Solo Inscrito Pte activar

	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: D D M M 2 0 2 5

Número de ficha: 2025 (Año) 10 (Localidad) 7 7 4 4 (Proyecto) 1 2 9 9 4 0 (Código unidad operativa)

SECCCIÓN A. VARIABLES BÁSICAS

1. Primer Apellido, según su documento de identidad:	2. Segundo Apellido, según su documento de identidad:	3. Primer Nombre, según su documento de identidad:	4. Segundo Nombre, según su documento de identidad
Escobar	Alvarez	Sara	Valentina

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

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

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

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

9. Tipo de documento de identificación:	10. Número de documento de identificación:	11. Municipio nacimiento:	12. Departamento nacimiento
Cédula de ciudadanía 1 | Cédula de extranjería 2 | Tarjeta de identidad 3 | Registro civil 6 X | Pasaporte... 13 | Permiso especial de permanencia 18 | Salvo conducto 19 | Permiso por protección temporal .. 21 | Sin Identificación 8	1070827382	Lorica	Cordoba

13. País nacimiento:	14. Sexo de nacimiento:	15. Fecha de nacimiento: *(según su documento de identidad)*	16. Estado civil:
Colombia	Hombre 1 | Mujer 2 X | Intersexual 3	3 0 1 1 2 0 2 4	Soltero/a 1 X | Casado/a 2 | Unión libre 3 | Separado/a Divorciado/a 4 | Viudo/a 5 | Unión marital de hecho 6

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

18. Años aprobados: _____

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

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

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

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

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

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

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

31. ¿Está afiliado a seguridad social?:	32.Regimen de seguridad social	33. Calidad del afiliado: *Aplica solo si la respuesta en la pregunta 32 es "Contributivo"*	34. ¿Tiene clasificación de Sisbén?	35. Clasificación Sisbén
Si 1 X | No 2 *(pase a la pregunta 34)*	Contributivo 1 | Subsidiado 2 X | Especial 3	Beneficiario 1 X | Cotizante 2	Si 1 X | No 2	A1.

Powered by CamScanner

Fecha de diligenciamiento: D D M M 2 0 2 5

Número de ficha: 2 0 2 5 (Año) | 1 0 (Localidad) | 7 7 4 4 (Proyecto) | 1 2 0 9 A 0 (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	Hogar familiar amplio compuesto	3 X
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
Wayuu	2	Uitotos	85	Tubu	67	Eperara-siapidara	30	Muiscas	16	Kankuamo	45	Pijao	14
Pastos	65	Senú	5	Yanaconas	7	Ingas	9	Awa (Kwaiker)	11	Kogui	49	Kubeo	50

Embera Chamí	35	Ninguna de las anteriores	17		
Embera Dóbida	29	Otro ¿cuál? Digite código del instructivo			
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
Cónyuge o compañero/a	2	Padrastro / Madrastra	4	Abuelo/a	6	Tío/a	8	Sobrino/a	10	Otro pariente	12

Otro No pariente	13		
Hijastro	14		

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

12. Número registro único de víctimas

13. Año en que realizo la declaración:

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

Acto terrorista, atentado	1	Amenazas	3	Masacres	5	Tortura	7	Desaparición forzada	9	Minas personales, municiones sin explotar y artefactos explosivos	11
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
Orfandad	16	No informa	17								

VSRC en su grupo familiar	14	
VSRC en población LGBTI	15	

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

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

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

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

Si la respuesta es 2 o 98 Pase a 18

Powered by CamScanner

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

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

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	$600.000	Recreación	$ 0
Servicios públicos domiciliarios (agua, energía, gas, teléfono fijo, internet, teléfono celular, televisión por cable	$200.000	Gastos en salud (consultas, medicamentos, etc.)	$ 0
Pagos a terceros cuidadores	$ 0	Transporte o movilidad de los integrantes del hogar	$150.000
Artículos de aseo personal	$200.000	Educación (útiles, pensión, transporte escolar, fotocopias, etc.)	$ 0
Alimentación	$ 200.000	Total	$1'350.000

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

Si 1 | No 2 X | No informa 3

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

Si 1 | No 2 X | No informa 3

Powered by CamScanner

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

Fecha de diligenciamiento: D D M M 2 0 2 5

Número de ficha: 2 0 2 5 | 1 0 | 7 7 | A A | 1 2 0 9 | A 0

Año | Localidad | Proyecto | Código unidad operativa

SECCION C. UBICACIÓN GEOGRAFÍCA

1. Localidad donde habita

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

2. UPZ o UPR: 29

3. Nombre del barrio / Vereda: Quinqua Los Arrezos.

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: 89

Nombre de la vía principal:

Nombre sinonimo de la vía principal:

Alfabético	BIS	Alfabético	Cuadrante	Número vía generadora	Alfabético		Número placa	Cuadrante
A			S S	90		-	71.	S S
			E E					E E

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

Complemento dirección:								
AD. Administración	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 | Tres 3 X | Cinco 5

Dos 2 | Cuatro 4 | Cero 0

8. Teléfono fijo de contacto:

9. Teléfono celular de contacto: 3015922990

10. Correo electrónico de contacto: yeimialvarez404@gmail.com.

11. ¿Habita en una vivienda?.

Si 1 X

No 2 | pase a la pregunta 16

12. Tipo de vivienda

Casa o apartamento 1 X | Vivienda móvil 4 | Lugar de trabajo 7

Cuarto o cuartos 2 | Casa lote 5 | Rancho 8

Inquilinato 3 | Residencia 6 | Finca 9

Paga diario 10

13. Condición de la vivienda

Ruina 1

Demolición 2

Buen estado 3 X

Aceptable 4

Mal Estado 5

14. Tenencia de la vivienda

Propia 1 | otra forma 3

Amortizado 4 | Arrendada 2 X

15. Forma de pago

Diaria 1

Mensual 2 X

Quincenal 3

Semanal 4

Contributivo 5

16. Lugar diferente a vivienda donde habita:

Equipamiento Urbano 1

Refugio natural 2

Powered by CamScanner

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

Fecha de diligenciamiento: D D M M 2 0 2 5

Número de ficha: 2 0 2 5 (Año) 1 0 (Localidad) 7 7 (Proyecto) 4 A 1 2 0 9 4 0 (Código unidad operativa)

SECCIÓN D. INFORMACIÓN BÁSICA Y TRANSVERSAL SOBRE LA FAMILIA:

La información básica se repite para el jefe de núcleo familiar

No. Integrante	A		B	C	D	E	F	G	H			I	J	K		L	M	N	O	P	Q	R	S	T	U	V	W	X			Y		Z	AA	AB		AC	AD
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD		APELLIDOS Escriba: En el renglón 1, primer apellido En el renglón 2, segundo apellido	NOMBRES Escriba: En el renglón 1, primer nombre En el renglón 2, segundo nombre	Sexo	¿Con cuál género se identifica?	¿Transgenero masculino o transgenero femenino?	¿Cuál es su orientación sexual?	FECHA NACIMIENTO			Edad aproximada	ESTADO CIVIL	PARENTESCO (Con jefe/a del núcleo familiar)	NIVEL EDUCATIVO ACTUAL NIVEL Años aprobados	¿Asiste actualmente?	SISTEMA DISTRITAL DE CUIDADO						Actividad	Rol ocupacional	¿Cuantas horas a la semana dedica a esta ocupación?	Valor de los ingresos mensuales	Forma de percibir los ingresos	Localidad donde realiza actividad principal	SALUD			DISCAPACIDAD		Grupo étnico	Pueblo indígena	VÍCTIMA DE CONFLICTO ARMADO		¿Ha recibido capacitación, formacion o tiene experiencia en algun arte u oficio?	De acuerdo con la respuesta anterior ¿En qué cree que puede desempeñarse?
	Tipo	Número							Día	Mes	Año					¿Es persona cuidadora/a?	Niños/as de 0 a 5 años	Niños/as de 6 a 10 años	Persona con discapacidad	Persona mayor	Cuidado de casa							Afiliado al régimen de seguridad social	Régimen de seguridad social	Calidad del afiliado	¿Persona con discapacidad?	Tipo			¿Es víctima del conflicto armado?	Motivo		
1	1	1032405236	1 Escobar 2 Clavijo	1 Carlos 2 Orlando.	1	1		1	09	01	1988	36	3	1	18	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	13	32	46	1500000	3	10	Sí			Sí		Sí		Sí No	
															3	No	No	No	No	No	No	No							No			No		No		No aplica	
2	1	1108150372	1 Alvarez 2 Moreno	1 Yelmi 2 Carolina	2	2		1	26	07	2001	23	3	2	18	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	2			0			Sí			Sí		Sí		Sí No	
															3	No	No	No	No	No	No	No							No			No		No		No aplica	
3	3	1108152246	1 Franco 2 Alvarez	1 Luis 2 Miguel	1	98		98	12	04	2018	7	1	14	7	Sí	Sí	Sí	No	Sí	Sí	Sí	3			0			Sí			Sí		Sí		Sí No	
															2	No	No	No	No	No	No	No							No			No		No		No aplica	
4	6	1108 152393	1 Alvarez 2 Moreno	1 Carlos 2 Andres	1	98		98	09	03	2020	4	1	14	6	No	No	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	3			0			Sí			Sí		Sí		Sí No	
																No	No	No	No	No	No	No							No			No		No		No aplica	
5	6	1070827382	1 Escobar 2 Alvarez	1 Sara 2 Valentina	2	98		98	30	11	2021	3	1	5	1	Sí	Sí	No	Sí	Sí	Sí	Sí	98	98		0			Sí			Sí		Sí		Sí No	
																No	No	No	No	No	No	No							No			No		No		No aplica	

Powered by CamScanner

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

No. Integrante	A		B	C	D	E	F	G	H			I	J	K		L	M	N	O	P	Q	R	S	T	U	V	W	X		Y		Z	AA	AB		AC	AD
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD		APELLIDOS Escriba: En el renglón 1, primer apellido En el renglón 2, segundo apellido	NOMBRES Escriba: En el renglón 1, primer nombre En el renglón 2, segundo nombre	Sexo	¿Con cuál género se identifica?	¿Transgenero masculino o transgenero femenino?	¿Cuál es su orientación sexual?	FECHA NACIMIENTO			Edad aproximada	ESTADO CIVIL	PARENTESCO (Con jefe/a del núcleo familiar)	NIVEL EDUCATIVO ACTUAL NIVEL Años aprobados	¿Asiste actualmente?	SISTEMA DISTRITAL DE CUIDADO						Actividad	Rol ocupacional	¿Cuantas horas a la semana dedica a esta ocupación?	Valor de los ingresos mensuales	Forma de percibir los ingresos	Localidad donde realiza actividad principal	SALUD		DISCAPACIDAD		Grupo étnico	Pueblo indígena	VÍCTIMA DE CONFLICTO ARMADO		¿Ha recibido capacitación, formación o tiene experiencia en algún arte u oficio?	De acuerdo con la respuesta anterior ¿En qué cree que puede desempeñarse?
	Tipo	Número							Día	Mes	Año						¿Es persona cuidadora/a?	Niños/as de 0 a 5 años	Niños/as de 6 a 10 años	Persona con discapacidad	Persona mayor	Cuidado de casa						Afiliado al régimen de seguridad social	Régimen de seguridad social	Calidad del afiliado	¿Persona con discapacidad?	Tipo			¿Es víctima del conflicto armado?	Motivo		
6	6	1070827769	1 Escobar 2 Alvarez	1 Carlos 2 Daniel	1	98		98	21	12	2022	2	1	5	1	Sí	Sí	X	Sí	Sí	Sí	Sí	98	98		0			X					Sí		Sí No	
																No	No	No	No	No	No							No					No		No aplica	
7			1 2	1 2												Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No						Sí No			Sí No			Sí No		Sí No No aplica	
8			1 2	1 2												Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No						Sí No			Sí No			Sí No		Sí No No aplica	
9			1 2	1 2												Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No						Sí No			Sí No			Sí No		Sí No No aplica	
10			1 2	1 2												Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No						Sí No			Sí No			Sí No		Sí No No aplica	
11			1 2	1 2												Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No						Sí No			Sí No			Sí No		Sí No No aplica	
12			1 2	1 2												Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No						Sí No			Sí No			Sí No		Sí No No aplica	
13			1 2	1 2												Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No						Sí No			Sí No			Sí No		Sí No No aplica	

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

Powered by CamScanner

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

PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL

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

FORMATO FICHA SIRBE SERVICIOS: JARDINES INFANTILES Y CRECIENDO JUNTOS

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

Fecha de diligenciamiento: D D M M 2 0 2 5

Número Ficha: 2 0 2 5 (Año) | 1 0 (Localidad) | 7 7 4 4 (Proyecto) | 1 2 0 9 4 0 (Código Unidad Operativa)

SECCION E. MODALIDAD DE ATENCION

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

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

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

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

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

SECCION F. A QUIEN VA DIRIGIDA LA MODALIDAD FAMILIAR:

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

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

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

SECCIÓN G. CONCEPCIÓN Y GESTACIÓN:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

10. ¿Ha recibido información o capacitación acerca de algunos de estos temas?: *(selección múltiple)*
Cuidados durante la gestación..... 1 [ ] Lactancia materna..... 3 [ ] Construcción del vínculo afectivo madre- hijo... 6 [ ]
Sus derechos y los de su pareja en el momento del parto. 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 gustaría:
Tener otro..... 1 [ ] No tener otro... 2 [ ]
Está indecisa/o Insegura/o... 3 [ ] *Pase sección k*

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Powered by CamScanner

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

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

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

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

4. ¿En qué semana de gestación nació su hija-o?: 36 Semanas
DATO VALIDO ENTRE 22 Y 42

5. ¿Cuál fue el peso de su hija-o al nacer?: 2100 Gramos
DATO VALIDO ENTRE 450 Y 6000

6. ¿Cuál fue la talla de su hija-o al nacer?: 45 Centímetros
DATO VALIDO ENTRE 22 Y 60

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

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

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

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

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

12. ¿Qué edad tenía su hija-o cuando dejo de darle leche materna completamente?: 8 Meses

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

14. ¿Fecha del último control?: 08/05/2024
Pase a la pregunta 16

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Powered by CamScanner

	PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL PROYECTO 7744 GENERACION DE OPORTUNIDADES PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA DE BOGOTÁ FORMATO FICHA SIRBE SERVICIOS: JARDINES INFANTILES Y CRECIENDO JUNTOS	Código: FOR-PSS-334 Versión: 2 Fecha: Memo I2023015020-24/05/2023 Página: 3 de 4

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

1. ¿La niña o el niño en algun 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] Tio-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 Tio-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 Tio-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 Tio-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?: 23

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

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

14. En qué momento (*selección multiple*): 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: 1108150372

Nombres y apellidos del cuidador-ra principal (según documento identidad) — 19. Primer Apellido: Alvarez | 20. Segundo Apellido: Moreno | 21. Primer Nombre: Yelmi | 22. Segundo Nombre: Carolina

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

TRANS ESPECTRO AUTISTA (TEA): TEA

AUDITIVA: Hipoacusia; Sordera

VISUAL: Baja visión; Ceguera

INTELECTUAL: Síndrome de Down; Intelectual

FISICA: Osteomuscular; Neuromuscular; Parálisis cerebral (EMOC)

PSICOSOCIAL: Psicosocial

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Powered by CamScanner

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

SECCIÓN N. DESCRIPCION Y REFERENCIACIÓN:

1. Descripción de la problemática:

Hogar familiar amplio compuesto con jefatura masculina con trabajo informal el maestro de obra cuyos ingresos economicos cubren los gastos del hogar. La mamá manifiesta que hace poco llegaron a Bogotá para mejorar su calidad de vida.
Manifiesta que está en casa cuidando de sus hijos mientras consigue un trabajo estable para ayudar a su hogar.
La madre solicita el cupo delantera para su buen desarrollo integral y que comparta con otros niños y niñas.
Suministra otro número de contacto 3042026310

2. Concepto técnico:

Hogar con nivel de fragilidad social media con determinantes con pocas redes de apoyo.

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

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

MATERNAL ☐ CAMINADORES ☐ PARVULOS ☐ PREJARDIN ☒ JARDIN ☐

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

ATENCIÓN PRESENCIAL ☐ ALTERNANCIA ☐ EI EN CASA ☐ MULTIMODAL ☐

3. Acciones a seguir:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Integrante: 1 ¿Cuál?: ___
Integrante: ___ ¿Cuál?: ___
Integrante: ___ ¿Cuál?: ___
Integrante: ___ ¿Cuál?: ___

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

LOCALIDAD: SUBA UNIDAD OPERATIVA: JIC. MAMA CANGURO RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA: MARY HELEN RUIZ

NOMBRE DEL RECOLECTOR: YULIA MENDEZ DOCUMENTO DE IDENTIDAD CC X CE__ OTRO__ CUAL?____ Número # 52.267.436

NOMBRE SOLICITANTE / BENEFICIARIO: SARA VALENTINA ESCOBAR ALVAREZ DOCUMENTO DE IDENTIDAD CC__ CE__ OTRO X CUAL? RC Número # 1010827382

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

Powered by CamScanner