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

Fecha de diligenciamiento: 23 / 10 / 2024

Número de ficha: 2024 (Año) 19 (Localidad) 7 (Proyecto) 14 (Código unidad operativa) 120931

SECCION A. VARIABLES BÁSICAS

1. Primer Apellido, según su documento de identidad:	2. Segundo Apellido, según su documento de identidad:	3. Primer Nombre, según su documento de identidad:	4. Segundo Nombre, según su documento de identidad
Alfonso	Gambacica	Sara	Mariana

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]	1029526211	Tunja	Boyaca

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]	13 / M / 4 / 2 / 0 / 2 / 3	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	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:	34. ¿Tiene clasificación de Sisbén?	35. Clasificación Sisbén
Si [1] X No [2] (pase a la pregunta 34)	Contributivo [1] X Subsidiado [2] Especial [3]	Aplica solo si la respuesta en la pregunta 32 es "Contributivo" Beneficiario [1] X Cotizante [2]	Si [1] No [2] X	

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: 23/10/2024

Número de ficha: 2024 (Año) 19 (Localidad) 774 (Proyecto) 1209 (Código unidad operativa) 31

SECCIÓN B. VARIABLES TRANSVERSALES

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

2. Tipo de discapacidad

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

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

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

4. Tipología de 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	60	Cañamomos	10	Kichwas	15	Arhuacos	13	Embera Chamí	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 X	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	Otro pariente	12	Hijastro	14

11. ¿Victima 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 X										

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	$ 400.000	Recreación	$ 50.000
Servicios públicos domiciliarios (agua, energía, gas, teléfono fijo, internet, teléfono celular, televisión por cable	$ 80.000	Gastos en salud (consultas, medicamentos, etc.)	$ 20.000
Pagos a terceros cuidadores	$ 150.000	Transporte o movilidad de los integrantes del hogar	$ 20.000
Artículos de aseo personal	$ 50.000	Educación (útiles, pensión, transporte escolar, fotocopias, etc.)	$
Alimentación	$ 500.000	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 | No informa 3 X

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 | No informa 3 X

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: 23102024

Número de ficha: 2024 (Año) 19 (Localidad) 774 (Proyecto) 4 (Código unidad operativa) 120931

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

Número de la vía principal:	Alfabético	BIS	Alfabético	Cuadrante	Número vía generadora	Alfabético	Número placa	Cuadrante
73	L			S S / E E	75	C	31	S S / E E

Nombre de la vía principal:

Nombre sinonimo de la vía principal:

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

Complemento dirección:									
AD. Administración	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: 3118331645 / 3138330312

10. Correo electrónico de contacto laurdiliana12@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 | Cuarto o cuartos 2 | Inquilinato 3 | Vivienda móvil 4 | Casa lote 5 | Residencia 6 | Lugar de trabajo 7 | Rancho 8 | 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

	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: 23/02/2024

Número de ficha: 2024 19 7744 1209 31
(Año / Localidad / Proyecto / Código unidad operativa)

SECCIÓN D. INFORMACIÓN BÁSICA Y TRANSVERSAL SOBRE LA FAMILIA:

La información básica se repite para el jefe de núcleo familiar

No. Integrante	A: DOCUMENTO DE IDENTIDAD – Tipo	A: DOCUMENTO DE IDENTIDAD – Número	B: APELLIDOS (Escriba: En el 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 orientacion sexual?	H: FECHA NACIMIENTO – Día	H: FECHA NACIMIENTO – Mes	H: FECHA NACIMIENTO – Año	H: Edad aproximada	I: ESTADO CIVIL	J: PARENTESCO (Con jefe/a del núcleo familiar)	K: NIVEL EDUCATIVO ACTUAL – NIVEL	K: NIVEL EDUCATIVO ACTUAL – Años aprobados	L: ¿Asiste actualmente?	L: SISTEMA DISTRITAL DE CUIDADO – ¿Es persona cuidadora/o/a?	M: Niños/as de 0 a 5 años	N: Niños/as de 6 a 10 años	O: Persona con discapacidad	P: Persona mayor	Q: Cuidado de casa	R: Actividad	S: Rol ocupacional	T: ¿Cuantas horas a la semana dedica a esta ocupación?	U: Valor de los ingresos mensuales	V: Forma de percibir los ingresos	W: Localidad donde realiza actividad principal	X: SALUD – Afiliado al regimen de seguridad social	X: SALUD – Régimen de seguridad social	X: SALUD – Calidad del afiliado	Y: DISCAPACIDAD – ¿Persona con discapacidad?	Y: DISCAPACIDAD – Tipo	Z: Grupo étnico	AA: Pueblo indígena	AB: VÍCTIMA DE CONFLICTO ARMADO – ¿Es víctima del conflicto armado?	AB: VÍCTIMA DE CONFLICTO ARMADO – Motivo	AC: ¿Ha recibido capacitación, formación o tiene experiencia en algún arte u oficio?	AD: De acuerdo con la respuesta anterior ¿En qué cree que puede desempeñarse?
1	1	1.000.941.992	1 Gambaccica	1 Laura	2	2	2	4	12	09	2002	22	1	3	8	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	1	1	84	1'300.000	2		X	1	2	Sí		6	9	Sí		Sí X	
			2 Montañez	2 Juliana												No	No	No	No	No	No	No							No			No				No		No aplica	
2	1	1233504.103	1 Alfonso	1 Hugo	1	1	1	1	13	02	1999	25	1	3	8	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí							X	1	1	Sí		6	9	Sí		Sí X	
			2 Gomez	2 Andres												No	No	No	No	No	No	No							No			No				No		No aplica	
3	6	1029526211	1 Alfonso	1 Sara	2	2	2		13	04	2023			5		Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí							X	1	1	Sí		6	9	Sí		Sí No	
			2 Gambaccica	2 Mariana												No	No	No	No	No	No	No							No			No				No		No aplica	
4			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	
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	

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/o?	Niños/as de 0 a 5 años	Niños/as de 6 a 10 años	Persona con discapacidad	Persona mayor	Cuidado de casa							Afiliado al régimen de seguridad social	Régimen de seguridad social	Calidad del afiliado	¿Persona con discapacidad?	Tipo			¿Es víctima del conflicto armado?	Motivo		
6			1	1												Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí							Sí			Sí				Sí	No	
			2	2												No	No	No	No	No	No	No							No			No				No aplica	
7			1	1												Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí							Sí			Sí				Sí	No	
			2	2												No	No	No	No	No	No	No							No			No				No aplica	
8			1	1												Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí							Sí			Sí				Sí	No	
			2	2												No	No	No	No	No	No	No							No			No				No aplica	
9			1	1												Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí							Sí			Sí				Sí	No	
			2	2												No	No	No	No	No	No	No							No			No				No aplica	
10			1	1												Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí							Sí			Sí				Sí	No	
			2	2												No	No	No	No	No	No	No							No			No				No aplica	
11			1	1												Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí							Sí			Sí				Sí	No	
			2	2												No	No	No	No	No	No	No							No			No				No aplica	
12			1	1												Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí							Sí			Sí				Sí	No	
			2	2												No	No	No	No	No	No	No							No			No				No aplica	
13			1	1												Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí							Sí			Sí				Sí	No	
			2	2												No	No	No	No	No	No	No							No			No				No aplica	

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

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: 23/10/2024 Número Ficha: 2024 (Año) 19 (Localidad) 77 (Proyecto) 4412 (Código Unidad Operativa) 0931

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: J.I. 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. ..... [1X]
Cesárea. ..... [2]

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

3. ¿Está usando un método anticonceptivo?
Si. ..... [1X]
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. . [4X]

5. ¿Ha recibido información o capacitación acerca de algunos de estos temas?: *(selección múltiple)*
Lactancia materna... [3X] 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..... [5X] 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. .. [2X] En desacuerdo. . [3]

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

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

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

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

1. ¿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?:
40 Semanas
DATO VALIDO ENTRE 22 Y 42

5. ¿Cuál fue el peso de su hija-o al nacer?:
3110 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] X Menos de 24 horas... [3] No sabe/No responde [5]
Menos de 1 hora. [2] Más de 24 horas..... [4]

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

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

11. ¿Qué edad tenía su hija-o cuando recibió un alimento diferente a la leche materna?: 18 Meses. *Pase a la pregunta 13*

12. ¿Qué edad tenía su hija-o cuando dejo de darle leche materna completamente?: 6 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?:
21/10/2024
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 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] 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] 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

	PROCESO PRE[ ]CIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN S[ ]AL 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 | 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 | Tío-a..... 6 | Otro No pariente 9 | Padrastro 3 | Abuelo-a..... 7 X | 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 | Tío-a..... 6 | Otro No pariente 9 | Padrastro.... 3 | Abuelo-a.... 7 X | 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?: 48

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 múltiple*) Mañana... 1 X | Tarde..... 2 X | Noche..... 3 Y

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: 40.041.999

Nombres y apellidos del cuidador-ra principal (*según documento identidad*) 19. Primer Apellido: Ana | 20. Segundo Apellido: Luci | 21. Primer Nombre: montañez | 22. Segundo Nombre: carrillo

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 está 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 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 familia esta conformada por la mamá quien se encuentra trabajando de domingo a domingo doce horas, el padre de la niña se encuentra en casa, pera la relación no esta funcionando menciona una posible separación. La mamá no vive con ellos pero su hija le lleva la niña a la casa para el cuidado de ella mientras que trabaja y el padre se encuentra en busqueda laboral.

2. Concepto técnico:

La familia cumple con los criterios solicitado por lo tanto se deje dar cupo en el Jardin Waldorf, la cual se debe garantizar que se cumpla los derechos y deberes y por tanto se le puede contribuir al desarrollo integral, emocional, individual a la niña con la compañía de la familia.

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

MATERNAL ☐ CAMINADORES ☒ PARVULOS ☐ PREJARDIN ☐ JARDIN ☐

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

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

3. Acciones a seguir:

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

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

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

5. La modalidad en el que se atenderá la niña, el niño, persona gestante o lactante se encuentra en convenio interadministrativo con (selección 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 pregunte 8*

Integrante: ____ Proyecto: ____ Modalidad: ____
Integrante: ____ Proyecto: ____ Modalidad: ____
Integrante: ____ Proyecto: ____ Modalidad: ____
Integrante: ____ Proyecto: ____ Modalidad: ____

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

Integrante: ____ ¿Cuál?: ____
Integrante: ____ ¿Cuál?: ____
Integrante: ____ ¿Cuál?: ____
Integrante: ____ ¿Cuál?: ____

	PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES 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: 29 07 2026 (D D M M A A A A)

Número de ficha: 2026 19 7744 1209 31 (Año / Localidad / Proyecto / Código unidad operativa)

SECCIÓN A. VARIABLES BÁSICAS

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

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

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

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

5. ¿Con cuál género se identifica? * (Esta pregunta aplica solo a personas mayores de 14 años):
Masculino [1] Femenino [2] Transgénero [3] (Trans masculino, 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] Otra ¿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 [15] Salvo conducto [19] Permiso por protección temporal [21] Sin Identificación [8]

10. Número de documento de identificación: 1024616144

11. Municipio nacimiento: Cundinamarca

12. Departamento nacimiento: Bogotá

13. País nacimiento: Colombia

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

15. Fecha de nacimiento (según su documento de identidad): 10 05 2023 (D D M M A A A A)

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 en modalidad familiar [26] Preescolar [6] Básica secundaria y media [8] Tecnológico [19] Universitaria completa (con título) [12] Posgrado completo (con título) [15]
Educación inicial institucional [27] Básica primaria [7] Técnico [18] Universitaria incompleta (sin título) [21] Posgrado incompleto (sin título) [22] Educación desde lo propio [25] Ninguno [1]
¿Cuál?

18. ¿Es persona cuidadora? (pregunta para mayores de 14 años)
Si [1] No [2] (pase a la pregunta 20)

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

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

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

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

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

24. Actividad Principal * (Esta pregunta aplica solo a personas mayores de 9 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]

25. 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]

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

27. Cuáles son los ingresos mensuales: * (Esta pregunta aplica solo a personas mayores de 14 años)
$

28. 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]

29. 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]

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

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

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

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

34. Clasificación Sisben

	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: 29 (D) 01 (M) 2026 (A)

Número de ficha: 2026 (Año) 19 (Localidad) 774 (Proyecto) 4 (Código unidad operativa) 12093 1

SECCIÓN B. VARIABLES TRANSVERSALES

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

2. Tipo de discapacidad

Física [20] — Auditiva [31] — Intelectual [39]
Psicosocial [40] — Visual [32] — Sordo ceguera [10]
Alteración del desarrollo [37] — Múltiple [42] — Trastornos del espectro autista (TEA) [36]

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

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

Nasa (Páez) [1] — Quillasinga [4] — Sicuani [6] — Misak Misak [60] — Cañamomos [10] — Kichwas [15] — Arhuacos [13] — Embera Chamí [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] 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 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?: ** (Este pregunta aplica solo a personas mayores de 14 años);*

Si [1] — No aplica [98]
Si la respuesta es 2 o 98 Pase a 18
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: 3 de 6

*8. 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

*9. ¿Usted se considera cabeza de hogar? Se responde lo que diga la entrevistada/o respecto a su rol y apropiación de concepto.

Si 1 | No 2 X | No informa 3

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

Rubro	Valor del gasto en pesos	Rubro	Valor del gasto en pesos
Vivienda (Arriendo y/o valor cuota	$ 300.000 =	Recreación	$ 30.000 =
Servicios públicos domiciliarios (agua, energía gas, teléfono fijo, internet, teléfono celular, televisión por cable	$ 100.000 =	Gastos en salud (consultas, medicamentos, etc.)	$ 0 =
Pagos a terceros cuidadores	$ 0 =	Transporte o movilidad de los integrantes del hogar	$ 50.000 =
Artículos de aseo personal	$ 100.000 =	Educación (útiles, pensión, transporte escolar, fotocopias, etc.)	$ 0 =
Alimentación	$ 400.000 =	Total	$ 980.000 =

21. ¿Usted considera que la comunidad en la que vive es campesina? Se responde lo que diga entrevistada/o respecto a su rol y apropiación del concepto

Si 1 | No 2 X | No informa 3

Fecha de diligenciamiento: 29 01 2026

Número de ficha: 2026 19 774 4 12 09 31
(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 Bolivar	19 X
Chapinero	2	San Cristóbal	4	Tunjuelito	6	Kennedy	8	Engativá	10	Barrios Unidos	12	Los Mártires	14	Puente Aranda	16	Rafael Uribe	18	Sumapaz	20

2. UPZ o UPR: 69

3. Nombre del barrio / Vereda: las brisas.

4. Escriba su dirección completa:

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

Numero de la vía principal: 50
Nombre de la vía principal:
Nombre sinónimo de la vía principal:

Alfabético	BIS	Alfabético	Cuadrante	Número vía generadora	Alfabético	Número placa	Cuadrante
			S S	76		01	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. 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	TC. 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: 302 405 4667
321 996 1604

10. Correo electrónico de contacto: Thania2arateCarabarin2003@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

	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: 29 01 2026

Número de ficha: 2026 19 7744 12 0931
(Año · Localidad · Proyecto · Código unidad operativa)

SECCIÓN D. INFORMACIÓN BÁSICA Y TRANSVERSAL SOBRE LA FAMILIA:

La información básica se repite para el jefe de núcleo familiar

No. integrante	A: DOCUMENTO DE IDENTIDAD – Tipo	A: DOCUMENTO DE IDENTIDAD – 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	H: Edad aproximada	I: ESTADO CIVIL	J: PARENTESCO (Con jefe/a del núcleo familiar)	K: NIVEL EDUCATIVO ACTUAL – NIVEL	K: Años aprobados	K: ¿Asiste actualmente?	L–Q: SISTEMA DISTRITAL DE CUIDADO – ¿Es persona cuidadora/o?	L–Q: Niños/as de 0 a 5 años	L–Q: Niños/as de 6 a 10 años	L–Q: Persona con discapacidad	L–Q: Persona mayor	L–Q: Cuidado de casa	R: Actividad	S: Rol ocupacional	T: ¿Cuantas horas a la semana dedica a esta ocupación?	U: Valor de los ingresos mensuales	V: Forma de percibir los ingresos	W: Localidad donde realiza actividad principal	X: SALUD – Afiliado al régimen de seguridad social	X: Régimen de seguridad social	X: Calidad del afiliado	Y: DISCAPACIDAD – ¿Persona con discapacidad?	Y: Tipo	Z: Grupo étnico	AA: Prueba indígena	AB: VÍCTIMA DE CONFLICTO ARMADO – ¿Es víctima del conflicto armado?	AB: Motivo	AC: ¿Ha recibido capacitación, formación o tiene experiencia en algún arte u oficio?	AD: De acuerdo con la respuesta anterior ¿En qué cree que puede desempeñarse?
1	1	1127662931	1 Barbosa 2 Contreras	1 Guido 2 Alfonso	1	1	1	1	27	03	1998	27	3	1	8	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	1	4	78	2'000.000	2	19	X	2	1	Si		98		Si		Si X No aplica	
																No	X	X	X	X	X	X							No			No	X				
2	1	1000048988	1 Zarate Carvante	1 Thania 2	2	2	2	1	25	01	2003	23	3	3	8	Si	X	X	X	Si	Si	X							X	2	1	X		98		Si		Si X No aplica	
																X	No	No	No	X	X	No							No			No				X	
3	6	1024616144	1 Barbosa 2 Zarate	1 Saith 2 Alfonso	1	1	1	98	10	05	2023	2	98	5	98	Si	X	X	X	X	X	X							X	2	1	Si		98		Si		Si X No aplica	
																X	X	X	X	X	X	X							No			X				X	
4			1 2	1 2												Si No	Si No	Si No	Si No	Si No	Si No	Si No							Si No			Si No				Si No		Si No No aplica	
5			1 2	1 2												Si No	Si No	Si No	Si No	Si No	Si No	Si No							Si No			Si No				Si No		Si No No aplica	

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: 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 nucleo 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 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			1	1											Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si							Si			Si				Si		Si No	
			2	2											No	No	No	No	No	No	No							No			No				No aplica		
7			1	1											Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si							Si			Si				Si		Si No	
			2	2											No	No	No	No	No	No	No							No			No				No aplica		
8			1	1											Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si							Si			Si				Si		Si No	
			2	2											No	No	No	No	No	No	No							No			No				No aplica		
9			1	1											Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si							Si			Si				Si		Si No	
			2	2											No	No	No	No	No	No	No							No			No				No aplica		
10			1	1											Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si							Si			Si				Si		Si No	
			2	2											No	No	No	No	No	No	No							No			No				No aplica		
11			1	1											Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si							Si			Si				Si		Si No	
			2	2											No	No	No	No	No	No	No							No			No				No aplica		
12			1	1											Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si							Si			Si				Si		Si No	
			2	2											No	No	No	No	No	No	No							No			No				No aplica		
13			1	1											Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si							Si			Si				Si		Si No	
			2	2											No	No	No	No	No	No	No							No			No				No 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.	PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOC...	Código: FOR-PSS-334
	PROYECTO 7744 GENERACION DE OPORTUNIDADES PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA DE BOGOTÁ	Versión: 2
	FORMATO FICHA SIRBE SERVICIOS: JARDINES INFANTILES Y CRECIENDO JUNTOS	Fecha: Memo !2023015020-24/05/2023
		Página: 1 de 4

Fecha de diligenciamiento: 29/01/2026 Número Ficha: 2026 (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 — Modalidades institucionales: Si selecciona alguna de las modalidades institucionales diligencie la pregunta 2 y pase a la seccion 1.

Creciendo Juntos [ ] Crecemos en la Ruralidad [ ] | 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 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*

SECCION G. CONCEPCIÓN Y GESTACION:

1. ¿Tiene 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 Madre [2] Sólo Padre [3] Abuelo-a... [4] Otros parientes [5] Otros no parientes [6] Modalidad institucional para la Primera Infancia... [7]

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

9. ¿Quien le brindo la información sobre sus derechos? Hospital [1] Colegio [3] Amigos-as [5] Madre [1] SDIS [2] ONG [4] Hermanos-as [6] Padre [2] 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 [3] 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 [3] Leche de formula [2] Leche de vaca [3] Otros alimentos [4]

17. Después de la hija-hijo que está esperando, le gustaría: Tener otro [1] No tener otro... [2] Está indecisa/o Insegura/o... [3] *Pase 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 produciría el parto [1] Tipo de parto [2] Ninguna [93] La posición de parir [3] 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] Antes de 2 años [2] Después de 2 años o más [3] No tendré más embarazos [4]

5. ¿Ha recibido información o capacitación acerca de algunos de estos temas?: *(selección múltiple)* Lactancia materna [3] Desarrollo infantil [5] Construcción del vínculo afectivo madre- hijo [6] 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] SDIS [2] Colegio [3] ONG [4] Otra entidad [5] Partera/ doula [9] Otra persona [6]

7. Qué opina sobre esta afirmación: "Se debe amamantar a su niño 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]

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

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

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

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

4. ¿En qué semana de gestación nació su hija-o?: 41 Semanas
DATO VALIDO ENTRE 22 Y 42

5. ¿Cuál fue el peso de su hija-o al nacer?: 3190 Gramos
DATO VALIDO ENTRE 450 Y 6000

6. ¿Cuál fue la talla de su hija-o al nacer?: 48 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] | Menos de 1 hora [2] X | Más de 24 horas..... [4] | No sabe/No responde [5]

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

10. La niña o el niño recibe 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?: 18 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?: 15 11 2023
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 carne... [3] | Desconocimiento.. [4] | Falta de tiempo... [5]

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

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

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

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

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

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

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

25. ¿Ha presentado solicitud de ingreso a?: *(Selección múltiple)*
Jardín infantil Diurno.. [1] | 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]

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]

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 PRE[illegible]ACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SO[illegible]AL 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. INFORMACION 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?: 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] X Técnico [18] Tecnológico [19] Universitaria incompleta (sin título) [22] Universitaria completa (con título) [23] Postgrado incompleto (sin título) [24] Postgrado completo (con título) [25] Ninguno [99]

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

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

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

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

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

18. Número de documento de identidad del cuidador-ra principal: 1.000.048.988

Nombres y apellidos de la niña o el niño (según Documento Identidad): 19. Primer Apellido: Zarate | 20. Segundo Apellido: Caravante | 21. Primer Nombre: Thania. | 22. Segundo Nombre:

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

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

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

2. La familia de la niña o el niño o la gestante a partir de sus prácticas culturales se reconoce como: Campesino-a [1] Rural [2] *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 indicó que se reconoce perteneciente a un grupo étnico diligenció esta sección, de lo contrario *pase a sección M*

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

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

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

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

SECCION M: DISCAPACIDAD Y ALTERACIONES EN EL DESARROLLO Si en la pregunta 1 de la sección B del cabezote indico que la niña o niño, gestante presenta alguna discapacidad diligenció 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 mental [ ] Del desarrollo motor [ ] Del comportamiento e impulsividad [ ] De los procesos cognitivos [ ]

TRANSTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA (TEA): TEA [ ]

AUDITIVA: Hipoacusia [ ] Sordera [ ]

VISUAL: Baja visión [ ] Ceguera [ ]

INTELECTUAL: Síndrome de Down [ ] Intelectual [ ]

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

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?

	PROCESO PRES... ...IÓN 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. DESCRIPCIÓN Y REFERENCIACIÓN:

1. Descripción de la problemática:

La familia del niño esta Conformada por 3 Personas, mamá, papá y el niño, El padre es quien responde por el hogar Como independiente, la mamá es la encargada del Cuidado del niño la cual esta buscando Jardin para el niño, para ella Poder ingresar a Trabajar y de esa Forma ayudar aportar al hogar.

2. Concepto técnico:

Se le debe garantizar el Cupo al niño en el Jardin infantil Waldorf; ya que Cumple con los criterios solicitados y de esa manera Poder brindar un espacio optimo para el desarrollo de sus habilidades Teniendo una participación integral, Social y emocional sin dúdar los derechos y deberes del niño.

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 ☐ EL 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 pregunta 5*

Motivo: Verificación de las condiciones socio familiares: - Si... 1 - No... 2 X

Verificación otras condiciones: - Si... 1 - No... 2 X

5. La modalidad en el que se atenderá la niña, el niño, persona gestante o lactante se encuentra en convenio interadministrativo con (selección: 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 No oferta niveles 3 X

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

Integrante: ___ Proyecto: ___ Modalidad: ___

Integrante: ___ Proyecto: ___ Modalidad: ___

Integrante: ___ Proyecto: ___ Modalidad: ___

Integrante: ___ Proyecto: ___ Modalidad: ___

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

Integrante: ___ ¿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 Ciudad Bolívar UNIDAD OPERATIVA: Jardin infantil waldorf RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA: Francia pascala

NOMBRE DEL RECOLECTOR Tatiana Guerrero DOCUMENTO DE IDENTIDAD CC: X CE__ OTRO__ CUAL?_____ Número # 1033765023

NOMBRE SOLICITANTE / BENEFICIARIO Saith Barbosa DOCUMENTO DE IDENTIDAD CC__ CE__ OTRO X CUAL? RC Número # 1024616144.

FECHA DE ENTREGA PARA DIGITACIÓN: 04/02/2026 NOMBRE DEL DIGITADOR AL QUE SE ENTREGA LA FICHA: Carol Galindo

	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: 11/12/2023

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

SECCCION A. VARIABLES BÁSICAS

1. Primer Apellido según su documento de identidad: Cañon

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

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

4. Segundo Nombre, según su documento de identidad:

5. ¿Con cuál género se identifica? * (Esta pregunta aplica solo a personas mayores de 14 años): Masculino [1] Femenino [2] Transgénero [3] (Travesti, transexual transmeniste) 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 [7] Bisexual [3] Otro, ¿Cuál? Lesbiana [5] No informa [4] Gay [6] No Aplica [98]

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

10. Número de documento de identificación: 1024618574

11. Municipio nacimiento: Bogotá

12. Departamento nacimiento: Cundinamarca

13. País nacimiento: Colombia.

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

15. Fecha de nacimiento: (según su documento de identidad) 16/02/2024

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

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

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

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

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

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

26. Rol ocupacional * (Esta pregunta aplica solo a personas mayores de 14 años): Vendedor Informal [9] 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] Calforar 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] Engativa [10] Suba [11] Barrios Unidos [12] Teusaquillo [13] Los Mártires [14] Antonio Nariño [15] Puente Aranda [16] La Candelaria [17] Rafael Uribe [18] Ciudad Bolívar [19] Sumapaz [20] No Aplica [95]

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: A3

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: 11 04 2025

Número de ficha: 2025 (Año) 19 (Localidad) 7741 (Proyecto) 12 (Código unidad operativa) 093 1

SECCIÓN B. VARIABLES TRANSVERSALES

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

2. Tipo de discapacidad

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

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

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

4. Tipología de 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	Ulotos 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 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] X / No [2] / No aplica [98]

Si la respuesta es 2 o 98 Pase a 18

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 20230 15255 - 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 X	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	$ 350.000	Recreación	$ 50.000
Servicios públicos domiciliarios (agua, energía, gas, teléfono fijo, internet, teléfono celular, televisión por cable	$ 200.000	Gastos en salud (consultas, medicamentos, etc.)	$ 20.000
Pagos a terceros cuidadores	$ 0	Transporte o movilidad de los integrantes del hogar	$ 0
Artículos de aseo personal	$ 150.000	Educación (útiles, pensión, transporte escolar, fotocopias, etc.)	$ 0
Alimentación	$ 300.000	Total	$ 1070.000

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

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: 1 1 1 2 2 0 2 5

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

SECCION C. UBICACIÓN GEOGRAFÍCA

1. Localidad donde habita

Usaquén	1		Santa fe	3		Usme	5		Bosa	7		Fontibón	9		Suba	11		Teusaquillo	13
Chapinero	2		San Cristóbal	4		Tunjuelito	6		Kennedy	8		Engativá	10		Barrios Unidos	12		Los Mártires	14

Antonio Nariño	15		La Candelaria	17		Ciudad Bolívar	19	X
Puente Aranda	16		Rafael Uribe	18		Sumapaz	20	

2. UPZ o UPR: 69

3. Nombre del barrio / Vereda: Santa Viviana

4. Escriba su dirección completa:

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

Número de la vía principal:	Alfabético	BIS	Alfabético	Cuadrante	Número vía generadora	Alfabético		Número placa	Cuadrante
75	D			S E	73	B	-	41	S E

Nombre de la vía principal:

Nombre sinónimo de la vía principal:

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

Complemento dirección.								
AD. Administración	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: 3246737514

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

13. Condición de la vivienda

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

14. Tenencia de la vivienda

Propia	1		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					

SC
P1

SI

	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: 16/11/2023

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

SECCIÓN D. INFORMACIÓN BÁSICA Y TRANSVERSAL SOBRE LA FAMILIA:

La información básica se repite para el jefe de núcleo familiar

No. Integrante	A		B	C	D	E	F	G	H				I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S	T	U	V	W	X			Y		Z	AA	AB		AC	AD
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD		APELLIDOS Escriba: En el 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											SALUD			DISCAPACIDAD		Grupo étnico	Pueblo Indígena	VÍCTIMA DE CONFLICTO ARMADO			
	Tipo	Número							Día	Mes	Año				NIVEL Años aprobados	¿Asiste actualmente?	¿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	Actividad	Rol ocupacional	¿Cuentas horas a la semana dedica a esta ocupación?	Valor de los ingresos mensuales	Forma de percibir los ingresos	Localidad donde realiza actividad principal	Afiliado al régimen de seguridad social	Régimen de seguridad social	Calidad del afiliado	¿Persona con discapacidad?	Tipo			¿Es víctima del conflicto armado?	Motivo	¿Ha recibido capacitación, formación o tiene experiencia en algún arte u oficio?	De acuerdo con la respuesta anterior ¿En qué cree que puede desempeñarse?
1	1	1024529384	1 Cardozo 2 Velasquez	1 Gina 2 Katerin	2	2	2	1	23	02	1992	33	1	1	18	Sí No	X X	X No	X No	Sí No	X X	Sí No	1	1	30	1.000000	2	98	X No	2	1	Sí X		18		Sí X	Sí X No aplica	
2	6	1024618574	1 Carron 2 Cardozo	1 Madisson 2	2	2	2	98	16	2	2024	1	98	5	98	Sí No	Sí X	Sí X	Sí X	Sí X	Sí X	Sí X	Sí X						X No	2	1	Sí X		98		Sí X	Sí X No aplica	
3			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	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	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	Sí No No aplica	

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: 22 04 2023

Número de ficha: 2025 (Año) 1974 (Localidad) 4412 (Proyecto) 0931 (Código unidad operativa)

SECCIÓN B. VARIABLES TRANSVERSALES

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

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

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

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

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

5. Situaciones y/o condiciones diferenciales de las familias: Familia con pertenencia étnica [1] / Familia transgenero [2] / Familia víctimas del conflicto armado [3] / No aplica [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 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] 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] X / No aplica [98] / *Si la respuesta es 2 o 98 Pase a 18* / No [2]

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: 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 X	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	$600.000	Recreación	$ 150.000
Servicios públicos domiciliarios (agua, energía, gas, teléfono fijo, internet, teléfono celular, televisión por cable	$210.000	Gastos en salud (consultas, medicamentos, etc.)	$ 50.000
Pagos a terceros cuidadores	$400.000	Transporte o movilidad de los integrantes del hogar	$ 150.000
Artículos de aseo personal	$ 100.000	Educación (útiles, pensión, transporte escolar, fotocopias, etc.)	$
Alimentación	$ 250.000	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 | No informa 3 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: 4 de 6

Fecha de diligenciamiento: 22 10 2025

Número de ficha: 2025 (Año) 19 (Localidad) 774 (Proyecto) 1209 (Código unidad operativa) 31

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: Sierra Morena

4. Escriba su dirección completa:

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

Número de la vía principal: 73

Nombre de la vía principal:

Nombre sinónimo de la vía principal:

Alfabético	BIS	Alfabético	Cuadrante	Número vía generadora	Alfabético		Número placa	Cuadrante
H			S S	75		-	66	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 X	Tres	3	Cinco	5
Dos	2	Cuatro	4	Cero	0

8. Teléfono fijo de contacto:

9. Teléfono celular de contacto: 3195493905 3219610186

10. Correo electrónico de contacto: Oianam88890@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

	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: 22 MAY 2025

Número de ficha: 2025 (Año) 19 (Localidad) 7744 (Proyecto) 120931 (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	H: Edad aproximada	I: ESTADO CIVIL	J: PARENTESCO (Con jefe/a del núcleo familiar)	K: NIVEL EDUCATIVO ACTUAL – NIVEL	K: NIVEL EDUCATIVO ACTUAL – Años aprobados	L: ¿Asiste actualmente?	L: SISTEMA DISTRITAL DE CUIDADO – ¿Es persona cuidadora/o?	M: Niños/as de 0 a 5 años	N: Niños/as de 6 a 10 años	O: Persona con discapacidad	P: Persona mayor	Q: Cuidado de casa	R: Actividad	S: Pol ocupacional	T: ¿Cuantas horas a la semana dedica a esta ocupación?	U: Valor de los ingresos mensuales	V: Forma de percibir los ingresos	W: Localidad donde realiza actividad principal	X: SALUD – Afiliado al régimen de seguridad social	X: SALUD – Régimen de seguridad social	X: SALUD – Calidad del afiliado	Y: DISCAPACIDAD – ¿Persona con discapacidad?	Y: DISCAPACIDAD – Tipo	Z: Grupo étnico	AA: Pueblo indígena	AB: VICTIMA DE CONFLICTO ARMADO – ¿Es víctima del conflicto armado?	AB: VICTIMA DE CONFLICTO ARMADO – Motivo	AC: ¿Ha recibido capacitación, formación o tiene experiencia en algún arte u oficio?	AD: De acuerdo con la respuesta anterior ¿En qué cree que puede desempeñarse?
1	1	1033704900	1 Castañeda	1 Juan	1	1	1	1	1	1	1989	36	3	1	8		Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	1		48	1'400.000			Si	1	2	Si			Si		Si	
			2 Gomez	2 Gabriel													No	No	No	No	No	No	No							No			No		98	No		No aplica	
2	1	1024494178	1 Ortiz	1 Diana	2	2	2	1	27	8	1989	36	3	3	19		Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	1		48	1'400.000			Si	2	1	Si			Si		Si	
			2 Ordoñez	2 Marcela													No	No	No	No	No	No	No							No			No		98	No		No aplica	
3	1	1025535987	1 Galvis	1 Kimberly	2	2	2	1	20	8	2007	18	1	7	19		Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	18						Si	2	1	Si			Si		Si	
			2 Ortiz	2 Alexandra													No	No	No	No	No	No	No							No			No		98	No		No aplica	
4	6	1029617437	1 Castañeda	1 Matias	1	1	1	98	13	10	2023	2	98	5	98		Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	18			98			Si	2	1	Si			Si		Si	No
			2 Ortiz	2													No	No	No	No	No	No	No							No			No		98	No		No aplica	
5			1	1													Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si							Si			Si			Si		Si	No
			2	2													No	No	No	No	No	No	No							No			No			No		No aplica	

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			1	1												Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí							Sí			Sí				Sí		Sí No	
			2	2												No	No	No	No	No	No	No							No			No				No		No aplica	
7			1	1												Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí							Sí			Sí				Sí		Sí No	
			2	2												No	No	No	No	No	No	No							No			No				No		No aplica	
8			1	1												Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí							Sí			Sí				Sí		Sí No	
			2	2												No	No	No	No	No	No	No							No			No				No		No aplica	
9			1	1												Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí							Sí			Sí				Sí		Sí No	
			2	2												No	No	No	No	No	No	No							No			No				No		No aplica	
10			1	1												Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí							Sí			Sí				Sí		Sí No	
			2	2												No	No	No	No	No	No	No							No			No				No		No aplica	
11			1	1												Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí							Sí			Sí				Sí		Sí No	
			2	2												No	No	No	No	No	No	No							No			No				No		No aplica	
12			1	1												Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí							Sí			Sí				Sí		Sí No	
			2	2												No	No	No	No	No	No	No							No			No				No		No aplica	
13			1	1												Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí							Sí			Sí				Sí		Sí No	
			2	2												No	No	No	No	No	No	No							No			No				No		No aplica	

Tratamiento de datos personales: Los datos personales aquí consignados tienen carácter confidencial, 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 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: 22/02/25

Número Ficha: 2025 (Año) 19 (Localidad) 74 (Proyecto) 4 (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 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 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 X] Ninguna... [93] La elección del acompañante [4]

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

4 ¿En cuánto tiempo desea tener otro embarazo?
Antes de 1 año .. [1] Después de 2 años o más. . [3]
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 X] 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 sobre como iniciar la alimentación complementaria?
Si..... [1 X] No... [2]

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

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

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

1. ¿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?: 38 Semanas
DATO VALIDO ENTRE 22 Y 42

5. ¿Cuál fue el peso de su hija-o al nacer?: 2710 Gramos
DATO VALIDO ENTRE 450 Y 6000

6. ¿Cuál fue la talla de su hija-o al nacer?: 39 Centímetros
DATO VALIDO ENTRE 22 Y 60

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

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

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

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

11. ¿Qué edad tenia 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?: 12/07/2023
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] Traqueotomia ..... [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] 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 PRE[illegible]CIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN S[illegible]AL 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 X | Padrastro 3 | Madrastra 4 | Tío-a..... 6 | Hermano-a.... 5 | 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 | Abuelo-a..... 7 | Otro pariente..... 8 | Otro No pariente 9 X | Nadie..... 10

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

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

8. ¿Cuál es la edad en años del cuidador o la cuidadora principal?: 36

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

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

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

12. Nivel educativo actual del cuidador o la cuidadora principal: Básica primaria..... 7 | Básica secundaria y media 8 | Técnico..... 18 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 X | Otro... 3 ¿Cuál?: _____

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

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

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

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

18. Número de documento de identidad del cuidador-ra principal. 1024494178

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

19. Primer Apellido: Ortiz | **20. Segundo Apellido:** Ordoñez | **21. Primer Nombre:** Diana | **22. Segundo Nombre:** Marcela

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 seccion K*

25. ¿En qué fecha el niño o la niña tuvo la medida de protección legal?: [ ][ ]-[ ][ ]-[ ][ ][ ][ ]

SECCION 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

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?_____

	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. DESCRIPCIÓN Y REFERENCIACIÓN:

1. Descripción de la problemática:

La familia esta conformada por cuatro integrantes, el padre de familia trabaja, la madre, tambien se encuentra laborando. la hermana se encuentra estudiando y mientras tanto le pagan a otra persona por el cuidado del niño. hasta la hora que llegue por el niño ya sea la mamá o el papá.

2. Concepto técnico:

Se le debe garantizar el cupo en el Jardín Infantil Waldorf ya que cumple con los criterios Solicitados, para contribuir al desarrollo integral, social, emocional y de sus habilidades. Sin olvidar hacer valer los derechos y deberes del Participante.

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 [X] PARVULOS [X] 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 [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 pregunta 5*

Motivo: Verificación de las condiciones socio familiares: - Si... [1] - No... [2 X]
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] No oferta niveles [3 X]

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?: ___

	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 Ciudad Bolivar UNIDAD OPERATIVA: Jardin Infantil Waldorf RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA: Francia Posada

NOMBRE DEL RECOLECTOR Brianda Soche DOCUMENTO DE IDENTIDAD CC X CE__ OTRO__ CUAL?_____ Número # 1033736736

NOMBRE SOLICITANTE / BENEFICIARIO Matias Castañeda DOCUMENTO DE IDENTIDAD CC__ CE__ OTRO X CUAL? RC Número # 1024617437

FECHA DE ENTREGA PARA DIGITACIÓN: 16/12/2025 NOMBRE DEL DIGITADOR AL QUE SE ENTREGA LA FICHA: Carol Galindo

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL	PROCESO GESTIÓN DOCUMENTAL FORMATO TESTIGO DOCUMENTAL	Código: FOR-GD-018 Versión: 2 Fecha : Memo I2023023863 - 14/08/2023 Página: 1 de 1

1. Nombre del Expediente	JENSY ALEJANDRA DAVILA AYALA	2. Folio	
3. Nombre de la Serie Documental	HISTORIAS SOCIALES	4. Código Serie Documental	23
5. Nombre de la subserie documental	HISTORIAS SOCIALES DE PRIMERA INFANCIA	6. Código Subserie Documentall	10
7. Fecha de Elaboración	22/01/2025	8. Responsable	YURANNI GARCIA

9. No	10. Fecha del Documento	11. Descripción del Tipo Documental	12. Soporte	13. Formato	Ubicación					
					14. Física			18. Electrónica		
					15. Dep	16. No Caja	17. Consecutivo	19. Repositorio	20. Sistema de Información	21. URL
1	22/01/2025	Ficha Sirbe – Cabezote y variables Específicas- Documento del participante 1251208127	Electrónico	No Aplica	No Aplica	No Aplica	No Aplica	No Aplica	Sistema de información misional Sirbe Web	Sistema de información misional Sirbe Web: https://sirbeweb.sdis.gov.co/
	No Aplica	No Aplica	No Aplica	No Aplica	No Aplica	No Aplica	No Aplica	No Aplica	No Aplica	No Aplica
	No Aplica	No Aplica	No Aplica	No Aplica	No Aplica	No Aplica	No Aplica	No Aplica	No Aplica	No Aplica
	No Aplica	No Aplica	No Aplica	No Aplica	No Aplica	No Aplica	No Aplica	No Aplica	No Aplica	No Aplica
	No Aplica	No Aplica	No Aplica	No Aplica	No Aplica	No Aplica	No Aplica	No Aplica	No Aplica	No Aplica
	No Aplica	No Aplica	No Aplica	No Aplica	No Aplica	No Aplica	No Aplica	No Aplica	No Aplica	No Aplica

22. NOTAS:
La información relacionada con la ficha Sirbe, se encuentra almacenada en el sistema de información misional Sirbe disponible para consulta por los perfiles autorizados.

	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: 02 02 2026

Número de ficha: 2026 19 7744 1209 31
(Año | Localidad | Proyecto | Código unidad operativa)

SECCIÓN A. VARIABLES BÁSICAS

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

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

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

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

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.
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: 1024615770

11. Municipio nacimiento: Cundinamarca

12. Departamento nacimiento: Bogotá

13. País nacimiento: Colombia

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

15. Fecha de nacimiento: (según su documento de identidad) 16 04 2023

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

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

18. Años aprobados:

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

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

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

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

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

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

25. Actividad Principal. * (Esta pregunta aplica solo a personas mayores de 3 años)
Buscando trabajo [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 Sisben: A2

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: 02 04 2026

Número de ficha: 2026 19 7 4 1 2093 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 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]
Rrom (Gitano) [2]
Raizal del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina [3]
Palenquero de San Basilio [4]
Negro/a, Mulato/a, afro colombiano/a, o afro descendiente. [5]
Ninguno de los anteriores [6] X

9. Pueblo indígena (En las instrucciones de diligenciamiento se encuentra la lista completa de los pueblos indígenas con sus respectivos códigos, en la opción otro se debe escribir solo el código que refiera el instructivo)
Nasa (Páez) [1] Quillasinga [4] Sicuani [6] Misak Misak [60] Cañamomos [10] Kichwas [15] Arhuacos [13] Embera Chamí [35] Ninguna de las anteriores [17] 1
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] X Hermano/a [7] Primo/a [9] Nieto/a [11] Otro No pariente [13]
Cónyuge o compañero/a [2] Padrastro / Madrastra [4] Abuelo/a [6] Tío/a [8] Sobrino/a [10] Otro pariente [12] Hijastro [14]

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

12. Número registro único de víctimas

13. Año en que realizo la declaración:

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

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

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

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

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	$ 400.000	Recreación	$ 50.000
Servicios públicos domiciliarios (agua, energía, gas, teléfono fijo, internet, teléfono celular, televisión por cable	$ 200.000	Gastos en salud (consultas, medicamentos, etc.)	$ 30.000
Pagos a terceros cuidadores	$ 400.000	Transporte o movilidad de los integrantes del hogar	$ 200.000
Artículos de aseo personal	$ 150.000	Educación (útiles, pensión, transporte escolar, fotocopias, etc.)	$ 0
Alimentación	$ 250.000	Total	$ 1680.000

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

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: 4 de 6

Fecha de diligenciamiento: 02022026

Número de ficha: 2026 | 19 | 77 | 44 | 12 | 09 | 31
(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 Bolivar	19 X
Chapinero	2	San Cristóbal	4	Tunjuelito	6	Kennedy	8	Engativá	10	Barrios Unidos	12	Los Mártires	14	Puente Aranda	16	Rafael Uribe	18	Sumapaz	20

2. UPZ o UPR: 69

3. Nombre del barrio / Vereda: Santa Viviana

4. Escriba su dirección completa:

Calle	CL	Transversal	TV X	Avenida	AV	Número de la vía principal: 74	Alfabético: C	BIS: Alfabético	Cuadrante: S S / E E	Número vía generadora: 75	Alfabético: D	Número placa: 38	Cuadrante: S S / E E
Carrera	KR	Avenida calle	AC			Nombre de la vía principal:							
Diagonal	DG	Avenida carrera	AK			Nombre sinónimo de la vía principal:							

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

Complemento dirección:								
AD. Administración	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. Deposito sotano	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: 3232395254

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 X
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: 02 02 2026

Número de ficha: 2026 19 7744 1204 31
(Año · Localidad · Proyecto · Código unidad operativa)

SECCIÓN D. INFORMACIÓN BÁSICA Y TRANSVERSAL SOBRE LA FAMILIA:

La información básica se repite para el jefe de núcleo familiar

No. Integrante	A		B	C	D	E	F	G	H				I	J	K		L	M	N	O	P	Q	R	S	T	U	V	W	X			Y		Z	AA	AB		AC	AD
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD		APELLIDOS Escriba: En el 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	VICTIMA 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 cuidadora/o?	Niños/as de 0 a 5 años	Niños/as de 6 a 10 años	Persona con discapacidad	Persona mayor	Cuidado de casa							Afiliado al régimen de seguridad social	Régimen de seguridad social	Calidad del afiliado	¿Persona con discapacidad?	Tipo			¿Es víctima del conflicto armado?	Motivo		
1		1015464140	1 Valencia 2 Garcia	1 Viviana 2 Andrea	2	2	2	1	13	05	1996	28	1	3	8	Si No	X X	X No	X No	Si X	Si X	Si No	1	4	32	600000	4	19	X No	2	1	Si X		98		Si X		Si No aplica	
2		1233504281	1 Figueroa 2 Valencia	1 Leiver 2 Esteban	1	1	1	98	18	01	2017	9	98	5	98	Si No	X X	Si X	Si X	Si X	Si X	Si X							X No	2	1	Si X		98		Si X		Si No aplica	
3		1024615790	1 Figueroa 2 Valencia	1 Johan 2 Nicolas	1	1	1	98	16	04	2023	2	98	5	98	Si X	Si X	Si X	Si X	Si X	Si X	Si X							X No	2	1	Si X		98		Si X		Si No aplica	
4			1 2	1 2												Si No	Si No	Si No	Si No	Si No	Si No	Si No							Si No			Si No				Si No		Si No No aplica	
5			1 2	1 2												Si No	Si No	Si No	Si No	Si No	Si No	Si No							Si No			Si No				Si No		Si No No aplica	

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 de núcleo familiar)	NIVEL EDUCATIVO ACTUAL NIVEL Años aprobados	¿Asiste actualmente?	SISTEMA DISTRITAL DE CUIDADO ¿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	Actividad	Rol ocupacional	¿Cuantas horas a la semana dedica a esta ocupación?	Valor de los ingresos mensuales	Forma de percibir los ingresos	Localidad donde realiza actividad principal	SALUD Afiliado al régimen de seguridad social	Régimen de seguridad social	Calidad del afiliado	DISCAPACIDAD ¿Persona con discapacidad?	Tipo	Grupo étnico	Pueblo indígena	VÍCTIMA DE CONFLICTO ARMADO ¿Es víctima del conflicto armado?	Motivo	¿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																											
6			1	1											Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí							Sí			Sí				Sí		Sí / No	
			2	2											No	No	No	No	No	No	No							No			No				No		No aplica	
7			1	1											Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí							Sí			Sí				Sí		Sí / No	
			2	2											No	No	No	No	No	No	No							No			No				No		No aplica	
8			1	1											Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí							Sí			Sí				Sí		Sí / No	
			2	2											No	No	No	No	No	No	No							No			No				No		No aplica	
9			1	1											Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí							Sí			Sí				Sí		Sí / No	
			2	2											No	No	No	No	No	No	No							No			No				No		No aplica	
10			1	1											Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí							Sí			Sí				Sí		Sí / No	
			2	2											No	No	No	No	No	No	No							No			No				No		No aplica	
11			1	1											Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí							Sí			Sí				Sí		Sí / No	
			2	2											No	No	No	No	No	No	No							No			No				No		No aplica	
12			1	1											Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí							Sí			Sí				Sí		Sí / No	
			2	2											No	No	No	No	No	No	No							No			No				No		No aplica	
13			1	1											Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí							Sí			Sí				Sí		Sí / No	
			2	2											No	No	No	No	No	No	No							No			No				No		No aplica	

Tratamiento de datos personales: Los datos personales aqui 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.

	PROCESO PRES[illegible]CION DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SO[illegible]L	Código:	FOR-PSS-334
	PROYECTO 7744 GENERACION DE OPORTUNIDADES PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA DE BOGOTÁ	Versión:	2
		Fecha:	Memo I2023016020-24/05/2023
	FORMATO FICHA SIRBE SERVICIOS: JARDINES INFANTILES Y CRECIENDO JUNTOS	Página:	1 de 4

Fecha de diligenciamiento: 20260202 Número Ficha: 2026 (Año) 19 (Localidad) 7744 (Proyecto) 1209 (Código Unidad Operativa) 31

SECCIÓN E. MODALIDAD DE ATENCIÓN

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 sección I.

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

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

SECCIÓN F. A QUIEN VA DIRIGIDA LA MODALIDAD FAMILIAR.

1. La modalidad es dirigida para: Gestante [ ] Pase a sección G. Niña - niño [ ]

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

3. ¿La niña o niño es menor de 6 meses y está lactando? Si [ ] Pase a sección H. No [ ] Pase a pregunta 4

SECCIÓN G. CONCEPCIÓN Y GESTACIÓN.

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

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

3. ¿Fecha del último control médico?:

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

5. ¿Qué edad tiene el padre de la hija- hijo que espera?: Entre 14 y 16 años [ ] Entre 21 y 40 años [ ] Entre 17 y 20 años [ ] Más de 41 años [ ] Menor de 14 años [ ] No sabe [ ]

6. ¿Cuál de los siguientes apoyos recibirá para el cuidado de su hija-hijo cuando regrese a sus actividades laborales o de estudio?: Si [ ] No [ ]

7. ¿Quién cuidará principalmente a su hija-hijo después del nacimiento de?: Padres [ ] Sólo Padre [ ] Otros parientes [ ] Sólo Madre [ ] Abuelo-a [ ] Otros no parientes [ ] Modalidad institucional para la primera infancia [ ]

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

9. ¿Quién le brindó la información sobre estos derechos?: Hospital [ ] SDIS [ ] Colegio [ ] ONG [ ] Amigos-as [ ] Hermanos-as [ ] Pareja [ ] Otra [ ]

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

Derechos sexuales y reproductivos [1] Lactancia materna [3] Construcción del vínculo afectivo madre- hijo [6]

Roles femeninos 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 brindó la información sobre los temas anteriores?: Hospital [1] SDIS [2] Colegio [3] ONG [4] Otra entidad [5] Partera- doula [9] Otra persona [6]

12. ¿Usted desea abortar el embarazo? Si [ ] No [ ]

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 [ ] No [ ]

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

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

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

SECCIÓN H. INFORMACIÓN 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 produciría el parto [1] Tipo de parto [2] La posición de parto [3] La elección del acompañante [4] Ninguna [93]

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

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

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

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

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]

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

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

1. ¿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. Quién 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?: 33 Semanas
DATO VALIDO ENTRE 22 Y 42

5. ¿Cuál fue el peso de su hija-o al nacer?: 2.350 Gramos
DATO VALIDO ENTRE 400 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?: 26 Meses

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

14. ¿Fecha del último control?: 16/05/2025
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] Alimentacion por sonda [3] Procedimientos invasivos [5] Toma de medicamentos [7] Condiciones osteomusculares [9]
Uso de oxigeno permanente [2] Traqueotomia [4] Inmunodeficiencia [6] Alteraciones en la piel [8] Ninguno de los anteriores [96]

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

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] 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 [2] 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]

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]

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 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]

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]

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?: 29

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] X Básica secundaria y media [8] Técnico... [18] Tecnológico... [19] Universitaria incompleta (sin título) [21] Universitaria completa (con título)... [22] Ninguno [99] Posgrado incompleto (sin título)... [22] Posgrado 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 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: 1015464190.

Nombres y apellidos del cuidador principal *(según documento de identidad)*: 19. Primer Apellido: Valencia | 20. Segundo Apellido: Garcia | 21. Primer Nombre: Viviana | 22. Segundo Nombre: Andred.

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?:

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

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

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

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

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

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

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

1. ¿El niño, 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 N*

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

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

SECCIÓN M. DISCAPACIDAD Y ALTERACIONES EN EL DESARROLLO: Si en la pregunta 1 de la sección B del cabezote indicó que la niña o niño, gestante presenta alguna discapacidad diligenció 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 mental... [ ] Del desarrollo motor... [ ] Del comportamiento a nivel cognitivo... [ ] De los procesos cognitivos... [ ]

TRANS. ESPECTRO AUTISTA (TEA): TEA... [ ]

AUDITIVA: Hipoacusia... [ ] Sordera... [ ]

VISUAL: Baja visión... [ ] Ceguera... [ ]

INTELECTUAL: Síndrome de Down... [ ] Intelectual... [ ]

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

PSICOSOCIAL: Psicosocial... [ ]

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

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

4. La niña o el niño 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?

	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 I2023015029-24/05/2023 Página: 4 de 4

SECCIÓN N. DESCRIPCIÓN Y REFERENCIACIÓN:

1. Descripción de la problemática:

La familia del niño Johan esta Compuesta por su madre la Sra. Viviana quien Trabaja los fines de Semana en una Casa haciendo aseo, Su hermano de 9 años quien estudia en estos Momentos, La Sra. Viviana es quien Cuida de sus hijos principalmente.

2. Concepto técnico:

Se le debe garantizar el cupo al niño en el jardin infantil Waldorf, ya que cumple con los criterios Solicitados y de esa manera poder brindar un espacio optimo para el desarrollo de sus habilidades teniendo una parcitipacion integral, Social y emocional sin olvidar los derechos y deberes del niño.

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 pregunta 5*

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

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

SED [1] ICBF [2] Ninguno de los anteriores [3] 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] No oferta niveles [3] X

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

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

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

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

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: ☐ EL EN CASA ☐ MULTIMODAL ☐

	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 Ciudad Bolívar UNIDAD OPERATIVA: Jardín Infantil Waldorf RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA: Francia Acosta.

NOMBRE DEL RECOLECTOR Tatiana Guerrero DOCUMENTO DE IDENTIDAD CC X CE__ OTRO__ CUAL?_____ Número # 1033765023

NOMBRE SOLICITANTE / BENEFICIARIO Johan Figueroa DOCUMENTO DE IDENTIDAD CC__ CE__ OTRO X CUAL? PC Número # 1024615770

FECHA DE ENTREGA PARA DIGITACIÓN: 04/02/2026. NOMBRE DEL DIGITADOR AL QUE SE ENTREGA LA FICHA: Carol Galindo.

No contesto

	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: 29 01 2026

Número de ficha: 2026 19 77 44 12 09 31
(Año / Localidad / Proyecto / Código Unidad operativa)

SECCIÓN A. VARIABLES BÁSICAS

1. Primer Apellido, según su documento de identidad: Gomez	2. Segundo Apellido, según su documento de identidad: Diaz	3. Primer Nombre, según su documento de identidad: Julian	4. Segundo Nombre, según su documento de identidad: David .

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)
Otro [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] Transgenero Femenina [2]

8. ¿Cuál es su orientación sexual? * (Esta pregunta aplica solo a personas mayores de 14 años):
Heterosexual [1] Bisexual [3] Cuál ¿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 [6]

10. Número de documento de identificación: 1023424047

11. Municipio nacimiento: Cundinamarca

12. Departamento nacimiento: Bogotá

13. País nacimiento: Colombia.

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

15. Fecha de nacimiento (según su documento de identidad): 01 06 2023

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

17. Nivel educativo actual:
Educación inicial (modalidad institucional) [27] Básica primaria [7] Básica secundaria y media [8] Preescolar [5] Técnico [16] Tecnológico [18] Universitaria (incompleta (sin título)) [21] Universitaria completa (con título) [12] Posgrado incompleto (sin título) [22] Posgrado completo (con título) [15] Educación desde la propia [25] Ninguno [1]
Para niños, niñas menores de 5 años

18. ¿Es cuidador/a? * (pregunta para mayores de 14 años)
Si [1] No [2] (pase a la pregunta 20)

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

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

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

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

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

24. Actividad Principal * (Esta pregunta aplica solo a personas mayores de 14 años)
Buscando trabajo [2] Trabajo no remunerado [4] Sin actividad [8]
Estudiando [3] Jubilado/a / pensionado [6] Cuidador/a [11]
Trabajo Formal [13] Trabajo Informal [15] No aplica [99]

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

26. ¿Cuántas horas a la semana dedica a su ocupación seleccionada? (Esta pregunta aplica solo a mayores de 14 años)
Horas

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

28. 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]

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

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

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

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

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

34. Clasificacion Sisbén: C5

	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: 29/01/2026

Número de ficha: 2026 (Año) 19 (Localidad) 774 (Proyecto) 1209 (Código unidad operativa) 31

SECCIÓN B. VARIABLES TRANSVERSALES

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

2. Tipo de discapacidad

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

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

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

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

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

Nasa (Páez) [1]
Wayuu [2]
Pastos [65]
Quillasinga [4]
Uitotos [85]
Senú [5]
Sicuani [6]
Tubu [67]
Yanaconas [7]
Misak Misak [60]
Eperara-siapidara [30]
Ingas [9]
Cañamomos [10]
Muscas [16]
Awa (Kwaiker) [11]
Kichwas [15]
Kankuamo [45]
Kogui [49]
Arhuacos [13]
Pijao [14]
Kubeo [50]
Embera Chami [35]
Embera Dóbida [29]
Embera Katio [34]
Ninguna de las anteriores [17] X
Otro ¿cuál? Digite código del instructivo

10. Parentesco con jefe/a de la familia:

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

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

12. Número registro único de víctimas

13. Año en que realizo la declaración

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

Acto terrorista, atentado [1]
Combates, enfrentamientos [2]
Orfandad [16]
Amenazas [3]
Homicidio [4]
No informa [17]
Masacres [5]
Secuestro [6]
Tortura [7]
Despojo y abandono de tierras [8]
Desaparición forzada [9]
Desplazamiento forzado [10]
Minas personales, municiones sin explotar y artefactos explosivos [11]
Vinculación de niños/as y adolescentes a grupos al margen de la ley [12]
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] X / No [2] / No aplica [98]
Si la respuesta es 2 o 95 Pase a 18

	PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL FORMATO FICHA SIRBE SERVICIOS SOCIALES INFORMACIÓN BÁSICA Y TRANSVERSAL: CABEZOTE	Código: FOR-PSS-321 Versión: 1 Fecha: Memo 20230152555 - 25/05/2023 Página: 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 X	Cocina 17	Carpintería 21
Artesanías 2	Ventas ambulantes 6	Cuidado de personas enfermas 10	Jardinería 14	Sistemas 18	Pomería 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 ¿Cuantos 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	$ 450.000	Recreación	$ 80.000
Servicios públicos domiciliarios (agua energía gas teléfono fijo, internet teléfono celular, televisión por cable	$ 100.000	Gastos en salud (consultas, medicamentos, etc.)	$ 100.000
Pagos a terceros cuidadores	$ 100.000	Transporte o movilidad de los integrantes del hogar	$ 180.000
Artículos de aseo personal	$ 150.000	Educación (útiles, pensión transporte escolar, fotocopias, etc.)	$ 70.000
Alimentación	$ 400.000	Total	$ 1'630.000

20. ¿Usted se considera campesino/a? Se responde lo que diella 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 diele 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: 29 01 2026

Número de ficha: 2026 19 7744 1209 31

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 Bolivar 19 X

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

2. UPZ o UPR: 69

3. Nombre del barrio / Vereda: Sierra Morena.

4. Escriba su dirección completa:

Calle CL | Transversal TV X | Avenida AV

Carrera KR | Avenida calle AC

Diagonal DG | Avenida carrera AK

Número de la vía principal: 73

Nombre de la vía principal:

Nombre sinónimo de la vía principal:

Alfabético	BIS	Cuadrante	Número vía generadora	Alfabético	Número placa	Cuadrante
G	Alfabético	S / E	75	A	21	S / 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	SP. 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: 3207678404 / 3186967732

10. Correo electrónico de contacto: yimyapariciogomez@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

Aceptable 4 X

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

	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 20230115255 - 25/05/2023 Página: 5 de 6

Fecha de diligenciamiento: 29 01 2026

Número de ficha: 2026 19 7744 12 09 31
(Año · Localidad · Proyecto · Código unidad operativa)

SECCIÓN D. INFORMACIÓN BÁSICA Y TRANSVERSAL SOBRE LA FAMILIA:

La información básica se repite para el jefe de núcleo familiar

No. Integrante	A		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 nombre 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	¿Cuántas horas a la semana dedica a esta ocupación?	Valor de los ingresos mensuales	Fuente de percibió los ingresos	Actividad de 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				¿Vive actualmente?	¿Es persona cuidadora/a?	Niños/as de 0 a 5 años	Niños/as de 6 a 10 años	Persona con discapacidad	Persona mayor	Calidado de esa							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	79.606.374	1 Gomez 2 Ramirez	1 Yimy 2 Aparicio	1	1	1	1	04	11	1972	54	3	1	8	Si X	Si X	Si X	Si X	Si X	Si X	Si X	1	3	46	2'200.000	1	98	X No	2	1	Si X		98	Si X		Si No aplica	
2	1	1018629364	1 Diaz 2 Galviz	1 Mary 2 Yohana	2	2	2	1	28	10	1986	38	3	3	8	Si X	Si X	Si X	Si X	Si X	Si X	Si X	1	3	46	2'000.000	1	98	X No	2	1	Si No		98	Si X		Si No aplica	
3	6	1021319542	1 Gomez 2 Diaz	1 Juan 2 Nicolas	1	1	1	98	28	02	2002	3	98	5	98	Si X	Si X	Si X	Si X	Si X	Si X	Si X	98						X No	2	1	Si X		98	Si X		Si No aplica	
4	6	1023424047	1 Gomez 2 Diaz	1 Julian 2 David	1	1	1	98	01	06	2023	2	98	5	98	Si X	Si X	Si X	Si X	Si X	Si X	Si X	98						X No	2	1	Si X		98	Si X		Si No aplica	
5			1 2	1 2												Si No	Si No	Si No	Si No	Si No	Si No	Si No							Si No			Si No			Si No		Si No aplica	

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

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

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

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

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

5. ¿Cuál fue el peso de su hija-o al nacer?: 3100 Gramos
DATO VALIDO ENTRE 450 Y 6000

6. ¿Cuál fue la talla de su hija-o al nacer?: 51 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 pregunta13

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

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

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

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

12. ¿Qué edad tenia su hija-o cuando dejo de darle leche materna completamente?: 1 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?: 12/12/2025
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 | Traqueotomia . ..... 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 | No... 2 | Requiere verificación. 3

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 | 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 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

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 | 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 X | No..... 2

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

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

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

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

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

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

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

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

8. ¿Cuál es la edad en años del cuidador o la cuidadora principal?: 65

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 X | 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 | Ninguno: 99

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 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: 19 | PPT: 21 | Salvo conducto: 9 | Sin identificación: 8

18. Número de documento de identidad del cuidador-ra principal: 65296976

Tipo de y número del documento de identidad del cuidador-ra principal (seg. la numeración anterior) | 19. Primer Apellido: Galvis | 20. Segundo Apellido: | 21. Primer Nombre: mary | 22. Segundo Nombre:

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

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

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

2. La familia de la niña o el niño o la gestante a partir de sus prácticas culturales se reconoce como: Campesino /a: 1 | Rural: 2 *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 niña 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 indicó que se reconoce perteneciente a un grupo étnico diligenció esta sección, de lo contrario *pase a sección M*

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

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

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

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 indicó que la niña o niño, gestante presenta alguna discapacidad diligenció 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 (PMOC):

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?

	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. DESCRIPCIÓN Y REFERENCIACIÓN:

1. Descripción de la problemática:
La familia del niño se encuentra conformada por su padre, su mamá, su hermano mayor y el. Se encuentran diariamente a el Cuidado de su abuela materna ya que su padre y su madre laboran.

2. Concepto técnico:
Se debe garantizar el cupo en el Jardín Infantil Waldorf ya que cumple con los criterios solicitados, ademas buscamos un espacio optimo para su desarrollo integral, social, emocional y desarrollo motor, dando cumplimiento a los derechos y deberes del niño.

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 ☐ 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?: ___

	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 Ciudad Bolívar UNIDAD OPERATIVA: Jardín Infantil Waldorf. RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA: Francia Posada.

NOMBRE DEL RECOLECTOR Tatiana Guerrero DOCUMENTO DE IDENTIDAD CC ☒ CE ☐ OTRO ☐ CUAL? ___ Número # 1083765023

NOMBRE SOLICITANTE / BENEFICIARIO Julian Gomez DOCUMENTO DE IDENTIDAD CC ☐ CE ☐ OTRO ☒ CUAL? RC Número # 1023424047

FECHA DE ENTREGA PARA DIGITACIÓN: 02/02/2026 NOMBRE DEL DIGITADOR AL QUE SE ENTREGA LA FICHA: Carol Galindo.

	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: 22/MAR/2025

Número de ficha: 2025 (Año) 19 (Localidad) 7744 (Proyecto) 1209 (Código unidad operativa) 3

SECCIÓN A. VARIABLES BÁSICAS

1. Primer Apellido, según su documento de identidad:	2. Segundo Apellido, según su documento de identidad:	3. Primer Nombre, según su documento de identidad:	4. Segundo Nombre, según su documento de identidad
Jimenez	Paracha	Dulce	Maria.

5. ¿Con cuál género se identifica? * (Esta pregunta aplica solo a personas mayores de 14 años):	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)	8. ¿Cuál es su orientación sexual?: * (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	———	Transgénero Masculino 1 · Transgénero Femenina 2	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	1243765230	Bogotá	Cundinamarca

13. País nacimiento:	14. Sexo de nacimiento:	15. Fecha de nacimiento *(según su documento de identidad)*	16. Estado civil
Colombia	Hombre 1 · Mujer 2 X · Intersexual 3	24/ABR/2023	Soltero/a 1 · Casado/a 2 · Unión libre 3 · Separado/a Divorciado/a 4 · Viudo/a 5 · Unión marital de hecho 6

17. Nivel educativo actual									18. Años aprobados:
Educación Inicial modalidad familiar 26	Preescolar 6	Básica secundaria y media 3	Tecnológico 19	Universitaria completa (con título) 12	Postgrado completo (con título) 15				
Educación inicial modalidad institucional 27	Básica primaria 7	Técnico 18	Universitaria incompleta (sin título) 21	Postgrado incompleto (sin título) 22	Educación desde lo propio 25	Ninguno 1			

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

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

28. Valor de los ingresos mensuales: * (Esta pregunta aplica solo a personas mayores de 14 años)	29. Forma de percibir los ingresos: *(Aplica solo a personas mayores de 14 años)*	30. Localidad donde desarrolla su rol ocupacional * (Esta pregunta aplica solo a personas mayores de 14 años)								
$	Diario 1 · Semanal 4 · Mensual 2 · Quincenal 3 · Esporádico 3 · No aplica 98	Usaquén 1 · San Cristóbal 4 · Bosa 7 · Engativá 10 · Teusaquillo 14 · Puente Aranda 16 · Ciudad Bolívar 19 Chapinero 2 · Usme 5 · Kennedy 8 · Suba 11 · Los Mártires 13 · 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 · No 2 X	

OK

Fecha de diligenciamiento: 22 11 08 2023

Número de ficha: 2025 1977441209 31
(Año: 2025 | Localidad: 19 | Proyecto: 774 | Código unidad operativa: 41209 31)

SECCIÓN B. VARIABLES TRANSVERSALES

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

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

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

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

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

9. Pueblo indígena: (En las instrucciones de diligenciamiento se encuentra la lista completa de los pueblos indígenas con sus respectivos códigos, en la opción otro se debe escribir solo el código que refiera el instructivo
Nasa (Paéz) [1] Quillasinga [4] Sicuani [6] Misak Misak [60] Cañamomos [10] Kichwas [15] Arhuacos [13] Embera Chamí [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] X Hermano/a [7] Primo/a [9] Nieto/a [11] Otro No pariente [13]
Cónyuge o compañero/a [2] Padrastro / Madrastra [4] Abuelo/a [6] Tío/a [8] Sobrino/a [10] Otro pariente [12] Hijastro [14]

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

12. Número registro único de víctimas

13. Año en que realizo la declaración:

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

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

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

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

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	$ 550.000	Recreación	$ 100.000
Servicios públicos domiciliarios (agua, energía, gas, teléfono fijo, internet, teléfono celular, televisión por cable	$ 200.000	Gastos en salud (consultas, medicamentos, etc.)	$ 30.000
Pagos a terceros cuidadores	$ 200.000	Transporte o movilidad de los integrantes del hogar	$ 200.000
Artículos de aseo personal	$ 100.000	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

Fecha de diligenciamiento: 22102025

Número de ficha: 2025 (Año) 19 (Localidad) 774 (Proyecto) 4120931 (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: C	BIS: Alfabético	Cuadrante: S / E	Número vía generadora: 73	Alfabético: G	–	Número placa	Cuadrante: S / E
Carrera	KR	Avenida calle	AC			Nombre de la vía principal:								
Diagonal	DG	Avenida carrera	AK			Nombre sinónimo de la vía principal:								

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

Complemento dirección:								
AD. Administración	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: 3006707788 / 3197283942

10. Correo electrónico de contacto: enkajahana706@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

	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: 22/02/2023

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

SECCIÓN D. INFORMACIÓN BÁSICA Y TRANSVERSAL SOBRE LA FAMILIA:

La información básica se repite para el jefe de núcleo familiar

No. Integrante	A		B	C	D	E	F	G	H				I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S	T	U	V	W	X			Y		Z	AA	AB		AC	AD
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD		APELLIDOS Escriba: En el 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	¿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							Dia	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	52.124.190	1 Parada 2 Caro	1 Olga 2 Marina	2	2	2	1	25	05	1974	51	1	1	8	Si No	Si No	Si No	Si No	Si No	Si No	Si No	1		48	1400000			X No	1	2	Si No		68		Si No		Si No aplica	
2	1	1002700523	1 Parada 2 Caro	1 Erika 2 Jhana	2	2	2	1	09	06	2000	25	1	3	18	Si No	Si No	Si No	Si No	Si No	Si No	Si No							X No	2	1	Si No		08		Si No		Si No aplica	
3	6	1029297810	1 Serna 2 Cuervo	1 Emy 2 Luciana	2	2	2		01	03	2019	6	98	10	7	Si No	Si No	Si No	Si No	Si No	Si No	Si No							X No	2	1	Si No		68		Si No		Si No aplica	
4	6	1243765230	1 Jimenez 2 Parada	1 Dulce 2 Maria	2	2	2		24	04	2023	2	98	5	98	Si No	Si No	Si No	Si No	Si No	Si No	Si No	98						X No	2	1	Si No		62		Si No		Si No aplica	
5			1 2	1 2												Si No	Si No	Si No	Si No	Si No	Si No	Si No							Si No			Si No				Si No		Si No aplica	

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: 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	¿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			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		
6			1	1											Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí							Sí			Sí				Sí		Sí No	
			2	2											No	No	No	No	No	No	No							No			No				No		No aplica	
7			1	1											Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí							Sí			Sí				Sí		Sí No	
			2	2											No	No	No	No	No	No	No							No			No				No		No aplica	
8			1	1											Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí							Sí			Sí				Sí		Sí No	
			2	2											No	No	No	No	No	No	No							No			No				No		No aplica	
9			1	1											Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí							Sí			Sí				Sí		Sí No	
			2	2											No	No	No	No	No	No	No							No			No				No		No aplica	
10			1	1											Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí							Sí			Sí				Sí		Sí No	
			2	2											No	No	No	No	No	No	No							No			No				No		No aplica	
11			1	1											Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí							Sí			Sí				Sí		Sí No	
			2	2											No	No	No	No	No	No	No							No			No				No		No aplica	
12			1	1											Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí							Sí			Sí				Sí		Sí No	
			2	2											No	No	No	No	No	No	No							No			No				No		No aplica	
13			1	1											Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí							Sí			Sí				Sí		Sí No	
			2	2											No	No	No	No	No	No	No							No			No				No		No aplica	

Tratamiento de datos personales: Los datos personales aquí consignados tienen carácter confidencial, 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.

Fecha de diligenciamiento: 2 2 1 0 2 0 2 5

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

Año | Localidad | Proyecto | 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 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 niña-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] X

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

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

4 ¿En cuánto tiempo desea tener otro embarazo?
Antes de 1 año .. [1] Después de 2 años o más. . [3]
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] X 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 sobre como iniciar la alimentación complementaria?
Si..... [1] X No.... [2]

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

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 X] 2 horas..... [3]
1 hora..... [2] Más de 4 horas... [4]

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

5. ¿Cuál fue el peso de su hija-o al nacer?: 3050 Gramos
DATO VALIDO ENTRE 450 Y 6000

6. ¿Cuál fue la talla de su hija-o al nacer?: 48.5 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]
Menos de 1 hora. [2 X] Más de 24 horas..... [4] No sabe/No responde [5]

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

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

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

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

13. ¿Asiste a valoración integral de la salud y el desarrollo (crecimiento y desarrollo) ?:
Si..... [1] 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 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 X] 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 Y]

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]

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 X | Padrastro 3 | Madrastra 4 | Hermano-a..... 5 | Tío-a..... 6 | Abuelo-a..... 7 | Otro pariente..... 8 | Otro No pariente 9

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

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

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

8. ¿Cuál es la edad en años del cuidador o la cuidadora principal?: 25

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

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

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

12. Nivel educativo actual del cuidador o la cuidadora principal: Básica primaria..... 7 | Básica secundaria y media 8 | Técnico..... 18 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 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. 1002900523

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

19. Primer Apellido: Parada

20. Segundo Apellido: Caro

21. Primer Nombre: Erika

22. Segundo Nombre. Johana.

23. ¿La niña-niño se encuentra bajo medida de protección legal?: Si.. X | No 2

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

25. ¿En qué fecha el niño o la niña tuvo la medida de proteccion legal?: 28/05/2025

SECCION 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 m*

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

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 familia esta conformada por cinco integrantes, la abuela materna es la que trabaja y aporta al hogar, la madre de la niña no se encuentra trabajando por cuidar de su hija y de una sobrina que tiene seis años, el padre de la niña la visita cada quince dias como esta acordado por la acta de conciliación y económicamente también. la madre busca Jardín para la niña y de esa manera poder buscar trabajo y asi ayudar en el hogar.

2. Concepto técnico:

Se le debe garantizar el cupo en el Jardín infantil Waldorf ya que cumple con los criterios para el ingreso, además brindarle un espacio para desarrollar sus habilidades, un desarrollo integral, social, emocional de la menor para dar cumplimiento a los derechos y deberes de la menor.

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 [X] 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 [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 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 X]

6. La unidad operativa ofrece nivel pre jardin 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?: _____

	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 Ciudad Bolivar UNIDAD OPERATIVA: Jardin Infantil waldorf RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA: Francia Posada

NOMBRE DEL RECOLECTOR Miranda Soche DOCUMENTO DE IDENTIDAD CC X CE__ OTRO__ CUAL?_____ Número # 1033136736

NOMBRE SOLICITANTE / BENEFICIARIO Dulce Maria Jimenez DOCUMENTO DE IDENTIDAD CC__ CE__ OTRO X CUAL? R.C. Número # 1243-165-730

FECHA DE ENTREGA PARA DIGITACIÓN: 16/12/2025 NOMBRE DEL DIGITADOR AL QUE SE ENTREGA LA FICHA: Carol Galindo

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. 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: 12/12/2023

Número de ficha: 2025 (Año) 19 (Localidad) 744 (Proyecto) 1209 (Código unidad operativa) 31

SECCCIÓN A. VARIABLES BÁSICAS

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

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

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

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

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:
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: 1028623683

11. Municipio nacimiento: cundinamarca

12. Departamento nacimiento: Bogotá

13. País nacimiento: Colombia

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

15. Fecha de nacimiento:*(según su documento de identidad)* 03/12/2004

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
Educacion 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]

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 Bolivar [19]
Chapinero [2] Usme [5] Kennedy [8] Suba [11] Los Mártires [14] La Candelaria [17] Sumapaz [20]
Santa fe [3] Tunjuelito [6] Fontibón [9] Barrios Unidos [12] Antonio Nariño [15] Rafael Uribe [18] No Aplica [98]

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

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

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

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

35. Clasificación Sisbén: B6

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: 12 04 2025

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

SECCIÓN B. VARIABLES TRANSVERSALES

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

2. Tipo de discapacidad

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

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

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

4. Tipología de estructura familiar:

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

5. Situaciones y/o condiciones diferenciales de las familias

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

No [2] 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 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	$350.000	Recreación	$100.000
Servicios públicos domiciliarios (agua, energía, gas, teléfono fijo, internet, teléfono celular, televisión por cable	$200.000	Gastos en salud (consultas, medicamentos, etc.)	$20.000
Pagos a terceros cuidadores	$200.000	Transporte o movilidad de los integrantes del hogar	$180.000
Artículos de aseo personal	$200.000	Educación (útiles, pensión, transporte escolar, fotocopias, etc.)	$0
Alimentación	$300.000	Total	$1'250.000

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 | No informa 3 X

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 | No informa 3 X

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: 12/12/2025

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: Sierra Morena

4. Escriba su dirección completa:

Calle CL | Transversal TV X | Avenida AV

Carrera KR | Avenida calle AC

Diagonal DG | Avenida carrera AK

Número de la vía principal: 73

Nombre de la vía principal:

Nombre sinónimo de la vía principal:

Alfabético	BIS	Cuadrante	Número vía generadora	Alfabético	Número placa	Cuadrante
G	BIS Alfabético	S S E E	73	C	39	S S 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 X | Tres 3 | Cinco 5

Dos 2 | Cuatro 4 | Cero 0

8. Teléfono fijo de contacto:

9. Teléfono celular de contacto: 3208017240 3028685414

10. Correo electrónico de contacto: gonzaclau1997@gmail.es

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: 18/12/2025

Número de ficha: 2025 | 19 | 7 | 44 | 120 | 9 | 31
(Año | Localidad | Proyecto | Código unidad operativa)

SECCIÓN D. INFORMACIÓN BÁSICA Y TRANSVERSAL SOBRE LA FAMILIA:

La información básica se repite para el jefe de núcleo familiar

No. Integrante	A		B	C	D	E	F	G	H				I	J	K		L	M	N	O	P	Q	R	S	T	U	V	W	X			Y		Z	AA	AB		AC	AD
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD		APELLIDOS Escriba: En el 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		
1	1	1032413782	1 Martinez 2 Lopez	1 Hernan 2 Yesid	1	1	1	1	19	06	1988	37	3	1	8	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	1	4	32	1400000	2	98	Sí No	2	1	Sí No		98		Sí No		Si / No No aplica	
2	1	1022918775	1 Duarte 2 Gonzalez	1 Claudia 2 Judith	2	2	2	1	23	06	1992	33	3	3	8	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	1	3	48	1400000	2	19	Sí No	2	1	Sí No		98		Sí No		Si / No No aplica	
3	3	1028621638	1 Zabala 2 Duarte	1 Gabriela 2	2	2	2	98	24	08	2012	13	98	5	8	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No							Sí No	2	1	Sí No		98		Sí No		Si / No No aplica	
4	6	1028623683	1 Martinez 2 Duarte	1 Yoser 2 David	1	1	1	98	3	01	2024	2	98	5	98	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No							Sí No	2	1	Sí No		98		Sí No		Si / 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		Si / No No aplica	

	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	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				¿Asiste actualmente?	¿Es persona cuidadora/o?	Niños/as de 0 a 5 años	Niños/as de 6 a 10 años	Persona con discapacidad	Persona mayor	Cuidado de casa							Afiliado al régimen de seguridad social	Régimen de seguridad social	Calidad del afiliado	¿Persona con discapacidad?	Tipo			¿Es víctima del conflicto armado?	Motivo		
6			1	1												Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí							Sí			Sí				Sí		Sí No	
			2	2												No	No	No	No	No	No	No							No			No				No		No aplica	
7			1	1												Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí							Sí			Sí				Sí		Sí No	
			2	2												No	No	No	No	No	No	No							No			No				No		No aplica	
8			1	1												Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí							Sí			Sí				Sí		Sí No	
			2	2												No	No	No	No	No	No	No							No			No				No		No aplica	
9			1	1												Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí							Sí			Sí				Sí		Sí No	
			2	2												No	No	No	No	No	No	No							No			No				No		No aplica	
10			1	1												Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí							Sí			Sí				Sí		Sí No	
			2	2												No	No	No	No	No	No	No							No			No				No		No aplica	
11			1	1												Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí							Sí			Sí				Sí		Sí No	
			2	2												No	No	No	No	No	No	No							No			No				No		No aplica	
12			1	1												Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí							Sí			Sí				Sí		Sí No	
			2	2												No	No	No	No	No	No	No							No			No				No		No aplica	
13			1	1												Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí							Sí			Sí				Sí		Sí No	
			2	2												No	No	No	No	No	No	No							No			No				No		No aplica	

Tratamiento de datos personales: Los datos personales aquí consignados tienen carácter confidencial, 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 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: 12122025 (Año)

Número Ficha: 2025 (Año) 19 (Localidad) 77 (Proyecto) 44 (Código Unidad Operativa) 12093 1

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 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] 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 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] X

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

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] X Ninguna [93] *Pase a la pregunta 7*
Desarrollo infantil... [5] X 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] X Otra persona... [6]
SDIS..... [2] ONG..... [4] Partera/ doula... [9]

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

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

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

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]
1 hora..... [2] Más de 4 horas... [4 X]

4. ¿En qué semana de gestación nació su hija-o?: 37 Semanas
DATO VALIDO ENTRE 22 Y 42

5. ¿Cuál fue el peso de su hija-o al nacer?: 2950 Gramos
DATO VALIDO ENTRE 450 Y 6000

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

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

8. ¿Después de cuánto tiempo de nacido su hija-o inicio la lactancia materna?:
Inmediatamente.. [1] Menos de 24 horas... [3] 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 X] No... [2] *Pase a la pregunta 12*

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

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

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

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

14. ¿Fecha del último control?: 02/09/2025 *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 [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] 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 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]

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] 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]

	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] Madrastra..... [4] Abuelo-a..... [7 X] Mamá..... [2] 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] Tío-a..... [6] Otro No pariente [9] Padrastro [3] Abuelo-a..... [7 X] 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] Tío-a..... [6] Otro No pariente [9] Padrastro.... [3] Abuelo-a.... [7 X] 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?: 62

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 X] 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] Ninguno [93]

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

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

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

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. 51804950

Nombres y apellidos del cuidador-ra principal *(según documento identidad)* **19. Primer Apellido** Gonzalez **20. Segundo Apellido:** **21. Primer Nombre** Gloria **22. Segundo Nombre:** Patricia

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 seccion K*

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

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

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

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

	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. DESCRIPCIÓN Y REFERENCIACIÓN:

1. Descripción de la problemática:

La Familia esta conformada por cuatro Integrantes, el padre al igual que la madre trabajan para sostener el hogar, la abuela materna es quien le cuida a la niña que se encuentra en el colegio, el niño a quien le esta buscando el Jardin, pero por el momento es la cuidadora.

2. Concepto técnico:

Se le debe garantizar el cupo al niño ya que cumple con los criterios solicitados en el jardin Infantil Waldorf. Para contribuir al desarrollo integral del menor se brinda un espacio adecuado para sus habilidades motrices, un desarrollo optimo en lo emosional, social, dando cumplimiento a los derechos y deberes del niño.

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 [X] 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 [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 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 X]

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

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

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

	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 Ciudad Bolivar UNIDAD OPERATIVA: Jardin Infantil Waldorf RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA: Francia Posada

NOMBRE DEL RECOLECTOR Brianda Soche DOCUMENTO DE IDENTIDAD CC X CE__ OTRO__ CUAL?_____ Número # 1033736736

NOMBRE SOLICITANTE / BENEFICIARIO Yosef Martinez DOCUMENTO DE IDENTIDAD CC__ CE__ OTRO X CUAL? RC Número # 1028623683

FECHA DE ENTREGA PARA DIGITACIÓN: 26/01/2026 NOMBRE DEL DIGITADOR AL QUE SE ENTREGA LA FICHA: Carol Giraldo.

	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: 22/01/2026

Número de ficha: 2026 (Año) 19 (Localidad) 7744 (Proyecto) 1209 (Código unidad operativa) 31

SECCIÓN A. VARIABLES BÁSICAS

1. Primer Apellido, según su documento de identidad:	2. Segundo Apellido, según su documento de identidad:	3. Primer Nombre, según su documento de identidad:	4. Segundo Nombre, según su documento de identidad:
Mendivelso	Sua	Isabella	

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

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 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)
Transgenero Masculino [1] Transgénero Femenina [2]

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

9. Tipo de documento de identificación:
Cedula de ciudadanía [1] Cedula de extranjería [2] Tarjeta de identidad [3] Registro civil [5] 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: 1.171.714.506

11. Municipio nacimiento: Cundinamarca

12. Departamento nacimiento: Soacha

13. País nacimiento: Colombia.

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

15. Fecha de nacimiento *(según su documento de identidad)*: 21/08/2023

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

17. Nivel educativo actual:
Educación Inicial modalidad familiar [26] Preescolar [6] Básica secundaria y media [8] Tecnológico [19] Universitaria completa (con título) [12] Postgrado completo (con título) [16]
Educación inicial modalidad institucional [27] Básica primaria [7] Técnico [18] Universitario incompleta (sin título) [21] Postgrado incompleto (sin título) [22] 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 cuidadora de niños, niñas menores de 5 años? (Aplica para personas mayores de 14 años)
Si [1] No [2]

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

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

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

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

25. Actividad Principal * (Esta pregunta aplica solo a personas mayores de 3 años)
Buscando trabajo [2] Trabajo no remunerado [4] Sin actividad [3]
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] Vigilancia o aseo [30] Otras ocupaciones [32]
Carretero [21] Mendicidad [12] Vigilar o limpiar carros [25] Calibrar llantas [26] Estudiante [31] No aplica [98]

27. ¿Cuantas horas a la semana dedica a su ocupacional seleccionada? *(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] Fuente Aranda [16] Ciudad Bolívar [19]
Chapinero [2] Usme [5] Kennedy [8] Suba [11] Los Mártires [14] La Candelaria [17] Sumapaz [20]
Santa fe [3] Tunjuelito [6] Fontibón [9] Barrios Unidos [12] Antonio Nariño [15] Rafael Uribe [18] No Aplica [98]

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

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

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

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

35. Clasificación Sisbén: B4

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: 22 01 2026

Número de ficha: 2026 19 7744 1209 31
(Año: 2026 · Localidad: 19 · Proyecto: 7744 · Código unidad operativa: 1209 31)

SECCIÓN B. VARIABLES TRANSVERSALES

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

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

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

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

4. Tipología de 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 (Páez) [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] · Uitotos [85] · Tubu [67] · Eperara-siapidara [30] · Muiscas [16] · Kankuamo [45] · Pijao [14] · Embera Dóbida [29]
Pastos [65] · Senú [5] · Yanaconas [7] · Ingas [9] · Awa (Kwaiker) [11] · Kogui [49] · Kubeo [50] · Embera Katío [34]
Otro ¿cuál? Digite código del instructivo

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 15*

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] · No [2] X
Si la respuesta es 2 o 98 Pase a 18

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: 2 2 0 1 2 0 2 6

Número de ficha: 2 0 2 6 1 9 7 7 4 9 1 2 0 9 3 1
(Año: 2026 · Localidad: 19 · Proyecto: 7749 · Código unidad operativa: 12093 · 1)

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 Bolivar	19 X
Chapinero	2	San Cristóbal	4	Tunjuelito	6	Kennedy	8	Engativá	10	Barrios Unidos	12	Los Mártires	14	Puente Aranda	16	Rafael Uribe	18	Sumapaz	20

2. UPZ o UPR: 69

3. Nombre del barrio / Vereda: Santa Viviana

4. Escriba su dirección completa:

Calle	CL X	Transversal	TV	Avenida	AV	Número de la vía principal: 75	Alfabético: D	BIS	Cuadrante: S	Número vía generadora: 73	Alfabético: C	–	Número placa: 71	Cuadrante: S
Carrera	KR	Avenida calle	AC			Nombre de la vía principal:		Alfabético	E					E
Diagonal	DG	Avenida carrera	AK			Nombre sinónimo de la vía principal:								

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

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

6. Tipo de zona: Urbana 1 X · Rural 2 · Urbana sin dirección 3

7. Estrato socio – económico del predio: Uno 1 X · Dos 2 · Tres 3 · Cuatro 4 · Cinco 5 · Cero 0

8. Teléfono fijo de contacto:

9. Teléfono celular de contacto: 3155589428 / 3187609566

10. Correo electrónico de contacto: Hendivelsoscaraye nny@gmail.com

11. ¿Habita en una vivienda?. Si 1 · No 2 *pase a la pregunta 16*

12. Tipo de vivienda: Casa o apartamento 1 X · Cuarto o cuartos 2 · Inquilinato 3 · Vivienda móvil 4 · Casa lote 5 · Residencia 6 · Lugar de trabajo 7 · Rancho 8 · 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

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	$ 180.000	Recreación	$ 100.000
Servicios públicos domiciliarios (agua, energía, gas, teléfono fijo, internet, teléfono celular, televisión por cable	$ 130.000	Gastos en salud (consultas, medicamentos, etc.)	$ 20.000
Pagos a terceros cuidadores	$ 0	Transporte o movilidad de los integrantes del hogar	$ 50.000
Artículos de aseo personal	$ 120.000	Educación (útiles, pensión, transporte escolar, fotocopias, etc)	$ 0
Alimentación	$ 480.000	Total	$ 1.080.000

20. ¿Usted se considera campesino/a? Se responde lo que el/ella entrevistado/a responda según su sentir y apropación 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 DISTRITAL 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: 5 de 6

Fecha de diligenciamiento: 2 2 0 1 2 0 2 6

Número de ficha: 2 0 2 6 1 9 7 7 4 4 1 2 0 9 3 1
(Año: 2026 | Localidad: 19 | Proyecto: 774 | Código unidad operativa: 1209)

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	H: Edad aproximada	I: ESTADO CIVIL	J: PARENTESCO (Con jefe/a del núcleo familiar)	K: NIVEL EDUCATIVO ACTUAL – NIVEL	K: NIVEL EDUCATIVO ACTUAL – Años aprobados	L: SISTEMA DISTRITAL DE CUIDADO – ¿Asiste actualmente?	L: ¿Es persona cuidadora/a?	M: Niños/as de 0 a 5 años	N: Niños/as de 6 a 10 años	O: Persona con discapacidad	P: Persona mayor	Q: Cuidado de casa	R: Actividad	S: Rol ocupacional	T: ¿Cuantas horas a la semana dedica a esta ocupación?	U: Valor de los ingresos mensuales	V: Forma de percibir los ingresos	W: Localidad donde realiza actividad principal	X: SALUD – Afiliado al régimen de seguridad social	X: SALUD – Régimen de seguridad social	X: SALUD – Calidad del afiliado	Y: DISCAPACIDAD – ¿Persona con discapacidad?	Y: DISCAPACIDAD – Tipo	Z: Grupo étnico	AA: Pueblo indígena	AB: VÍCTIMA DE CONFLICTO ARMADO – ¿Es víctima del conflicto armado?	AB: VÍCTIMA DE CONFLICTO ARMADO – Motivo	AC: ¿Ha recibido capacitación, formación o tiene experiencia en algún arte u oficio?	AD: De acuerdo con la respuesta anterior ¿En qué cree que puede desempeñarse?
1	1	1033744240	1 Mendivelso	1 Yenny	2	2	2	1	27	3	1992	33	1	1	8		Si	X	X	Si	Si	Si	X	1	3	44	1400000	2	98	X	2	1	Si		98		Si		Si X	
			2 Suq	2 Milady													No	No	No	No	No	No	No							No			No				No aplica	
2	3	1171714506	1 Mendivelso	1 Isabella	2	2	2	98	21	8	2023	2	98	5	98		Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si							X	2	1	Si		98		Si		Si X	
			2 Suq	2													No	No	No	No	No	No	No							No			No				No aplica	
3			1	1													Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si							Si			Si				Si No	
			2	2													No	No	No	No	No	No	No							No			No				No aplica	
4			1	1													Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si							Si			Si				Si No	
			2	2													No	No	No	No	No	No	No							No			No				No aplica	
5			1	1													Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si							Si			Si				Si No	
			2	2													No	No	No	No	No	No	No							No			No				No aplica	

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 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			1	1											Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si							Si			Si				Si		Si No	
			2	2											No	No	No	No	No	No	No							No			No				No		No aplica	
7			1	1											Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si							Si			Si				Si		Si No	
			2	2											No	No	No	No	No	No	No							No			No				No		No aplica	
8			1	1											Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si							Si			Si				Si		Si No	
			2	2											No	No	No	No	No	No	No							No			No				No		No aplica	
9			1	1											Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si							Si			Si				Si		Si No	
			2	2											No	No	No	No	No	No	No							No			No				No		No aplica	
10			1	1											Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si							Si			Si				Si		Si No	
			2	2											No	No	No	No	No	No	No							No			No				No		No aplica	
11			1	1											Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si							Si			Si				Si		Si No	
			2	2											No	No	No	No	No	No	No							No			No				No		No aplica	
12			1	1											Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si							Si			Si				Si		Si No	
			2	2											No	No	No	No	No	No	No							No			No				No		No aplica	
13			1	1											Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si							Si			Si				Si		Si No	
			2	2											No	No	No	No	No	No	No							No			No				No		No aplica	

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

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.	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: 2 2 0 1 2 0 2 6

Número Ficha: 2 0 2 6 (Año) | 1 9 (Localidad) | 7 7 4 (Proyecto) | 4 1 2 0 9 3 1 (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 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] 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] X

2. ¿Para el parto tuvo la oportunidad de elegir *(selección múltiple)*?
Lugar donde se produciría 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]
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] X Otra persona... [6]
SDIS..... [2] ONG..... [4] Partera/ doula... [9]

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

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

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

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

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

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

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

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

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

6. ¿Cuál fue la talla de su hija-o al nacer?: 48 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 pregunta13*

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

9. ¿Actualmente el niña-o recibe leche materna?:
Si [1] 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 tenia 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 X] No [2] *Pase a la pregunta 15*

14. ¿Fecha del último control?: 22/12/026
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 [2]
Ninguna [93 X] Consumo de sustancias psicoactivas [3]

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

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

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

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

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

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

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

29. ¿Cuál es el principal motivo por el que solicitó el servicio?:
Nuevas oportunidades para su calidad de vida [1] Superar condiciones de segregación y discriminación [2] Desarrollo integral para su hija-o [3] 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]

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 X | Padrastro 3 | Madrastra 4 | Hermano-a... 5 | Tío-a..... 6 | Abuelo-a..... 7 | Otro pariente..... 8 | Otro No pariente 9

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

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

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

8. ¿Cuál es la edad en años del cuidador o la cuidadora principal?: 33

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 | Otro ... 3 X ¿Cuál?: Hogar

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: 1033744240

Nombres y apellidos del cuidador-ra principal (*según documento identidad*) 19. Primer Apellido: Menduetso | 20. Segundo Apellido: Sua | 21. Primer Nombre: Yenny | 22. Segundo Nombre: Milady

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 seccion K*

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

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

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

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

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

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 ...

FÍSICA: Osteomuscular ..... | Neuromuscular ..... | Parálisis cerebral (EMOC)

PSICOSOCIAL: Psicosocial .....

2. Tiene diagnóstico clínico relacionado con la discapacidad?: Si ... 1 | No... 2 *Pase a la pregunta 6*

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 diana? 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?

	PROCESO . STACIÓN 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. DESCRIPCIÓN Y REFERENCIACIÓN:

1. Descripción de la problemática:

La Familia esta conformada por la madre de familia quien trabaja ya que el padre de familia no responde de ninguna manera. Cuenta con la colaboración de la abuela materna quien cuida a la niña y no le paga.

2. Concepto técnico:

Se le debe garantizar el cupo a la niña en el Jardin infantil waldorf ya que cumple con los criterios solicitados y de esa manera poder contribuir al desarrollo Integral, Social, emocion aportando a las habilidades sin olvidar los derechos y deberes 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 ☐

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 X

No cumple criterios de ingreso..... 3

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

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

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 jardin 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?: _____

	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 Ciudad Bolivar UNIDAD OPERATIVA: Jardin infantil waldorf RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA: Francia Posada

NOMBRE DEL RECOLECTOR Brianda Soche DOCUMENTO DE IDENTIDAD CC X CE__ OTRO__ CUAL?_____ Número # 1033736736

NOMBRE SOLICITANTE / BENEFICIARIO Isabella Mendivelso DOCUMENTO DE IDENTIDAD CC__ CE__ OTRO X CUAL? RC Número # 1117719506

FECHA DE ENTREGA PARA DIGITACIÓN: 26/01/26 NOMBRE DEL DIGITADOR AL QUE SE ENTREGA LA FICHA Carol Giraldo

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: 1 de 6

Fecha de diligenciamiento: 30/04/2023

Número de ficha: 2023 19 7 4 4 1 2 0 9 3 1
(Año / Localidad / Proyecto / Código unidad operativa)

SECCIÓN A. VARIABLES BÁSICAS

1. Primer Apellido, según su documento de identidad: Mejica	2. Segundo Apellido según su documento de identidad: Ocampo	3. Primer Nombre, según su documento de identidad: Sebastian	4. Segundo Nombre, según su documento de identidad

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

6. Nombre 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: 1025569689	11. Municipio nacimiento: Bogotá	12. Departamento nacimiento Cundinamarca

13. País nacimiento: Colombia	14. Sexo de nacimiento: Hombre [1 X] Mujer [2] Intersexual [3]	15. Fecha de nacimiento: (según su documento de identidad) 23/04/2003	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 cuidadora? (pregunta para mayores de 14 años Si [1] No [2] (pase a la pregunta 25)	20. ¿Es cuidadora de niños, niñas menores de 5 años? (Aplica para personas mayores de 14 años) Si [1] No [2]	21. ¿Es cuidadora de niños, niñas entre 06 a 10 años? Si [1] No [2]	22. ¿Es cuidadora de personas con discapacidad? Si [1] No [2]	23. ¿Es cuidadora de personas mayores? Si [1] No [2]	24. ¿Dedica su tiempo a labores del cuidado de casa? Si [1] No [2]

25. Actividad Principal: * (Esta pregunta aplica solo a personas mayores de 3 años)
Buscando trabajo [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 [96]	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 X] Subsidiado [2] Especial [3]	33. Calidad del afiliado. Aplica solo si la respuesta en la pregunta 32 es "Contributivo" Beneficiario [1 X] Cotizante [2]	34. ¿Tiene clasificación de Sisbén? Si [1 X] No [2]	35. Clasificación Sisbén A5

OK

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. 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: 30 09 2023

Número de ficha: 2025 19 77 44 12 093 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 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? Sí [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 (Páez) [1]	Quillasinga [4]	Sikuani [6]	Misak Misak [50]	Cañamomos [10]	Kichwas [15]	Arhuacos [13]	Embera Chamí [35]	Ninguna de las anteriores [17] X
Wayuu [2]	Uitotos [85]	Tubu [67]	Eperara-siapidara [30]	Muscas [16]	Kankuamo [45]	Pijao [14]	Embera Dóbida [29]	Otro ¿cuál? Digite código del instructivo
Pastos [65]	Senú [5]	Yanaconas [7]	Ingas [9]	Awa (Kwaiker) [11]	Kogui [49]	Kubeo [50]	Embera 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?: Sí [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? Sí [1] *Pase a 17* — No [2] X *Pase a 16*

16. ¿Se encuentra en riesgo de habitar en calle? Sí [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):* Sí [1] — No [2] X — No aplica [98] — *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 faenas 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	$ 700.000	Recreación	$ 100.000
Servicios públicos domiciliarios (agua, energía, gas, teléfono fijo, internet, teléfono celular, televisión por cable	$ 140.000	Gastos en salud (consultas, medicamentos, etc.)	$ 50.000
Pagos a terceros cuidadores	$ 0	Transporte o movilidad de los integrantes del hogar	$ 120.000
Artículos de aseo personal	$ 150.000	Educación (útiles, pensión, transporte escolar, fotocopias, etc.)	$ 20.000
Alimentación	$ 500.000	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: 30 09 2025

Número de ficha: 2025 (Año) 19 (Localidad) 7744 (Proyecto) 1209 (Código unidad operativa) 3 1

SECCION C. UBICACIÓN GEOGRAFÍCA

1. Localidad donde habita

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

2. UPZ o UPR: 69

3. Nombre del barrio / Vereda: Sierra Morena

4. Escriba su dirección completa:

Calle	CL		Transversal	TV	X	Avenida	AV		Número de la vía principal: 73		Alfabético		BIS		Cuadrante		Número vía generadora		Alfabético
Carrera	KR		Avenida calle	AC					Nombre de la vía principal:				Alfabético		S	S			
Diagonal	DG		Avenida carrera	AK					Nombre sinónimo de la vía principal:		H				E	E	75		B

Número placa		Cuadrante	
26		S	S
		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	X	Tres	3		Cinco	5		
Dos	2		Cuatro	4		Cero	0		

8. Teléfono fijo de contacto:

9. Teléfono celular de contacto: 3108888459 / 3104061664

10. Correo electrónico de contacto: consuccampo3004@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										

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

Fecha de diligenciamiento: 30/09/2025

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

SECCIÓN D INFORMACIÓN BÁSICA Y TRANSVERSAL SOBRE LA FAMILIA:

La información básica se repite para el jefe de núcleo familiar

No. integrante	A: DOCUMENTO DE IDENTIDAD Tipo	A: DOCUMENTO DE IDENTIDAD 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)	K: NIVEL EDUCATIVO ACTUAL – NIVEL	K: Años aprobados	¿Asiste actualmente?	L: SISTEMA DISTRITAL DE CUIDADO – ¿Es persona cuidadora/a?	M: Niños/as de 0 a 5 años	N: Niños/as de 6 a 10 años	O: Persona con discapacidad	P: Persona mayor	Q: Cuidado de casa	R: Actividad	S: Rol ocupacional	T: ¿Cuantas horas a la semana dedica a esta ocupación?	U: Valor de los ingresos mensuales	V: Forma de percibir los ingresos	W: Localidad donde realiza actividad principal	X: SALUD – Afiliado al regimen de seguridad social	X: Régimen de seguridad social	X: Calidad del afiliado	Y: DISCAPACIDAD – ¿Persona con discapacidad?	Y: Tipo	Z: Grupo étnico	AA: Pueblo indígena	AB: VÍCTIMA DE CONFLICTO ARMADO – ¿Es víctima del conflicto armado?	AB: Motivo	AC: ¿Ha recibido capacitación, formación o tiene experiencia en algún arte u oficio?	AD: De acuerdo con la respuesta anterior ¿En qué crees que podría desempeñarse?
1	1	1093757991	1 Mojica 2 Dantos	1 Walter 2 Alonso	1	1	1	1	20	7	1991	34	3	3	21 8	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	1	3	60	2'000.000			X No	1	2	Sí No		98		X No		Sí No aplica	
2	1	30407611	1 Ocampo 2 Cardenas	1 Maria 2 Consuel	2	2	2	1	7	05	1954	41	3	3	7	Sí No	No	No	No	Sí No	Sí No	No	1	3	30	800000			X No	1	2	Sí No		98		X No		Sí No aplica	
3	3	1025562354	1 Mojica 2 ocampo	1 Esteban 2	1	1	1	98	30	4	2018	7	98	5	7 2	X No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No			98				X No	1	2	Sí No		98		Sí No		Sí No aplica	
4	6	1025569689	1 Mojica 2 Ocampo	Sebastian 2	1	1	1	98	23	4	2023		98	5	98	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No			98				X No	1	2	Sí No		98		Sí No		Sí 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 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 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			1	1												Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí							Sí			Sí				Sí		Sí No	
			2	2												No	No	No	No	No	No	No							No			No				No		No aplica	
7			1	1												Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí							Sí			Sí				Sí		Sí No	
			2	2												No	No	No	No	No	No	No							No			No				No		No aplica	
8			1	1												Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí							Sí			Sí				Sí		Sí No	
			2	2												No	No	No	No	No	No	No							No			No				No		No aplica	
9			1	1												Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí							Sí			Sí				Sí		Sí No	
			2	2												No	No	No	No	No	No	No							No			No				No		No aplica	
10			1	1												Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí							Sí			Sí				Sí		Sí No	
			2	2												No	No	No	No	No	No	No							No			No				No		No aplica	
11			1	1												Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí							Sí			Sí				Sí		Sí No	
			2	2												No	No	No	No	No	No	No							No			No				No		No aplica	
12			1	1												Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí							Sí			Sí				Sí		Sí No	
			2	2												No	No	No	No	No	No	No							No			No				No		No aplica	
13			1	1												Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí							Sí			Sí				Sí		Sí No	
			2	2												No	No	No	No	No	No	No							No			No				No		No aplica	

Tratamiento de datos personales: Los datos personales aquí consignados tienen carácter confidencial, 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 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: 30 09 2025 (Día / Mes / Año)

Número Ficha: 2025 | 19 | 7 | 4 | 4 | 1 | 2 | 09 | 31
(Año | Localidad | Proyecto | 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] Ménor 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 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] X

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

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

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] X 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 sobre como iniciar la alimentación complementaria?
Si..... [1] X No.... [2]

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

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 X] 2 horas..... [3]
1 hora..... [2] Más de 4 horas... [4]

4. ¿En qué semana de gestación nació su hija-o?: 38.4 Semanas
DATO VALIDO ENTRE 22 Y 42

5. ¿Cuál fue el peso de su hija-o al nacer?: 2620 Gramos
DATO VALIDO ENTRE 450 Y 6000

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

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

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

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

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

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

12. ¿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?: 13/08/2025
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]

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?: 41

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 X] 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] 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. 30 407 611

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

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

SECCIÓN K. 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]

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 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 seccion 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..... Del 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?_____

	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. DESCRIPCIÓN Y REFERENCIACIÓN:

1. Descripción de la problemática:

La Familia esta conformada por cuatro integrantes: el padre es quien trabaja y aporta la mayor paite en el hogar, la madre es estilista y trabaja por horas y por días Según pueda con el tiempo ya que cuida a su hijo de dos años, esta pendiente de su otro hijo de Siete años quien se encuentra estudiando en colegio. y no cuenta con más Colaboración de otras entidades.

2. Concepto técnico:

Se le debe garantizar el cupo en el Jardin infantil Waldorf ya que cumple con los criterios Solicitados para de esa manera se puede aportar en el desarrollo de crianza, habilidades, emociones, Social. e integral, ya que se cubbara para dar Cumplimiento a los derechos y deberes del niño.

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

MATERNAL ☐ CAMINADORES ☒ PARVULOS ☐ PREJARDIN ☐ JARDIN ☐

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

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

3. Acciones a seguir:

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

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

Motivo: Verificación de las condiciones socio familiares: - Si... [1] - No... [2]
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] No oferta niveles [3]

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

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

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

Integrante: ___ ¿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: Ciudad Bolivar UNIDAD OPERATIVA: Jardin infantil Waldorf RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA: Francia posada

NOMBRE DEL RECOLECTOR: Brianda Socha DOCUMENTO DE IDENTIDAD CC X CE__ OTRO__ CUAL?_____ Número #: 1033736736

NOMBRE SOLICITANTE / BENEFICIARIO: Sebastian Mojica DOCUMENTO DE IDENTIDAD CC__ CE__ OTRO X CUAL? RC Número #: 1025569689

FECHA DE ENTREGA PARA DIGITACIÓN: 15/12/2025 NOMBRE DEL DIGITADOR AL QUE SE ENTREGA LA FICHA: Carol Giraldo

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: 1 de 6

Fecha de diligenciamiento: 19/10/2023

Número de ficha: 2025 (Año) 197 (Localidad) 44 (Proyecto) 12093 (Código unidad operativa) 1

SECCIÓN A. VARIABLES BÁSICAS

1. Primer Apellido, según su documento de identidad:	2. Segundo Apellido, según su documento de identidad:	3. Primer Nombre, según su documento de identidad:	4. Segundo Nombre, según su documento de identidad
Pineda	Esquivel	Keilan	Lizbeth

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 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:	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]	1024616470	Bogotá	Cundinamarca

13. País nacimiento:	14. Sexo de nacimiento:	15. Fecha de nacimiento: (según su documento de identidad)	16. Estado civil.
colombia	Hombre [1] Mujer [2] X Intersexual [3]	19/07/2023	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 cuidadora? (pregunta para mayores de 14 años	20. ¿Es cuidadora de niños, niñas menores de 5 años? (Aplica para personas mayores de 14 años)	21. ¿Es cuidadora de niños, niñas entre 06 a 10 años?	22. ¿Es cuidadora de personas con discapacidad?	23. ¿Es cuidadora de personas mayores?	24. ¿Dedica su tiempo a labores del cuidado de casa?
Si [1] No [2] (pase a la pregunta 25)	Si [1] No [2]	Si [1] No [2]	Si [1] No [2]	Si [1] No [2]	Si [1] No [2]

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

26. Rol ocupacional: * (Esta pregunta aplica solo a personas mayores de 14 años
Vendedor Informal [19] Cachivachero [22] Reciclador [9] Cuidado directo [27] Jornalero [33] Actividades rurales [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] Cultivar plantas [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:	34. ¿Tiene clasificación de Sisben?	35. Clasificación Sisbén
Si [1] X No [2] (pase a la pregunta 34)	Contributivo [1] X Subsidiado [2] Especial [3]	Aplica solo si la respuesta en la pregunta 32 es "Contributivo" Beneficiario [1] X Cotizante [2]	Si [1] X No [2]	A1

OK

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: 2 de 6

Fecha de diligenciamiento: 19/10/2025

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

SECCIÓN B. VARIABLES TRANSVERSALES

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

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

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

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

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

5. Situaciones y/o condiciones diferenciales de las familias
Familia con pertenencia étnica [1] | Familia transgenero [2] | Familia víctimas del conflicto armado [3] | No aplica [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 Chamí [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] 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 aplica [98] | No [2] 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	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	$ 400.000	Recreación	$ 50.000
Servicios públicos domiciliarios (agua, energía, gas, teléfono fijo, internet, teléfono celular, televisión por cable	$ 100000	Gastos en salud (consultas, medicamentos, etc.)	$ 20.000
Pagos a terceros cuidadores	$ —	Transporte o movilidad de los integrantes del hogar	$ 200.000
Artículos de aseo personal	$ 150.000	Educación (útiles, pensión, transporte escolar, fotocopias, etc.)	$ —
Alimentación	$ 300000	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

NO cumple criterios

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DISTRITAL 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: 15102025

Número de ficha: 2025197744120931
(Año: 2025 | Localidad: 19 | Proyecto: 774 | Código unidad operativa: 120931)

SECCIÓN C. UBICACIÓN GEOGRÁFICA

1. Localidad donde habita
Usaquén [1] | Santa fe [3] | Usme [5] | Bosa [7] | Fontibón [9] | Suba [11] | Teusaquillo [13] | Antonio Nariño [15] | La Candelaria [17] | Ciudad 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]
Carrera [KR] | Avenida calle [AC]
Diagonal [DG] | Avenida carrera [AK]

Número de la vía principal:	Alfabético	BIS	Cuadrante	Número vía generadora	Alfabético	Número placa	Cuadrante
75	D	Alfabético	S [S] E [E]	74	C	09	S [S] E [E]

Nombre de la vía principal:
Nombre sinónimo de la vía principal:

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

Complemento dirección:								
AD. Administración	BG. Bodega	CONJ. Conjunto	ESQ. Esquina	LC. Local	MZ. Manzana	PI. Piso	SL. Solar	TR. Terraza
AG. Agrupación	BQ. Bloque	CT. Carretera	ET. Etapa	LM. Local Mezzanine	OF. Oficina	PN. Puente	SM. 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: 3246167632 / 3043236888.

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] X
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: 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?	¿Trangenero 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 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	1.	1058845792	1 PiNeda 2 Castrillon	1 Ever 2 Hernando	1	1	1	1	15	12	1992	32	3	1	8	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	1	13	50	2100000			Sí No	2	1	Sí No		6	68	Sí No		Si / No No aplica	
7	1	1005727802	1 Esquivel 2 Halambo	1 Maria 2 Rubiana	2	2	2	1	02	03	1996	28	3	3	8	Sí No	No No	No No	No No	No No	No No	No No							Sí No	2	1	Sí No		6	68	Sí No		Si / No No aplica	
3	6	1024616470	1 Pineda 2 Esquivel	1 Keilan 2 Lizbeth	2	2	2	98	19	07	2023		98	5	98	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	98	98	98				Sí No	2	1	Sí No		6	68	Sí No		Si / 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		Si / 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		Si / 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		Si / 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		Si / 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		Si / No No aplica	

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

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: 5 de 6

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

Número de ficha: Año | Localidad | Proyecto | Código unidad operativa

SECCIÓN D INFORMACIÓN BÁSICA Y TRANSVERSAL SOBRE LA FAMILIA:

La información básica se repite para el jefe de núcleo familiar

No. Integrante	A		B	C	D	E	F	G	H				I	J	K		L	M	N	O	P	Q	R	S	T	U	V	W	X			Y		Z	AA	AB		AC	AD
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD		APELLIDOS Escriba: En el 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		¿He 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 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	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	
2			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	
3			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	
4			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	
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	

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL	PROCESO PRES DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SC 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: 15/02/25

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: _____ 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]
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 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 X]
Cesárea. ..... [2]

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

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

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 sobre como iniciar la alimentación complementaria?
Si..... [1] No.... [2 X]

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

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 X]
1 hora..... [2] Más de 4 horas... [4]

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

5. ¿Cuál fue el peso de su hija-o al nacer?:
3440 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]
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 X] No... [2] *Pase a la pregunta 12*

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

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

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

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

14. ¿Fecha del último control?:
0 9 0 8 2 0 2 5
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 X] No..... [2 X] *pase a la pregunta 21.*

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

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

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

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

23. El padre o madre de la niña o niño es?: *(Selección múltiple)*
Desmovilizado [1] 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] *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] 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]

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?: 28

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 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] 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: 1058845792

Nombres y apellidos del cuidador-ra principal (*según documento identidad*) 19. Primer Apellido: Esquivel | 20. Segundo Apellido: Malamboo | 21. Primer Nombre: Mary | 22. Segundo Nombre: Rubrana

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]

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 seccion 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..... Del 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?

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

SECCIÓN N. DESCRIPCIÓN Y REFERENCIACIÓN:

1. Descripción de la problemática:

La Familia esta conformada por tres integrantes, el padre de Familia trabaja es el encargado del Sustento del hogar, la madre no trabaja ya que se encarga del cuidado de la niña, la cual esta buscando Jardin a la niña para poder buscar un trabajo y de esa manera contribuir al hogar.

2. Concepto técnico:

Se le debe garantizar el cupo a la niña en el jardin infantil waldorf ya que cumple con los criterios solicitados. Se brinda un espacio adecuado para contribuir al desarrollo integral, social, emocional, sus habilidades motrices del menor y dando cumplimiento a los derechos y deberes 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 niñes 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 [X] PARVULOS [X] 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 [X] ALTERNANCIA: [ ] 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 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 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 pregunta 8*

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

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

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

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

LOCALIDAD Ciudad Bolivar UNIDAD OPERATIVA: Jardin infantil Waldorf RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA: Francia Posada

NOMBRE DEL RECOLECTOR Brianda Soche DOCUMENTO DE IDENTIDAD CC X CE__ OTRO__ CUAL?_____ Número # 1033736673

NOMBRE SOLICITANTE / BENEFICIARIO Keilan Lisbeth Piñeda DOCUMENTO DE IDENTIDAD CC__ CE__ OTRO X CUAL? RC Número # _____

FECHA DE ENTREGA PARA DIGITACIÓN: 16/12/2025 NOMBRE DEL DIGITADOR AL QUE SE ENTREGA LA FICHA: Carol Gallindo

	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: 14/02/2025

Número de ficha: 2025 | 19 | 7 | 14 | 12 | 09 | 31
(Año | Localidad | Proyecto | Código unidad operativa)

SECCIÓN A. VARIABLES BÁSICAS

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

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

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

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

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.
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: 1024616548

11. Municipio nacimiento: Bogotá

12. Departamento nacimiento: Cundinamarca

13. País nacimiento: Colombia

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

15. Fecha de nacimiento (según su documento de identidad): 24/07/2023

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

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

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

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

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

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

25. Actividad Principal * (Esta pregunta aplica solo a personas mayores de 3 años)
Buscando trabajo [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 X] Subsidiado [2]
Especial [3]

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

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

35. Clasificación Sisbén

ok

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: 14 / 10 / 2025

Número de ficha: 2025 (Año) 19 (Localidad) 33 (Proyecto) 4 (Código unidad operativa) 1209 3 1

SECCIÓN B. VARIABLES TRANSVERSALES

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

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

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

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

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

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

Nasa (Páez) [1] Quillasinga [4] Sicuani [6] Misak Misak [60] Cañamomos [10] Kichwas [15] Arhuacos [13] Embera Chamí [35] Ninguna de las anteriores [17 X]
Wayuu [2] Utotos [85] Tubu [67] Eperara-siapidara [30] Muiscas [16] Kankuamo [45] Piyao [14] Embera Dóbida [29] Otro ¿cuál? Digite código del instructivo
Pastos [65] Senú [5] Yanaconas [7] Ingas [9] Awa (Kwaiker) [11] Kogui [49] Kubeo [50] Embera Katío [34]

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

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

12. Número registro único de víctimas:

13. Año en que realizo la declaración:

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

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

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

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

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

19. En los últimos treinta (30) días, ¿Cuantos 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	$ 350.000	Recreación	$ 100.000
Servicios públicos domiciliarios (agua, energía, gas, teléfono fijo, internet, teléfono celular, televisión por cable	$ 200.000	Gastos en salud (consultas, medicamentos, etc.)	$ 50.000
Pagos a terceros cuidadores	$ 250.000	Transporte o movilidad de los integrantes del hogar	$ 290.000
Artículos de aseo personal	$ 100.000	Educación (útiles, pensión, transporte escolar, fotocopias, etc.)	$
Alimentación	$ 400.000	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: 14 | 10 | 2025

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
Chapinero	2		San Cristóbal	4		Tunjuelito	6		Kennedy	8		Engativá	10		Barrios Unidos	12		Los Mártires	14
Antonio Nariño	15		La Candelaria	17		Ciudad Bolívar	19	X											
Puente Aranda	16		Rafael Uribe	18		Sumapaz	20												

2. UPZ o UPR: 69

3. Nombre del barrio / Vereda: Santa Viviana.

4. Escriba su dirección completa:

Calle	CL		Transversal	TV		Avenida	AV		Número de la vía principal: 73	Alfabético	BIS	Cuadrante	Número vía generadora	Alfabético		Número placa	Cuadrante		
Carrera	KR	X	Avenida calle	AC					Nombre de la vía principal:	L	Alfabético	S E	75	C	-	52	S E		
Diagonal	DG		Avenida carrera	AK					Nombre sinónimo de la vía principal:										

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

Complemento dirección:								
AD. Administración	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: 3043950871. 3058891573.

10. Correo electrónico de contacto bresnerpos@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 | Cuarto o cuartos 2 | Inquilinato 3 | Vivienda móvil 4 | Casa lote 5 | Residencia 6 | Lugar de trabajo 7 | Rancho 8 | 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. SECRETARÍA DISTRITAL 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: 5 de 6

Fecha de diligenciamiento: 14/02/2025

Número de ficha: 2025 | 19 | 7 | 44 | 120831
(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)	K: NIVEL EDUCATIVO ACTUAL – NIVEL	K: NIVEL EDUCATIVO ACTUAL – Años aprobados	L: ¿Asiste actualmente?	L: SISTEMA DISTRITAL DE CUIDADO – ¿Es persona cuidadora/o?	M: Niños/as de 0 a 5 años	N: Niños/as de 6 a 10 años	O: Persona con discapacidad	P: Persona mayor	Q: Cuidado de casa	R: Actividad	S: Rol ocupacional	T: ¿Cuantas horas a la semana dedica a esta ocupación?	U: Valor de los ingresos mensuales	V: Forma de percibir los ingresos	W: Localidad donde realiza actividad principal	X: SALUD – Afiliado al régimen de seguridad social	X: SALUD – Régimen de seguridad social	X: SALUD – Calidad del afiliado	Y: DISCAPACIDAD – ¿Persona con discapacidad?	Y: DISCAPACIDAD – Tipo	Z: Grupo étnico	AA: Pueblo Indígena	AB: VÍCTIMA DE CONFLICTO ARMADO – ¿Es víctima del conflicto armado?	AB: VÍCTIMA DE CONFLICTO ARMADO – Motivo	AC: ¿Ha recibido capacitación, formación o tiene experiencia en algún arte u oficio?	AD: De acuerdo con la respuesta anterior ¿En qué crees que puede desempeñarse?
1	1	1058913254	1 Posada 2 Gaviria	1 Briesner 2 Alexis	1	1	1	1	15	12	1993	32	3	1	18	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	1		46	2100000			Sí No	2	2	Sí No		98		Sí No		Sí / No No aplica	
2	1	1033678006	1 Mendez 2 Alfonso	1 Luz 2 Katherine	2	2	1	1	5	11	1996	28	3	3	8	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	1		48	1400000			Sí No	1	2	Sí No		98		Sí No		Sí / No No aplica	
3	3	1023399166	1 Macana 2 Mendez	1 Valerin 2 Soray	2	2	2	98	7	12	2012	12	98	7	8.	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	98		98				Sí No	1	1	Sí No		98		Sí No		Sí / No No aplica	
4	6	1024616516	1 Posada 2 Mendez	1 Adhara 2 Salome	2	2	2	98	24	7	2023	2	98	5	98	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	98		98				Sí No	1	1	Sí No		98		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 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 nucleo 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							Día	Mes	Año			NIVEL Años aprobados		¿Es persona cuidadora/o?	Niños/as de 0 a 5 años	Niños/as de 6 a 10 años	Persona con discapacidad	Persona mayor	Cuidado de casa							Afiliado al régimen de seguridad social	Régimen de seguridad social	Calidad del afiliado	¿Persona con discapacidad?	Tipo			¿Es víctima del conflicto armado?	Motivo		
6			1	1											Sí	Si	Si	Si	Si	Si	Si							Sí			Si				Si		Si No	
			2	2											No	No	No	No	No	No	No							No			No				No		No aplica	
7			1	1											Sí	Si	Si	Si	Si	Si	Si							Sí			Si				Si		Si No	
			2	2											No	No	No	No	No	No	No							No			No				No		No aplica	
8			1	1											Sí	Si	Si	Si	Si	Si	Si							Sí			Si				Si		Si No	
			2	2											No	No	No	No	No	No	No							No			No				No		No aplica	
9			1	1											Sí	Si	Si	Si	Si	Si	Si							Sí			Si				Si		Si No	
			2	2											No	No	No	No	No	No	No							No			No				No		No aplica	
10			1	1											Sí	Si	Si	Si	Si	Si	Si							Sí			Si				Si		Si No	
			2	2											No	No	No	No	No	No	No							No			No				No		No aplica	
11			1	1											Sí	Si	Si	Si	Si	Si	Si							Sí			Si				Si		Si No	
			2	2											No	No	No	No	No	No	No							No			No				No		No aplica	
12			1	1											Sí	Si	Si	Si	Si	Si	Si							Sí			Si				Si		Si No	
			2	2											No	No	No	No	No	No	No							No			No				No		No aplica	
13			1	1											Sí	Si	Si	Si	Si	Si	Si							Sí			Si				Si		Si No	
			2	2											No	No	No	No	No	No	No							No			No				No		No aplica	

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

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL	PROCESO PRESTAC. DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIA.	Código: FOR-PSS-334
	PROYECTO 7744 GENERACION DE OPORTUNIDADES PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA DE BOGOTÁ	Versión: 2
	FORMATO FICHA SIRBE SERVICIOS: JARDINES INFANTILES Y CRECIENDO JUNTOS	Fecha: Memo.I2023015020-24/05/2023
		Página: 1 de 4

Fecha de diligenciamiento: 14/02/2025

Número Ficha: 2025 (Año) 19 (Localidad) 774 (Proyecto) 4120931 (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 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 vinculo afectivo madre- hijo... [6]
Sus derechos y los de su pareja en el momento del parto. [2] Desarrollo infantil..... [5] Prevención de accidentes en el hogar..... [4]
Ninguna... [93] *Pase a la pregunta 12*

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

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

13. ¿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] La elección del acompañante [4 X]

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

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 vinculo 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 sobre como iniciar la alimentación complementaria?
Si..... [1 X] No.... [2]

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

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 X] 2 horas [3]
1 hora [2] Más de 4 horas [4]

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

5. ¿Cuál fue el peso de su hija-o al nacer?: 3125 Gramos
DATO VALIDO ENTRE 450 Y 6000

6. ¿Cuál fue la talla de su hija-o al nacer?: 51.5 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 X] Menos de 24 horas [3] No sabe/No responde [5]
Menos de 1 hora [2] Más de 24 horas [4]

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

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

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

12. ¿Qué edad tenía su hija-o cuando dejo de darle leche materna completamente?: 12 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?: 14 05 2023
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 intercultural [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 intercultural [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 | Hermano-a.... 5 | Tío-a..... 6 | Abuelo-a... 7 X | Otro pariente.... 8 | Otro No pariente 9

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

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

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

8. ¿Cuál es la edad en años del cuidador o la cuidadora principal?: 52

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 X | 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 | Ninguno 93

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

14. En qué momento: (*selección múltiple*) Mañana.... 1 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: 25080941

Nombres y apellidos del cuidador-ra principal (*según documento identidad*) 19. Primer Apellido: Gaviria | 20. Segundo Apellido: Cardona | 21. Primer Nombre: Claudia | 22. Segundo Nombre: Patricia

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

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 seccion 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?

	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 DESCRIPCIÓN Y REFERENCIACIÓN:

1. Descripción de la problemática:

La Familia esta conformada Por Cuatro integrantes, Mamá, Papá e hijas. los Padres Se encuentran trabajando y le pagan a la abuela Paterna Por el cuidado de las dos niñas quien una de ella Se encuentra en Colegio y para su otra hija le estan buscando Jardin.

2. Concepto técnico:

Se le debe garantizar el cupo en el Jardin Infantil Waldorf ya que cumple con los criterios Solicitados y de esa manera Se contribuye al desarrollo integral, Social, emocional de la niña. haciendo partice de los derechos, deberes 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 ☐

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] X
No cumple criterios de ingreso..... [3]

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

Motivo: Verificación de las condiciones socio familiares: - Si... [1] - No... [2]
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 pregunta 8*

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

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

Integrante: ___ ¿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: Ciudad Bolívar UNIDAD OPERATIVA: Jardín infantil waldorf RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA: Francia Posada

NOMBRE DEL RECOLECTOR: Brenda Sache DOCUMENTO DE IDENTIDAD CC X CE__ OTRO__ CUAL?_____ Número # 1033773673

NOMBRE SOLICITANTE / BENEFICIARIO: Adhara Posada DOCUMENTO DE IDENTIDAD CC__ CE__ OTRO X CUAL? RC Número # 1029616596

FECHA DE ENTREGA PARA DIGITACIÓN: 16/12/2025 NOMBRE DEL DIGITADOR AL QUE SE ENTREGA LA FICHA: Carol Giraldo

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DISTRITAL 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: 12/11/2026

Número de ficha: 2026 (Año) 19 (Localidad) 7744 (Proyecto) 1209 (Código unidad operativa) 31

SECCIÓN A. VARIABLES BÁSICAS

1. Primer Apellido, según su documento de identidad:	2. Segundo Apellido, según su documento de identidad:	3. Primer Nombre, según su documento de identidad:	4. Segundo Nombre, según su documento de identidad
Quiroga	Suarez	Thiago	

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 [68]

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: 1034794756

11. Municipio nacimiento: Bogotá

12. Departamento nacimiento: Cundinamarca

13. País nacimiento: Colombia

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

15. Fecha de nacimiento: *(según su documento de identidad)* 20/11/2023

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

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

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

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

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

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

25. Actividad Principal: * (Esta pregunta aplica solo a personas mayores de 3 años)
Buscando trabajo [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?: *(Este 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 X] Subsidiado [2]
Especial [3]

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

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

35. Clasificación Sisbén
_____

Fecha de diligenciamiento: 22/11/2023

Número de ficha: 2026 | 19 | 77 | 4 | 12 | 09 | 31
(Año | Localidad | Proyecto | Código unidad operativa)

SECCIÓN B. VARIABLES TRANSVERSALES

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

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

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

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

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

9. Pueblo indígena: (En las instrucciones de diligenciamiento se encuentra la lista completa de los pueblos indígenas con sus respectivos códigos, en la opción otro se debe escribir solo el código que refiera el instructivo
Nasa (Paéz) [1] Quillasinga [4] Sicuani [6] Misak Misak [60] Cañamomos [10] Kichwas [15] Arhuacos [13] Embera Chamí [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] 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 aplica [98] X
No [2]
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 X

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

Rubro	Valor del gasto en pesos	Rubro	Valor del gasto en pesos
Vivienda (Arriendo y/o valor cuota	$ 300.000	Recreación	$ 50.000
Servicios públicos domiciliarios (agua, energía, gas, teléfono fijo, internet, teléfono celular, televisión por cable	$ 60.000	Gastos en salud (consultas, medicamentos, etc.)	$ 20.000
Pagos a terceros cuidadores	$ 0	Transporte o movilidad de los integrantes del hogar	$ 290.000
Artículos de aseo personal	$ 150.000	Educación (útiles, pensión, transporte escolar, fotocopias, etc.)	$ 0
Alimentación	$ 300.000	Total	$ 1170.000

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 | No informa 3 X

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 | No informa 3 X

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: 4 de 6

Fecha de diligenciamiento: 22 01 20 26

Número de ficha: 20 26 19 7 4 4 12 09 31

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	
Chapinero	2		San Cristóbal	4		Tunjuelito	6		Kennedy	8		Engativá	10		Barrios Unidos	12		Los Mártires	14	
Antonio Nariño	15		La Candelaria	17		Ciudad Bolívar	19	X											
Puente Aranda	16		Rafael Uribe	18		Sumapaz	20												

2. UPZ o UPR: 69

3. Nombre del barrio / Vereda: Sierra Morena.

4. Escriba su dirección completa:

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

Número de la vía principal:	Alfabético	BIS	Cuadrante	Número vía generadora	Alfabético		Número placa	Cuadrante
73	K	Alfabético	S S / E E	75	A	-	7	S S / E E

Nombre de la vía principal:

Nombre sinónimo de la vía principal:

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

Complemento dirección:									
AD. Administración	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: 3122769171 / 3005908592

10. Correo electrónico de contacto l.sacamargo85@hotmail.com

11. ¿Habita en una vivienda?.

Si 1 X | No 2 *pase a la pregunta 16*

12. Tipo de vivienda

Casa o apartamento 1 X | Cuarto o cuartos 2 | Inquilinato 3 | Vivienda móvil 4 | Casa lote 5 | Residencia 6 | Lugar de trabajo 7 | Rancho 8 | 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

	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: 20 12 08 04 12 08 12 6A

Número de ficha: 2026 19 7 744 120 931
(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	H: Edad aproximada	I: ESTADO CIVIL	J: PARENTESCO (Con jefe/a del núcleo familiar)	K: NIVEL EDUCATIVO ACTUAL – NIVEL	K: Años aprobados	¿Asiste actualmente?	L: SISTEMA DISTRITAL DE CUIDADO – ¿Es persona cuidadora/a?	M: Niños/as de 0 a 5 años	N: Niños/as de 6 a 10 años	O: Persona con discapacidad	P: Persona mayor	Q: Cuidado de casa	R: Actividad	S: Rol ocupacional	T: ¿Cuantas horas a la semana dedica a esta ocupación?	U: Valor de los ingresos mensuales	V: Forma de percibir los ingresos	W: Localidad donde realiza actividad principal	X: SALUD – Afiliado al régimen de seguridad social	X: Régimen de seguridad social	X: Calidad del afiliado	Y: DISCAPACIDAD – ¿Persona con discapacidad?	Y: Tipo	Z: Grupo étnico	AA: Pueblo Indígena	AB: VÍCTIMA DE CONFLICTO ARMADO – ¿Es víctima del conflicto armado?	AB: Motivo	AC: ¿Ha recibido capacitación, formación o tiene experiencia en algún arte u oficio?	AD: De acuerdo con la respuesta anterior ¿En qué cree que puede desempeñarse?
1	1	1073722830	1 Quiroga	1 Christhian	1	1	1	1	24	09	1999	27	3	1	8		Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	1	3	48	1600000	2		Sí	2	1	Sí		98		Sí		Sí	
			2 Martinez	2 Camilo													No	No	No	No	No	No	No							No			No				No		No aplica	
2	1	1067413381	1 Suarez	1 Marcela	2	2	2	1	19	03	2000	25	3	3	8		Sí	No	No	No	No	No	No							Sí	2	1	Sí		98		Sí		Sí	
			2 Camargo	2 Isabel													No	No	No	No	No	No	No							No			No				No		No aplica	
3	6	1034794756	1 Quiroga	1 Thiago	1	1	1	98	20	10	2023	2	98	5	98		Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí							Sí	2	1	Sí		98		Sí		Sí	No
			2 Suarez	2													No	No	No	No	No	No	No							No			No				No		No aplica	
4			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	
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	

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 ¿Es persona cuidadora/o?	Niños/as de 0 a 5 años	Niños/as de 6 a 10 años	Persona con discapacidad	Persona mayor	Cuidado de casa	Actividad	Rol ocupacional	¿Cuantas horas a la semana dedica a esta ocupación?	Valor de los ingresos mensuales	Forma de percibir los ingresos	Localidad donde realiza actividad principal	SALUD Afiliado al régimen de seguridad social	Régimen de seguridad social	Calidad del afiliado	DISCAPACIDAD ¿Persona con discapacidad?	Tipo	Grupo étnico	Pueblo Indígena	VÍCTIMA DE CONFLICTO ARMADO ¿Es víctima del conflicto armado?	Motivo	¿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																												
6			1	1												Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí							Sí			Sí				Sí		Sí / No	
			2	2												No	No	No	No	No	No	No							No			No				No		No aplica	
7			1	1												Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí							Sí			Sí				Sí		Sí / No	
			2	2												No	No	No	No	No	No	No							No			No				No		No aplica	
8			1	1												Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí							Sí			Sí				Sí		Sí / No	
			2	2												No	No	No	No	No	No	No							No			No				No		No aplica	
9			1	1												Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí							Sí			Sí				Sí		Sí / No	
			2	2												No	No	No	No	No	No	No							No			No				No		No aplica	
10			1	1												Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí							Sí			Sí				Sí		Sí / No	
			2	2												No	No	No	No	No	No	No							No			No				No		No aplica	
11			1	1												Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí							Sí			Sí				Sí		Sí / No	
			2	2												No	No	No	No	No	No	No							No			No				No		No aplica	
12			1	1												Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí							Sí			Sí				Sí		Sí / No	
			2	2												No	No	No	No	No	No	No							No			No				No		No aplica	
13			1	1												Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí							Sí			Sí				Sí		Sí / No	
			2	2												No	No	No	No	No	No	No							No			No				No		No aplica	

Tratamiento de datos personales: Los datos personales aquí consignados tienen carácter confidencial, 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 PRES...ACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SO...AL 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: 22/12/2026 Número Ficha: 2026 (Año) 19 (Localidad) 774 (Proyecto) 4120931 (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 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 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. .... [1X]
Cesárea. ..... [2]

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

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

4 ¿En cuánto tiempo desea tener otro embarazo?
Antes de 1 año .. [1] Después de 2 años o más. . [3X]
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... [3X] Construcción del vínculo afectivo madre- hijo. [6X] Ninguna [93] *Pase a la pregunta 7*
Desarrollo infantil... [5X] Prevención de accidentes en el hogar. ..... [4]

6. ¿Quién le brindo la información sobre los temas anteriores?:
Hospital..... [1X] 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. ..... [1X] Parcialmente de acuerdo. .. [2] En desacuerdo. . [3]

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

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

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 X] 2 horas..... [3]
1 hora..... [2] Más de 4 horas... [4]

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

5. ¿Cuál fue el peso de su hija-o al nacer?: 2690 Gramos
DATO VALIDO ENTRE 450 Y 6000

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

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

8. ¿Después de cuánto tiempo de nacido su hija-o inicio la lactancia materna?:
Inmediatamente.. [1] Menos de 24 horas... [3] 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?: 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?: 08/2023
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 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?: *(Seleccion múltiple)*
Habitabilidad en calle [1] Realiza actividades sexuales pagas [2]
Ninguna ..... [93 X] Consumo de sustancias psicoactivas [3]

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

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

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

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

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

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

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

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

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?: 25

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 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] Otro.. .. ..[3 X] ¿Cuál?: Hogar

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: 1069413381

Nombres y apellidos del cuidador-ra principal *(según documento identidad)* 19. Primer Apellido: Suarez 20. Segundo Apellido: Camargo 21. Primer Nombre: Marcela 22. Segundo Nombre: Isabel.

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] *Pase a seccion K*

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

SECCION 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 familia esta conformada por la mamà, papà y el niño, el padre es quien se encuentra trabajando para aportar al hogar, la mamá esta cuidando del niño ya que no se encuentra trabajando pero esta buscando jardin al niño para poder la mamà buscar trabajo. Cabe aclarar que viven separados pero el padre esta presente en la vida del niño ya que todos los dias lo visita en donde viven

2. Concepto técnico:

Se le deben garantizar el cupo en el jardin infantil waldorf ya que cumple con los criterios solicitados y de esa manera poder contribuir al desarrollo integral, social, emocional desarrollando su habilidades motrices del menor y dando cumplimiento a los derechos y deberes del niño.

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 [X] 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 [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 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 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] No oferta niveles [3]

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

Integrante: ____ Proyecto: ____ Modalidad: ____
Integrante: ____ Proyecto: ____ Modalidad: ____
Integrante: ____ Proyecto: ____ Modalidad: ____
Integrante: ____ Proyecto: ____ Modalidad: ____

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

Integrante: ____ ¿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: Ciudad Bolivar UNIDAD OPERATIVA: Jardin infantil waldorf RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA: Francia Posada

NOMBRE DEL RECOLECTOR: Brianda Soche DOCUMENTO DE IDENTIDAD CC[X] CE[ ] OTRO[ ] CUAL?: ____ Número # 1033936736

NOMBRE SOLICITANTE / BENEFICIARIO: Thiago Quiroga DOCUMENTO DE IDENTIDAD CC[ ] CE[ ] OTRO[X] CUAL?: RC Número # 1034991756

FECHA DE ENTREGA PARA DIGITACIÓN: 27/01/26 NOMBRE DEL DIGITADOR AL QUE SE ENTREGA LA FICHA: Carol Giraldo

Falta cc

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: 09/10/2023

Número de ficha: 2023197744120931
(Año: 2023 | Localidad: 19 | Proyecto: 774 | Código unidad operativa: 41209)

SECCCIÓN A. VARIABLES BÁSICAS

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

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

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

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

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:
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: 1024616600

11. Municipio nacimiento: Bogotá

12. Departamento nacimiento: Cundinamarca

13. País nacimiento: Colombia

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

15. Fecha de nacimiento: (según su documento de identidad) 29/07/2023

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

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 X | Subsidiado 2 | Especial 3

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

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

35. Clasificación Sisbén: A7

OK

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: 08 10 2023

Número de ficha: 2025 | 19 | 7744 | 1209 | 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 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]
Rrom (Gitano) [2]
Raizal del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina [3]
Palenquero de San Basilio [4]
Negro/a, Mulato/a, afro colombiano/a, o afro descendiente. [5]
Ninguno de los anteriores [6 X]

9. Pueblo indígena: (En las instrucciones de diligenciamiento se encuentra la lista completa de los pueblos indígenas con sus respectivos códigos, en la opción otro se debe escribir solo el código que refiera el instructivo
Nasa (Paëz) [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] 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 X] Hermano/a [7] Primo/a [9] Nieto/a [11] Otro No pariente [13]
Cónyuge o compañero/a [2] Padrastro / Madrastra [4] Abuelo/a [6] Tío/a [8] Sobrino/a [10] Otro pariente [12] Hijastro [14]

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

12. Número registro único de víctimas

13. Año en que realizo la declaración:

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

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

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

17. ¿Ha recibido capacitación, formación o tiene experiencia en algún arte u oficio?: ** (Esta pregunta aplica solo a personas mayores de 14 años):*
Si [1] No [2 X] No aplica [98]
Si la respuesta es 2 o 95 Pase a 18

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: 08102025

Número de ficha: 2025 (Año) 19 (Localidad) 774 (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 Bolivar 19 X

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

2. UPZ o UPR: 69

3. Nombre del barrio / Vereda: Sierra Morena

4. Escriba su dirección completa:

Calle CL | Transversal TV X | Avenida AV

Carrera KR | Avenida calle AC

Diagonal DG | Avenida carrera AK

Número de la vía principal: 73

Nombre de la vía principal:

Nombre sinónimo de la vía principal:

Alfabético	BIS	Cuadrante	Número vía generadora	Alfabético	Número placa	Cuadrante
H	Alfabético	S S / E E	75	A	18	S S / 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	BQ. Bloque	CT. Carretera	ET. Etapa	LM. Local Mezzanine	OF. Oficina	PN. Puente	SM. Súper manzana	UN. Unidad
AG. Agrupación	CA. Casa	DP. Depósito	GJ. Garaje	LS. Local sótano	OS. Oficina sótano	PS. Paseo	SR. Sector	UR. Unidad residencial
AL. Altillo	CEL. Célula	DS. Depósito sótano	GS. Garaje sótano	LT. Lote	PA. Parcela	PT. Portería	SS. Semi sótano	URB. Urbanización
AP. Apartamento	CM. Camino	ED. Edificio	IN. Interior	MD. Módulo	PD. Predio	SA. Salón	SU. Suite	ZN. Zona
AS. Apartamento sótano	CN. Consultorio	EN. Entrada	KM. Kilometro	MN. Mezzanine	PH. Pent-house	SC. 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: 3017211589

10. Correo electrónico de contacto: dulcemaraudkarina2020@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

Aceptable 4 X

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

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	$600.000	Recreación	$30.000
Servicios públicos domiciliarios (agua, energía, gas, teléfono fijo, internet, teléfono celular, televisión por cable	$350.000	Gastos en salud (consultas, medicamentos, etc.)	$30.000
Pagos a terceros cuidadores	$ 0	Transporte o movilidad de los integrantes del hogar	$100000
Artículos de aseo personal	$80.000	Educación (útiles, pensión, transporte escolar, fotocopias, etc.)	$
Alimentación	$350.000	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. 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: 5 de 6

Fecha de diligenciamiento: 08/12/2023

Número de ficha: 2023 | 19 | 774 | 1209 | 31
(Año | Localidad | Proyecto | Código unidad operativa)

SECCIÓN D. INFORMACIÓN BÁSICA Y TRANSVERSAL SOBRE LA FAMILIA:

La información básica se repite para el jefe de núcleo familiar

No. Integrante	A: DOCUMENTO DE IDENTIDAD – Tipo	A: DOCUMENTO DE IDENTIDAD – Número	B: APELLIDOS (Escriba: En el 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: NIVEL EDUCATIVO ACTUAL – Años aprobados	M: ¿Asiste actualmente?	N: SISTEMA DISTRITAL DE CUIDADO – ¿Es persona cuidador/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 caso	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: 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	CC	1218214466	1 Rodriguez 2 Rojas	1 Luis 2 Alberto	1	1	1	1	6	9	1992	33	3	1	7	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	1	3	48	1400000			Sí	1	2	Sí		68		Sí		Sí	
																X	X	X	X	X	X	X							No			X				No		No aplica	
2	TI	1007695162	1 Valbuena 2 Tovar	1 Maria 2 Daniela	2	2	2	1	29	12	1995	29	3	3	7	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí							Sí	2	1	Sí		68		Sí		Sí	
																X	No	No	No	No	No	No							No			X				No		No aplica	
3	TI	1028683387	1 Valbuena 2 Tovar	1 Brallan 2 Camilo	1	1	1	98	4	4	2013	12	98	5	8	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí							Sí	2	1	Sí		68		Sí		Sí	
																No	No	No	No	No	No	No							No			No				No		No aplica	
4	RC	1024616600	1 Rodriguez 2 Valbuena	1 Sharol 2 Brigitte	2	2	1	98	29	7	2023	2	98	5	98	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí							Sí	2	1	Sí		68		Sí		Sí	No
																No	No	No	No	No	No	No							No			No				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 aplica	No

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 cuidadora/a?	Niñas/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 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	
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.

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: 0 8 | 1 0 | 2 0 2 5

Número Ficha: 2 0 2 5 | 1 9 | 7 7 | 4 4 | 1 2 0 | 9 | 3 1
(Año | Localidad | Proyecto | 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 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 secáón k*

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

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

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 [X] 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 sobre como iniciar la alimentación complementaria?
Si.... 1 [X] No.... 2 [ ]

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

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]
1 hora..... [2 X] Más de 4 horas... [4]

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

5. ¿Cuál fue el peso de su hija-o al nacer?: 1700 Gramos
DATO VALIDO ENTRE 450 Y 6000

6. ¿Cuál fue la talla de su hija-o al nacer?: 53 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 pregunta13*

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

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

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

11. ¿Qué edad tenía su hija-o cuando recibió un alimento diferente a la leche materna?: 9 Meses. *Pase a la pregunta 13*

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

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

14. ¿Fecha del último control?: 19092025
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 dia?:
Creencias religiosas o culturales... [1] Olvido... [2] Pérdida del carné... [3] Desconocimiento... [4] Falta de tiempo... [5]

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

19. ¿La condición de salud de la niña o el niño, implica?: *(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] Traqueotomia ..... [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] 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 X] No... [2]

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] *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 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]

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]

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 X | Padrastro 3 | Madrastra 4 | Hermano-a.... 5 | Tío-a..... 6 | Abuelo-a..... 7 | Otro pariente..... 8 | Otro No pariente 9

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

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

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

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

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 X | 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 | Ninguno 93

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

14. En qué momento: *(selección múltiple)* Mañana.... 1 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: 1007695162

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

19. Primer Apellido: Valbuena

20. Segundo Apellido: Tovar

21. Primer Nombre: Maria

22. Segundo Nombre: Daniel.

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 seccion K*

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

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

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

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

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: Sindrome 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: Fonoaudiologia 1 | Fisioterapia... 2 | Terapia ocupacional 3 | Neurologia... 4 | Otro... 5 -cuál?

SECCIÓN N. DESCRIPCIÓN Y REFERENCIACIÓN:

1. Descripción de la problemática:

La Familia esta conformada por cuatro integrantes, el padre de Familia es el encargado de proveer el hogar ya que es el unico que se encuentra trabajando en estos momentos, la madre se queda en cuidado de sus dos hijos y esta buscando trabajo para poder aportar al hogar pero primero quiere buscar le jardin a su hija.

2. Concepto técnico:

Se le debe garantizar el cupo en el jardin infantil waldorf ya que cumple con los criterios solicitados, ademas se le brinda un espacio optimo para desarrollar sus habilidades y su integridad, social, emocional, dando cumplimiento a los derechos y deberes de la menor.

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 [X] 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 [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 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 X]

6. La unidad operativa ofrece nivel pre jardin 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?: _____

	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: Ciudad Bolivar UNIDAD OPERATIVA: Jardin infantil waldorf RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA: Evanna posada

NOMBRE DEL RECOLECTOR: Brianda Sochie DOCUMENTO DE IDENTIDAD CC[X] CE[ ] OTRO[ ] CUAL?_____ Número # 1033736936

NOMBRE SOLICITANTE / BENEFICIARIO: Sharol Rodriguez DOCUMENTO DE IDENTIDAD CC[ ] CE[ ] OTRO[X] CUAL? RC Número # 1029616600

FECHA DE ENTREGA PARA DIGITACIÓN: 16/12/2025 NOMBRE DEL DIGITADOR AL QUE SE ENTREGA LA FICHA: Carol Galindo

	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: 06/03/2026

Número de ficha: 20261974741209 31 (Año / Localidad / Proyecto / Código unidad operativa)

SECCIÓN A. VARIABLES BÁSICAS

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

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

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

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

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.
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: 1.245.081.855.

11. Municipio nacimiento: Cundinamarca

12. Departamento nacimiento: Bogotá

13. País nacimiento: Colombia

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

15. Fecha de nacimiento: (según su documento de identidad) 14/12/24

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

17. Nivel educativo actual
Educación Inicial 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 cuidadora? (pregunta para mayores de 14 años
Si [1] No [2] (pase a la pregunta 25)

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

21. ¿Es cuidadora de niños, niñas entre 00 a 10 años?
Si [1] No [2]

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

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

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

25. Actividad Principal * (Esta pregunta aplica solo a personas mayores de 3 años)
Buscando trabajo [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?: (Este 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 [95]

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

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

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

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

35. Clasificación Sisbén

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: 06/03/2026

Número de ficha: 2026 (Año) 19 (Localidad) 7 (Proyecto) 44 (Código unidad operativa) 1209 3 1

SECCIÓN B. VARIABLES TRANSVERSALES

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

2. Tipo de discapacidad

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

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

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

4. Tipología de 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
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 Chami	35	Ninguna de las anteriores	17 X		
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] X No [2] No aplica [98]

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	X	Mecánica	13	Cocina	17	Carpintería	21
Artesanías	2	Ventas ambulantes	6	Cuidado de personas enfermas	10		Jardinería	14	Sistemas	18	Picmería	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	$ 0	Recreación	$ 100.000
Servicios públicos domiciliarios (agua, energía, gas, teléfono fijo, internet, teléfono celular, televisión por cable	$ 250.000	Gastos en salud (consultas, medicamentos, etc.)	$ 50.000
Pagos a terceros cuidadores	$ 0	Transporte o movilidad de los integrantes del hogar	$ 220.000
Artículos de aseo personal	$ 200.000	Educación (útiles, pensión, transporte escolar, fotocopias, etc.)	$ 0
Alimentación	$ 400.000	Total	$ 1'220.000

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 | No informa 3 X

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: 06/07/2026

Número de ficha: 2026 (Año) 19 (Localidad) 77 (Proyecto) 44 (Código unidad operativa) 1209 31

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 Bolivar 19 X

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

2. UPZ o UPR: 69

3. Nombre del barrio / Vereda: Sierra Morena III

4 Escriba su dirección completa:

Calle CL | Transversal TV X | Avenida AV

Carrera KR | Avenida calle AC

Diagonal DG | Avenida carrera AK

Número de la vía principal: 73

Nombre de la vía principal:

Nombre sinónimo de la vía principal:

Alfabético	BIS	Alfabético	Cuadrante	Número vía generadora	Alfabético	Número placa	Cuadrante
G			S S / E E	75	A	33	S S / 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	PH. Puente	SM. Súper manzana	UN. Unidad
AL. Altillo	CA. Casa	DP. Depósito	GJ. Garaje	LS. Local sotano	OS. Oficina sótano	PS. Paseo	SR. Sector	UR. Unidad residencial
AP. Apartamento	CEL. Celda	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: 3022911983 / 3007597666

10. Correo electrónico de contacto: Y.Y.Caldara@hotmail.com.

11. ¿Habita en una vivienda?.

Si 1 X

No 2 *pase a la pregunta 16*

12. Tipo de vivienda

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

Cuarto o cuartos 2 | 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 X

Amortizado 4 | Arrendada 2

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

	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: 06/12/26

Número de ficha: 2026 | 19 | 7744 | 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	H: Edad aproximada	I: ESTADO CIVIL	J: PARENTESCO (Con jefe/a del núcleo familiar)	K: NIVEL EDUCATIVO ACTUAL – NIVEL	K: Años aprobados	K: ¿Asiste actualmente?	L–Q: SISTEMA DISTRITAL DE CUIDADO – ¿Es persona cuidadora/o?	L–Q: Niños/as de 0 a 5 años	L–Q: Niños/as de 6 a 10 años	L–Q: Persona con discapacidad	L–Q: Persona mayor	L–Q: Cuidado de casa	R: Actividad	S: Rol ocupacional	T: ¿Cuantas horas a la semana dedica a esta ocupación?	U: Valor de los ingresos mensuales	V: Forma de percibir los ingresos	W: Localidad donde realiza actividad principal	X: SALUD – Afiliado al régimen de seguridad social	X: Régimen de seguridad social	X: Calidad del afiliado	Y: DISCAPACIDAD – ¿Persona con discapacidad?	Y: Tipo	Z: Grupo étnico	AA: Pueblo Indígena	AB: VÍCTIMA DE CONFLICTO ARMADO – ¿Es víctima del conflicto armado?	AB: Motivo	AC: ¿Ha recibido capacitación, formación o tiene experiencia en algún arte u oficio?	AD: De acuerdo con la respuesta anterior ¿En qué cree que puede desempeñarse?
1	1	1.024.542.240	1 Ceron	1 Yency	2	2	2	1	4	01	1998	27	1	1	18		Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	1	3	44	2000.000	5	98	X	2	1	Sí		98		Sí		Si X	
			2 Aldana	Yaneidy													No	No	No	No	No	No	No							No			X				X		No aplica	
2	3	1.029.297.213	1 Rojas	1 Dilan	1	1	1	98	28	06	2018	7	98	5	98		X	Sí	Sí	X	Sí	Sí	Sí							X	2	1	Sí		98		Sí		Si X	
			2 Ceron	2 JHodn													No	X	X	No	X	X	X							No			X				X		No aplica	
3	6	1245081855	1 Rojas	1 Liam	1	1	1	98	14	01	2024	2	98	5	98		X	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí						X	2	1	Sí				Sí		Si X	
			2 Ceron	2 Joel													X	No	X	X	X	X	X							No			X				X		No aplica	
4			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	
5			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	

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 cuidadora/o?	Niños/as de 0 a 5 años	Niños/as de 6 a 10 años	Persona con discapacidad	Persona mayor	Cuidado de casa							Afiliado al régimen de seguridad social	Régimen de seguridad social	Calidad del afiliado	¿Persona con discapacidad?	Tipo			¿Es víctima del conflicto armado?	Motivo		
6			1	1												Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí							Sí			Sí				Sí		Sí / No	
			2	2												No	No	No	No	No	No	No							No			No				No		No aplica	
7			1	1												Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí							Sí			Sí				Sí		Sí / No	
			2	2												No	No	No	No	No	No	No							No			No				No		No aplica	
8			1	1												Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí							Sí			Sí				Sí		Sí / No	
			2	2												No	No	No	No	No	No	No							No			No				No		No aplica	
9			1	1												Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí							Sí			Sí				Sí		Sí / No	
			2	2												No	No	No	No	No	No	No							No			No				No		No aplica	
10			1	1												Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí							Sí			Sí				Sí		Sí / No	
			2	2												No	No	No	No	No	No	No							No			No				No		No aplica	
11			1	1												Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí							Sí			Sí				Sí		Sí / No	
			2	2												No	No	No	No	No	No	No							No			No				No		No aplica	
12			1	1												Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí							Sí			Sí				Sí		Sí / No	
			2	2												No	No	No	No	No	No	No							No			No				No		No aplica	
13			1	1												Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí							Sí			Sí				Sí		Sí / No	
			2	2												No	No	No	No	No	No	No							No			No				No		No aplica	

Tratamiento de datos personales: Los datos personales aquí consignados tienen carácter confidencial, 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.

	PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL	Código:	FOR-PSS-334
ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.	PROYECTO 7744 GENERACION DE OPORTUNIDADES PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA DE BOGOTÁ	Versión:	2
		Fecha:	Memo I2023015020-24/05/2023
	FORMATO FICHA SIRBE SERVICIOS: JARDINES INFANTILES Y CRECIENDO JUNTOS	Página:	1 de 4

Fecha de diligenciamiento: 06022026

Número Ficha: 2026 | 19 | 77 | 44 | 1 | 2 | 09 | 31

Año | Localidad | Proyecto | 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 seccion G) Niña - niño [2]

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

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

SECCION 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 hija-hijos nacidos vivos? Entre 1 y 3 [1] Más de 5 [3] Entre 4 y 5 [2] Ninguno [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 de alguien en su hogar frente a su situación de 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 brindó la información sobre sus derechos? Hospital [1] Colegio [3] Amigos-as [5] Novio [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 [5]

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

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

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

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

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

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

17. Después de la hija-hijo que esta esperando, le gustaría: Tener otro [1] No tener otro [2] Esta indecisa/o Insegura/o [3] (Pase sección I)

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 produciría el parto [1] X Tipo de parto [2] Ninguna [93] La posición de parir [3] La elección del acompañante [4]

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

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

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

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

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

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

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

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 X] 2 horas..... [3]
1 hora..... [2] Más de 4 horas... [4]

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

5. ¿Cuál fue el peso de su hija-o al nacer?: 3100 Gramos
DATO VALIDO ENTRE 450 Y 6000

6. ¿Cuál fue la talla de su hija-o al nacer?: 43. Centímetros
DATO VALIDO ENTRE 22 Y 60

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

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

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

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

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

12. ¿Qué edad tenía su hija-o cuando dejo de darle leche materna completamente?: 12 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?: 18/06/2025
Pase a la pregunta 16

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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. ¿He 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 | Hermano-a... 5 | Tío-a... 6 | Abuelo-a... 7 X | Otro pariente... 8 | Otro No pariente 9

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

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

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

8. ¿Cuál es la edad en años del cuidador o la cuidadora principal?: 44

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 | Posgrado incompleto (sin título)... 22 | Posgrado completo (con título) ... 15 | Ninguno 93

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

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 X | No... 2

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: 52.543.812.

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

19. Primer Apellido: Aldana | 20. Segundo Apellido: Saenz | 21. Primer Nombre: Nini | 22. Segundo Nombre: Yojana.

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?:

SECCION K. INFORMACION RURALIDAD: si en la pregunta 6 de la Seccion C del Cabezote indicó Rural diligencie este 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 practicas culturales se reconoce como: Campesino-a..... 1 | Rural..... 2 *Pasar a la seccion 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

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 X

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

SECCION M. DISCAPACIDAD Y ALTERACIONES EN EL DESARROLLO Si en la pregunta 1 de la sección B del cabezote 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 o trastornos ... ☐
- 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 (PMOC) ... ☐

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 seccion 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 familia esta Conformada por La madre quien trabaja para SusTentar y mantener la Casa, Cuenta Con una red de apoyo quien es la abuela materna del niño pero Solo para el cuidado en las noches, busca un Jardin para que su hijo tenga buenos principios y Desarrollo Culturral y emocional.

2. Concepto técnico:

Se debe garantizar el Acso al niño en el Jardin infantil Waldorf ya que Cumple Con los criterios Solicitados, y de esa manera podemos Contribuir al desarrollo integral, Social, emocional, aportando a Sus habilidades Sin olvidar los derechos y deberes del niño.

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 ☐ EL 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 pregunta 5*

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

Verificación otras condiciones: - Si... [1] - No.. [2] X

5. La modalidad en el que se atenderá la niña, el niño, persona gestante o lactante se encuentra en convenio interadministrativo con (selección 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] No oferta niveles [3] X

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

Integrante: ___ Proyecto. _____ Modalidad: _____

Integrante: ___ Proyecto: _____ Modalidad: _____

Integrante: ___ Proyecto. _____ Modalidad: _____

Integrante: ___ Proyecto: _____ Modalidad: _____

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

Integrante: ___ ¿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 Ciudad Bolívar UNIDAD OPERATIVA: Jardin Infantil Waldorf RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA: Francia posada.

NOMBRE DEL RECOLECTOR Tatiana Guerrero DOCUMENTO DE IDENTIDAD CC X CE__ OTRO__ CUAL?_____ Número # 1.033.765.023

NOMBRE SOLICITANTE / BENEFICIARIO Liam Joel Rojas Ceron DOCUMENTO DE IDENTIDAD CC__ CE__ OTRO X CUAL? R.C Número # 1.245.081.855.

FECHA DE ENTREGA PARA DIGITACIÓN: 09/02/2026 NOMBRE DEL DIGITADOR AL QUE SE ENTREGA LA FICHA: Carol Galindo.

	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: 12/12/2025

Número de ficha: 2025 | 19 | 7 | 7 | 4 | 4 | 12 | 09 | 31
(Año | Localidad | Proyecto | Código unidad operativa)

SECCIÓN A. VARIABLES BÁSICAS

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

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

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

4. Segundo Nombre, según su documento de identidad:

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

6. Nombre 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] Cedula de extranjeria [2] Tarjeta de identidad [3] Registro civil [6 X] Pasaporte.. [13]
Permiso especial de permanencia [18] Salvo conducto [19] Permiso por protección temporal ... [21] Sin Identificación [8]

10. Número de documento de identificación: 1024618257

11. Municipio nacimiento: Bogotá

12. Departamento nacimiento: Cundinamarca

13. País nacimiento: Colombia

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

15. Fecha de nacimiento: (según su documento de identidad) 19/01/2004

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

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

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

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

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

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

25. Actividad Principal. * (Esta pregunta aplica solo a personas mayores de 3 años)
Buscando trabajo [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 X] Subsidiado [2]
Especial [3]

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

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

35. Clasificación Sisbén: B7

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: 12/12/2025

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

SECCIÓN B. VARIABLES TRANSVERSALES

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

2. Tipo de discapacidad

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

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

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

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

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

Nasa (Paéz) [1] Quillasinga [4] Sicuani [6] Misak Misak [60] Cañamomos [10] Kichwas [15] Arhuacos [13] Embera Chamí [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] 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 aplica [98]
No [2] 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 X

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

Rubro	Valor del gasto en pesos	Rubro	Valor del gasto en pesos
Vivienda (Arriendo y/o valor cuota	$ 450.000	Recreación	$ 200.000
Servicios públicos domiciliarios (agua, energía, gas, teléfono fijo, internet, teléfono celular, televisión por cable	$ 160.000	Gastos en salud (consultas, medicamentos, etc.)	$ 20.000
Pagos a terceros cuidadores	$ 300.000	Transporte o movilidad de los integrantes del hogar	$ 200.000
Artículos de aseo personal	$ 100.000	Educación (útiles, pensión, transporte escolar, fotocopias, etc.)	$ 0
Alimentación	$ 300.000	Total	$ 1730000

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 DISTRITAL 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: 12/12/2025

Número de ficha: 2025 19 7 4 4 12093 1
(Año / Localidad / Proyecto / Código unidad operativa)

SECCION C. UBICACIÓN GEOGRAFÍCA

1. Localidad donde habita

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

2. UPZ o UPR: 69

3. Nombre del barrio / Vereda: santa Viviana.

4. Escriba su dirección completa:

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

Número de la vía principal:	Alfabético	BIS	Alfabético	Cuadrante	Número vía generadora	Alfabético	Número placa	Cuadrante
74	C			S S / E E	75	D	38	S S / E E

Nombre de la vía principal:

Nombre sinónimo de la vía principal:

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

Complemento dirección:								
AD. Administración	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 | Dos 2 | Tres 3 | Cuatro 4 | Cinco 5 | Cero 0

8. Teléfono fijo de contacto:

9. Teléfono celular de contacto: 3155853950 / 3203236180

10. Correo electrónico de contacto cinyippachiraveragon.zeltez@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 | Cuarto o cuartos 2 | Inquilinato 3
Vivienda móvil 4 | Casa lote 5 | Residencia 6
Lugar de trabajo 7 | Rancho 8 | 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

	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: 12/12/2023

Número de ficha: 2025 (Año) 19 (Localidad) 774 (Proyecto) 1209 (Código unidad operativa) 31

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		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			
	Tipo	Número							Dia	Mes	Año				NIVEL Años aprobados	¿Asiste actualmente?	¿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	¿Ha recibido capacitación, formación o tiene experiencia en algún arte u oficio?	De acuerdo con la respuesta anterior ¿En qué cree que puede desempeñarse?
1	1	1083916289	1 Vaca 2 Valencia	1 Ford 2	1	1	1	1	9	06	1996	29	3	1	18	Si X	Si No	Si No	Si No	Si No	Si No	Si No	1	3	45	1480000	2	98	X No	2	1	Si No		98		Si X		Si X No aplica	
2	1	1073708726	1 Gonzalez 2	1 Angie 2 Paola	2	2	2	1	30	12	1996	28	3	3	18	Si X	Si No	Si No	Si No	Si No	Si No	Si No	1	3	44	1480000	2	98	X No	2	1	Si No		98		Si X		Si X No aplica	
3	6	1024618257	1 Vaca 2 Gonzalez	1 Vaillolet 2	2	2	2	98	19	01	2024	2	98	5	98	Si No	Si No	Si No	Si No	Si No	Si No	Si No							X No	2	1	Si No		98		Si X		Si No No aplica	
4			1 2	1 2												Si No	Si No	Si No	Si No	Si No	Si No	Si No							Si No			Si No				Si No		Si No No aplica	
5			1 2	1 2												Si No	Si No	Si No	Si No	Si No	Si No	Si No							Si No			Si No				Si No		Si No No aplica	

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: 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 ¿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	Actividad	Rol ocupacional	¿Cuantas horas a la semana dedica a esta ocupación?	Valor de los ingresos mensuales	Forma de percibir los ingresos	Localidad donde realiza actividad principal	SALUD Afiliado al régimen de seguridad social	Régimen de seguridad social	Calidad del afiliado	DISCAPACIDAD ¿Persona con discapacidad?	Tipo	Grupo étnico	Pueblo Indígena	VÍCTIMA DE CONFLICTO ARMADO ¿Es víctima del conflicto armado?	Motivo	¿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							Dia	Mes	Año																												
6			1	1												Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí							Sí			Sí				Sí		Sí No	
			2	2												No	No	No	No	No	No	No							No			No				No		No aplica	
7			1	1												Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí							Sí			Sí				Sí		Sí No	
			2	2												No	No	No	No	No	No	No							No			No				No		No aplica	
8			1	1												Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí							Sí			Sí				Sí		Sí No	
			2	2												No	No	No	No	No	No	No							No			No				No		No aplica	
9			1	1												Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí							Sí			Sí				Sí		Sí No	
			2	2												No	No	No	No	No	No	No							No			No				No		No aplica	
10			1	1												Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí							Sí			Sí				Sí		Sí No	
			2	2												No	No	No	No	No	No	No							No			No				No		No aplica	
11			1	1												Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí							Sí			Sí				Sí		Sí No	
			2	2												No	No	No	No	No	No	No							No			No				No		No aplica	
12			1	1												Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí							Sí			Sí				Sí		Sí No	
			2	2												No	No	No	No	No	No	No							No			No				No		No aplica	
13			1	1												Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí							Sí			Sí				Sí		Sí No	
			2	2												No	No	No	No	No	No	No							No			No				No		No aplica	

Tratamiento de datos personales: Los datos personales aquí consignados tienen carácter confidencial, 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.	PROCESO PR… …TACIÓN 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: 12/12/2025 Número Ficha: 2025 (Año) 19 (Localidad) 774 (Proyecto) 4120931 (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 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 ultima 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 vinculo afectivo madre- hijo... [6] Sus derechos y los de su pareja en el momento del parto. [2] Desarrollo infantil..... [5] Prevención de accidentes en el hogar..... [4] Ninguna... [93] *Pase a la 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 X]

2. ¿Para el parto tuvo la oportunidad de elegir *(selección múltiple)*?: Lugar donde se producirá el parto. [1 X] Tipo de parto .. [2] Ninguna... [93] La posición de parir..... [3] 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 vinculo afectivo madre- hijo. [6 X] Desarrollo infantil... [5 X] Prevención de accidentes en el hogar. ..... [4 X] Ninguna [93] *Pase a la pregunta 7*

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

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

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

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

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 [X] 2 horas..... 3 [ ]
1 hora..... 2 [ ] Más de 4 horas... 4 [ ]

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?: 2975 Gramos
DATO VALIDO ENTRE 450 Y 6000

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

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

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

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

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

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

12. ¿Qué edad tenía su hija-o cuando dejo de darle leche materna completamente?: 10 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?: 11 09 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 2 [ ]
Ninguna ..... 93 [X] Consumo de sustancias psicoactivas 3 [ ]

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

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

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

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

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

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

28. ¿En qué localidad?:
Usaquén..... 1 [ ] Santa fe..... 3 [ ] Usme..... 5 [ ] Bosa..... 7 [ ] Fontibón... 9 [ ] Suba..... 11 [ ] Teusaquillo.... 13 [ ] Antonio Nariño. 15 [ ] La Candelaria.. 17 [ ] Ciudad 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 [ ]

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 [ ] 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]

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 X | Padrastro 3 | Madrastra 4 | Hermano-a... 5 | Tío-a..... 6 | Abuelo-a..... 7 | Otro pariente..... 8 | Otro No pariente 9

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

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

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

8. ¿Cuál es la edad en años del cuidador o la cuidadora principal?: 28

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

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

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

12. Nivel educativo actual del cuidador o la cuidadora principal: Básica primaria..... 7 | Básica secundaria y media 8 | Técnico..... 18 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 X | Otro.. .. .. 3 ¿Cuál?: _____

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

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

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

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

18. Número de documento de identidad del cuidador-ra principal. 1073788728

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

19. Primer Apellido Gonzalez

20. Segundo Apellido:

21. Primer Nombre: Angie

22. Segundo Nombre: Paola.

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 seccion K*

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

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

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

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

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
- Sindrome de Down.....
- Intelectual ...

FISICA
- Osteomuscular.....
- Neuromuscular.....
- Paralisis 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: Fonoaudiologia 1 | Fisioterapia... 2 | Terapia ocupacional 3 | Neurologia... 4 | Otro... 5 -cuál?_____

SECCIÓN N. DESCRIPCIÓN Y REFERENCIACIÓN:

1. Descripción de la problemática:

La Familia esta conformada por tres integrantes, el padre y la madre trabajan y otro pariente es quien cuida del menor mientras trabajan y ya cuando llegan Se encargan de cuidarlo.

2. Concepto técnico:

Se le debe garantizar el cupo en el jardin infantil waldorf ya que cumple con los criterios solicitados y de esa manera se brinda un espacio optimo para el desarrollo de sus habilidades, lo social, emocional y de esa manera dar cumplimiento a los derechos y deberes del menor.

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 [X] 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 [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 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 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] 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?: _____

	PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES FORMATO REGISTRO DE DILIGENCIAMIENTO DE FICHA SIRBE EN FÍSICO	Código: FOR-PSS-743 Versión: 0 Fecha: Memo I2024009787 - 12/01/2024 Página: 1 de 1

LOCALIDAD Ciudad Bolivar UNIDAD OPERATIVA: Jardin infantil waldorf RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA: Francia Posada

NOMBRE DEL RECOLECTOR Brianda Sache DOCUMENTO DE IDENTIDAD CC X CE__ OTRO__ CUAL?_____ Número # 1033736736

NOMBRE SOLICITANTE / BENEFICIARIO Vaillolet Vaca DOCUMENTO DE IDENTIDAD CC__ CE__ OTRO X CUAL? RC Número # 1024618257

FECHA DE ENTREGA PARA DIGITACIÓN: 26/01/26 NOMBRE DEL DIGITADOR AL QUE SE ENTREGA LA FICHA: Carol Giraldo

	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: 29 01 2026

Número de ficha: 2026 (Año) 19 (Localidad) 774 (Proyecto) 12 (Código unidad operativa) 093 1

SECCIÓN A. VARIABLES BÁSICAS

1. Primer Apellido según su documento de identidad: Valencia

2. Segundo Apellido según su documento de identidad: Navarro

3. Primer Nombre según su documento de identidad: Gael

4. Segundo Nombre según su documento de identidad: matheo.

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 [3] 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] Otra ¿Cuál?
Lesbiana [5] No informa [4]
Gay [6] No Aplica [98]

9. Tipo de documento de identificación:
Tarjeta de ciudadanía [1] Cédula de extranjería [2] Tarjeta de identidad [3] Registro civil [6 X] Pasaporte [13]
Permiso especial de permanencia [15] Salvo conducto [19] Permiso por protección temporal [21] Sin Identificación [8]

10. Número de documento de identificación: 1023993028

11. Municipio nacimiento: Cundinamarca

12. Departamento nacimiento: Bogotá

13. País nacimiento: Colombia

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

15. Fecha de nacimiento (según su documento de identidad): 13 06 2023

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

17. Nivel educativo actual:
Educación inicial en modalidad familiar [36] Preescolar [6] Básica secundaria y media [8] Tecnológico [19] Universitario completo (con título) [12] Posgrado completo (con título) [15]
Educación inicial institucional [27] Básica primaria [7] Técnico [18] Universitario incompleto (sin título) [21] Posgrado incompleto (sin título) [22] Educación desde la propia [25] Ninguno [1]

17.1 Año aprobado:

18. ¿Es usted ocupacional? (pregunta para mayores de 14 años)
Si [1] No [2] (pase a la pregunta 20)

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

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

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

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

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

19. Actividad Principal * (Esta pregunta aplica solo a personas mayores de 9 años)
Buscando trabajo [2] Trabajo no remunerado [4] Sin actividad [5]
Estudiante [7] Jubilado / pensionado [6] Cuidador [11]
Trabajo Formal [12] Trabajo Informal [13] No aplica [98]

20. 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]
Conductor [21] Mendicidad [12] Vigilar o limpiar carros [25] Calibrar llantas [26] Estudiante [31] No aplica [98]

27. ¿Cuántas horas a la semana dedica a la(s) ocupación(es) seleccionada(s)? (Esta pregunta aplica solo a mayores de 14 años) *
Horas

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

29. Forma de percibir los ingresos * (Aplica solo a personas mayores de 14 años)
Diario [1] Semanal [4]
Mensual [2] Quincenal [5]
Esporadico [3] No aplica [99]

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 X] Subsidiado [2]
Especial [3]

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

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

35. Clasificación Sisben

	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: 29 01 2026

Número de ficha: 2026 19 77 4 1209 31
(Año / Localidad / Proyecto / Código unidad operativa)

SECCIÓN B. VARIABLES TRANSVERSALES

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

2. Tipo de discapacidad: Física [20] Auditiva [31] Intelectual [39] Psicosocial [40] Visual [32] Sordo ceguera [10] Alteración del desarrollo [37] Múltiple [42] Trastornos del espectro autista (TEA) [36]

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 ampliado compuesto [3] / Hogar familiar ampliado 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 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 Katio [34]

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

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

12. Número registro único de víctimas: ____

13. Año en que realizo la declaración: ____

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

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

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

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

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

	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: 29 01 2026

Número de ficha: 2026 | 19 | 7744 | 120931
(Año | Localidad | Proyecto | Código unidad operativa)

SECCION C. UBICACIÓN GEOGRAFÍCA

1. Localidad donde habita

Usaquén	1		Santa fe	3		Usme	5		Bosa	7		Fontibon	9		Suba	11		Teusaquillo	13	
Antonio Nariño	15		La Candelaria	17		Ciudad Bolivar	19	X	Chapinero	2		San Cristóbal	4		Tunjuelito	6		Kennedy	8	
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: Sierra Morena

4. Escriba su dirección completa:

Calle	CL		Transversal	TV	X	Avenida	AV		Número de la vía principal:	73	
Carrera	KR		Avenida calle	AC					Nombre de la vía principal:		
Diagonal	DG		Avenida carrera	AK					Nombre sinónimo de la vía principal:		

Alfabético	BIS	Cuadrante	Número vía generadora	Alfabetico	Número placa	Cuadrante
G	Alfabético	S S / E E	75	A	38	S S / E E

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

Complemento dirección:								
AD. Administración	BG. Bodega	CONJ. Conjunto	ESQ. Esquina	LC. Local	MZ. Manzana	PI. Piso	SL. Solar	TR. Terraza
AG. Agrupación	BQ. Bloque	CT. Carretera	ET. Etapa	LM. Local Mezzanine	OF. Oficina	PN. Puente	SM. Super manzana	UN. Unidad
AL. Altillo	CA. Casa	DP. Depósito	GJ. Garaje	LS. Local sótano	OS. Oficina sótano	PS. Paseo	SR. Sector	UR. Unicad 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. Modulo	PD. Predio	SA. Salón	SU. Suite	ZN. Zona
	CN. Consultorio	EN. Entrada	KM. Kilometro	MN. Mezzanine	PH. Pent-house	SC. Salón Comunal	TO. Torre	

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

7. Estrato socio – económico del predio: Uno 1 X | Dos 2 | Tres 3 | Cuatro 4 | Cinco 5 | Cero 0

8. Teléfono fijo de contacto:

9. Teléfono celular de contacto: 3112287381 / 322 746 4442

10. Correo electrónico de contacto: Sandramilenanavarro Tavera @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 | Cuarto o cuartos 2 | Inquilinato 3 | Vivienda móvil 4 | Casa lote 5 | Residencia 6 | Lugar de trabajo 7 | Rancho 8 | 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

	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 20230152S8 - 25/05/2023 Página: 3 de 6

14. 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
Ninguno 4	Cuidado de niños-as de 0 a <6 8	Servicios generales 12	Electrónica 16	Belleza 20	Ninguna de las anteriores 24 X

15. 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	$ 400.000	Recreación	$ 50.000
Servicios públicos domiciliarios (agua, energía, gas, teléfono fijo, internet, teléfono celular, televisión por cable	$ 200.000	Gastos en salud (consultas, medicamentos, etc.)	$ 20.000
Pagos a terceros cuidadores	$ 0	Transporte o movilidad de los integrantes del hogar	$ 100.000
Artículos de aseo personal	$ 150.000	Educación (útiles, pensión, transporte escolar, fotocopias, etc.)	$ 250.000
Alimentación	$ 400.000	Otro	$ 1'570.000

16. ¿Usted se considera campesino-a? Se responde teniendo en cuenta la respuesta según su auto-reconocimiento, de concepto

Sí 1 | No 2 X | No responde 3

17. ¿Usted considera que la actividad en la que vive es campesina? Se responde teniendo en cuenta la respuesta según su auto-reconocimiento, de concepto

Sí 1 | No 2 X | No responde 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: 5 de 6

Fecha de diligenciamiento: 29/01/2026

Número de ficha: 2026 (Año) 19 (Localidad) 744 (Proyecto) 1209 (Código unidad operativa) 31

SECCIÓN D. INFORMACIÓN BÁSICA Y TRANSVERSAL SOBRE LA FAMILIA:

La información básica se repite para el jefe de núcleo familiar

No. Integrante	A: DOCUMENTO DE IDENTIDAD – Tipo	A: DOCUMENTO DE IDENTIDAD – 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	Edad aproximada	I: ESTADO CIVIL	J: PARENTESCO (Con jefe/a del núcleo familiar)	K: NIVEL EDUCATIVO ACTUAL – NIVEL	K: NIVEL EDUCATIVO ACTUAL – Años aprobados	L: ¿Asiste actualmente?	SISTEMA DISTRITAL DE CUIDADO: ¿Es persona cuidadora/a?	SISTEMA DISTRITAL DE CUIDADO: Niños/as de 0 a 5 años	SISTEMA DISTRITAL DE CUIDADO: Niños/as de 6 a 10 años	SISTEMA DISTRITAL DE CUIDADO: Persona con discapacidad	SISTEMA DISTRITAL DE CUIDADO: Persona mayor	SISTEMA DISTRITAL DE CUIDADO: Cuidado de casa	R: Actividad	S: Rol ocupacional	T: ¿Cuantas horas a la semana dedica a esta ocupación?	U: Valor de los ingresos mensuales	V: Forma de percibir los ingresos	W: Localidad donde realiza actividad principal	X: SALUD – Afiliado al régimen de seguridad social	X: SALUD – Régimen de seguridad social	X: SALUD – Calidad del afiliado	Y: DISCAPACIDAD – ¿Persona con discapacidad?	Y: DISCAPACIDAD – Tipo	Z: Grupo étnico	AA: Pueblo indígena	AB: VÍCTIMA DE CONFLICTO ARMADO – ¿Es víctima del conflicto armado?	AB: VÍCTIMA DE CONFLICTO ARMADO – Motivo	AC: ¿Ha recibido capacitación, formación o tiene experiencia en algún arte u oficio?	AD: De acuerdo con la respuesta anterior ¿En qué cree que puede desempeñarse?
1	1	1024547426	1 Valencia 2 Parra	1 Jhon 2 Cley	1	1	1	1	22	12	1993	32	2	1	12		Si X	Si No	Si No	Si No	Si No	Si No	Si No	Si No	1	4	46	2000.000	2	98	X No	2	1	Si No		98		Si No		Si No	No aplica
2	1	1030633821	1 Navarro 2 Tavera	1 Sandra 2 Milena	2	2	2	1	16	12	1993	32	2	3	12		X No	No No	No No	Si No	Si No	Si No	X No	Si No	1	3	46	1'346.000	2	19	X No	2	1	Si No		98		Si No		Si No	No aplica
3	3	1023317208	1 Valencia 2 Rozo	1 Cristian 2 Jair	1	1	1	98	23	05	2012	13	98	5	98		X No	Si No	Si No	Si No	Si No	Si No	Si No	Si No							X No	2	1	Si No		98		Si No		Si No	No aplica
4	6	1023993028	1 Valencia 2 Navarro	1 Gael 2 Matheo	1	1	1	98	13	06	2023	2	98	5	98		Si X	Si No	Si No	Si No	Si No	Si No	Si No	Si No							X No	2	1	Si No		98		Si No		Si No	No aplica
5			1 2	1 2													Si No	Si No	Si No	Si No	Si No	Si No	Si No	Si No							Si No			Si No				Si No		Si 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 NIVEL Años aprobados	¿Asiste actualmente?	SISTEMA DISTRITAL DE CUIDADO ¿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	Actividad	Rol ocupacional	¿Cuantas horas a la semana dedica a esta ocupación?	Valor de los ingresos mensuales	Forma de percibir los ingresos	Localidad donde realiza actividad principal	SALUD Afiliado al régimen de seguridad social	Régimen de seguridad social	Calidad del afiliado	DISCAPACIDAD ¿Persona con discapacidad?	Tipo	Grupo étnico	Pueblo Indígena	VÍCTIMA DE CONFLICTO ARMADO ¿Es víctima del conflicto armado?	Motivo	¿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																												
6			1	1												Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si							Si			Si				Si		Si / No	
			2	2												No	No	No	No	No	No	No							No			No				No		No aplica	
7			1	1												Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si							Si			Si				Si		Si / No	
			2	2												No	No	No	No	No	No	No							No			No				No		No aplica	
8			1	1												Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si							Si			Si				Si		Si / No	
			2	2												No	No	No	No	No	No	No							No			No				No		No aplica	
9			1	1												Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si							Si			Si				Si		Si / No	
			2	2												No	No	No	No	No	No	No							No			No				No		No aplica	
10			1	1												Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si							Si			Si				Si		Si / No	
			2	2												No	No	No	No	No	No	No							No			No				No		No aplica	
11			1	1												Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si							Si			Si				Si		Si / No	
			2	2												No	No	No	No	No	No	No							No			No				No		No aplica	
12			1	1												Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si							Si			Si				Si		Si / No	
			2	2												No	No	No	No	No	No	No							No			No				No		No aplica	
13			1	1												Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si							Si			Si				Si		Si / No	
			2	2												No	No	No	No	No	No	No							No			No				No		No aplica	

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

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.	PROCESO PRESTAC...N 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: 29/01/2026 Número Ficha: 2026 (Año) 19 (Localidad) 744 (Proyecto) 1209 (Código Unidad Operativa) 31

SECCION E. MODALIDAD DE ATENCION

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

Modalidades Familiares

Creciendo Juntos [ ] Crecemos en la Ruralidad [ ]

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

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

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

SECCION F. A QUIEN VA DIRIGIDA LA MODALIDAD FAMILIAR.

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

2. ¿La atencion de la niña-niño en la modalidad se ha realizado desde la 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 usted lactante?: Si.. [1] *Pase a seccion H* No [2] *Pase a seccion 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 medico?:

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

5. ¿Qué edad tiene el padre de la hija- hijo que espera?: Entre 14 y 18 años [1] Entre 19 y 20 años [2] Entre 21 y 40 años [3] Más de 41 años. [4] Menor de 14 años [5]

6. ¿Cuenta con el apoyo económico de su pareja para el cuidado de su embarazo?: Si.. [1] No.. [2]

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

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

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

10. ¿Ha recibido información o capacitación acerca de algunos de estos temas?: *(selección múltiple)*: Cuidados durante la gestación [1] Sus derechos y los de su pareja en el momento del parto [2] Lactancia materna [3] Desarrollo infantil [5] Construcción del vinculo afectivo madre- hijo [6] 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] SDIS [2] Colegio [3] ONG. [4] Otra entidad [5] Partera/ doula... [9] Otra persona [6]

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] Exceso de peso. [3] Peso adecuado [2] 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 vaca [3] Leche de fórmula [2] Otros alimentos [4]

17. Después de la hija-hijo que esta esperando le gustaria: Tener otro... [1] No tener otro... [2] Está indecisa/o Inseguro/a... [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 produciría el parto. [1] Tipo de parto [2] Ninguna... [93] La posición de parto [3] La elección del acompañante [4] [X]

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

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

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

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

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

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

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

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] X 2 horas..... [3]
1 hora..... [2] Más de 4 horas... [4]

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

5. ¿Cuál fue el peso de su hija-o al nacer?: 3390 Gramos
DATO VALIDO ENTRE 450 Y 6000

6. ¿Cuál fue la talla de su hija-o al nacer?: 53 Centímetros
DATO VALIDO ENTRE 22 Y 60

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

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

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

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

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

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

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

14. ¿Fecha del último control?: 18062025 *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 [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?: *(Seleccion múltiple)*
Jardin infant. Diurno.. [1] Casas de pensamiento interculturales..... [4] Hogar comunitario ICBF.. [7] Institución privada... ..... [10]
Jardin infantil Nocturno [2] Crecemos en la ruralidad o espacios rurales [5] Hogar infantil ICBF. ..... [8] Institución Educativa distrital... [11]
Creciendo juntos... [3] Centros Amar..... [6] FAMI del ICBF..... [9] Ninguno..... [93] X

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

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

28. ¿En qué localidad?:
Usaquén..... [1] Santa fe..... [3] Usme..... [5] Bosa..... [7] Fontibón... [9] Suba..... [11] Teusaquillo ... [13] Antonio Nariño. [15] La Candelaria.. [17] Ciudad Bolivar.. [19]
Chapinero... [2] San 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

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

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

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

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

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

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

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

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

8. ¿Cuál es la edad en años del cuidador o la cuidadora principal?: 32

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

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

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

12. Nivel educativo actual del cuidador o la cuidadora principal: Básica primaria: 7 | Básica secundaria y media: 8 | Técnico: 18 | Tecnológico: 19 | Universitaria incompleta (sin título): 22 | Universitaria completa (con título): 12 X | Postgrado incompleto (sin título): 122 | Postgrado completo (con título): 135 | Ninguno: 99

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

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

17. Tipo de documento de identidad del cuidador-ra: Cedula de ciudadanía: 1 X | Cedula 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: 1.030.633.821

Nombres y apellidos del cuidador principal según documento identidad:

19. Primer Apellido: Navarro | 20. Segundo Apellido: Tavera | 21. Primer Nombre: Sandra | 22. Segundo Nombre: Milena

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?:

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

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

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

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

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

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

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

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 impulsividad; De los procesos cognitivos

TRANS ESPECTRO AUTISTA (TEA): TEA

VISUAL: Baja visión; Ceguera

AUDITIVA: Hipoacusia; Sordera

INTELECTUAL: Síndrome de Down; Intelectual

FISICA: Osteomuscular; Neuromuscular; Parálisis cerebral (IMOC)

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?: _____

	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. DESCRIPCIÓN Y REFERENCIACIÓN.

1. Descripción de la problemática:

La familia del niño Gael esta conformada por su papá, su mamá su hermano por parte de papá; sus padres TrabaJan para sustentar los gastos del hogar; su mamá es su principal Cuidadora ya que TrabaJa desde Casa.

2. Concepto técnico:

Se le debe garantizar el cupo al niño en el Jardin infantil waldorf, ya que cumple con los criterios solicitados y de esa manera poder brindar un espacio optimo para el desarrollo de sus habilidades Teniendo una participacion integral, social y emocional sin olvidar los derechos y deberes del niño.

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

MATERNAL [ ] CAMINADORES [ ] PARVULOS [X] 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 [X] ALTERNANCIA: [ ] 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 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 X]

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

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

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

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

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

Integrante: ___ ¿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 Ciudad Bolivar UNIDAD OPERATIVA: Jardin infantil waldorf RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA: Francia pasaca.

NOMBRE DEL RECOLECTOR Tatiana Guerrero DOCUMENTO DE IDENTIDAD CC X CE__ OTRO__ CUAL?_____ Número # 1033765023

NOMBRE SOLICITANTE / BENEFICIARIO Gael valencia DOCUMENTO DE IDENTIDAD CC__ CE__ OTRO X CUAL? RC Numero # 1023993028

FECHA DE ENTREGA PARA DIGITACIÓN 02/02/2026 NOMBRE DEL DIGITADOR AL QUE SE ENTREGA LA FICHA Carol Galindo

	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: 22/01/2026

Número de ficha: 2026 (Año) 19 (Localidad) 77 (Proyecto) 44 (Código unidad operativa) 1209 31

SECCIÓN A. VARIABLES BÁSICAS

1. Primer Apellido, según su documento de identidad:	2. Segundo Apellido, según su documento de identidad:	3. Primer Nombre, según su documento de identidad:	4. Segundo Nombre, según su documento de identidad:
Vaquiro	Vaquiro	Evelin	Saray

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 [5] No Aplica [98]

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

10. Número de documento de identificación:	11. Municipio nacimiento	12. Departamento nacimiento
1110181827	Cundinamarca	Tolima

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]	09/05/2023	Soltero/a [1] Casado/a [2] Unión libre [3] Separado/a Divorciado/a [4] Viudo/a [5] Unión marital de hecho [6]

17. Nivel educativo actual
Educación inicial 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 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] 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 [25]
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 X] Subsidiado [2]
Especial [3]

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

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

35. Clasificación Sisben
A1

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: 2 de 6

Fecha de diligenciamiento: 22/04/2026

Número de ficha: 2026 (Año) 19 (Localidad) 77 (Proyecto) 44 (Código unidad operativa) 1209 31

SECCIÓN B. VARIABLES TRANSVERSALES

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

2. Tipo de discapacidad

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

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

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

4. Tipología de estructura familiar:

Hogar familiar Nuclear	1 X	Hogar familiar ampliado 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 (Páez)	1	Quillasinga	4	Sicuani	6	Misak Misak	60	Cañamomos	10
Wayuu	2	Uitotos	85	Tubu	67	Eperara-siapidara	30	Muiscas	16
Pastos	65	Senú	5	Yanaconas	7	Ingas	9	Awa (Kwaiker)	11

Kichwas	15	Arhuacos	13	Embera Chamí	35	Ninguna de las anteriores	17 X		
Kankuamo	45	Pijao	14	Embera Dóbida	29	Otro ¿cuál? Digite código del instructivo			
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
Cónyuge o compañero/a	2	Padrastro / Madrastra	4	Abuelo/a	6	Tío/a	8	Sobrino/a	10

Nieto/a	11	Otro No pariente	13
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
Combates, enfrentamientos	2	Homicidio	4	Secuestro	6	Despojo y abandono de tierras	8	Desplazamiento forzado	10
Orfandad	15	No informa	17						

Minas personales, municiones sin explotar y artefactos explosivos	11	VSRC en su grupo familiar	14
Vinculación de niños/as y adolescentes a grupos al margen de la ley	12	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 [2] X — No aplica [93]

Si la respuesta es 2 o 93 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 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	$ 400.000	Recreación	$ 50.000
Servicios públicos domiciliarios (agua, energía, gas, teléfono fijo, internet, teléfono celular, televisión por cable	$ 150.000	Gastos en salud (consultas, medicamentos, etc.)	$ 20.000
Pagos a terceros cuidadores	$ 0.	Transporte o movilidad de los integrantes del hogar	$ 100.000
Artículos de aseo personal	$ 100.000	Educación (útiles, pensión, transporte escolar, fotocopias, etc.)	$ 0.
Alimentación	$ 200.000	Total	$ 1020000

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

Fecha de diligenciamiento: 2 2 0 1 2 0 2 6

Número de ficha: 2026 19 77 44 12 09 31

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 Bolivar	19	X
Chapinero	2		San Cristóbal	4		Tunjuelito	6		Kennedy	8		Engativá	10		Barrios Unidos	12		Los Mártires	14		Puente Aranda	16		Rafael Uribe	18		Sumapaz	20	

2. UPZ o UPR: 69

3. Nombre del barrio / Vereda: Santa Viviana

4. Escriba su dirección completa:

Calle	CL		Transversal	TV	X	Avenida	AV		Número de la vía principal: 75		Alfabético: h		BIS		Cuadrante: S	S	Número vía generadora: 75		Alfabético: C		Número placa: 42		Cuadrante: S	S
Carrera	KR		Avenida calle	AC					Nombre de la vía principal:				Alfabético			E								E
Diagonal	DG		Avenida carrera	AK					Nombre sinónimo de la vía principal:															

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

Complemento dirección:								
AD. Administración	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:

9. Teléfono celular de contacto: 3007677842 / 3239637248

10. Correo electrónico de contacto: yudialejandra0927@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. 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: 5 de 6

Fecha de diligenciamiento: 22 | 12 | 2026

Número de ficha: 2026 (Año) | 19 (Localidad) | 744 (Proyecto) | 1209 (Código unidad operativa) | 3

SECCIÓN D. INFORMACIÓN BÁSICA Y TRANSVERSAL SOBRE LA FAMILIA:

La información basica 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	H: Edad aproximada	I: ESTADO CIVIL	J: PARENTESCO (Con jefe/a del núcleo familiar)	K: NIVEL EDUCATIVO ACTUAL – NIVEL	K: NIVEL EDUCATIVO ACTUAL – Años aprobados	K: ¿Asiste actualmente?	L: SISTEMA DISTRITAL DE CUIDADO – ¿Es persona cuidadora/a?	M: Niños/as de 0 a 5 años	N: Niños/as de 6 a 10 años	O: Persona con discapacidad	P: Persona mayor	Q: Cuidado de casa	R: Actividad	S: Rol ocupacional	T: ¿Cuantas horas a la semana dedica a esta ocupación?	U: Valor de los ingresos mensuales	V: Forma de percibir los ingresos	W: Localidad donde realiza actividad principal	X: SALUD – Afiliado al régimen de seguridad social	X: Régimen de seguridad social	X: Calidad del afiliado	Y: DISCAPACIDAD – ¿Persona con discapacidad?	Y: Tipo	Z: Grupo étnico	AA: Pueblo Indígena	AB: VICTIMA DE CONFLICTO ARMADO – ¿Es víctima del conflicto armado?	AB: Motivo	AC: ¿Ha recibido capacitación, formación o tiene experiencia en algún arte u oficio?	AD: De acuerdo con la respuesta anterior ¿En qué cree que puede desempeñarse?
1	1	1006149481	1 Vaquiro	1 Emerson	1	1	1	1	27	04	2001	24	3	1	8		Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	1	3	48	2'000000	2	98	X			Si		98		Si		Si X	
			2 Poloche	2													X	X	X	X	X	X	X							No	2	1	X			X		No aplica	
2	1	1110172690	1 Vaquiro	1 Yudi	2	2	2	1	22	8	2004	21	3	5	8		Si	X	X	Si	Si	Si	X							X			Si		98		Si		Si X	
			2 Giron	2 Alejandra													X	No	No	X	X	X	No							No	2	1	X			X		No aplica	
3	6	1110181827	1 Vaquiro	1 Evelin	2	2	2	98	09	05	2023	2	98	5	98		Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si							X			Si		98		Si		Si X	
			2 Vaquiro	2 Saray													X	No	X	X	X	X	X							No	2	1	X			X		No aplica	
4			1	1													Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si							Si			Si				Si		Si No	
			2	2													No	No	No	No	No	No	No							No			No				No		No aplica	
5			1	1													Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si							Si			Si				Si		Si No	
			2	2													No	No	No	No	No	No	No							No			No				No		No aplica	

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 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			1	1												Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si							Si			Si				Si		Si No	
			2	2												No	No	No	No	No	No	No							No			No				No		No aplica	
7			1	1												Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si							Si			Si				Si		Si No	
			2	2												No	No	No	No	No	No	No							No			No				No		No aplica	
8			1	1												Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si							Si			Si				Si		Si No	
			2	2												No	No	No	No	No	No	No							No			No				No		No aplica	
9			1	1												Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si							Si			Si				Si		Si No	
			2	2												No	No	No	No	No	No	No							No			No				No		No aplica	
10			1	1												Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si							Si			Si				Si		Si No	
			2	2												No	No	No	No	No	No	No							No			No				No		No aplica	
11			1	1												Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si							Si			Si				Si		Si No	
			2	2												No	No	No	No	No	No	No							No			No				No		No aplica	
12			1	1												Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si							Si			Si				Si		Si No	
			2	2												No	No	No	No	No	No	No							No			No				No		No aplica	
13			1	1												Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si							Si			Si				Si		Si No	
			2	2												No	No	No	No	No	No	No							No			No				No		No aplica	

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

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.	PROCESO PRESTACION DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIA.	Código:	FOR-PSS-334
	PROYECTO 7744 GENERACION DE OPORTUNIDADES PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA DE BOGOTÁ	Versión:	2
		Fecha:	Memo I2023015020-24/05/2023
	FORMATO FICHA SIRBE SERVICIOS: JARDINES INFANTILES Y CRECIENDO JUNTOS	Página:	1 de 4

Fecha de diligenciamiento: 22/01/2026 Número Ficha: 2026 (Año) 19 (Localidad) 7744 (Proyecto) 12093 1 (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. ¿Cual fue la fecha de inicio de su ultima menstruación FUM?: [ ]

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

3. ¿Fecha del ultimo 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 vinculo afectivo madre- hijo... [6]
Sus derechos y los de su pareja en el momento del parto [2] Desarrollo infantil ..... [5] Prevención de accidentes en el hogar..... [4]
Ninguna... [93] *Pase a la pregunta 12*

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

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

13. ¿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 X]
Cesárea. .. .. [2]

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

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

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

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

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

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

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

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

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 | Casa..... 3 X | Ambulancia... 5 | Centro de salud 2 | Espacio público 4

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

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

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

5. ¿Cuál fue el peso de su hija-o al nacer?: 3000 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?: 18 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?: 2 6 1 1 2 0 2 5
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 | Traqueotomia . ..... 4 | Inmunodeficiencia ..... 6 | Alteraciones en la piel... 8 | Ninguno de los anteriores..... 96

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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 X | Padrastro 3 | Madrastra 4 | Hermano-a.... 5 | Tío-a..... 6 | Abuelo-a..... 7 | Otro pariente ..... 8 | Otro No pariente 9

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

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

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

8. ¿Cuál es la edad en años del cuidador o la cuidadora principal?: 21

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

10. ¿Cuál es el 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 | Otro... 3 X ¿Cuál?: Hogar

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: 1110172640

Nombres y apellidos del cuidador-ra principal *(según documento identidad)* 19. Primer Apellido: Vaquiro | 20. Segundo Apellido: Giron | 21. Primer Nombre: Yudi | 22. Segundo Nombre: Alejandra

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

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

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

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

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

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

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..... | De comportamiento e hiperquinéticos..... | De los procesos cognitivos.....

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

AUDITIVA: Hipoacusia..... | Sordera .....

VISUAL: Baja visión..... | Ceguera.....

INTELECTUAL: Síndrome de Down..... | Intelectual ...

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

PSICOSOCIAL: Psicosocial .....

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

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

4. La niña o el niño 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 familia esta conformada por tres integrantes donde el padre de familia trabaja para sostener el hogar, mientras tanto la mamá de la niña se queda en la casa para cuidar de su hija, esta buscando Jardín a la niña para ella buscar un trabajo y poder aportar al hogar.

2. Concepto técnico:

Se le debe garantizar el cupo en el Jardin infantil waldorf ya que cumple con los criterios solicitados, de esa manera poder contribuir al desarrollo integral, social, emocional, recordando los deberes y derechos 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 [X] 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 [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 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 X

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

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

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

Integrante: ____ Proyecto: _____ Modalidad: _____
Integrante: ____ Proyecto: _____ Modalidad: _____
Integrante: ____ Proyecto: _____ Modalidad: _____
Integrante. ____ Proyecto: _____ Modalidad. _____

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

Integrante: ____ ¿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 Ciudad Bolivar UNIDAD OPERATIVA: Jardin infantil waldorf RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA: Francia Posada

NOMBRE DEL RECOLECTOR Brianda Soche DOCUMENTO DE IDENTIDAD CC X CE__ OTRO__ CUAL?_____ Número # 1033736136

NOMBRE SOLICITANTE / BENEFICIARIO Evelin Vaquiro DOCUMENTO DE IDENTIDAD CC__ CE__ OTRO X CUAL? RC Número # 1110181827

FECHA DE ENTREGA PARA DIGITACIÓN: 26/01/26 NOMBRE DEL DIGITADOR AL QUE SE ENTREGA LA FICHA: Carol Galindo

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

Fecha de diligenciamiento: 23 MAY 2026

Número de ficha: 2026 (Año) 19 (Localidad) 7744 (Proyecto) 12093 (Código unidad operativa)

SECCION A. VARIABLES BÁSICAS

1. Primer Apellido, según su documento de identidad: Gutierrez
2. Segundo Apellido, según su documento de identidad: Cortes
3. Primer Nombre, según su documento de identidad: Jimmy
4. Segundo Nombre, según su documento de identidad: Piher

5. ¿Con cuál genero se identifica? * (Esta pregunta aplica solo a personas mayores de 14 años): Masculino [1] Femenino [2] Transgenero [3] (Travesti, transexual, transformista) No binario [5] No informa [4] No Aplica [98]
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? * (Este pregunta aplica solo a personas mayores de 14 años): Heterosexual [1] Bisexual [3] Otro, ¿Cual? Lesbiana [5] No informa [4] Gay [6] No Aplica [98]

9. Tipo de documento de identificación: Cedula de ciudadanía [1] Cedula de extranjería [2] Tarjeta de identidad [3] Registro civil [9] X Pasaporte [13] Permiso especial de permanencia [14] Salvo conducto [19] Permiso por protección temporal [21] Sin Identificación [8]
10. Número de documento de identificación: 1108938995
11. Municipio nacimiento: Cundinamarca
12. Departamento nacimiento: Tolima
13. País nacimiento: Colombia
14. Sexo de nacimiento: Hombre [1] X Mujer [2] Intersexual [3]
15. Fecha de nacimiento (según su documento de identidad): 28 06 2002
16. Estado Civil: Soltero/a [1] Casado/a [2] Unión libre [3] Separado/a Divorciado/a [4] Viudo/a [5] Unión marital de hecho [5]
17. Nivel educativo actual: Educación Inicial modalidad familiar [36] Preescolar [6] Básica secundaria y media [8] Tecnológico [19] Universitaria completa (con título) [12] Posgrado completo (con título) [15] Educación inicial modalidad institucional [37] Básica primaria [7] Técnico [18] Universitaria incompleta (sin título) [21] Posgrado incompleto (sin título) [22] 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 23)
20. ¿Es cuidadora de niños, niñas menores de 5 años? (Aplica para personas mayores de 14 años): Si [1] No [2]
21. ¿Es cuidadora de niños, niñas entre 06 a 10 años? Si [1] No [2]
22. ¿Es cuidadora de personas con discapacidad? Si [1] No [2]
23. ¿Es cuidadora de personas mayores? Si [1] No [2]
24. ¿Dedica su tiempo a labores del cuidado de casa? Si [1] No [2]
25. Actividad Principal * (Esta pregunta aplica solo a personas mayores de 3 años): Buscando trabajo [2] Trabajo no remunerado [4] Sin actividad [8] Estudiando [5] 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 a la 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 [3] 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] X Subsidiado [2] Especial [3]
33. Calidad del afiliado (Aplica solo si la respuesta en la pregunta 32 es "Contributivo"): Beneficiario [1] X Cotizante [2]
34. ¿Tiene clasificación de Sisben? Si [1] X No [2]
35. Clasificación Sisben: A4

Fecha de diligenciamiento: 2 3 0 1 2 0 2 6

Número de ficha: 2 0 2 6 1 9 7 7 4 9 1 2 0 9 3 1
(Año: 2026 · Localidad: 19 · Proyecto: 7749 · Código unidad operativa: 1209)

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 (Páez) [1] · Quillasinga [4] · Sicuani [6] · Misak Misak [60] · Cañamomos [10] · Kichwas [15] · Arhuacos [13] · Embera Chamí [35] · Ninguna de las anteriores [17] ✓
Wayuu [2] · Uitotos [65] · 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] 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 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 aplica [98]
Si la respuesta es 2 o 98 Pase a 18
No [2] X

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	$ 400.000	Recreación	$ 30.000
Servicios públicos domiciliarios (agua, energía, gas teléfono fijo, internet, teléfono celular, televisión por cable	$ 160.000	Gastos en salud (consultas, medicamentos, etc.)	$ 20.000
Pagos a terceros cuidadores	$ 150.000	Transporte o movilidad de los integrantes del hogar	$ 150.000
Artículos de aseo personal	$ 100.000	Educación (útiles, pensión, transporte escolar, fotocopias, etc.)	$ 0
Alimentación	$ 200.000	Total	$ 1210.000

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 | No informa 3 X

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

	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: 23012026

Número de ficha: 2026197744120931
(Año: 2026 | Localidad: 19 | Proyecto: 774 | Código unidad operativa: 41209)

SECCION C. UBICACIÓN GEOGRAFÍCA

1. Localidad donde habita

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

2. UPZ o UPR: 69

3. Nombre del barrio / Vereda: Santa Viviana

4. Escriba su dirección completa:

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

Número de la vía principal	Alfabético	BIS	Alfabético	Cuadrante		Número vía generadora	Alfabético	Número placa	Cuadrante	
75	D			S	S	74	B	04	S	S
				E	E				E	E

Nombre de la vía principal:

Nombre sinónimo de la vía principal:

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

Complemento dirección:								
AD. Administración	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:

9. Teléfono celular de contacto: 3203810955 / 3013854727

10. Correo electrónico de contacto: Gutierrez28@jimmy 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		Aceptable	4	X
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							

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

Fecha de diligenciamiento: 23 | 11 | 2026

Número de ficha: 2026 (Año) | 19 (Localidad) | 7 (Proyecto) | 4 (Código unidad operativa) | 4 | 12093 | 1

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		SISTEMA DISTRITAL DE CUIDADO						Actividad	Rol ocupacional	¿Cuantas horas a la semana dedica a esta ocupación?	Valor de los ingresos mensuales	Forma de percibir los ingresos	Localidad donde realiza actividad principal	SALUD			DISCAPACIDAD		Grupo étnico	Pueblo indígena	VÍCTIMA DE CONFLICTO ARMADO		¿Ha recibido capacitación, formación o tiene experiencia en algún arte u oficio?	De acuerdo con la respuesta anterior ¿En qué cree que puede desempeñarse?
	Tipo	Número	Escriba: En el renglón 1, primer apellido En el renglón 2, segundo apellido	Escriba: En el renglón 1, primer nombre En el renglón 2, segundo nombre					Día	Mes	Año				NIVEL Años aprobados	¿Asiste actualmente?	¿Es persona cuidadora/a?	Niños/as de 0 a 5 años	Niños/as de 6 a 10 años	Persona con discapacidad	Persona mayor	Cuidado de casa							Afiliado al regimen de seguridad social	Régimen de seguridad social	Calidad del afiliado	¿Persona con discapacidad?	Tipo			¿Es víctima del conflicto armado?	Motivo		
1	1	1023861660	1 Cortes	1 Sady	2	2	2	1	23	8	1999	26	1	1	8	Si	X	X	Si	Si	Si	X	1	3	44	1'100000	2	98	X			Si		98		Si		Si X	
			2 Hernandez	2 channel												X No	No	No	X No	X No	X No	No							No	2	1	X				X No		No aplica	
2	6	1108938995	1 Gutierrez	1 Jimmy	1	1	1	98	28	6	2022	3	98	5	98	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si							X			Si		98		Si		Si X	
			2 Cortes	2 Piher												X No	X No	X No	X No	X No	X No	X No							No	2	1	X				X No		No aplica	
3			1	1												Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si							Si			Si				Si		Si No	
			2	2												No	No	No	No	No	No	No							No			No				No		No aplica	
4			1	1												Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si							Si			Si				Si		Si No	
			2	2												No	No	No	No	No	No	No							No			No				No		No aplica	
5			1	1												Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si							Si			Si				Si		Si No	
			2	2												No	No	No	No	No	No	No							No			No				No		No aplica	

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	VICTIMA 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 cuidadora/o?	Niños/as de 0 a 5 años	Niños/as de 6 a 10 años	Persona con discapacidad	Persona mayor	Cuidado de casa							Afiliado al régimen de seguridad social	Régimen de seguridad social	Calidad del afiliado	¿Persona con discapacidad?	Tipo			¿Es víctima del conflicto armado?	Motivo		
6			1	1											Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si							Si			Si				Si		Si No	
			2	2											No	No	No	No	No	No	No							No			No				No		No aplica	
7			1	1											Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si							Si			Si				Si		Si No	
			2	2											No	No	No	No	No	No	No							No			No				No		No aplica	
8			1	1											Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si							Si			Si				Si		Si No	
			2	2											No	No	No	No	No	No	No							No			No				No		No aplica	
9			1	1											Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si							Si			Si				Si		Si No	
			2	2											No	No	No	No	No	No	No							No			No				No		No aplica	
10			1	1											Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si							Si			Si				Si		Si No	
			2	2											No	No	No	No	No	No	No							No			No				No		No aplica	
11			1	1											Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si							Si			Si				Si		Si No	
			2	2											No	No	No	No	No	No	No							No			No				No		No aplica	
12			1	1											Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si							Si			Si				Si		Si No	
			2	2											No	No	No	No	No	No	No							No			No				No		No aplica	
13			1	1											Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si							Si			Si				Si		Si No	
			2	2											No	No	No	No	No	No	No							No			No				No		No aplica	

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

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.	PROCESO PRL ... ACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN ... IAL 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: 23/01/2026 Número Ficha: 2026 (Año) 19 (Localidad) 774 (Proyecto) 4120931 (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 esté 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 ultima 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 vinculo afectivo madre- hijo... [6]
Sus derechos y los de su pareja en el momento del parto [2] Desarrollo infantil..... [5] Prevención de accidentes en el hogar..... [4] Ninguna... [93] *Pase a la 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 X] Cesárea. ... ... [2]

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

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

4. ¿En cuánto tiempo desea tener otro embarazo? Antes de 1 año .. [1] Después de 2 años o más. [3] 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] Desarrollo infantil... [5 X] Prevención de accidentes en el hogar. ..... [4] Ninguna [93] *Pase a la pregunta 7*

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

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

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

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

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 medico... [4]

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

4. ¿En qué semana de gestación nació su hija-o?: 37 Semanas
DATO VALIDO ENTRE 22 Y 42

5. ¿Cuál fue el peso de su hija-o al nacer?: 2390 Gramos
DATO VALIDO ENTRE 450 Y 6000

6. ¿Cuál fue la talla de su hija-o al nacer?: 42 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] 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 tenia 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?: 6 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?: 28 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] Traqueotomia . ... [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] 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 insitucionales 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 solicito 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]

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

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

3. ¿Cuánto tiempo queda sólo?: Menos de una (1) hora. 1 [ ] Entre 1 y 3 horas..... 2 [X] 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] 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?: Papa..... 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?: 26

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 [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 [ ] Tarde..... 2 [ ] 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: 1023869660

Nombres y apellidos del cuidador-ra principal *(según documento identidad)* 19. Primer Apellido: Cortés | 20. Segundo Apellido: Hernandez | 21. Primer Nombre: Sady | 22. Segundo Nombre: Channel

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 seccion K* | 25. ¿En qué fecha el niño o la niña tuvo la medida de protección legal?: [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]

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

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

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

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..... [ ]

VISUAL: Baja visión..... [ ] Ceguera..... [ ]

AUDITIVA: Hipoacusia..... [ ] Sordera ..... [ ]

INTELECTUAL: Sindrome 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? _____

	PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOC...	Código: FOR-PSS-334
	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: 4 de 4

SECCIÓN N. DESCRIPCIÓN Y REFERENCIACIÓN:

1. Descripción de la problemática:

La Familia esta conformada por la madre quien trabajo para mantener el hogar, su trabajo es por turnos donde se acomode para el bienestar de su hijo.. No cuenta con la red de apoyo como lo es el padre de Familia, busca un Jardin para poder tener un trabajo más estable.

2. Concepto técnico:

Se debe garantizar el cupo al niño en el Jardin infantil waldorf ya que cumple con los criterios solicitados, y de esa manera podemos contribuir al desarrollo integral, social, emocional, aportando a sus habilidades sin olvidar los derechos y deberes del niño.

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 [X] JARDIN [ ]

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 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 X]

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

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

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

Integrante: ____ Proyecto: ____ Modalidad: ____

Integrante: ____ Proyecto: ____ Modalidad: ____

Integrante: ____ Proyecto: ____ Modalidad: ____

Integrante. ____ Proyecto: ____ Modalidad. ____

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

Integrante: ____ ¿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 Ciudad Bolivar UNIDAD OPERATIVA: Jardin infantil waldorf RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA: Fiorella Paxaca

NOMBRE DEL RECOLECTOR Brianda Soche DOCUMENTO DE IDENTIDAD CC X CE__ OTRO__ CUAL?____ Número # 1033736736

NOMBRE SOLICITANTE / BENEFICIARIO Jimmy Gutierrez DOCUMENTO DE IDENTIDAD CC__ CE__ OTRO X CUAL? RC Número # 1108938995

FECHA DE ENTREGA PARA DIGITACIÓN 26/01/26 NOMBRE DEL DIGITADOR AL QUE SE ENTREGA LA FICHA: Carol Giraldo

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

Fecha de diligenciamiento: 23 MAY 2026

Número de ficha: 2026 (Año) 19 (Localidad) 7744 (Proyecto) 12093 (Código unidad operativa)

SECCION A. VARIABLES BÁSICAS

1. Primer Apellido, según su documento de identidad: Gutierrez
2. Segundo Apellido, según su documento de identidad: Cortes
3. Primer Nombre, según su documento de identidad: Jimmy
4. Segundo Nombre, según su documento de identidad: Piher

5. ¿Con cuál genero se identifica? * (Esta pregunta aplica solo a personas mayores de 14 años): Masculino [1] Femenino [2] Transgenero [3] (Travesti, transexual, transformista) No binario [5] No informa [4] No Aplica [98]
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? * (Este pregunta aplica solo a personas mayores de 14 años): Heterosexual [1] Bisexual [3] Otro, ¿Cual? Lesbiana [5] No informa [4] Gay [6] No Aplica [98]

9. Tipo de documento de identificación: Cedula de ciudadanía [1] Cedula de extranjería [2] Tarjeta de identidad [3] Registro civil [9] X Pasaporte [13] Permiso especial de permanencia [14] Salvo conducto [19] Permiso por protección temporal [21] Sin Identificación [8]
10. Número de documento de identificación: 1108938995
11. Municipio nacimiento: Cundinamarca
12. Departamento nacimiento: Tolima
13. País nacimiento: Colombia
14. Sexo de nacimiento: Hombre [1] X Mujer [2] Intersexual [3]
15. Fecha de nacimiento (según su documento de identidad): 28 06 2002
16. Estado Civil: Soltero/a [1] Casado/a [2] Unión libre [3] Separado/a Divorciado/a [4] Viudo/a [5] Unión marital de hecho [5]
17. Nivel educativo actual: Educación Inicial modalidad familiar [36] Preescolar [6] Básica secundaria y media [8] Tecnológico [19] Universitaria completa (con título) [12] Posgrado completo (con título) [15] Educación inicial modalidad institucional [37] Básica primaria [7] Técnico [18] Universitaria incompleta (sin título) [21] Posgrado incompleto (sin título) [22] 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 23)
20. ¿Es cuidadora de niños, niñas menores de 5 años? (Aplica para personas mayores de 14 años): Si [1] No [2]
21. ¿Es cuidadora de niños, niñas entre 06 a 10 años? Si [1] No [2]
22. ¿Es cuidadora de personas con discapacidad? Si [1] No [2]
23. ¿Es cuidadora de personas mayores? Si [1] No [2]
24. ¿Dedica su tiempo a labores del cuidado de casa? Si [1] No [2]
25. Actividad Principal * (Esta pregunta aplica solo a personas mayores de 3 años): Buscando trabajo [2] Trabajo no remunerado [4] Sin actividad [8] Estudiando [5] 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 a la 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 [3] 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] X Subsidiado [2] Especial [3]
33. Calidad del afiliado (Aplica solo si la respuesta en la pregunta 32 es "Contributivo"): Beneficiario [1] X Cotizante [2]
34. ¿Tiene clasificación de Sisben? Si [1] X No [2]
35. Clasificación Sisben: A4

Fecha de diligenciamiento: 2 3 0 1 2 0 2 6

Número de ficha: 2 0 2 6 1 9 7 7 4 9 1 2 0 9 3 1
(Año: 2026 · Localidad: 19 · Proyecto: 7749 · Código unidad operativa: 1209)

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 (Páez) [1] · Quillasinga [4] · Sicuani [6] · Misak Misak [60] · Cañamomos [10] · Kichwas [15] · Arhuacos [13] · Embera Chamí [35] · Ninguna de las anteriores [17] ✓
Wayuu [2] · Uitotos [65] · 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] 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 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 aplica [98]
Si la respuesta es 2 o 98 Pase a 18
No [2] X

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	$ 400.000	Recreación	$ 30.000
Servicios públicos domiciliarios (agua, energía, gas teléfono fijo, internet, teléfono celular, televisión por cable	$ 160.000	Gastos en salud (consultas, medicamentos, etc.)	$ 20.000
Pagos a terceros cuidadores	$ 150.000	Transporte o movilidad de los integrantes del hogar	$ 150.000
Artículos de aseo personal	$ 100.000	Educación (útiles, pensión, transporte escolar, fotocopias, etc.)	$ 0
Alimentación	$ 200.000	Total	$ 1210.000

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 | No informa 3 X

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

	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: 23012026

Número de ficha: 2026197744120931
(Año: 2026 | Localidad: 19 | Proyecto: 774 | Código unidad operativa: 41209)

SECCION C. UBICACIÓN GEOGRAFÍCA

1. Localidad donde habita

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

2. UPZ o UPR: 69

3. Nombre del barrio / Vereda: Santa Viviana

4. Escriba su dirección completa:

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

Número de la vía principal	Alfabético	BIS	Alfabético	Cuadrante		Número vía generadora	Alfabético	Número placa	Cuadrante	
75	D			S	S	74	B	04	S	S
				E	E				E	E

Nombre de la vía principal:

Nombre sinónimo de la vía principal:

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

Complemento dirección:								
AD. Administración	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:

9. Teléfono celular de contacto: 3203810955 / 3013854727

10. Correo electrónico de contacto: Gutierrez28@jimmy 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		Aceptable	4	X
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							

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

Fecha de diligenciamiento: 23 | 11 | 2026

Número de ficha: 2026 (Año) | 19 (Localidad) | 7 (Proyecto) | 4 (Código unidad operativa) | 4 | 12093 | 1

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		SISTEMA DISTRITAL DE CUIDADO						Actividad	Rol ocupacional	¿Cuantas horas a la semana dedica a esta ocupación?	Valor de los ingresos mensuales	Forma de percibir los ingresos	Localidad donde realiza actividad principal	SALUD			DISCAPACIDAD		Grupo étnico	Pueblo indígena	VÍCTIMA DE CONFLICTO ARMADO		¿Ha recibido capacitación, formación o tiene experiencia en algún arte u oficio?	De acuerdo con la respuesta anterior ¿En qué cree que puede desempeñarse?
	Tipo	Número	Escriba: En el renglón 1, primer apellido En el renglón 2, segundo apellido	Escriba: En el renglón 1, primer nombre En el renglón 2, segundo nombre					Día	Mes	Año				NIVEL Años aprobados	¿Asiste actualmente?	¿Es persona cuidadora/a?	Niños/as de 0 a 5 años	Niños/as de 6 a 10 años	Persona con discapacidad	Persona mayor	Cuidado de casa							Afiliado al regimen de seguridad social	Régimen de seguridad social	Calidad del afiliado	¿Persona con discapacidad?	Tipo			¿Es víctima del conflicto armado?	Motivo		
1	1	1023861660	1 Cortes	1 Sady	2	2	2	1	23	8	1999	26	1	1	8	Si	X	X	Si	Si	Si	X	1	3	44	1'100000	2	98	X			Si		98		Si		Si X	
			2 Hernandez	2 channel												X No	No	No	X No	X No	X No	No							No	2	1	X				X No		No aplica	
2	6	1108938995	1 Gutierrez	1 Jimmy	1	1	1	98	28	6	2022	3	98	5	98	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si							X			Si		98		Si		Si X	
			2 Cortes	2 Piher												X No	X No	X No	X No	X No	X No	X No							No	2	1	X				X No		No aplica	
3			1	1												Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si							Si			Si				Si		Si No	
			2	2												No	No	No	No	No	No	No							No			No				No		No aplica	
4			1	1												Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si							Si			Si				Si		Si No	
			2	2												No	No	No	No	No	No	No							No			No				No		No aplica	
5			1	1												Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si							Si			Si				Si		Si No	
			2	2												No	No	No	No	No	No	No							No			No				No		No aplica	

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	VICTIMA 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 cuidadora/o?	Niños/as de 0 a 5 años	Niños/as de 6 a 10 años	Persona con discapacidad	Persona mayor	Cuidado de casa							Afiliado al régimen de seguridad social	Régimen de seguridad social	Calidad del afiliado	¿Persona con discapacidad?	Tipo			¿Es víctima del conflicto armado?	Motivo		
6			1	1											Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si							Si			Si				Si		Si No	
			2	2											No	No	No	No	No	No	No							No			No				No		No aplica	
7			1	1											Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si							Si			Si				Si		Si No	
			2	2											No	No	No	No	No	No	No							No			No				No		No aplica	
8			1	1											Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si							Si			Si				Si		Si No	
			2	2											No	No	No	No	No	No	No							No			No				No		No aplica	
9			1	1											Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si							Si			Si				Si		Si No	
			2	2											No	No	No	No	No	No	No							No			No				No		No aplica	
10			1	1											Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si							Si			Si				Si		Si No	
			2	2											No	No	No	No	No	No	No							No			No				No		No aplica	
11			1	1											Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si							Si			Si				Si		Si No	
			2	2											No	No	No	No	No	No	No							No			No				No		No aplica	
12			1	1											Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si							Si			Si				Si		Si No	
			2	2											No	No	No	No	No	No	No							No			No				No		No aplica	
13			1	1											Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si							Si			Si				Si		Si No	
			2	2											No	No	No	No	No	No	No							No			No				No		No aplica	

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

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.	PROCESO PRL ... ACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN ... IAL 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: 23/01/2026 Número Ficha: 2026 (Año) 19 (Localidad) 774 (Proyecto) 4120931 (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 esté 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 ultima 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 vinculo afectivo madre- hijo... [6]
Sus derechos y los de su pareja en el momento del parto [2] Desarrollo infantil..... [5] Prevención de accidentes en el hogar..... [4] Ninguna... [93] *Pase a la 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 X] Cesárea. ... ... [2]

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

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

4. ¿En cuánto tiempo desea tener otro embarazo? Antes de 1 año .. [1] Después de 2 años o más. [3] 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] Desarrollo infantil... [5 X] Prevención de accidentes en el hogar. ..... [4] Ninguna [93] *Pase a la pregunta 7*

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

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

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

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

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 medico... [4]

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

4. ¿En qué semana de gestación nació su hija-o?: 37 Semanas
DATO VALIDO ENTRE 22 Y 42

5. ¿Cuál fue el peso de su hija-o al nacer?: 2390 Gramos
DATO VALIDO ENTRE 450 Y 6000

6. ¿Cuál fue la talla de su hija-o al nacer?: 42 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] 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 tenia 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?: 6 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?: 28 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] Traqueotomia . ... [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] 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 insitucionales 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 solicito 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]

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

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

3. ¿Cuánto tiempo queda sólo?: Menos de una (1) hora. 1 [ ] Entre 1 y 3 horas..... 2 [X] 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] 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?: Papa..... 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?: 26

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 [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 [ ] Tarde..... 2 [ ] 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: 1023869660

Nombres y apellidos del cuidador-ra principal *(según documento identidad)* 19. Primer Apellido: Cortés | 20. Segundo Apellido: Hernandez | 21. Primer Nombre: Sady | 22. Segundo Nombre: Channel

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 seccion K* | 25. ¿En qué fecha el niño o la niña tuvo la medida de protección legal?: [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]

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

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

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

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..... [ ]

VISUAL: Baja visión..... [ ] Ceguera..... [ ]

AUDITIVA: Hipoacusia..... [ ] Sordera ..... [ ]

INTELECTUAL: Sindrome 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? _____

	PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOC...	Código: FOR-PSS-334
	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: 4 de 4

SECCIÓN N. DESCRIPCIÓN Y REFERENCIACIÓN:

1. Descripción de la problemática:

La Familia esta conformada por la madre quien trabajo para mantener el hogar, su trabajo es por turnos donde se acomode para el bienestar de su hijo.. No cuenta con la red de apoyo como lo es el padre de Familia, busca un Jardin para poder tener un trabajo más estable.

2. Concepto técnico:

Se debe garantizar el cupo al niño en el Jardin infantil waldorf ya que cumple con los criterios solicitados, y de esa manera podemos contribuir al desarrollo integral, social, emocional, aportando a sus habilidades sin olvidar los derechos y deberes del niño.

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 [X] JARDIN [ ]

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 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 X]

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

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

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

Integrante: ____ Proyecto: ____ Modalidad: ____

Integrante: ____ Proyecto: ____ Modalidad: ____

Integrante: ____ Proyecto: ____ Modalidad: ____

Integrante. ____ Proyecto: ____ Modalidad. ____

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

Integrante: ____ ¿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 Ciudad Bolivar UNIDAD OPERATIVA: Jardin infantil waldorf RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA: Fiorella Paxaca

NOMBRE DEL RECOLECTOR Brianda Soche DOCUMENTO DE IDENTIDAD CC X CE__ OTRO__ CUAL?____ Número # 1033736736

NOMBRE SOLICITANTE / BENEFICIARIO Jimmy Gutierrez DOCUMENTO DE IDENTIDAD CC__ CE__ OTRO X CUAL? RC Número # 1108938995

FECHA DE ENTREGA PARA DIGITACIÓN 26/01/26 NOMBRE DEL DIGITADOR AL QUE SE ENTREGA LA FICHA: Carol Giraldo

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: 15/10/2025

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

SECCIÓN A. VARIABLES BÁSICAS

1. Primer Apellido, según su documento de identidad:	2. Segundo Apellido, según su documento de identidad:	3. Primer Nombre, según su documento de identidad:	4. Segundo Nombre, según su documento de identidad
Morales	Castilla	Angela	Sophia

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 consecutivo * (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: 1024612682

11. Municipio nacimiento: Bogotá

12. Departamento nacimiento Cundinamarca

13. País nacimiento: Colombia

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

15. Fecha de nacimiento: *(según su documento de identidad)* 10/02/2002

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

17. Nivel educativo actual
Educación inicial 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]

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 X] Subsidiado [2]
Especial [3]

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

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

35. Clasificación Sisbén

OK

Fecha de diligenciamiento: 15 MAY 2025

Número de ficha: 2025 (Año) 19 (Localidad) 7749 (Proyecto) 1209 (Código unidad operativa) 31

SECCIÓN B. VARIABLES TRANSVERSALES

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

2. Tipo de discapacidad

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

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

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

4. Tipología de 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 transgénero	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, se 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
Wayuu	2	Uitotos	85	Tubu	67	Eperara-siapidara	30	Muiscas	18	Kankuamo	45	Pijao	14	Embera Dóbida	29
Pastos	65	Senú	5	Yanaconas	7	Ingas	9	Awa (Kwaiker)	11	Kogui	49	Kubeo	50	Embera Katío	34

Ninguna de las anteriores [17] X

Otro ¿cuál? Digite código del instructivo: ____

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] / No [2] X

Si la respuesta es 2 o 98 Pase a 18

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: 15 10 2025

Número de ficha: 2025 | 19 | 7794 | 1209 | 1
(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	
Chapinero	2		San Cristóbal	4		Tunjuelito	6		Kennedy	8		Engativá	10		Barrios Unidos	12		Los Mártires	14	
Antonio Nariño	15		La Candelaria	17		Ciudad Bolívar	19	X											
Puente Aranda	16		Rafael Uribe	18		Sumapaz	20												

2. UPZ o UPR: 69

3. Nombre del barrio / Vereda: Santa Viviana

4. Escriba su dirección completa:

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

Número de la vía principal:	Alfabético	BIS	Alfabético	Cuadrante	Número vía generadora	Alfabético	Número placa	Cuadrante
74	G			S E	75	D	20	S E

Nombre de la vía principal:

Nombre sinónimo de la vía principal:

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

Complemento dirección:								
AD. Administración	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	OP. 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 | Dos 2 | Tres 3 | Cuatro 4 | Cinco 5 | Cero 0

8. Teléfono fijo de contacto:

9. Teléfono celular de contacto: 3054464672

10. Correo electrónico de contacto: castilla.leidybrem@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 | Cuarto o cuartos 2 | Inquilinato 3 | Vivienda móvil 4 | Casa lote 5 | Residencia 6 | Lugar de trabajo 7 | Rancho 8 | 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

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	$ 360.000	Recreación	$ 50.000
Servicios públicos domiciliarios (agua, energía, gas, teléfono fijo, internet, teléfono celular, televisión por cable	$ 200.000	Gastos en salud (consultas, medicamentos, etc.)	$ 50000
Pagos a terceros cuidadores	$ 360.000	Transporte o movilidad de los integrantes del hogar	$ 180000
Artículos de aseo personal	$ 180.000	Educación (útiles, pensión, transporte escolar, fotocopias, etc.)	$
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

	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: 15/05/2023

Número de ficha: 2025 | 19 | 7799 | 1209 | 31
Año | Localidad | Proyecto | Código unidad operativa

SECCIÓN D. INFORMACIÓN BÁSICA Y TRANSVERSAL SOBRE LA FAMILIA:

La información básica se repite para el jefe de núcleo familiar

	A		B	C	D	E	F	G	H			I	J	K		L	M	N	O	P	Q	R	S	T	U	V	W	X			Y		Z	AA	AB		AC	AD
No. Integrante	DOCUMENTO DE IDENTIDAD		APELLIDOS Escriba: En el renglón 1, primer apellido En el renglón 2, segundo apellido	NOMBRES Escriba: En el renglón 1, primer nombre En el renglón 2, segundo nombre	Sexo	¿Con cuál género se identifica?	¿Transgenero masculino o transgenero femenino?	¿Cuál es su orientación sexual?	FECHA NACIMIENTO			Edad aproximada	ESTADO CIVIL	PARENTESCO (Con jefe/a del núcleo familiar)	NIVEL EDUCATIVO ACTUAL NIVEL Años aprobados	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				¿Asiste actualmente?	¿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	1003618734	1 Castilla 2 Rincon	1 Leidy 2 Lorena	2	2	2	1	28	11	2001	23	1	1	18	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	1		44	1100000			Sí No	1	2	Sí No		93		Sí No		Sí No aplica	
2	6	1024612682	1 Morales 2 Castilla	1 Angela 2 Sophia	2	2	2	98	11	02	2022	3	98	5	98	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No							Sí No	2	1	Sí No		98		Sí No		Sí No aplica	
3			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 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 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 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 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/o?	Niños/as de 0 a 5 años	Niños/as de 6 a 10 años	Persona con discapacidad	Persona mayor	Cuidado de casa							Afiliado al régimen de seguridad social	Régimen de seguridad social	Calidad del afiliado	¿Persona con discapacidad?	Tipo			¿Es víctima del conflicto armado?	Motivo		
6			1	1												Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí							Sí			Sí				Sí		Sí / No	
			2	2												No	No	No	No	No	No	No							No			No				No		No aplica	
7			1	1												Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí							Sí			Sí				Sí		Sí / No	
			2	2												No	No	No	No	No	No	No							No			No				No		No aplica	
8			1	1												Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí							Sí			Sí				Sí		Sí / No	
			2	2												No	No	No	No	No	No	No							No			No				No		No aplica	
9			1	1												Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí							Sí			Sí				Sí		Sí / No	
			2	2												No	No	No	No	No	No	No							No			No				No		No aplica	
10			1	1												Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí							Sí			Sí				Sí		Sí / No	
			2	2												No	No	No	No	No	No	No							No			No				No		No aplica	
11			1	1												Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí							Sí			Sí				Sí		Sí / No	
			2	2												No	No	No	No	No	No	No							No			No				No		No aplica	
12			1	1												Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí							Sí			Sí				Sí		Sí / No	
			2	2												No	No	No	No	No	No	No							No			No				No		No aplica	
13			1	1												Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí							Sí			Sí				Sí		Sí / No	
			2	2												No	No	No	No	No	No	No							No			No				No		No aplica	

Tratamiento de datos personales: Los datos personales aquí consignados tienen carácter confidencial, 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: 15/10/2025

Número Ficha: 2025 (Año) 19 (Localidad) 774 (Proyecto) 4120931 (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 [7] 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 vinculo afectivo madre- hijo... [6]
Sus derechos y los de su pareja en el momento del parto. [2] Desarrollo infantil..... [5] Prevención de accidentes en el hogar..... [4] Ninguna... [93] *Pase a la 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 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] Construcción del vinculo afectivo madre- hijo. [6] Ninguna [93 X] *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 X] Parcialmente de acuerdo. .. [2] En desacuerdo. . [3]

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

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

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] [ ] 2 horas..... [3] [ ]
1 hora..... [2] [ ] Más de 4 horas... [4] [X]

4. ¿En qué semana de gestación nació su hija-o?: 38.3 Semanas
DATO VALIDO ENTRE 22 Y 42

5. ¿Cuál fue el peso de su hija-o al nacer?: 3255 Gramos
DATO VALIDO ENTRE 450 Y 6000

6. ¿Cuál fue la talla de su hija-o al nacer?: 53 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 pregunta13*

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?: 3 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?: 28/06/2023 *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 [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] [ ] 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 PRE...ACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN ...IAL 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 | Hermano-a.... 5 | Tío-a..... 6 | Abuelo-a..... 7 X | Otro pariente..... 8 | Otro No pariente 9

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

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

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

8. ¿Cuál es la edad en años del cuidador o la cuidadora principal?: 38

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 | Otro..... 3 X ¿Cuál?: Hogar

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. 1130681907

Nombres y apellidos del cuidador-ra principal (*según documento identidad*) 19. Primer Apellido: Duque | 20. Segundo Apellido: Díaz | 21. Primer Nombre: Diana | 22. Segundo Nombre: Milena.

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

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 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 seccion 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?_____

	PROCESO PRE...ACIÓN 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. DESCRIPCIÓN Y REFERENCIACIÓN:

1. Descripción de la problemática:

La familia esta conformada por la madre cabeza de hogar, es la que trabaja para mantener el hogar, la abuela materna es quien le cuida mientras que la mamá trabaja, el padre no responde por la niña economicamente.

2. Concepto técnico:

Se le debe garantizar el cupo en el jardin infantil Waldorf ya que cumple con los criterios, ademas se le brinda un espacio para el desarrollo integral, social, emocional y motoras dando cumplimiento a los derechos y deberes del menor.

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 [X] 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 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 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?: ___

	PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES FORMATO REGISTRO DE DILIGENCIAMIENTO DE FICHA SIRBE EN FÍSICO	Código: FOR-PSS-743 Versión: 0 Fecha: Memo I2024000737 - 12/01/2024 Página: 1 de 1

LOCALIDAD: Ciudad Bolivar UNIDAD OPERATIVA: Jardin Infantil RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA: Francia Posada

NOMBRE DEL RECOLECTOR: Brianda Soche DOCUMENTO DE IDENTIDAD: CC X CE ___ OTRO ___ CUAL? ___ Número #: 1033736736

NOMBRE SOLICITANTE / BENEFICIARIO: Angela Morales DOCUMENTO DE IDENTIDAD: CC ___ CE ___ OTRO X CUAL? RC Número #: 1024612682

FECHA DE ENTREGA PARA DIGITACIÓN: 16/12/2025 NOMBRE DEL DIGITADOR AL QUE SE ENTREGA LA FICHA: Carol Galindo

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

Fecha de diligenciamiento: 23/12/2026

Número de ficha: 2026 (Año) 19 (Localidad) 744 (Proyecto) 1209 (Código unidad operativa) 1

SECCIÓN A. VARIABLES BÁSICAS

1. Primer Apellido, según su documento de identidad: Cardona
2. Segundo Apellido, según su documento de identidad: lopez
3. Primer Nombre, según su documento de identidad: Maite
4. Segundo Nombre, según su documento de identidad: Luciana

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:
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: 1016752858
11. Municipio nacimiento: Cundinamarca
12. Departamento nacimiento: Bogotá

13. País nacimiento: Colombia
14. Sexo de nacimiento: Hombre [1] Mujer [2] X Intersexual [3]
15. Fecha de nacimiento (según su documento de identidad): 01/12/2021
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 de 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] X Subsidiado [2]
Especial [3]

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

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

35. Clasificación Sisbén

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: 2 de 6

Fecha de diligenciamiento: 23 / 11 / 2026

Número de ficha: 2026 (Año) 19 (Localidad) 77 (Proyecto) 44 (Código unidad operativa) 1209 31

SECCIÓN B. VARIABLES TRANSVERSALES

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

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

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

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

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

9. Pueblo indígena: ¡En las instrucciones de diligenciamiento se encuentra la lista completa de los pueblos indígenas con sus respectivos códigos, en la opción otro se debe escribir solo el código que refiera el instructivo
Nasa (Paéz) [1]
Quillasinga [4]
Sicuani [6]
Misak Misak [60]
Cañamomos [10]
Kichwas [15]
Arhuacos [13]
Embera Chamí [35]
Ninguna de las anteriores [17] X
Wayuu [2]
Uitotos [85]
Tubu [67]
Epera/a-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]
Cónyuge o compañero/a [2]
Padre/Madre [3]
Padrastro / Madrastra [4]
Hijo/a [5] X
Abuelo/a [6]
Hermano/a [7]
Tío/a [8]
Primo/a [9]
Sobrino/a [10]
Nieto/a [11]
Otro pariente [12]
Otro No pariente [13]
Hijastro [14]

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

12. Número registro único de víctimas

13. Año en que realizo la declaración:

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

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

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

17. ¿Ha recibido capacitación, formación o tiene experiencia en algún arte u oficio?. ** (Esta pregunta aplica solo a personas mayores de 14 años):*
Si [1]
No [2] X
No aplica [98]
Si la respuesta es 2 o 98 Pase a 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	$ 400.000	Recreación	$ 50.000
Servicios públicos domiciliarios (agua, energía, gas, teléfono fijo, internet, teléfono celular, televisión por cable	$ 200.000	Gastos en salud (consultas, medicamentos, etc.)	$ 30.000
Pagos a terceros cuidadores	$ 400.000	Transporte o movilidad de los integrantes del hogar	$ 200.000
Artículos de aseo personal	$ 150.000	Educación (útiles, pensión, transporte escolar, fotocopias, etc.)	$ 0
Alimentación	$ 300.000	Total	$ 1730000

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: 23012026

Número de ficha: 2026 (Año) 19774 (Localidad) 4 (Proyecto) 12 (Código unidad operativa) 09 31

SECCION C. UBICACIÓN GEOGRAFÍCA

1. Localidad donde habita

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

2. UPZ o UPR: 69

3. Nombre del barrio / Vereda: Sierra Morena

4. Escriba su dirección completa:

Calle	CL		Transversal	TV	X	Avenida	AV												
Carrera	KR		Avenida calle	AC															
Diagonal	DG		Avenida carrera	AK															

Número de la vía principal: 53 | Alfabético: | BIS: | Cuadrante: S | E | Número vía generadora: 76 | Alfabético: A | – | Número placa: 17 | Cuadrante: S | E

Nombre de la vía principal:

Nombre sinonimo de la vía principal:

5. Escriba el complemento de la dirección: (dirección rural, interior, apartamento, oficina)
* vea las convenciones a continuación, y/o en las instrucciones de el instructivo de diligenciamiento

Complemento dirección:	BG. Bodega	CONJ. Conjunto	ESQ. Esquina	LC. Local	MZ. Manzana	PI. Piso	SL. Solar	TR. Terraza
AD. Administración	BQ. Bloque	CT. Carretera	ET. Etapa	LM. Local Mezzanine	OF. Oficina	PN. Puente	SM. Súper manzana	UN. Unidad
AG. Agrupación	CA. Casa	DP. Depósito	GJ. Garaje	LS. Local sótano	OS. Oficina sótano	PS. Paseo	SR. Sector	UR. Unidad residencial
AL. Altillo	CEL. Célula	DS. Depósito sótano	GS. Garaje sótano	LT. Lote	PA. Parcela	PT. Portería	SS. Semi sótano	URB. Urbanización
AP. Apartamento	CM. Camino	ED. Edificio	IN. Interior	MD. Módulo	PD. Predio	SA. Salón	SU. Suite	ZN. Zona
AS. Apartamento sótano	CN. Consultorio	EN. Entrada	KM. Kilometro	MN. Mezzanine	PH. Pent-house	SC. 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: 3177774749 / 3505712416

10. Correo electrónico de contacto: linaximena09@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	Y							
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								

	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: 23/11/2026

Número de ficha: 2026 | 19 | 77 | 49 | 12 | 09 | 31
(Año | Localidad | Proyecto | Código unidad operativa)

SECCIÓN D. INFORMACIÓN BÁSICA Y TRANSVERSAL SOBRE LA FAMILIA:

La información básica se repite para el jefe de núcleo familiar

No. Integrante	A: DOCUMENTO DE IDENTIDAD – Tipo	A: DOCUMENTO DE IDENTIDAD – Número	B: APELLIDOS (Escriba: En el 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/o?	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: 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	1	1000589747	1 López	1 Lina	2	2	2	1	22	10	2000	25	1	1		18	Sí	X	X	Si	Si	Si	Si	1	3	44	1800000	2	98	X			Si		Si		Si	X	
			2 Cuellar	2 Ximena													No	X	No	X	X	X	X							No	2	1	X	98		X	No aplica		
2	6.	1016752858	1 Caidora	1 Maite	2	2	2	98	01	10	2021	4	98	5		98	Sí	Si	Si	Si	Si	Si	Si							X			Si		Si		Si	X	
			2 Lopez	2 Luciana													No	X	No	X	X	X	X							No	2	1	X	98		X	No aplica		
3			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	No aplica	
4			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	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	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 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/o?	Niños/as de 0 a 5 años	Niños/as de 6 a 10 años	Persona con discapacidad	Persona mayor	Cuidado de casa							Afiliado al régimen de seguridad social	Régimen de seguridad social	Calidad del afiliado	¿Persona con discapacidad?	Tipo			¿Es víctima del conflicto armado?	Motivo		
6			1	1												Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí							Sí			Sí				Sí		Sí / No	
			2	2												No	No	No	No	No	No	No							No			No				No		No aplica	
7			1	1												Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí							Sí			Sí				Sí		Sí / No	
			2	2												No	No	No	No	No	No	No							No			No				No		No aplica	
8			1	1												Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí							Sí			Sí				Sí		Sí / No	
			2	2												No	No	No	No	No	No	No							No			No				No		No aplica	
9			1	1												Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí							Sí			Sí				Sí		Sí / No	
			2	2												No	No	No	No	No	No	No							No			No				No		No aplica	
10			1	1												Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí							Sí			Sí				Sí		Sí / No	
			2	2												No	No	No	No	No	No	No							No			No				No		No aplica	
11			1	1												Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí							Sí			Sí				Sí		Sí / No	
			2	2												No	No	No	No	No	No	No							No			No				No		No aplica	
12			1	1												Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí							Sí			Sí				Sí		Sí / No	
			2	2												No	No	No	No	No	No	No							No			No				No		No aplica	
13			1	1												Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí							Sí			Sí				Sí		Sí / No	
			2	2												No	No	No	No	No	No	No							No			No				No		No aplica	

Tratamiento de datos personales: Los datos personales aquí consignados tienen carácter confidencial, 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.	PROCESO PRE[illegible]CIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN S[illegible]AL 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: 23/01/2026

Número Ficha: 2026 (Año) 19 (Localidad) 774 (Proyecto) 4 (Código Unidad Operativa) 1 2 0 9 3 1

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. ¿Cual fue la fecha de inicio de su ultima menstruación FUM?:

2. ¿Asiste a control prenatal?:
Si..... [1]
No... [2] *Pase a la pregunta 4*

3. ¿Fecha del último control médico?:

4. ¿Número de hijas-hijos nacidos vivos?:
Entre 1 y 3.. [1] Mas 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 vinculo afectivo madre- hijo... [6]
Sus derechos y los de su pareja en el momento del parto. [2] Desarrollo infantil..... [5] Prevención de accidentes en el hogar..... [4] Ninguna... [93] *Pase a la 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 X]
Cesárea..... [2]

2. ¿Para el parto tuvo la oportunidad de elegir *(selección múltiple)*?
Lugar donde se producirá el parto. [1 X] La posición de parir..... [3]
Tipo de parto .. [2] Ninguna... [93] La elección del acompañante [4]

3. ¿Está usando un método anticonceptivo?
Si. ..... [1]
No. ..... [2 X]

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 vinculo 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 X] Otra persona... [6]
SDIS..... [2] ONG..... [4] Partera/ doula... [9]

7. Qué opina sobre esta afirmación: "Se debe amamantar a su hijo e hija durante los primeros 6 meses de vida de forma exclusiva":
Totalmente de acuerdo. ..... [1 X] Parcialmente de acuerdo. .. [2] En desacuerdo. . [3]

8. ¿Tiene información sobre como iniciar la alimentación complementaria?
Si.... [1 X] No.... [2]

9. ¿Tiene acompañamiento para su cuidado durante la lactancia?
Si. ... [1] No.... [2 X]

	PROCESO PRES[illegible]CIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL PROYECTO 7744 GENERACION DE OPORTUNIDADES PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA DE BOGOTÁ FORMATO FICHA SIRBE SERVICIOS: JARDINES INFANTILES Y CRECIENDO JUNTOS	Código: FOR-PSS-334 Versión: 2 Fecha: Memo I2023015020-24/05/2023 Página: 2 de 4

SECCION I. INFORMACIÓN DEL NIÑO O LA NIÑA Si se desconoce la información de alguna(s) de la(s) pregunta(s) de 1 a la 12, por que el niño o la niña se encuentra en medida de protección o bajo custodia de familiares que desconocen la información relacionada con sus primeros años de vida, deje la(s) respuesta(s) en blanco e indique la situación en la descripción de la problemática

1. ¿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?: 38 Semanas
DATO VALIDO ENTRE 22 Y 42

5. ¿Cuál fue el peso de su hija-o al nacer?: 2800 Gramos
DATO VALIDO ENTRE 450 Y 6000

6. ¿Cuál fue la talla de su hija-o al nacer?: 47 Centímetros
DATO VALIDO ENTRE 22 Y 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 X] Menos de 24 horas [3]
Menos de 1 hora [2] Más de 24 horas [4]
No sabe/No responde [5]

9. ¿Actualmente el niña-o recibe leche materna?:
Si [1] No [2 X] *Pase a la pregunta 12*

10. La niña o el niño recibe algún alimento diferente a la leche materna?: Si [1] No [2] *Pase a la pregunta 13*

11. ¿Qué edad tenía su hija-o cuando recibió un alimento diferente a la leche materna?: ____ Meses. *Pase a la pregunta 13*

12. ¿Qué edad tenía su hija-o cuando dejo de darle leche materna completamente?: 12 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?: 14/01/2026
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 [2]
Ninguna [93 X] Consumo de sustancias psicoactivas [3]

22. ¿Actualmente, la niña o el niño se encuentra expuesto a condiciones de?: *(Selección múltiple)*
Habitabilidad en calle [1] Espacios donde se desarrollan actividades sexuales pagas [2] Consumo de sustancias psicoactivas [3] Trabajo infantil [4] Mendicidad [5] Ninguna. [93 X]

23. El padre o madre de la niña o niño es?: *(Selección múltiple)*
Desmovilizado [1] Desvinculado [2] Militar con discapacidad [3] Militar fallecido [4] Ninguna de las anteriores [96 X]

24. El padre o madre de la niña o el niño trabaja en reciclaje?
Si [1] No [2 X]

25. ¿Ha presentado solicitud de ingreso a?: *(Selección múltiple)*
Jardín infantil Diurno [1] Casas de pensamiento interculturales [4] Hogar comunitario ICBF [7] Institución privada [10]
Jardín infantil Nocturno [2] Crecemos en la ruralidad o espacios rurales [5] Hogar infantil ICBF [8] Institución Educativa distrital [11]
Creciendo juntos [3] Centros Amar [6] FAMI del ICBF [9] Ninguno [93 X]

26. ¿Actualmente, el niño o la niña recibe atención en?:
Jardín infantil Diurno [1] Casas de pensamiento interculturales [4] Hogar comunitario ICBF [7] Institución privada [10]
Jardín infantil Nocturno [2] Crecemos en la ruralidad o espacios rurales [5] Hogar infantil ICBF [8] Institución Educativa distrital [11]
Creciendo juntos [3] Centros Amar [6] FAMI del ICBF [9] Ninguno [93 X]

27. ¿Ha estado vinculado a modalidades familiares o institucionales de Educación inicial de la SDIS?:
Si [1] No [2 X] *Pase a la pregunta 29*

28. ¿En qué localidad?:
Usaquén [1] Santa fe [3] Usme [5] Bosa [7] Fontibón [9] Suba [11] Teusaquillo [13] Antonio Nariño [15] La Candelaria [17] Ciudad Bolívar [19]
Chapinero [2] San Cristóbal [4] Tunjuelito [6] Kennedy [8] Engativá [10] Barrios Unidos [12] Los Mártires [14] Puente Aranda [16] Rafael Uribe [18] Sumapaz [20]

29. ¿Cuál es el principal motivo por el que solicitó el servicio?:
Nuevas oportunidades para su calidad de vida [1 X] Superar condiciones de segregación y discriminación [2] Desarrollo integral para su hija-o [3] 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 PR[illegible]ACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN [illegible]CIAL 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 | Madrastra..... 4 | Abuelo-a..... 7 | Mamá..... 2 | Hermano-a... 5 X | 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 X | Otro pariente.... 8 | Mamá..... 2 | 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 X | Mamá..... 2 | 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 X | Otro pariente.... 8 | Mamá..... 2 | 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?: 26

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 | Ninguno 93 | Postgrado incompleto (sin título)... 22 | Postgrado completo (con título) ... 15

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

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: 1024594241.

Nombres y apellidos del cuidador-ra principal (*según documento identidad*)

19. Primer Apellido: lopez | 20. Segundo Apellido: Romero | 21. Primer Nombre: Evelyn | 22. Segundo Nombre: Tatiana.

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 seccion K*

25. ¿En qué fecha el niño o la niña tuvo la medida de protección legal?:

SECCION K. INFORMACION RURALIDAD: si en la pregunta 6 de la Sección C del Cabezote indicó Rural, diligencie esta sección, de lo contrario pase a la sección L

1. La niña, niño o gestante habita en: Centro Poblado..... 1 X | Rural disperso..... 2

2. La familia de la niña o el niño o la gestante a partir de sus prácticas culturales se reconoce como: Campesino /a..... 1 | Rural..... 2 *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

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 ...

FÍSICA: Osteomuscular..... | Neuromuscular..... | Parálisis cerebral (EMOC)...

PSICOSOCIAL: Psicosocial .....

2. Tiene diagnóstico clínico relacionado con la discapacidad?: Si.... 1 | No... 2 *Pase a la pregunta 5*

3. Cuenta con el certificado de discapacidad? Si.... 1 | No.. 2 *Pase a la pregunta 5*

4. La niña o el niño 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?_____

	PROCESO PRES[illegible]IÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SO[illegible]L 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. DESCRIPCIÓN Y REFERENCIACIÓN.

1. Descripción de la problemática:

la Familia esta conformada por la madre quien es la que trabaja para sostener el hogar, el padre no esta presente pero le colabora aportando economicamente, cuenta con la colaboración de la hermana quien le ayuda al cuidado de su hijo mientras trabaja. le esta buscando jardin para ella estar tranquila y la hermana buscara trabajo.

2. Concepto técnico:

Se le debe garantizar el cupo en el Jardin Infantil Waldorf ya que cumple con los criterios solicitados, ya que de esa manera podemos contribuir al desarrollo Integral, Social, emocional, aportando a sus habilidades sin olvidar los derechos y deberes 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 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 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 pregunta 8*

Integrante: ___ Proyecto: ___ Modalidad: ___
Integrante: ___ Proyecto: ___ Modalidad: ___
Integrante: ___ Proyecto: ___ Modalidad: ___
Integrante. ___ Proyecto: ___ Modalidad: ___

8. Referenciación a otra entidad: - Si... [1] - No [2 X] *Finalice*

Integrante: ___ ¿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: Ciudad Bolivar UNIDAD OPERATIVA: Jardin Infantil Waldorf RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA: Francia Pasaca

NOMBRE DEL RECOLECTOR: Brianda Soche DOCUMENTO DE IDENTIDAD CC X CE__ OTRO__ CUAL?_____ Número # 1033736736

NOMBRE SOLICITANTE / BENEFICIARIO: Maite Cardona DOCUMENTO DE IDENTIDAD CC__ CE__ OTRO X CUAL? RC Número # 1016752858

FECHA DE ENTREGA PARA DIGITACIÓN: 26/01/26 NOMBRE DEL DIGITADOR AL QUE SE ENTREGA LA FICHA: Carol Giraldo