# ACTA N°

FECHA: Bogotá, 29 de mayo de 2024.

HORA: 10:30 Am.

LUGAR: J.I. Raices.

TEMA: Acompañamiento Familiar.

ASISTENTES: Progenitora
Psicologa.

ORDEN DEL DÍA: - Saludo
- Caracterización
- Direccionamiento y Compromisos

DESARROLLO: En el dia de hoy se realiza acompañamiento familiar, ya que progenitora hace entrega de soportes de medidas de proteccio. HP 622-2024 y RUG 885-2024, Indicando "He sido victima de Violencia Verbal y psicologica, ya que el padre de la niña me trata muy mal." diciendole galactica, se indaga el concepto la señora refiere "galactica es una persona ñera, difamando de mi, he sentido que el me trata muy mal, haciendome sentir que no sirvo para nada".

Asi mismo progenitora refiere que hay incumplimiento de cuota alimentaria y de visitas, ya que en la conciliacio. el padre tenia

que consigner $100.000 pesos semanales en su totalidad 400.000 mensual, progenitora refiere que nunca le ha dado el dinero, si no paquetes de yogurt y otros productos no nutritivos. Frente a visita el padre de la niña los domingos la entrega en los horarios no adecuados, ya que siendo las 10:00 pm la lleva dormida. Situación que ha afectado a la niña y progenitora, según indica. Progenitora refiere que tiene proceso con Fiscalía y tiene que recibir taller vivencial por trabajo social para el 20/09/24

Compromisos:

- Se orienta frente a solicitud de cita con psicología, remisión por Comisaría de Familia.
- Asistir a Comisaría de Familia por inconformidades y/o incumplimiento
- Direccionarse a la Casa de oportunidad para la mujer, para asesoría jurídica, psicológica. Se brinda las líneas de atención por si se llegase a presentar nuevos hechos de VIF.

Compromisos:

| Compromisos | Responsables | Fecha de Ejecución |
|---|---|---|
| | | |
| | | |

CONVOCATORIA. Se propone una nueva reunión para el día

En constancia de lo anterior firman:

| Nombres y Apellidos | Cargo o Tipo de vinculación | Dependencia | Firma |
|---|---|---|---|
| Paola Ana | Mamá | Jardín Raíces | Paola Ana |
| Haydeé Beatriz | Psicóloga | Infancia | |
| | | | |
| | | | |

Anexos:

Elaboró:

| ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL | PROCESO: PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS SOCIALES<br>**FORMATO:** TRABAJO INDIVIDUAL CON FAMILIAS –JARDINES INFANTILES ÁMBITO INSTITUCIONAL | Código:F-PS-182<br>Versión:0<br>Fecha:31/08/2015<br>Página: 1 de 14 |
|---|---|---|

## I. DATOS INICIALES Y DE IDENTIFICACIÓN DEL NIÑO O NIÑA

(1). Identificación Niño-a NUIP: 1243762681

(2).Nombres Niño-a: Celeste, (3). Apellidos Niño-a: Sanchez Cruz

(4).Sexo: 01 Hombre 02 Mujer 03 Intersexual: 02. (5).Fecha de Nacimiento día 10 Mes 4 Año 2022

(6). Nombre Padres/Cuidadores Jennifer Paola Cruz

Madre adolescente: Si___ No X Menor de 14 años Si___ No X Entre 14 –17.11años Si___ No X

Si la madre es adolescente señale:

Discapacidad NO Cuál_____ Etnias NO Víctima del conflicto armado NO

(7).Fecha de Nacimiento día__ Mes__ Año___. (8).Teléfono(s) 3118299603, (9).Dirección: Cra 78 C #65 A-52

(10). Barrio: La Amistad (11). Modalidad de gestión AIPI Jardín 1. SDIS___2. MIXTA_____

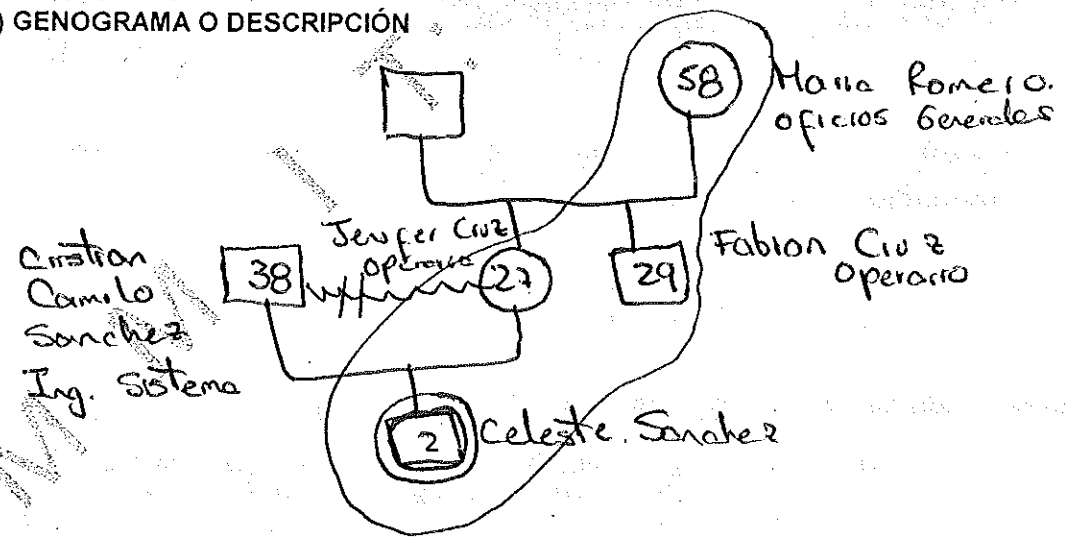
3.COFINANCIADO X 4. SOCIALES._____ 5. OTRA.____

CUAL_____(12).Localidad: 07 (13). Jardín: Raices. _____ (14).

Nivel Comedor (15). Tipología familiar: 1. Biparental: __2. Mono parental masculina:___3. Mono parental femenina: ___ 4. Homo parental:___5. Recompuesta: ___6. Extensa: X 7. De acogida: ____ (16). El niño-a, tiene alguna discapacidad: 1. SI____2. NO. _____ Cuál:_____ (17). La familia que consulta es o se reconoce dentro de un Grupo Étnico determinado (escriba el código, de acuerdo con el instructivo)_____.

(18). La familia que consulta ha sido Víctima de Conflicto Armado. 1. SI____ 2. NO.____

(19) GENOGRAMA O DESCRIPCIÓN




(20).Fecha de atención: día/mes/año: 29/05/24 (21). Acontecimientos significativos en el último año: 2024

## II. CONDICIONES DE LA ATENCIÓN

**(22). Fuente de remisión:** 1. Coordinador/a: ___ 2. Maestra/o: ___ 3.Psicólogo-a: ___ 4. Equipo Psicosocial___ 5.Padre/Madre/.____ 6. Otro___, Cuál: _____. **(23).Motivo de consulta:** 1.Normas y Límites____, 2.Agresividad____, 3. Presunta Negligencia____, 4.Presunto Maltrato Infantil_____, 5.Presunto Abuso Sexual_____, 6.Consulta Socio-Legales_____7. Baja Corresponsabilidad_____, 8.Alteraciones del Desarrollo____, 9. Acompañamiento al proceso de Inclusión_____,10.Conductas relacionadas con la Sexualidad____, 11.Expresión y manejo de las emociones y los sentimientos____,12.Conflicto familiar____. 13. Maltrato Institucional: a. Maestra/o___ b. Salud____ c. ICBF ____d. Comisaría ____e. Otro___. 14. Otro____Cuál_____ **(24) Tipo de acción:** 1.Orientación: ___ 2. Asesoría: ___ 3. Activación ruta RD: ___

*La orientación se presenta en el marco de un caso de enfoque diferencial Si____ No____ Ruta de atención: Género____ Víctima del conflicto armado___ Discapacidad ___

**(25). SESIÓN No. UNO**

**MOTIVO DE CONSULTA O DE REMISIÓN:**

Se realiza acompañamiento familiar, ya que progenitora de la niña solicita asesoría frente a procesos con HP, indicando que tiene proceso de medida de protección desde el año 2023. Procesos de custodia y adopte alimentario. HP. 622-2024 RUB 835-2024.

**DESCRIPCIÓN Y ANÁLISIS GENERAL DE LA SITUACIÓN:**

Progenitora refiere que ha sido victima de violencia psicologica por parte del padre de la niña Celeste. Así mismo refiere que desde marzo del 2023 realizo Conciliación frente a cuota alimentaria y visitas. Refiriendo que a le fecha no ha cumplido con dichas medidas. ya que recoge a la niña los fines de semana y la trae los domingo aproximadamente a las 10: pm. Frente a la cuota de $460000 mensuales, tampoco ya que le entrego paquete semanal de yogurt, galgeritas y indicando que los fines de semana gaste dinero con la niña.

**ANTECEDENTES DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL Y/ O RELACIONADOS:**

Progenitora no ha convivido con el padre de la niña, sin embargo refiere hechos de violencia verbal y psicologica.

**DESCRIPCIÓN DINAMICA FAMILIAR Y PSICOSOCIAL: RECURSOS Y REDES FAMILIARES**

Familia extensa conformada por abuela materna de 58 años quien labora en oficios varios, tio materno de 29 años quien labora como operario, progenitor de 27 años que labora como operario en el canal. y celeste.

**DATOS RELEVANTES DEL DESARROLLO DEL NIÑO O NIÑA:**

104

Se cuesta frente a asistir a Comisaría de Familia, ya que indica que tiene documento que debe diligenciar y hacer entrega con Comisaría de Familia y Fiscalía, Casa de la protección para la mujer.

**(26) Comportamiento y Características de el/la niño/niña en el momento del reporte:** Señale uno o varios ítems según corresponda.

**a.** Irritabilidad. 1. SI____2. NO____, **b.** Agresividad. 1. SI____2. NO____, **c.** Comportamiento inhibido. 1. SI____2. NO____, **d.** Dificultades concentración. 1. SI____2. NO____, **e.** Conductas sexuales catalogadas como inapropiadas.1. SI____2. NO____, **f.** Cambios en los hábitos sociales. 1. SI___ NO___, **g.** Reacciones emocionales-afectivas1. SI____2. NO____.

**(27). Acuerdos y Compromisos con los padres y/o acudientes:**

Se cuesta a la Casa de la protección por asesoría jurídica por cuota alimentaria, ya que hay incumplimiento. Asistir a psicología por EPS. Remitida por Comisaría de familia. Asistir a Casa de la mujer por cursos.

**Nombre Psicólogo/a:** Haydeé Benetti **Firma:** [signature]
**Nombre Padre/Cuidador-a:** [illegible] **Firma:**

**(28). SESIÓN No. DOS**

**AVANCES Y DESARROLLO DE LA SESIÓN:**

**NUEVOS COMPROMISOS CON LOS PADRES Y/O ACUDIENTES:**

**Nombre Psicólogo:** **Firma:**
**Nombre Padre/Cuidador-a:** Paola Cruz **Firma:** Paola Cruz

**(29). SESIÓN No. TRES**

**AVANCES Y DESARROLLO DE LA SESIÓN:**

**NUEVOS COMPROMISOS CON LOS PADRES Y/O ACUDIENTES:**

Nombre Psicólogo: _____ Firma: _____
Nombre Padre/Cuidador-a:_____ Firma: _____

(30) .SESIÓN No. CUATRO

AVANCES Y DESARROLLO DE LA SESIÓN:

NUEVOS COMPROMISOS CON LOS PADRES Y/O ACUDIENTES:

Nombre Psicólogo: _____ Firma: _____
Nombre Padre/Cuidador-a:_____ Firma:_____

(31) Tipo de acciones realizadas por el Psicólogo-a. Registre con una X la/las acciones realizadas: a.Remisión Referente local de Familias/ Violencias ____, b. Remisión a SIVIM (salud pública) ____, c. Remisión Comisaría de Familia____, d. Remisión Defensoría de Familia ICBF____, e. Remisión CAIVDS ____, f. Remisión Atención en Salud ____, g. Remisión Fiscalía o URI____, h. Remisión Atención Terapéutica____, i. Remisión Trabajo grupal con familias____, j. Acompañamiento en medio familiar____.

(32) Tipo de acciones en el seguimiento realizadas por el Psicólogo-a. Registre con una X la/las acciones realizadas: a.Seguimiento Directo____, b.Seguimiento comité de violencias (seguimiento a casos) ____, c. Seguimiento con la entidad competente____, d. Seguimiento indicadores comportamentales____, e. Seguimiento Referente Local de Familias/Violencias____. f. Otro____:
Cuál_____

(33) Número de sesiones____ (34) Cierre del caso: 1. Si___2. No___ (35) Fecha del cierre: día/mes/año: _____

(36)
Observaciones:_____

**III. CARACTERIZACIÓN DE CASOS CON RUTA ACTIVADA: Cuando la situación de atención requiere una activación de la Ruta para el Restablecimiento de Derechos, se diligencian los siguientes aspectos:**

**TIPO DE PRESUNTO MALTRATO (37). NEGLIGENCIA: 1.** Fallo en la supervisión– daño físico____,2. Descuido higiene y presentación personal___,3. Negligencia Médica (incluyendo salud oral) ___,4. Nutrición inadecuada____,5. Abandono____,6. Trabajo infantil_____,7. Acompañamiento al trabajo____,8. Otras negligencias_____. **(38). VIOLENCIA FISICA_____. (39). VIOLENCIA EMOCIONAL_____, (40). ABUSO SEXUAL_____, (41). TESTIGO DE VIOLENCIA FAMILIAR_____. (42) OTRAS VIOLENCIAS ASOCIADAS:**1. violencia económica,____2. violencia asociadas al Género____.

**(43). Situación observada relacionada con quien identifica y remite: a. Relación/parentesco con el Niño-a (Registre el Código de acuerdo Instructivo):___ b. Fecha de Nacimiento día__, Mes__ Año___, c. Sexo:** 01 Hombre 02 Mujer_____, **d.** Vive con el niño/niña: **1. Si___2. No___**

**(44). Factores de riesgo observados o de conocimiento en los padres, cuidador/la cuidadora.** Lea cada una de las alternativas y señale con una X según corresponda.

a,Consumo de Alcohol. 1. SI____2. NO____, **b.** Consumo de otras SPA.1. SI____2. NO____. **c.** Deficiencias Cognitivas. 1. SI____2. NO____. **d.** Deficiencias Psicológicas. 1. SI____2. NO____, **e.** Problemas de Salud. 1. SI____2. NO____, **f.** Víctimas de violencia doméstica. 1. SI____ 2. NO____, **g.** Discapacidad. 1. SI____2. NO____, **h** .Víctimas de conflicto armado. 1. SI____2. NO____,

**Nombre Psicólogo:** _____ **Firma:** _____

| | ELABORO | REVISO | APROBO |
|---|---|---|---|
| NOMBRE | *Equipo técnico Subdirección para la Infancia* | *Astrid Eliana Cáceres Cárdenas* | *María Antonia Velasco Guerrero Lideresa del proceso de prestación de los servicios Sociales* |
| CARGO | *Equipo técnico Subdirección para la Infancia* | *Subdirectora para la Infancia* | *Directora Territoral* |