecha el niño o la niña tuvo la medida de protección legal? D D M M A A A A

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

TRANS.ESPECTRO AUTISTA (TEA)
TEA

AUDITIVA
Hipoacusia
Sordera

VISUAL
Baja visión
Ceguera

INTELECTUAL
Síndrome de Down
Intelectual

FISICA
Osteomuscular
Neuromuscular
Parálisis cerebral (EMOC)

PSICOSOCIAL
Psicosocial

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

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

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

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

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

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

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

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

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

SECCIÓN N. DESCRIPCIÓN Y REFERENCIACIÓN:

1. Descripción de la problemática:

La madre se acerca al jardín manifestando ser un hogar familiar nuclear, refiere que se encuentra buscando trabajo, su conyugue trabaja en construcción siendo el unico que suple las necesidades del hogar, necesita el cupo para su hijo, para ella poder buscar trabajo formal y ayudar con las necesidades del hogar, asi de esta manera mejorar su calidad de vida, la madre manifiesta que hace unos dias llego del chaco, vive en arriendo y no cuenta con redes de apoyo.

2. Concepto técnico:

Se sugiere el cupo del menor de edad, ya que cumple con los siguientes criterios de priorización, el jardín infantil garantizará el cuidado calificado para el menor, brindando apoyo y acompañamiento en el proceso pedagogico, social y alimentario; brindando tambien espacios adecuados y seguros para el fortalecimiento de sus habilidades de desarrollo.

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

MATERNAL ☐ CAMINADORES ☐ PARVULOS ☒ PREJARDIN ☐ JARDIN ☐

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

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

3. Acciones a seguir:

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

4. ¿Requiere visita domiciliaria? - Si... 1 ☐ No... 2 ☒ *Pase a la pregunta 5*

Motivo: Verificación de las condiciones socio familiares: - Si... 1 ☐ - No... 2 ☒
Verificación otras condiciones: - Si... 1 ☐ - No... 2 ☒

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

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

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

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

7. Referenciación a un proyecto SDIS: - Si... 1 ☐ - No 2 ☒ *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?: _____