



FORMULARIO DE MATRÍCULA Y CARACTERIZACIÓN SOCIO FAMILIAR - JARDÍN INFANTIL

Los datos de carácter personal reportados en este formulario se encuentran bajo medidas que garantizan la seguridad, confidencialidad e integridad, y su tratamiento se realiza bajo el cumplimiento normativo de la Ley 1581 de 2012. Dichos datos serán empleados por Universidad Nacional de Colombia, y el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) para fines de caracterización y consolidación de sus bases de datos de población beneficiaria.

Usted puede ejercer sus derechos como titular de conocer, actualizar, rectificar y revocar las autorizaciones dadas a las finalidades aplicables a través de los canales dispuestos y disponibles en www.unal.edu.co o email: ptotecdatos_na@unal.edu.co.



DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL NIÑO(A)

Nombres y apellidos: Samuel Jinete Fuentes
 NUIP: 1027299412 Fecha de nacimiento Día 16 Mes 11 Año 2016
 Lugar de Nacimiento: Ciudad Bogotá Departamento Cundinamarca País Colombia
 Edad Actual: Años 4 Meses 2 Sexo: Femenino _____ Masculino X
 Dirección de residencia Calle 57 #59-30 Bloque 79 Apt 201
 Teléfono fijo: 6374405 Barrio Paucho VI Localidad Teusaquillo Estrato 4
 Municipio _____
Actualización de datos
 Dirección de la residencia Calle 57 #59-30 Bloque 79 Apt 201
 Teléfono fijo: 6374405 Barrio Paucho VI Localidad Teusaquillo Estrato 4
PROCESO EDUCATIVO ANTERIOR
 Nombre la de la Institución Anterior _____
 Programa: ICBF _____ Distrito _____ Particular _____
CONVIVENCIA
 Hay convivencia entre los padres: Si X No _____
 Si la respuesta es no: El niño (a) convive con: Madre solamente _____ Padres Solamente _____ otros _____ ¿Quién? _____ Alternada entre ambos padres _____
 El padre no conviviente cumple con la obligación: económica _____ moral _____
 ¿Hay proceso legal vigente? Si _____ No _____

CARACTERIZACIÓN EN SALUD

Sistema de salud al que pertenece el niño(a). (Seleccione uno y recuerde adjuntar certificación)
Contributivo: Nombre de la EPS CompenSAR ¿Quién es el afiliado? Padre
Subsidiado: Nombre de la EPSS _____ ¿Quién es el afiliado? _____
Vinculado: Ciudad de Afiliación _____
Sin afiliación: Justifique _____

Rh: A- El niño cuenta con carné de vacunas actualizado? Si X no _____. Si su respuesta es no: ¿Cuál es la razón? _____

Si el niño(a) es mayor de un (1) año, ¿Ha asistido a controles de **salud oral**? Si X No _____. En caso de no haber asistido a controles de salud oral, ¿Cuál es el motivo por el cual no ha asistido a los controles? _____

La niña o niño menor de cuatro (4) años ¿Ha recibido valoración oftalmológica? Si X no _____. La niña o niño menor de cinco (5) años ¿Ha recibido valoración auditiva? Si X no _____. Si la niña o el niño ha asistido a consultas médicas distintas a las de crecimiento y desarrollo (urgencias o consulta externa), indique el motivo de la consulta _____

La niña o niño es alérgico a algún medicamento? Si _____ No X Si la respuesta anterior es SI, indique el medicamento al cual es alérgico _____



NUTRICIÓN Y MEDIDAS ANTROPOMETRICAS

La niña o niño cuenta con el carné actualizado de crecimiento y desarrollo: si _____ No _____
Indique la fecha del último control: _____

Rango de edad actual: _____ Peso al nacer de la niña o el niño* (en gramos) _____
Talla al nacer de la niña o el niño (en centímetros): _____

El niño(a) tiene alguna dieta especial, restricción alimentaria o alergia alimentaria : Si _____ No _____
Si la respuesta anterior es Si, indique la dieta, restricción o alergia alimentaria: _____

Información Para Niñas Y Niños Menores De 6 Meses

¿Está siendo alimentado con leche materna de forma exclusiva? Si _____ No _____
Si la respuesta anterior es no, ¿Qué tipo de alimentación recibe la niña o niño?

Leche materna	Leche de formula	Leche de vaca	
Alimentación familiar*	Leche de otro mamífero	Otro ¿Cuál?*	

Información para niñas y niños entre 6 meses y 1 año

Leche materna	Leche de formula	Leche de vaca	
Alimentación familiar*	Leche de otro mamífero	Otro ¿Cuál?*	

Información para niñas y niños mayores de 1 año

¿Ha recibido en el último año antiparasitarios, por parte de algún servicio de salud?	Si _____ No _____
En caso de haber recibido antiparasitarios, indique la última fecha en la que fue tomada por la niña o el niño*	

DISCAPACIDAD (Diligenciar si se presenta alguna condición de discapacidad)

Entidad que diagnosticó la discapacidad _____

Tipificación de la discapacidad (según diagnóstico médico)

Movilidad/Física*	Sensorial	Mental	
Múltiple	Diagnóstico de la discapacidad		

Grado de limitación en la ejecución de actividades, desde la independencia funcional

Independiente	Independiente con apoyo	Independencia restringida	
Dependencia	Apoyo Requerido (Describa El Apoyo Requerido Por El Usuario)		

Si el usuario recibe alguna atención complementaria en otra entidad, indique lo siguiente

Escriba cual atención recibe	
Frecuencia	
Horario	

¿La persona encargada principalmente del cuidado de la niña o niño, realiza algún otro tipo de actividad?
Si _____ No _____ Si su respuesta es Si, indique cuál _____

2021

Jardín Infantil
Dirección de Bienestar Universitario
Vicerrectoría de Sede



UNIVERSIDAD
NACIONAL
DE COLOMBIA

DATOS DE LA MADRE

Nombre y apellidos: Jenny Hortencia Fuentes Sanchez Edad 36
Fecha de nacimiento: 19/Noviembre/1984 Lugar de nacimiento: Bogotá
Documento de Identidad: CC X TI CE No. 53.039.573
Lugar y fecha de expedición: Bogotá 15-Enero-2003
Estado Civil: soltera Casada X Unión Libre Viuda Separada
Dirección: Calle 57 # 59-30 Teléfono fijo: 6374405
Celular: 3005759407 Correo Electrónico: jfuentess@unal.edu.co
Teléfono del trabajo 3165000 Correo jennyfuentescanclon@gmail.com
Escolaridad: Primaria _____ Secundaria _____ Media _____ Técnica/tecnológica _____ Universitario X
Pregrado: en curso _____ Terminado X Posgrado: En curso _____ Terminado X

Vinculación con la Universidad Nacional de Colombia

Estudiante

Pregrado _____ Posgrado: Especialización _____ Maestría _____ Doctorado _____ Graduada: Si No
Carrera o programa _____ Facultad o instituto: _____
Semestre que cursa _____ Promedio acumulado _____
Iniciación de la Carrera o Programa I _____ II _____ Año _____ Costo Matricula _____
Ingresos: Cuantía _____ Origen _____

Empleada administrativa o Trabajadora oficial

Nivel: Asistencial _____ Técnico _____ Profesional Directivo _____
Ingreso a la U.: Día _____ Mes _____ Año _____
Dependencia Actual _____ Cargo _____ Salario _____
Teléfono del trabajo/ Extensión _____
Otros ingresos: Si No Origen _____ Cuantía _____

Docente

Categoría: Auxiliar X Asistente Asociado _____ Titular investigador _____
Facultad o instituto Odontología Departamento Ciencias Básicas y Medicina Oral
Dedicación: Catedra X Medio Tiempo _____ Tiempo Completo _____ Exclusiva _____
Salario 2.936.213 Tel del trabajo. 3165000 Extensión _____
Fecha de Ingreso a la U.: Dia 7 Mes 06 Año 2016
Otros ingresos: Origen _____ Cuantía _____

Madre no vinculada a la Universidad

Estudiante:

Institución _____ Estudios que adelanta _____
Semestre o curso: _____ Dedicación _____ Costo de la matrícula _____

Empleada:

Empresa _____ Teléfono _____
Cargo _____ Salario _____ Dedicación _____

Independiente

Actividad Económica _____ Ingresos _____ Desempleado _____ Hogar _____

Aporta al sustento económico del niño: Si X No

Presenta alguna condición especial: si No X describa _____

2021

Jardín Infantil
Dirección de Bienestar Universitario
Vicerrectoría de Sede



DATOS DEL PADRE

Nombre y apellidos: Donaldo Rafael Jinete Forero Edad 43
Fecha de nacimiento: 28 Octubre 1977 Lugar de nacimiento: Bogotá
Documento de Identidad CC X TI CE No. 39 810 497
Lugar y fecha de expedición: Bogotá, 12 de octubre 1996
Estado Civil: Soltero Casado X Unión Libre Viudo Separado
Dirección: Calle 57 # 59-30 Bloque 79 apto 201 Teléfono fijo: 6374405
Celular 3183663176 Correo Electrónico donaldojinete@gmail.com
Teléfono del trabajo _____ Correo _____
Escolaridad: Primaria _____ Secundaria _____ Media _____ Técnica/tecnológica _____ Universitario X
Pregrado: en curso Terminado X Posgrado: En curso Terminado X

Vinculación con la Universidad Nacional de Colombia

Estudiante

Pregrado Posgrado: Especialización Maestría Doctorado Graduado: Si No
Carrera o programa _____ Facultad o instituto: _____
Semestre que cursa _____ Promedio acumulado _____
Iniciación de la Carrera o Programa I II Año _____ Costo Matricula _____
Ingresos: Cuantía _____ Origen _____

Empleado administrativo o Trabajador oficial

Nivel: Asistencial Técnico Profesional Directivo
Ingreso a la U.: Día Mes Año _____
Dependencia Actual _____ Cargo _____ Salario _____
Teléfono del trabajo/ Extensión _____
Otros ingresos: Si No Origen _____ Cuantía _____

Docente

Categoría: Auxiliar Asistente Asociado Titular investigador
Facultad o instituto _____ Departamento _____
Dedicación: Catedra Medio Tiempo Tiempo Completo Exclusiva
Salario _____ Tel del trabajo. _____ Extensión _____
Fecha de Ingreso a la U.: Día Mes Año _____
Otros ingresos: Origen _____ Cuantía _____

Padre no vinculado a la Universidad

Estudiante:

Institución _____ Estudios que adelanta _____
Semestre o curso: _____ Dedicación _____ Costo de la matricula _____

Empleado:

Empresa _____ Teléfono _____
Cargo _____ Salario _____ Dedicación _____

Independiente

Actividad Económica Inq. Sistemas Ingresos _____ Desempleado X Hogar _____

Aporta al sustento económico del niño: Si No X

Presenta alguna condición especial: si No Describa _____



DATOS DEL ACUDIENTE

(Diligenciar si es distinto a padre o madre - OPCIONAL)

Nombres y Apellidos Martha Julia Sanchez Rodriguez Parentesco Abuela

Edad 69 Teléfono fijo 7544997 Celular 3213962340

Escolaridad: Primaria _____ Secundaria _____ Media _____ Técnica/tecnológica universitario _____

Pregrado: en curso _____ Terminado _____ Posgrado: En curso _____ Terminado _____

Situación laboral actual: Pensionado

Aporta al sustento económico del niño: Si No X Presenta alguna condición especial:
 si No describa _____

COMPOSICIÓN FAMILIAR

¿La niña o el niño tienen hermanos(as)? Si No X. Si su respuesta es Si ¿Cuántos? _____

Puesto que ocupa el niño(a) _____ ¿hay hijos de otras relaciones? Sí No X

En papá En mamá ¿conviven con el niño? Si No

¿El embarazo del niño o niña usuario, fue planeado? Si X no

Enumere y detalle qué personas conviven con el niño(a). Si es necesario agregue más hojas

	Pariente No. 1	Pariente No. 2	Pariente No. 3	Pariente No. 4
Parentesco	Mama	Papa		
Nombres	Jenny Hortencia	Donaldito Rafael		
Apellidos	Ruientes Sanchez	Jinete Forero		
Tipo document.	C.C	C.C		
No. Documento	53039593	79810497		
No. Celular	3005759407	3183663176		
Fecha ncto (dd/mm/aa)	17/11/84	28/10/97		
País ncto	Colombia	Colombia		
Sexo	Femenino	Masculino		
Actualmente estuda? (jardín, preescolar, escuela, colegio o universidad?)	No	No		
Nivel de escolaridad	Postgrado	Maestria		
Ocupación	Docencia Universitaria	Desempleado		
Actividad económica principal en el último mes		Desempleado		
Tipo de contrato (verbal, escrito, otro)	Indeterminado			
Ingresos mensuales promedio	No percibe _____ Menos de un smvl _____ 1 a 2 smvl _____ 2 a 4 smvl <u>X</u> Más de 4 smvl _____	No percibe <u>X</u> Menos de un smvl _____ 1 a 2 smvl _____ 2 a 4 smvl _____ Más de 4 smvl _____	No percibe _____ Menos de un smvl _____ 1 a 2 smvl _____ 2 a 4 smvl _____ Más de 4 smvl _____	No percibe _____ Menos de un smvl _____ 1 a 2 smvl _____ 2 a 4 smvl _____ Más de 4 smvl _____
Observaciones (describa situaciones o factores de amenaza,				



protección o vulnerabilidad en el contexto que afecten al grupo familiar en relación con el usuario)

*smvl: salario mínimo legal vigente

Egresos

Arriendo o Hipoteca \$ 1.500.000 Serv. Públicos \$ 200.000 Créditos \$ 600.000
Manutención \$ 500.000 Estudios \$ _____ TOTAL \$ 2.800.000

CARACTERIZACIÓN SOCIAL

Ubique el Grupo étnico con el que se reconoce la niña o el niño y llene la información pertinente.

Grupo étnico			
Afrocolombiano	Consejo comunitario:	Territorio:	Comunidad:
Comunidad negra	Consejo comunitario:	Territorio :	Comunidad:
Indígena	Grupo étnico: Comunidad :	Resguardo:	Pueblo:
Rom/gitano	Comunidad:		
Raizal del archipiélago de San Andrés, providencia y Santa Catalina		Territorio:	
Palanquero		Territorio:	
No se auto reconoce en ninguna de las anteriores	Marque con una x		

El beneficiario habla la lengua nativa del grupo étnico al que pertenece? Si ___ No ___

Pertenece a Prioritario unidos: Si ___ no ___

¿Has sido víctima a de algún hecho victimizante? Si su respuesta es sí, marque con una x cual.

Minas antipersona, munición si explotar y artefacto explosivo improvisado	Amenaza	Acto terrorista, atentados, combates, enfrentamientos, hostigamientos	
Delitos contra la libertad y la integridad sexual en desarrollo del conflicto armado	Desplazamiento forzado	Desaparición forzada	
Homicidio	Secuestro	Tortura	
Otro. ¿Cuáles?			



CARACTERISTICAS DE LA VIVIENDA

Tipo de Vivienda

Habitación	Cambuche	Apartamento	<input checked="" type="checkbox"/>	Casa	
Albergue	Finca	Inquilinato			
Residencias estudiantiles	¿Cuáles residencias estudiantiles?				

Tenencia de la Vivienda

Propia	Propia y amortizando	Familiar y paga arriendo	<input checked="" type="checkbox"/>	Familiar y no paga arriendo	
En arriendo o subarriendo	Ocupante de hecho o poseedor	En concesión		Titulación comunitaria	

Características del Barrio: Residencial Comercial Industrial Mixto

Tiempo de permanencia del núcleo familiar en el barrio o corregimiento: _____ años.

Reconoce los riesgos que puedan afectar su vivienda (Naturales, actividades hechas por humanos, sociales) SI NO

Número de personas que conforman el núcleo familiar y conviven en la misma vivienda* 3

Condiciones de habitabilidad

	Si	No
¿Las niñas y niños duermen con adultos en la misma habitación?		<input checked="" type="checkbox"/>
¿Las niñas o niños duermen con adultos en la misma cama?		<input checked="" type="checkbox"/>
El niño(a) tiene habitación independiente	<input checked="" type="checkbox"/>	
Si su respuesta es no, con quien comparte		
¿La vivienda cuenta con espacios independientes para dormitorio, cocina y baños?	<input checked="" type="checkbox"/>	

En el núcleo familiar del beneficiario el niño duerme en: (marque con una X)

Hamaca	Cama	Colchoneta	Estera	
Otro	¿Cuál?			

El núcleo familiar del beneficiario tiene acceso a los siguientes servicios domiciliarios: (marque con una x)

Energía Acueducto Alcantarillado Gas natural Telefonía fija Telefonía celular

El agua que consumen y utilizan para la preparación de los alimentos la obtienen de: (marque con una x)

Acueducto Aguatero Pozo-Aljibe Agua Lluvia Río, Quebrada, Manantial Agua embotellada o en bolsa Pila Pública Carro Tanque

¿El núcleo familiar recibe el servicio de agua con regularidad, es decir todos los días? Si No
 conectado a pozo séptico letrina Otros, ¿cuál? _____

¿El agua que se usa para consumo en el hogar, se le realiza algún tratamiento para potabilizarla? ¿Cuál?

Ninguno La hierven La purifican con cloro Utilizan filtro La decantan Pastillas purificadoras otras _____

¿Cuál es el tratamiento que le dan a las basuras? (marque con una x)

La recoge personal del servicio de aseo La tiran al río o fuente hídrica La entierran La recoge un servicio informal La queman La tiran al patio o aun lote Reutilizan los desperdicios orgánicos para producir abono Otro ¿Cuál? _____

¿Con que tipo de sanitario cuenta el hogar? Inodoro conectado al alcantarillado Inodoro conectado a pozo séptico letrina otros ¿cuál? _____

Su sanitario es de: uso exclusivo uso compartido con otras familias



Cerca de la vivienda cuenta con: (marca con una x)

Vías de acceso	<input checked="" type="checkbox"/>	Sedes educativas	<input checked="" type="checkbox"/>	Bibliotecas públicas y privadas	<input checked="" type="checkbox"/>
Centro de salud / Hospital	<input checked="" type="checkbox"/>	Chagra	<input checked="" type="checkbox"/>	Transporte público	<input checked="" type="checkbox"/>
Ludotecas	<input checked="" type="checkbox"/>	Parques con estructura para la recreación de las niñas y los niños	<input checked="" type="checkbox"/>	Río	
Lugares Sagrados	<input checked="" type="checkbox"/>	Otro. ¿Cuál?			

RELACIONES FAMILIARES

¿Con que integrante del grupo familiar el niño, niña o mujer gestante tiene un lazo afectivo más fuerte? Seleccione una: Madre Padre Hermano Primo(a) Sobrino(a) Padrastro
Madrastra Abuelo(a) Padrino madrina Pariente Amigo(a)

El núcleo familiar comparte sus dificultades con:

Familiares Comunidad Amigos No los comparten

El núcleo familiar comparte sus acontecimientos especiales con:

Familiares Comunidad Amigos No los comparten

¿Con qué frecuencia se reúnen en familia para realizar alguna actividad? Seleccione una:

Por lo menos una vez cada 2 meses Una vez cada seis meses Una vez al año

¿Qué actividad realizan juntos? Seleccione una: Pasear Ver T.V. Juegos Eventos religiosos Otras Cual?

¿Cuál de estas actividades realiza el núcleo familiar con el niño (a) durante la semana para fortalecer el dialogo, vínculos familiares y lazos afectivos?

Visita al parque	<input checked="" type="checkbox"/>	Lecturas	<input checked="" type="checkbox"/>	Juegos (de mesa, rondas, etc)	<input checked="" type="checkbox"/>
Fiestas infantiles		Ven televisión		Desarrollo de manualidades o actividades que motiven el aprendizaje	<input checked="" type="checkbox"/>
Desarrollo de artesanías y/o actividades diarias propias de su tradición y cultura		Desarrollo de actividades comunitarias (festejos familiares, rituales)		Actividades musicales y folclóricas	
Paseos familiares	<input checked="" type="checkbox"/>	Mingas (Aplica para comunidades indígenas)		Preparación de alimentos	<input checked="" type="checkbox"/>
Rutinas de Aseo e higiene personal	<input checked="" type="checkbox"/>	Labores domésticas	<input checked="" type="checkbox"/>	Oficios relacionados con el trabajo de los padres	<input checked="" type="checkbox"/>

Las acciones de cuidado de las niñas y los niños menores de cinco (5) años en el núcleo familiar son: Exclusivas de la Madre Exclusivas del Padre Se delegan a otros miembros de la familia Se le delegan a hermanos mayores de edad Se comparten las acciones entre los miembros del núcleo familiar

¿Cuál es el motivo más frecuente de disgusto entre los adultos del núcleo familiar?

Problemas económicos	<input checked="" type="checkbox"/>	Manejo de autoridad	<input type="checkbox"/>	Dificultades en la comunicación	<input type="checkbox"/>
Permitir que otras personas ajenas al núcleo familiar opinen sobre la dinámica familiar		Manejo de tiempo y responsabilidades		Abandono	
Otro. ¿cuál?					

2021



¿Con que frecuencia el usuario es tenido en cuenta para la toma de decisiones que afectan a la familia? Seleccione una. Siempre Pocas veces Nunca
Su grupo familiar cuenta con parientes (personas con algún grado de consanguinidad y afinidad) en su: (Seleccione una) Barrio Comuna Vereda Localidad Municipio
Municipios cercanos

En caso de necesitar algún tipo de apoyo o ayuda usted recurría a: Seleccione una
Vecinos Amigos Padre o madrina Profesional especializado Congregación o grupo espiritual Comisaría o defensoría de familia No tendría a quien recurrir Otro ¿Cuál?

¿Qué tipo de reconocimientos o incentivos se le dan a las niñas o los niños menores de cinco (5) años por sus logros? Le da un regalo Lo dejan salir a jugar Lo felicitan verbalmente
Otro, ¿cuál? _____

DATOS DE CONTACTO DE OTROS ACUDIENTES

Nombres y Apellidos Martha Julia Santos Rodríguez Parentesco Abuela
Edad 69 Teléfono fijo 7541997 Celular 3213902340
Escolaridad: Primaria Secundaria Media Técnica/tecnológica universitario
Pregrado: en curso Terminado Posgrado: En curso Terminado
Situación laboral actual: Pensionada

Nombres y Apellidos Gildys Esther Fuentes Parentesco Tía
Edad 77 Teléfono fijo 7544997 Celular 3005759467
Escolaridad: Primaria Secundaria Media Técnica/tecnológica universitario
Pregrado: en curso Terminado Posgrado: En curso Terminado
Situación laboral actual: Pensionada

Declaramos que conocemos el reglamento vigente del Jardín Infantil (incluido el Manual de Convivencia) y nos comprometemos a cumplirlo con la suscripción de la matrícula.

Jenny Horbanci Fuentes Sánchez
FIRMA Y NOMBRE LEGIBLE DE LA MADRE
Fecha: 20-01-21

Donaldito Rafael Jiménez Torres
FIRMA Y NOMBRE LEGIBLE DEL PADRE