

OK

 ALCALDÍA MAYOR DE ANTIOQUIA GOBIERNO DEPARTAMENTAL	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: 28/07/2023

Número de ficha: 2026197744120931
Año: 2026 Localidad: 19 Proyecto: 7744 Código unidad operativa: 120931

SECCIÓN A. VARIABLES BÁSICAS

1. Primer Apellido, según su documento de identidad: Peralta			2. Segundo Apellido, según su documento de identidad: villamil			3. Primer Nombre, según su documento de identidad: Emily			4. Segundo Nombre, según su documento de identidad: Somontha			
5. ¿Con cuál género se identifica? * (Esta pregunta aplica solo a personas mayores de 14 años): Masculino ☐ Femenino ☒ Transgénero ☐ (Travesti, transexual, transformista) No binario ☐ No informa ☐ No Aplica ☐			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 ☐ Transgénero Femenina ☐			8. ¿Cuál es su orientación sexual? * (Esta pregunta aplica solo a personas mayores de 14 años): Heterosexual ☐ Bisexual ☐ Otro, ¿Cuál? _____ Lesbiana ☐ No informa ☐ _____ Gay ☐ No Aplica ☐			
9. Tipo de documento de identificación: Cédula de ciudadanía ☐ Cédula de extranjería ☐ Tarjeta de identidad ☐ Registro civil ☒ Pasaporte... ☐ Permiso especial de permanencia ☐ Salvo conducto ☐ Permiso por protección temporal... ☐ Sin identificación ☐						10. Número de documento de identificación: 1012476475			11. Municipio nacimiento: Mosquera		12. Departamento nacimiento: Cundinamarca	
13. País nacimiento: Colombia		14. Sexo de nacimiento: Hombre ☐ Mujer ☒ Intersexual ☐		15. Fecha de nacimiento: (según su documento de identidad) 29/07/2022			16. Estado civil: Soltero/a ☐ Casado/a ☐ Unión libre ☐ Separado/a ☐ Viudo/a ☐ Unión marital de hecho ☐					
17. Nivel educativo actual: Educación inicial modalidad familiar ☐ Preescolar ☐ Básica secundaria y media ☐ Tecnológico ☐ Universitaria completa (con título) ☐ Postgrado completo (con título) ☐ Educación inicial modalidad institucional ☐ Básica primaria ☐ Técnico ☐ Universitaria incompleta (sin título) ☐ Postgrado incompleto (sin título) ☐ Educación desde lo propio ☐ Ninguno ☐											18. Años aprobados: _____	
19. ¿Es persona cuidador/a? (pregunta para mayores de 14 años) Sí ☐ No ☐ (pase a la pregunta 25)		20. ¿Es cuidador/a de niños, niñas menores de 5 años? (Aplica para personas mayores de 14 años) Sí ☐ No ☐		21. ¿Es cuidador/a de niños, niñas entre 06 a 10 años? Sí ☐ No ☐		22. ¿Es cuidador/a de personas con discapacidad? Sí ☐ No ☐		23. ¿Es cuidador/a de personas mayores? Sí ☐ No ☐		24. ¿Dedica su tiempo a labores del cuidado de casa? Sí ☐ No ☐		
25. Actividad Principal: * (Esta pregunta aplica solo a personas mayores de 3 años) Buscando trabajo ☐ Trabajo no remunerado ☐ Sin actividad ☐ Estudiando ☐ Jubilado / pensionado ☐ Cuidador ☐ Trabajo Formal ☐ Trabajo Informal ☐ No aplica ☐			26. Rol ocupacional: * (Esta pregunta aplica solo a personas mayores de 14 años) Vendedor Informal ☐ Cachivachero ☐ Reciclador ☐ Cuidado directo ☐ Jornalero ☐ Actividades rurales ☐ Cotero ☐ Actividades Sexuales pagadas ☐ Actividades Artísticas callejeras ☐ Cuidado Indirecto ☐ Vigilar finca o predio ☐ Otras ocupaciones ☐ Carretero ☐ Mendicidad ☐ Vigilar o limpiar carros ☐ Calibrar llantas ☐ Estudiante ☐ No aplica ☐					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 ☐ Semanal ☐ Mensual ☐ Quincenal ☐ Esporádico ☐ No aplica ☐		30. Localidad donde desarrolla su rol ocupacional: * (Esta pregunta aplica solo a personas mayores de 14 años): Usaquén ☐ San Cristóbal ☐ Bosa ☐ Engativá ☐ Teusaquillo ☐ Puente Aranda ☐ Ciudad Bolívar ☐ Chapinero ☐ Usme ☐ Kennedy ☐ Suba ☐ Los Mártires ☐ La Candelaria ☐ Sumapaz ☐ Santa fe ☐ Tunjuelito ☐ Fontibón ☐ Barrios Unidos ☐ Antonio Nariño ☐ Rafael Uribe ☐ No Aplica ☐								
31. ¿Está afiliado a seguridad social? Sí ☐ No ☒ (pase a la pregunta 34)		32. Régimen de seguridad social: Contributivo ☐ Subsidiado ☒ Especial ☐		33. Calidad del afiliado: Aplica solo si la respuesta en la pregunta 32 es "Contributivo" Beneficiario ☒ Cotizante ☐		34. ¿Tiene clasificación de Sisbén? Sí ☒ No ☐		35. Clasificación Sisbén: B1				



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
VIVIENDA Y DESARROLLO 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:

28072026

Número de ficha

2026197744120931

Año

Localidad

Proyecto

Código unidad operativa

SECCIÓN B. VARIABLES TRANSVERSALES

<p>1. Persona con discapacidad:</p> <p>Si ☐ 1</p> <p>No ☒ 2 <i>Pase a 4</i></p>	<p>2. Tipo de discapacidad</p> <p>Física ☐ 20 ☐ Auditiva ☐ 31 ☐ Intelectual ☐ 39 ☐</p> <p>Psicosocial ☐ 40 ☐ Visual ☐ 32 ☐ Sordo ceguera ☐ 10 ☐</p> <p>Alteración del desarrollo ☐ 37 ☐ Múltiple ☐ 42 ☐ Trastornos del espectro autista (TEA) ☐ 38 ☐</p>	<p>3. Presenta alguna de las siguientes dificultades o limitaciones permanentes para:</p> <table><thead><tr><th>Acción / Dificultad</th><th>No puedo hacerlo</th><th>Si, con mucha dificultad</th><th>Si, con alguna dificultad</th><th>Puedo hacerlo sin dificultad</th></tr></thead><tbody><tr><td>1. ¿Relacionarse o interactuar con las demás personas?</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>2. ¿Hablar o conversar?</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>3. ¿Agarrar o mover objetos con las manos?</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>4. ¿Entender, aprender, recordar o tomar decisiones por sí mismo(a)?</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>5. ¿Oír la voz o los sonidos?</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>6. ¿Mover el cuerpo, caminar o subir y bajar escaleras?</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>7. ¿Ver de cerca, de lejos o alrededor?</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>8. ¿Comer, vestirse o bañarse por sí mismo(a)?</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></tbody></table>	Acción / Dificultad	No puedo hacerlo	Si, con mucha dificultad	Si, 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)?					<p>4. Tipología de estructura familiar:</p> <p>Hogar familiar Nuclear ☐ 1 ☒ Hogar familiar amplio compuesto ☐ 3</p> <p>Hogar familiar amplio extenso ☐ 2 ☐ Hogar familiar sin Núcleo ☐ 4</p> <p>Hogar no familiar unipersonal ☐ 5 ☐ Hogar no familiar sin núcleo ☐ 6</p>	<p>5. Situaciones y/o condiciones diferenciales de las familias</p> <p>Familia con pertenencia étnica: ☐ 1</p> <p>Familia transgenero ☐ 2</p> <p>Familia víctimas del conflicto armado ☐ 3</p> <p>No aplica ☒ 98 ☒</p>	<p>6. Identifique su nacionalidad con las siguientes opciones:</p> <p>Nacional ☐ 1 ☒</p> <p>Otra nacionalidad ☐ 2</p> <p>Binacional ☐ 3</p> <p>Múltiple nacionalidad ☐ 4</p> <p>Sin nacionalidad ☐ 5</p> <p>No reporta ☐ 6</p>
Acción / Dificultad	No puedo hacerlo	Si, con mucha dificultad	Si, 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)?																																																		
<p>7. ¿Es una persona migrante?</p> <p>Si ☐ 1</p> <p>No ☒ 2 <i>Pase a 4</i></p>	<p>8. Grupo Étnico: ¿De acuerdo con su cultura, pueblo o rasgos físicos, es o se reconoce cómo?</p> <p>Indígena ☐ 1 ☐ Palenquero de San Basilio ☐ 4</p> <p>Rrom (Gitano) ☐ 2 ☐ Negro/a, Mulato/a, afro colombiano/a, o afro descendiente. ☐ 5</p> <p>Raizal del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina ☐ 3 ☐ Ninguno de los anteriores ☒ 6 ☒</p>	<p>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)</p> <p>Nasa (Paéz) ☐ 1 ☐ Quillasinga ☐ 4 ☐ Sicuani ☐ 6 ☐ Misak Misak ☐ 50 ☐ Cañamomos ☐ 10 ☐ Kichwas ☐ 15 ☐ Arhuacos ☐ 13 ☐ Embera Chami ☐ 35 ☐ Ninguna de las anteriores ☒ 17 ☒</p> <p>Wayuu ☐ 2 ☐ Uitotos ☐ 85 ☐ Tubu ☐ 67 ☐ Eperara-siapidara ☐ 30 ☐ Muiscas ☐ 16 ☐ Kankuamo ☐ 45 ☐ Pijao ☐ 14 ☐ Embera Dóbida ☐ 29 ☐ Otro ¿cuál? Digite código del instructivo <input type="text"/></p> <p>Pastos ☐ 65 ☐ Senú ☐ 5 ☐ Yanaconas ☐ 7 ☐ Ingas ☐ 9 ☐ Awa (Kwaiker) ☐ 11 ☐ Kogui ☐ 49 ☐ Kubeo ☐ 50 ☐ Embera Katío ☐ 34 ☐</p>	<p>10. Parentesco con jefe/a de la familia:</p> <p>Jefe/a núcleo familiar ☐ 1 ☐ Padre/Madre ☐ 3 ☐ Hijo/a ☒ 5 ☒ Hermano/a ☐ 7 ☐ Primo/a ☐ 9 ☐ Nieto/a ☐ 11 ☐ Otro No pariente ☐ 13 ☐</p> <p>Cónyuge o compañero/a ☐ 2 ☐ Padrastro / Madrastra ☐ 4 ☐ Abuelo/a ☐ 6 ☐ Tío/a ☐ 8 ☐ Sobrino/a ☐ 10 ☐ Otro pariente ☐ 12 ☐ Hijastro ☐ 14 ☐</p>	<p>11. ¿Víctima de conflicto armado?:</p> <p>Si ☐ 1</p> <p>No ☒ 2 <i>Pase a 15</i></p>	<p>12. Número registro único de víctimas</p> <p>_____</p>	<p>13. Año en que realizó la declaración:</p> <p>_____</p>																																												
<p>14. Si respondió afirmativamente la pregunta 11, indique los motivos: (Selección múltiple)</p> <p>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 ☐</p> <p>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 ☐</p> <p>Orfandad ☐ 16 ☐ No informa ☐ 17 ☐</p>			<p>15. ¿Habita en calle?</p> <p>Si ☐ 1 <i>Pase a 17</i></p> <p>No ☒ 2 <i>Pase a 16</i></p>	<p>16. ¿Se encuentra en riesgo de habitar en calle?</p> <p>Si ☐ 1</p> <p>No ☒ 2 ☒</p>	<p>17. ¿Ha recibido capacitación, formación o tiene experiencia en algún arte u oficio?: * (Esta pregunta aplica solo a personas mayores de 14 años):</p> <p>Si ☐ 1</p> <p>No aplica ☐ 98 ☐</p> <p><i>Si la respuesta es 2 o 98 Pase a 18</i></p>																																													

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	\$ 100.000
Servicios públicos domiciliarios (agua, energía, gas, teléfono fijo, internet, teléfono celular, televisión por cable)	\$ 150.000	Gastos en salud (consultas, medicamentos, etc.)	\$ 50.000
Pagos a terceros cuidadores	\$ 0	Transporte o movilidad de los integrantes del hogar	\$ 90.000
Artículos de aseo personal	\$ 100.000	Educación (útiles, pensión, transporte escolar, fotocopias, etc.)	\$ 0
Alimentación	\$ 300.000	Total	\$ 1390.000

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 SERVICIOS SOCIALES

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: 28072026

Número de ficha 2026197349120931

AñoLocalidadProyectoCódigo unidad operativa

SECCION 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:

Caracola

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 sinonimo de la vía principal: 6

Alfabético

BIS

Cuadrante

S S E E

Número vía generadora: 75

Alfabético

Número placa: 13

Cuadrante

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

BG. Bodega CONJ. Conjunto ESQ. Esquina LC. Local MZ. Manzana PL. 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 I.S. Local sótano OS. Oficina sótano PS. Paseo GR. Sector UR. Unidad residencial

AL. Altillo CEL. Célula DS. Deposito 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. Suile 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:

3011822364

3203113635

9. Teléfono celular de contacto:

3011822364

3203113635

10. Correo electrónico de contacto

doyana31.villamil@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

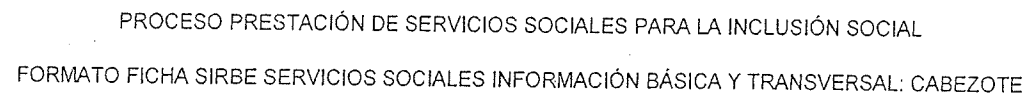
Propia 1 otra forma 3 Amortizado 4 Arrendada 2 X

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



Código: FOR-PSS-321
Versión: 1
Fecha: Memo 2023015255 - 25/05/2023
Página: 5 de 6

2	8	0	7	2	0	2	6
---	---	---	---	---	---	---	---

2	0	2	6	1	9	7	7	4	A	1	2	0	9	3	1
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?	¿Cuáles 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 ¿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?		
										NIVEL	¿Asiste actualmente?	¿Es persona cuidador/a?				Niños/as de 0 a 5 años	Niños/as de 6 a 10 años	Persona con discapacidad	Persona mayor	Cuidado de casa	Alfiliado al régimen de seguridad social	Régimen de seguridad social							Calidad del afiliado	¿Persona con discapacidad?	Tipo									
																																							Años aprobados	
1	J	1024493042	1 villamil 2 Tauta	1 Karol 2 Dayang	2	2	2	1	10	07	2007	19	1	3	8	X	Si	Si	Si	Si	Si	Si				1300.000	2		X	1	2	Si		98	Si		Si	X		
2	1	1033686080	1 Tauta 2 Mendoza	1 Maria 2 Yineth	2	2	2	1	01	04	1987	39	1	6	8	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si				36	1700.000	5		X	2	1	Si		98	Si		Si	X	
3	1	1024460195	1 villamil 2 Tauta	1 Rusbel 2 Andres	1	1	1	1	27	11	2003	22	1	8	8	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si							X	2	1	Si		98	Si		Si	X		
4	6	1012476475	1 Peralta 2 Villamil	1 Emily 2 Samantha	2	2	2	98	27	7	2022	4	98	5	98	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si							X	2	1	Si		98	Si		Si	No		
5			1 2	1 2												Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si							Si	Si			Si		Si	No				
																No	No	No	No	No	No	No							No	No			No		No		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	
	Tipo	Número	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?	¿Transgénero masculino o transgénero 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	¿Cuántas 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?
									NIVEL	¿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						
																																			Años aprobados			
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 DESARROLLO SOCIAL	PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL	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: 28072026	Número Ficha: 2026197744120931
	AñoLocalidadProyectoCódigo Unidad Operativa

SECCION E. MODALIDAD DE ATENCION

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

Modalidades Familiares: ☐ Creciendo Juntos ☐ Creemos en la Ruralidad ☒ Jardines Infantiles ☐ Jardines Infantiles Nocturnos ☐ Casas De Pensamiento Intercultural ☐ Espacios Rurales

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

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:	2. ¿La atención de la niña-niño en la modalidad se ha realizado desde la gestación?:	3. ¿La niña o niño es menor de 6 meses y está lactando?:
Gestante... ☐ 1 ☐ Pase a sección G Niña - niño... ☐ 2 ☐ Si... ☐ 1 ☐ Nombre de la madre: No... ☐ 2 ☐ Si... ☐ 1 ☐ Pase a sección H No... ☐ 2 ☐ Pase a sección I		

SECCION G. CONCEPCIÓN Y GESTACIÓN:

1. ¿Cuál fue la fecha de inicio de su última menstruación FUM?:	2. ¿Asistió a control prenatal?:	3. ¿Fecha del último control médico?:	4. ¿Número de hijas-hijos nacidos vivos?:	5. ¿Qué edad tiene el padre de la hija- hijo que espera?:
☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 0	Si... ☐ 1 ☐ No... ☐ 2 ☐ Pase a la pregunta 4	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 0	Entre 1 y 3... ☐ 1 ☐ Más de 6... ☐ 3 ☐ Entre 4 y 6... ☐ 2 ☐ Ninguna... ☐ 93 ☐	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 hijo-hijo para el cuidado de su embarazo?:	7. ¿Quién cuidará principalmente a su hija-hijo después del nacimiento?:	8. ¿Recibió información o capacitación sobre sus derechos sexuales y reproductivos antes de quedar embarazada?:	9. ¿Quién le brindó la información sobre sus derechos?:	
Si... ☐ 1 ☐ No... ☐ 2 ☐	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 ☐	Si... ☐ 1 ☐ No... ☐ 2 ☐ Pase a la pregunta 10	Hospital... ☐ 1 ☐ Colegio... ☐ 3 ☐ Amigos-as... ☐ 5 ☐ Madre... ☐ 7 ☐ Padre... ☐ 8 ☐ Partera/ doula... ☐ 9 ☐ SDIS... ☐ 2 ☐ ONG... ☐ 4 ☐ Hermanos-as... ☐ 6 ☐	
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				
12. ¿Usted deseaba quedar en embarazo?:	13. ¿Cuál es el estado nutricional actual de la persona gestante según el control prenatal o concepto de salud?:	14. El embarazo es múltiple?	15. ¿El embarazo ha sido clasificado como de alto riesgo?:	16. ¿Cómo piensa alimentar a su hija-hijo cuando nazca?:
Si... ☐ 1 ☐ No... ☐ 2 ☐	Bajo peso... ☐ 1 ☐ Peso adecuado... ☐ 2 ☐ Exceso de peso... ☐ 3 ☐ Sin información... ☐ 4 ☐	Si... ☐ 1 ☐ No... ☐ 2 ☐	Si... ☐ 1 ☐ No... ☐ 2 ☐	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				

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

1. ¿Qué tipo de parto tuvo?	2. ¿Para el parto tuvo la oportunidad de elegir (selección múltiple)?	3. ¿Está usando un método anticonceptivo?	4. ¿En cuánto tiempo desea tener otro embarazo?	5. ¿Ha recibido información o capacitación acerca de algunos de estos temas?: (selección múltiple)
Vaginal... ☒ 1 ☐ Cesárea... ☐ 2 ☐	Lugar donde se producirá el parto... ☐ 1 ☐ La posición de parir... ☐ 3 ☐ Tipo de parto... ☐ 2 ☐ Ninguna... ☒ 93 ☐ La elección del acompañante... ☐ 4 ☐	Si... ☒ 1 ☐ No... ☐ 2 ☐	Antes de 1 año... ☐ 1 ☐ Después de 2 años o más... ☒ 3 ☐ Antes de 2 años... ☐ 2 ☐ No tendré más embarazos... ☐ 4 ☐	Lactancia materna... ☒ 3 ☐ Construcción del vínculo afectivo madre- hijo... ☒ 6 ☐ Ninguna... ☐ 93 ☐ Desarrollo infantil... ☐ 5 ☐ Prevención de accidentes en el hogar... ☐ 4 ☐ Pase a la pregunta 7
6. ¿Quién le brindó la información sobre los temas anteriores?:				
Hospital... ☒ 1 ☐ Colegio... ☐ 3 ☐ Otra entidad... ☐ 5 ☐ Otra persona... ☐ 6 ☐ SDIS... ☐ 2 ☐ ONG... ☐ 4 ☐ Partera/ doula... ☐ 9 ☐				
7. ¿Qué opina sobre esta afirmación: "Se debe amamantar a su hijo e hija durante los primeros 6 meses de vida de forma exclusiva":				
Totalmente de acuerdo... ☒ 1 ☐ Parcialmente de acuerdo... ☐ 2 ☐ En desacuerdo... ☐ 3 ☐				
8. ¿Tiene información sobre cómo 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	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: 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..... ☒ Casa..... ☐ Ambulancia... ☐ Centro de salud ☐ Espacio público ☐		2. Quien atendió el nacimiento de la niña o el niño? Médico..... ☒ Partera/doula ☐ Enfermera... ☐ Personal no médico... ☐		3. ¿El primer contacto piel a piel con su hija-o. después de nacer, fue?: ½ hora o antes... ☒ 2 horas..... ☐ 1 hora..... ☐ Más de 4 horas... ☐		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?: 2400 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 50	
7. La niña o el niño recibió leche materna alguna vez? Si... ☒ No... ☐ Pase a la pregunta 13		8. ¿Después de cuánto tiempo de nacido su hija-o inició la lactancia materna?: Inmediatamente... ☐ Menos de 24 horas... ☐ No sabe/No responde ☐ Menos de 1 hora... ☐ Más de 24 horas..... ☒		9. ¿Actualmente el niño-o recibe leche materna?: Si... ☐ No... ☒ Pase a la pregunta 12		10. La niña o el niño recibe algún alimento diferente a la leche materna?: Si ☐ No ☐ Pase a la pregunta 13					
12. ¿Qué edad tenía 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..... ☒ No..... ☐ Pase a la pregunta 15		14. ¿Fecha del último control?: 21/01/2026 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. ☐ Sin servicio de salud... ☐ Desconocimiento... ☐ Falta de tiempo... ☐					
16. ¿La niña o el niño, cuenta con el esquema de vacunación al día?: Si..... ☒ Pase a la pregunta 18 No..... ☐		17. ¿Por qué la niña o el niño no cuenta con el esquema de vacunación al día?: Creencias religiosas o culturales... ☐ Olvido... ☐ Pérdida del carné... ☐ Desconocimiento... ☐ Falta de tiempo... ☐						18. ¿Actualmente, la niña o el niño tiene una condición de salud?: Si..... ☐ No..... ☒ 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. ☐ Alimentación por sonda. ☐ Procedimientos invasivos... ☐ Toma de medicamentos ☐ Condiciones osteomusculares ☐ Uso de oxígeno permanente..... ☐ Traqueotomía ☐ Inmunodeficiencia ☐ Alteraciones en la piel... ☐ Ninguno de los anteriores... ☐						20. ¿La condición de salud de la niña o el niño pone en riesgo su vida al ingresar al centro institucional? Si..... ☐ Requiere verificación. ☐ No... ☐		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 ☐ Realiza actividades sexuales pagas ☐ Ninguna ☒ Consumo de sustancias psicoactivas ☐			
22. ¿Actualmente, la niña o el niño se encuentra expuesto a condiciones de?: (Selección múltiple) Habitabilidad en calle ☐ Espacios donde se desarrollan actividades sexuales pagas ☐ Consumo de sustancias psicoactivas ☐ Trabajo infantil ☐ Mendicidad ☐ Ninguna. ☒						23. El padre o madre de la niña o niño es?: (Selección múltiple) Desmovilizado ☐ Militar con discapacidad ☐ Ninguna de las anteriores... ☒ Desvinculado... ☐ Militar fallecido..... ☐		24. El padre o madre de la niña o el niño trabaja en reciclaje? Si... ☐ No... ☒			
25. ¿Ha presentado solicitud de ingreso a?: (Selección múltiple) Jardín infantil Diurno... ☒ Casas de pensamiento interculturales..... ☐ Hogar comunitario ICBF... ☐ Institución privada..... ☐ Jardín infantil Nocturno... ☐ Creemos en la ruralidad o espacios rurales ☐ Hogar infantil ICBF..... ☐ Institución Educativa distrital... ☐ Creciendo juntos... ☐ Centros Amar... ☐ FAMI del ICBF..... ☐ Ninguno..... ☐						26. ¿Actualmente, el niño o la niña recibe atención en?: Jardín infantil Diurno... ☒ Casas de pensamiento interculturales..... ☐ Hogar comunitario ICBF... ☐ Institución privada..... ☐ Jardín infantil Nocturno... ☐ Creemos en la ruralidad o espacios rurales ☐ Hogar infantil ICBF..... ☐ Institución Educativa distrital... ☐ Creciendo juntos... ☐ Centros Amar... ☐ FAMI del ICBF..... ☐ Ninguno..... ☐					
27. ¿Ha estado vinculado a modalidades familiares o institucionales de Educación inicial de la SDIS?: Si..... ☒ No... ☐ Pase a la pregunta 29		28. ¿En qué localidad?: Usaquén... ☐ Santa fe..... ☐ Usme..... ☐ Bosa..... ☒ Fontibón... ☐ Suba..... ☐ Teusaquillo... ☐ Antonio Nariño... ☐ La Candelaria... ☐ Ciudad Bolívar... ☐ Chapinero... ☐ San Cristóbal... ☐ Tunjuelito... ☐ Kennedy... ☐ Engativá... ☐ Barrios Unidos... ☐ Los Mártires... ☐ Puente Aranda... ☐ Rafael Uribe... ☐ Sumapaz... ☐									
29. ¿Cuál es el principal motivo por el que solicitó el servicio?: Nuevas oportunidades para su calidad de vida.. ☐ Superar condiciones de segregación y discriminación.. ☐ Desarrollo integral para su hija-o.. ☒ Responde a las necesidades de la niña-o y su familia.. ☐ Fortalecimiento cultural.. ☐ Cuidado de su hija o hijo mientras trabaja.. ☐											
30. ¿Considera importante fortalecer sus conocimientos sobre crianza y desarrollo integral de su hija-hijo?: Si..... ☒ No..... ☐											
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..... ☐ No..... ☒											

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 <i>Pase a la pregunta 4</i>	2. ¿En qué momento: Mañana... ☐ 1 Tarde... ☐ 2 Noche... ☐ 3	3. ¿Cuánto tiempo queda sólo-a?: 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 Otro pariente... ☐ 8 Padrastra... ☐ 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 Padrastra... ☐ 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 Tío-a... ☐ 6 Otro No pariente... ☐ 9 Padrastra... ☐ 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 Tío-a... ☐ 6 Otro No pariente... ☐ 9 Padrastra... ☐ 3 Abuelo-a... ☒ 7 Nadie... ☐ 10 Madrastra... ☐ 4	8. ¿Cuál es la edad en años del cuidador o la cuidadora principal?: <input type="text" value="19"/>	9. ¿Cuál es el sexo del cuidador o cuidadora principal?: Hombre... ☐ 1 Mujer... ☒ 2 Intersexual... ☐ 3	10. ¿Cuál es el género del cuidador o la cuidadora principal?: Masculino... ☐ 1 Transgénero... ☐ 3 No binario... ☐ 5 Femenino... ☒ 2 No informa... ☐ 4 No aplica... ☐ 98	11. ¿Cuál es la orientación sexual del cuidador-ra principal?: Heterosexual... ☒ 1 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 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 ¿Cuál?:	14. En qué momento: (selección múltiple) Mañana... ☐ 1 Tarde... ☐ 2 Noche... ☒ 3	15. El cuidador-ra principal presenta una discapacidad? Si... ☐ 1 No... ☒ 2	16. El cuidador-ra principal presenta una enfermedad de alto costo Si... ☐ 1 No... ☒ 2	17. Tipo de documento de identidad del cuidador-ra principal: Cédula de ciudadanía... ☒ 1 Registro civil... ☐ 6 Cédula de extranjería... ☐ 2 Pasaporte... ☐ 13 Tarjeta de identidad... ☐ 3 PEP... ☐ 18 PPT... ☐ 21 Salvo conducto... ☐ 9 Sin identificación... ☐ 8	18. Número de documento de identidad del cuidador-ra principal: <input type="text" value="1024493042"/>
Nombres y apellidos del cuidador-ra principal (según documento identidad): 19. Primer Apellido: Villamil 20. Segundo Apellido: Tauta 21. Primer Nombre: Karol 22. Segundo Nombre: Dayana					
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 <i>Pase a sección K</i> 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 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 <i>pasar a la sección L</i>	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	3. ¿Para la familia es importante que en la atención se conserven las tradiciones 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 <i>Pase a sección H</i>	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)	2. Tiene diagnóstico clínico relacionado con la discapacidad?: Si... ☐ 1 No... ☐ 2 <i>Pase a la pregunta 5</i>	8. Apoyos requeridos en el servicio?																												
<table><tr><th>ALTERACIONES EN EL DESARROLLO</th><th>TRANS ESPECTRO AUTISTA (TEA)</th><th>VISUAL</th><th>FISICA</th></tr><tr><td>Del habla y del lenguaje... ☐</td><td>TEA... ☐</td><td>Baja visión... ☐</td><td>Osteomuscular... ☐</td></tr><tr><td>De la función motriz... ☐</td><td></td><td>Ceguera... ☐</td><td>Neuromuscular... ☐</td></tr><tr><td>Del desarrollo mixto... ☐</td><td></td><td></td><td>Parálisis cerebral (EMOC)... ☐</td></tr><tr><td>Del comportamiento: e hiperquinéticos... ☐</td><td>AUDITIVA</td><td>INTELLECTUAL</td><td>PSICOSOCIAL</td></tr><tr><td>De los procesos cognitivos... ☐</td><td>Hipoacusia... ☐</td><td>Síndrome de Down... ☐</td><td>Psicosocial... ☐</td></tr><tr><td></td><td>Sordera... ☐</td><td>Intelectual... ☐</td><td></td></tr></table>	ALTERACIONES EN EL DESARROLLO	TRANS ESPECTRO AUTISTA (TEA)	VISUAL	FISICA	Del habla y del lenguaje... ☐	TEA... ☐	Baja visión... ☐	Osteomuscular... ☐	De la función motriz... ☐		Ceguera... ☐	Neuromuscular... ☐	Del desarrollo mixto... ☐			Parálisis cerebral (EMOC)... ☐	Del comportamiento: e hiperquinéticos... ☐	AUDITIVA	INTELLECTUAL	PSICOSOCIAL	De los procesos cognitivos... ☐	Hipoacusia... ☐	Síndrome de Down... ☐	Psicosocial... ☐		Sordera... ☐	Intelectual... ☐		3. Cuenta con el certificado de discapacidad?: Si... ☐ 1 No... ☐ 2 <i>Pase a la pregunta 5</i>	Intermitente o Limitado... ☐ 1
ALTERACIONES EN EL DESARROLLO	TRANS ESPECTRO AUTISTA (TEA)	VISUAL	FISICA																											
Del habla y del lenguaje... ☐	TEA... ☐	Baja visión... ☐	Osteomuscular... ☐																											
De la función motriz... ☐		Ceguera... ☐	Neuromuscular... ☐																											
Del desarrollo mixto... ☐			Parálisis cerebral (EMOC)... ☐																											
Del comportamiento: e hiperquinéticos... ☐	AUDITIVA	INTELLECTUAL	PSICOSOCIAL																											
De los procesos cognitivos... ☐	Hipoacusia... ☐	Síndrome de Down... ☐	Psicosocial... ☐																											
	Sordera... ☐	Intelectual... ☐																												
	4. La niña o el niño está inscrito en el RLCPD?: Si... ☐ 1 No... ☐ 2 <i>Pase a la pregunta 5</i>	Extenso o Generalizado... ☐ 2																												
	5. Requiere ayuda técnica para las actividades de la vida diaria?: Si... ☐ 1 No... ☐ 2 <i>Pase a la pregunta 7</i>	En observación... ☐ 3																												
	6. Cuenta con ella?: Si... ☐ 1 No... ☐ 2																													
	7. Es independiente para el desplazamiento?: Si... ☐ 1 No... ☐ 2																													
9. Cuenta con habilitación o rehabilitación en salud? Si... ☐ 1 No... ☐ 2 <i>Pase a la sección N</i>	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, el padre de familia no responde por la niña, no tienen ningún contacto, viven con la abuela materna, el tío materno.
la mamá tiene un trabajo por aprendiz, la abuela colabora al hogar ya que cuenta con un trabajo fijo y su tío no trabaja, mientras que la mamá trabaja la niña la cuida una tía materna en la tarde-noche mientras que la abuela llega de trabajar y la cuida hasta que llega la mamá.

2. Concepto técnico:

Se le debe garantizar el cupo a la niña en el Jardín Infantil Waldorf ya que cumple con los criterios socializados, para poder dar cumplimiento al desarrollo integral, social, económico a la familia, brindando un espacio acogedor para la niña respetando los derechos y deberes de la niña.

3. Acciones a seguir:

Ingreso prioritario.....1

Lista de espera – Cumple criterios de ingreso.....2X

No cumple criterios de ingreso.....3

4. ¿Requiere visita domiciliaria? - Si...1 No...2X 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 96X

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

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

7. Referenciación a un proyecto SDIS: - Si...1 - No...2X 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...2X 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 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



ALCALDÍA DE BOGOTÁ
GOBIERNO DE BOGOTÁ
SECRETARÍA DE DESARROLLO SOCIAL

PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES
FORMATO REGISTRO DE DILIGENCIAMIENTO DE FICHA SIRBE EN FÍSICO

Código: FOR-PSS-743

Versión: 0

Fecha: Memo I2024000787 - 12/01/2024

Página: 1 de 1

LOCALIDAD: Ciudad Bolívar

UNIDAD OPERATIVA: Jardín Infantil Waldorf

RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA: Francisca Posada

NOMBRE DEL RECOLECTOR: Diana Moritz

DOCUMENTO DE IDENTIDAD CC X CE OTRO CUAL? Número # 1024494138

NOMBRE SOLICITANTE / BENEFICIARIO: Emily Peralta

DOCUMENTO DE IDENTIDAD CC CE OTRO CUAL? RC Número # 1012476478

FECHA DE ENTREGA PARA DIGITACIÓN: 30/07/26

NOMBRE DEL DIGITADOR AL QUE SE ENTREGA LA FICHA: Lorena Lozano