CAMINOS DE EQUIDAD

**FORMATO DE DIAGNÓSTICO Y CARACTERIZACIÓN INTEGRAL CON ENFOQUE DE GÉNERO, DIFERENCIAL E INTERSECCIONAL PARA EL FORTALECIMIENTO DEL GOCE EFECTIVO DE DERECHOS DE LAS MUJERES EN CIUDAD BOLÍVAR, Y ACTA DE VISITA**

OBJETO: PRESTAR LOS SERVICIOS DE FORMACIÓN PARA EL FORTALECIMIENTO DE LAS CAPACIDADES PARA EL EJERCICIO DE DERECHOS Y LA AUTONOMÍA ECONÓMICA DE LA MUJERES DE LA LOCALIDAD DE CIUDAD BOLÍVAR, EN EL MARCO DEL PLAN DE DESARROLLO LOCAL 2025-2028, VIGENCIA 2025

ALCALDÍA LOCAL DE CIUDAD BOLÍVAR – FONDO DE DESARROLLO LOCAL

**COMPONENTE: FORMACIÓN EN EMPRENDIMIENTO, INNOVACIÓN DIGITAL E IMPULSO DE INICIATIVAS COMUNITARIAS PROMOVIENDO AUTONOMÍA ECONÓMICA PARA EL EJERCICIO DE LA CIUDADANIA DE LAS MUJERES EN CIUDAD BOLÍVAR**

## OBJETIVO GENERAL

Realizar una caracterización integral de mujeres de Ciudad Bolívar, identificando condiciones socioeconómicas, situaciones de exclusión y vulneración de derechos, para orientar acciones institucionales con enfoque de género, diferencial e interseccional.

## OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar estado de madurez de la idea de negocio o emprendimiento
- Identificar brechas de acceso a internet, al empleo y a la educación.
- Identificar condiciones diferenciales (etnia, discapacidad, migración, víctimas).
- Formular recomendaciones de acción institucional.

## POBLACIÓN BENEFICIARIA DIRECTA

Mujeres residentes en la localidad.

CAMINOS DE EQUIDAD

**INFORMACIÓN GENERAL**

Tipo y número de documento de identidad de la participante: _____

Fecha de visita: (dd/mm/aaaa)

Nombre de la visitadora:

Hora inicio / hora fin:

Tipo de visita:
( ) Diagnóstico inicial ( ) Seguimiento

Asistió FDLCB (acompañamiento)
Sí ( ) No ( ) Nombre _____

**1. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS Y DE CARACTERIZACIÓN POBLACIONAL**

1.1. Nombres y apellidos completos:

1.2. Tipo de identificación: ( ) CC ( ) CE ( ) PPT ( ) Permiso especial
Número: _____ Lugar de expedición: _____

1.3. Fecha de nacimiento: DD/MM/AAAA _____ Edad: ____ años

1.4. Barrio y UPZ de residencia en Ciudad Bolívar: _____
Dirección: _____
Estrato: ( ) 0 ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4+

1.5. Teléfono de contacto: _____
WhatsApp: ( ) Sí ( ) No Correo electrónico: _____

1.6. ¿Con quién vive actualmente? (marcar todos los que apliquen)
( ) Sola
( ) Hijas/os menores de 5 años
( ) Hijas/os entre 6 y 17 años
( ) Hijas/os mayores de 18 años
( ) Pareja/compañero
( ) Madre/padre
( ) Otros familiares
( ) Personas no familiares

1.7. ¿Es usted responsable del cuidado de niñas, niños, personas mayores o personas con discapacidad en su hogar?

( ) Sí, soy la única responsable
( ) Sí, comparto la responsabilidad
( ) No

Especifique número de personas a cargo: ____
Rangos de edad: ( ) 0-5 años ___ ( ) 6-11 años ___ ( ) 12-17 años ___ ( ) 18+ con discapacidad o dependencia ___

1.8. Nivel educativo alcanzado:
( ) Ninguno
( ) Preescolar
( ) Básica primaria (1°-5°)
( ) Básica secundaria (6°-9°)
( ) Media académica (10°-11°)
( ) Técnica incompleta
( ) Técnica completa
( ) Tecnológica incompleta
( ) Tecnológica completa
( ) Universitaria incompleta
( ) Universitaria completa
( ) Posgrado

1.9. ¿Se reconoce como parte de algún grupo poblacional o étnico?
( ) Negra, afrocolombiana, raizal o palenquera
( ) Indígena – Pueblo: _____
( ) ROM – Gitana
( ) Habitante de zona rural
( ) Víctima del conflicto armado
( ) LBT
( ) Adulta mayor
( ) Migrante
( ) Ninguna
( ) Otra: _____
( ) Prefiere no responder

1.10. ¿Se reconoce como persona con discapacidad?
( ) Sí – Discapacidad física
( ) Sí – Discapacidad visual (baja visión / ceguera)
( ) Sí – Discapacidad auditiva (hipoacusia / sordera)
( ) Sí – Discapacidad cognitiva o psicosocial
( ) No
( ) Prefiere no responder

En caso afirmativo: ¿Requiere ajustes razonables para participar en el programa?

( ) Intérprete de lengua de señas colombiana
( ) Material en braille / macrotipo / alto contraste
( ) Audiodescripción
( ) Apoyo de un profesional de apoyo
( ) Otro: _____

1.11. ¿Cuál es su principal ocupación actual?
( ) Oficios del hogar no remunerados
( ) Emprendimiento propio / independiente
( ) Empleada formal
( ) Empleada informal
( ) Desempleada
( ) Estudiante
( ) Lideresa comunitaria voluntaria
( ) Pensionada
( ) Otra: _____

1.12. Principal fuente de ingresos del hogar
( ) Empleo
( ) Emprendimiento
( ) Subsidios/transferencias
( ) Apoyo familiar
( ) Otra

1.13. Ingreso mensual aproximado del hogar
( ) Menor a 1 SMMLV
( ) Entre 1 y 2 SMMLV
( ) Más de 2 SMMLV

1.14. Nivel de manejo de herramientas digitales
( ) Nulo
( ) Básico
( ) Intermedio
( ) Avanzado

1.15. ¿Ha realizado cursos virtuales anteriormente?
( ) Sí ( ) No
¿Acceso a educación o formación?
( ) Sí ( ) No
¿Acceso a programas sociales?
( ) Sí ( ) No
¿Dificultades de movilidad dentro de la localidad?
( ) Sí ( ) No
¿Participa en espacios comunitarios?

( ) Sí ( ) No
¿Ha ocupado cargos de liderazgo?
( ) Sí ( ) No

1.16. Marque las situaciones que afectan su proyecto de vida:
( ) Sí ( ) No
Desempleo o informalidad
( ) Sí ( ) No
Falta de acceso a educación
( ) Sí ( ) No
Sobrecarga de trabajo doméstico
( ) Sí ( ) No
Discriminación por orientación sexual
( ) Sí ( ) No
Barreras institucionales
( ) Sí ( ) No
Pobreza extrema
( ) Sí ( ) No
Desplazamiento forzado
( ) Sí ( ) No
Otras
_____

## 2. CARACTERIZACIÓN DEL EMPRENDIMIENTO O INICIATIVA COMUNITARIA

2.1. ¿Cuál es su situación actual frente al emprendimiento o iniciativa comunitaria? (selección única)

| CATEGORÍA | DESCRIPCIÓN | SELECCIÓN |
|---|---|---|
| Nivel exploratorio | Tengo una idea, pero no la he desarrollado ni he vendido nada | |
| Nivel inicio | Tengo emprendimiento con menos de 6 meses de funcionamiento o funcionamiento ocasional o intermitente. | |
| Nivel en marcha | Tengo emprendimiento con más de 6 meses y ventas regulares | |
| Iniciativa cívica comunitaria | Lidero o hago parte de un proceso cívico comunitario sin fines de lucro | |
| Iniciativa mixta | Proyecto comunitario con componente productivo | |

2.2. Cuenta con algunos de los siguientes registros o documentos formales:
RUT

( ) Sí ( ) No
Matrícula mercantil
( ) Sí ( ) No
RIVI
( ) Sí ( ) No
ETC

2.3. Nombre del emprendimiento, negocio o iniciativa cívica comunitaria:
_____

2.4. ¿Cuánto tiempo lleva funcionando?
( ) Menos de 3 meses
( ) Entre 3 y 6 meses
( ) Entre 6 meses y 1 año
( ) Entre 1 y 3 años
( ) Más de 3 años
( ) No aplica, aún es idea

2.5. ¿Cuál es el sector económico principal? (marcar uno)
( ) Alimentos y bebidas preparadas
( ) Productos alimenticios transformados (conservas, panadería, etc.)
( ) Confecciones y textiles
( ) Calzado y marroquinería
( ) Artesanías y manualidades
( ) Belleza y estética (peluquería, uñas, maquillaje)
( ) Servicios generales (aseo, oficios varios)
( ) Servicios profesionales (contabilidad, asesorías, diseño)
( ) Tecnología y servicios digitales
( ) Agricultura urbana / huertas
( ) Reciclaje y economía circular
( ) Cultura y artes
( ) Turismo local
( ) Cuidado de personas
( ) Educación y formación
( ) Otro: _____

2.6. Tipo de actividad:
( ) Productiva (elaboración de bienes)
( ) Comercial (venta de productos)
( ) Servicios
( ) Mixta

2.7. ¿Dónde funciona principalmente?
( ) En mi vivienda

( ) Local arrendado
( ) Local propio
( ) Venta ambulante / puesto móvil
( ) Mercado temporal / feria
( ) Espacio comunitario
( ) Virtual / redes sociales / domicilios
( ) No aplica / no ha iniciado

2.8. ¿Actualmente el emprendimiento o iniciativa genera ingresos?
( ) Sí, ingresos fijos semanales/quincenales
( ) Sí, ingresos esporádicos
( ) No, aún no genera ingresos
( ) No aplica (iniciativa comunitaria sin fines de lucro)

2.9. ¿Cuál es el rango de ingresos mensuales aproximados que genera el emprendimiento?
( ) Menos de $200.000
( ) Entre $200.000 y $500.000
( ) Entre $500.000 y $1.000.000
( ) Entre $1.000.000 y $1.500.000
( ) Más de $1.500.000
( ) No aplica / no genera ingresos

2.10. ¿Actualmente el emprendimiento cuenta con: (marcar todos los que apliquen)
( ) Registro de marca
( ) Registro INVIMA / concepto sanitario
( ) Registro sanitario / permiso de comercialización
( ) Curso de manipulación de alimentos (cuando aplique)
( ) Certificación de Buenas Prácticas de Manufactura (BPM)
( ) Matrícula mercantil (Cámara de Comercio)
( ) RUT (Registro Único Tributario)
( ) Cuenta bancaria a nombre del negocio
( ) Certificado de bomberos
( ) Uso de suelo aprobado
( ) Ninguno de los anteriores

2.11. ¿Pertenece o hace parte de alguna organización, red o colectivo?
( ) Red de mujeres emprendedoras
( ) Junta de Acción Comunal
( ) Mesa de participación de mujeres
( ) Organización comunitaria / barrial
( ) Asociación productiva
( ) Cooperativa

( ) No pertenezco
( ) Otra: _____

2.12. Describa brevemente su producto o servicio:

_____

## 3. DIAGNÓSTICO DE CAPACIDADES Y BRECHAS DE FORMACIÓN

3.1. Autoevaluación de conocimientos previos (1: Nada – 5: Experta)

| TEMÁTICA | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|---|
| Cómo estructurar un plan de negocio | | | | | |
| Separación de gastos personales y del negocio | | | | | |
| Precios, costos y rentabilidad | | | | | |
| Uso de redes sociales para vender | | | | | |
| Creación de contenido para redes | | | | | |
| Toma de fotografías para productos | | | | | |
| Inteligencia Artificial (ChatGPT, Canva IA, etc.) | | | | | |
| Trámites para formalizar un negocio | | | | | |
| Hablar en público / vender mi producto | | | | | |

3.2. Priorización de necesidades de formación (seleccionar máximo 3)
( ) Cómo construir mi plan de negocio paso a paso
( ) Finanzas: presupuesto, ahorro, inversión
( ) Redes sociales y marketing digital
( ) Fotografía de productos con celular
( ) Uso de Inteligencia Artificial para emprendimientos
( ) Cómo formalizar mi negocio
( ) Comunicación asertiva y liderazgo
( ) Ventas y atención al cliente
( ) Empaques y presentación del producto
( ) Compras inteligentes y manejo de inventarios
( ) Creación de página web / catálogo virtual

3.3. Acceso a herramientas digitales:
¿Cuenta con: (marcar todos los que apliquen)
( ) Celular inteligente (smartphone)
( ) Plan de datos o internet en el celular
( ) Computador / portátil
( ) Internet en casa (WIFI)
( ) Cuenta de correo electrónico
( ) Cuenta en Facebook / Instagram / WhatsApp Business
( ) Aplicaciones de banca móvil / Nequi / Daviplata

3.4. ¿Ha recibido formación previa en emprendimiento o temas productivos?
( ) Sí, en los últimos 2 años
( ) Sí, hace más de 2 años
( ) No
Si respondió Sí, ¿cuál(es)? _____

3.5. ¿Lleva algún tipo de registro de ingresos y gastos?
( ) Sí ( ) No

**4. NECESIDADES DE INVERSIÓN Y EXPECTATIVAS**

4.1. ¿Para qué utilizaría principalmente el incentivo económico de hasta $2.000.000? (marcar máximo 2)
( ) Compra de maquinaria o equipos
( ) Compra de insumos y materias primas
( ) Adecuación de un pequeño local o punto de venta
( ) Registro de marca, permisos, formalización
( ) Empaques y branding
( ) Inversión en publicidad / marketing
( ) Herramientas de trabajo
( ) Capital de trabajo inicial
( ) Fortalecimiento de iniciativa comunitaria (talleres, materiales)
( ) No sabe / no definido

4.2. ¿Cuál es su expectativa principal al finalizar el programa?
( ) Poner en marcha mi emprendimiento
( ) Fortalecer y hacer crecer mi negocio actual
( ) Formalizar mi negocio
( ) Generar ingresos estables para mi hogar
( ) Fortalecer mi labor comunitaria con sostenibilidad
( ) Crear redes con otras mujeres emprendedoras
( ) Participar en ferias y vender mis productos

4.3. ¿Cuánto tiempo disponible a la semana tiene para participar en el programa?
( ) Menos de 4 horas
( ) Entre 4 y 8 horas
( ) Entre 8 y 12 horas
( ) Más de 12 horas

4.4. ¿Cuál es su preferencia de horario?
( ) Mañana (8am-12pm)
( ) Tarde (2pm-6pm)
( ) Noche (6pm-8pm)
( ) Sábados

( ) Domingo

## 5. REGISTRO FOTOGRÁFICO Y VERIFICACIÓN EN TERRENO

| EVIDENCIA | CUMPLE | OBSERVACIONES |
|---|---|---|
| Registro fotográfico del lugar donde funciona el emprendimiento o actividad comunitaria | ( ) SÍ ( ) NO | _____ fotos |
| Registro fotográfico de productos / servicios | ( ) SÍ ( ) NO | _____ fotos |
| Registro fotográfico de maquinaria/equipos/herramientas (si aplica) | ( ) SÍ ( ) NO | _____ fotos |
| Se evidencia actividad productiva o comunitaria | ( ) SÍ ( ) NO | |
| Verificación de dirección y lugar | ( ) COINCIDE | |

## 6. ANÁLISIS DE LA VISITADORA TÉCNICA

(A ser diligenciado por el profesional al finalizar la visita)

6.1. Clasificación de la participante según madurez:
( ) Nivel nulo – Sin emprendimiento / iniciativa
( ) Nivel exploratorio – Idea sin desarrollo
( ) Nivel inicio – Menos de 6 meses / primeras ventas
( ) Nivel en marcha – Más de 6 meses / ventas regulares
( ) Nivel Mipyme – Formalizada
( ) Iniciativa comunitaria
( ) Iniciativa comunitaria con componente productivo

6.2. Sector económico (verificado): _____

6.3. Se evidencia potencial para:
( ) Emprendimiento de alto impacto / escalable
( ) Emprendimiento de subsistencia con potencial de crecimiento
( ) Iniciativa comunitaria replicable
( ) Requiere fortalecimiento base (estructuración)

6.4. Barreras identificadas para la participación:
( ) Conectividad / acceso a internet
( ) Responsabilidades de cuidado intensivas
( ) Movilidad / distancia
( ) Baja alfabetización digital
( ) Discapacidad / requiere ajustes

( ) Desmotivación / poca claridad de su proyecto
( ) Ninguna

6.5. Recomendación de cohorte sugerida:
( ) Cohorte A – Emprendimiento en marcha
( ) Cohorte B – Emprendimiento en inicio
( ) Cohorte C – Iniciativa comunitaria
( ) Cohorte D – Sin emprendimiento / ideación
( ) Cohorte E – Baja alfabetización digital (nivelación TIC)
( ) Cohorte F – Requiere ajustes razonables

6.7. Observaciones y análisis cualitativo de la visitadora:

## 7. DECLARACIONES, AUTORIZACIONES Y COMPROMISOS

7.1. Verificación de impedimentos:
Mediante declaración oral, la participante manifiesta bajo la gravedad de juramento que:

| ÍTEM | SÍ | NO |
|---|---|---|
| ¿Pertenece al mismo núcleo familiar de otra postulante que presente el mismo negocio? | | |
| ¿Es servidora pública, contratista del Distrito o trabajadora del operador? | | |
| ¿Participa actualmente en otro programa de fortalecimiento empresarial del FDLCB? | | |
| ¿Ha tenido incumplimientos previos con programas del FDLCB? | | |
| ¿Ha participado en la elaboración del proyecto como asesora? | | |

7.2. ¿Autoriza el uso de sus datos en concordancia con la Ley 1581 de 2012 “Por la cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales” y la normativa que le adicione, modifique, reglamente o sustituya?
( ) Sí ( ) No

7.3. ¿Se compromete usted a cumplir con la asistencia y gestión de las actividades asociadas a los cursos y módulos dispuestos para la finalización exitosa del componente?
( ) Sí ( ) No

7.4. ¿Confirma usted que se le explicaron las condiciones del programa?
( ) Sí ( ) No

Firma de la participante:
Nombre:
C.C.:

Firma de la profesional visitadora:
Nombre:
C.C.:

**ANEXO 1 – LISTA DE CHEQUEO DE DOCUMENTOS RECOLECTADOS**

( ) Fotocopia de documento de identidad
( ) Carta de compromiso firmada
( ) Formato de diagnóstico diligenciado
( ) Registro fotográfico (mínimo 3 fotos)
( ) RUT (si tiene)
( ) Certificación bancaria / Nequi / Daviplata (si tiene)

**INSTRUCCIONES DE DILIGENCIAMIENTO:**

- Este formulario y acta de visita debe ser diligenciado durante la visita domiciliaria.
- Las preguntas deben realizarse en lenguaje claro, adaptando la redacción según el nivel de comprensión de la participante.
- El equipo técnico debe garantizar un trato digno, empático y confidencial.
- Una vez digitalizado, el formulario y acta de visita se cargará en la plataforma del proyecto y se asignará un código único de participante.
- Este instrumento constituye la línea base para la medición de resultados al final del proceso.