ACTA N°

FECHA: Bogotá, 25 de Junio de 2024.

HORA: 11:00 a

LUGAR: J.I. CC Manantial.

TEMA: Visita Domiciliaria caso Ian Daniel

ASISTENTES: Huertas Dotor.

Progenitora, Abuela Materna, Ed. Especial y Psicóloga.

ORDEN DEL DÍA:

1. Contexto de dinamica familiar
2. Seguimiento atenciones médicas
3. Orientaciones.

DESARROLLO:

1. Se inicia atención a Sra Maria Yisell Dotor y Abuela Sra Maria Custodia, quienes atienden la visita en medio familiar. Ubicado en la Cra 38 a este # 41-43 barrio Oasis - Usaquén, del participante Ian Daniel Huertas Dotor con RC 1013-695871.

Progenitora Informa que la dinamica familiar consta de padres de familia, abuela Materna e hijos, ellos manejan habitos y rutina estable, cuidadora apoya a progenitora en sus cuidados y del participante

Powered by CamScanner

2. Profesionales Indagan sobre atenciones médicas y paquete integral (terapia de lenguaje, psicología y terapia ocupacional) de 72 sesiones, con orden médica del 10/04/24 y autorizado el 28 de mayo /2024. a lo que manifiesta no logar asignación de citas. Se ofrece acompañamiento de psicosocial en radicación de PGRD ante Supersalud. → 20242100008288132, → 20242100008280902. Entrega información de evaluación de la función osteomuscular (PEDI)

Menciona estar pendiente cita con pediatría, se relaciona con ella el compromiso de documentos pendientes de. certificado pediatrico, crecimiento y desarrollo, optometra, odontologia, audiometria.

En cuanto a cierre de vacunas, refiere estar actualizado, se compromete a enviarlo.

3. Educadora Especial refiere que es necesario el agarre de cuchara en pinza, colocar pictogramas de el niño en cada espacio del hogar, permanencia del puesto, fotos. de la familia a la altura de él para identificación. Se resalta la importancia de control de manejo de. esfinteres, en tiempos programados y constantes, así como generar la necesidad de comunicación con palabras cortas y fichas.

Psicosocial indica la corresponsabilidad frente a las. valoraciones médicas, generar la asignación como garantes.

Powered by CamScanner

de derechos.
En cuanto a Certificado de discapacidad informa no lograr gestión, indicaron hacer proceso presencial con historia clínica y la impresión diagnóstica, dice aproximadamente 15 días de gestión por sus procesos de diálisis y seguimiento médico.
Se anexa Recibo Público, Ordenes Medicas y PQRD'S.

Compromisos:

Compromisos	Responsables	Fecha de Ejecución
Rta de PQRD citas y terapia Paquete integral	progenitora	Desde la Fecha
Certificado de discapacidad y gestión de citas -soportes.		

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
Maria Yiza Dotor	mamá	53045410	
Daniela Lorena Garcia C.	Ed. especial	3130097091	
Stefany Cárdenas V	Psicólogas SDIS	Infancia	

Elaboró: Stefany Cárdenas V

Powered by CamScanner

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.	PROCESO: PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS SOCIALES	Código:F-PS-180
	FORMATO: ACOMPAÑAMIENTO EN MEDIO FAMILIAR PARA JARDINES INFANTILES	Versión:0
		Fecha: 31/08/2015
		Página: 1 de 6

DATOS BASICOS DE IDENTIFICACION

Fecha y hora de la visita	25/06/24 11:00 am.	
Nombre del jardín infantil	J.I. CC Manantial	
Nombre del niño/a	Ian Daniel Huertas Dotor	
NUIP: 1013695871	Edad: 5 años	Nivel: PJ A.
Nombre del padre y madre	Maria Yisel Dotor Freddy Giovanni Huertas	
Nombre del cuidador principal	Maria Yisel Dotor	Teléfono/celular: 3123553357
Dirección y barrio de residencia: Barrio Oasis-Soacha	Cra 38 a Este # 41-43	Teléfono/celular: 3123553357.
Nombre psicólogo-a	Stefany Cárdenas Villalobos	
Nombre del profesional acompañante	Diana Lorena Garcia	Rol: Educadora Especial

OBJETIVO DEL ACOMPAÑAMIENTO EN MEDIO FAMILIAR

Verificar condiciones habitacionales, avances significativos en terapia integral y atenciones médicas, manejo de habitos en medio familiar y normas - limites

OBSERVACIONES HABITACIONALES

Casa propia, consta de 3. habitaciones, 2 baños, cocina, comedor, espacio de lavado.
En condiciones optimas de higiene y orden. en los espacios, con espacio de su dormitorio independiente

CONDICIONES GENERALES DE LA VIVIENDA

Buena [X] Regular [ ] Inadecuada [ ]

Justifique su respuesta:

Se evidencia espacio estructurado, ordenado, vivienda de 2 pisos, se tiene espacio del primer arriendo.

IDENTIFICACION DE FACTORES DE RIESGO DEL ENTORNO

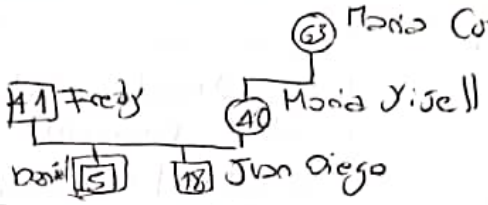
Powered by CamScanner

Expendio de drogas ☐ Zona de amenaza por desastres naturales ☐

Presencia de animales en vivienda ☒ Zona de prostitución ☐

Otro_____

GENOGRAMA O DESCRIPCIÓN DE LA ESTRUCTURA Y DINAMICA FAMILIAR



RECURSOS Y REDES IDENTIFICADAS

Las Redes de apoyo son abuela Materna, Tía María. Custodia quien apoya con los cuidados del menor y de la progenitora

SITUACION DE RIESGO DETECTADA

No se evidencian riesgos para el menor, se cuenta con. puerta en Escaleras. Se sugiere barandas o aparamos para agarre y estabilidad del niño.

ASPECTOS RELACIONADOS CON EL CUIDADO Y PROTECCION DEL NIÑO/A

- Continuar con cuidados.
- En habitos y rutina diaria se sugiere agregar fotos de espacios y Familia (ecotograma).
- Reforzar manejo de esfínteres

Nombre completo y documento de identificación de la persona que recibe la visita: María Yisel Dotor 53045410	Firma:
Nombre responsable de visita: Yisell Estefany Cárdenas V	Firma:

	ELABORO	REVISO	APROBO
NOMBRE	*Equipo técnico Subdirección para la Infancia*	***Astrid Eliana Cáceres Cárdenas***	*María Antonia Velazco Guerrero*
CARGO	*Equipo técnico Subdirección para la Infancia*	***Subdirectora para la Infancia***	*Directora Territorial Lideresa del proceso de Prestación de los Servicios Sociales*

Powered by CamScanner

FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO EN EL MARCO DE LA ORIENTACIÓN Y ACOMPAÑAMIENTO PSICOSOCIAL A FAMILIAS, CUIDADORAS Y CUIDADORES EN JARDINES INFANTILES Y CASAS DE PENSAMIENTO INTERCULTURAL

Proyecto: 7744	Fecha de diligenciamiento: 25/06/24.
Jardín Infantil o Casa de Pensamiento Intercultural: JI CC Manantial	Localidad: 19.
Nombre de la niña o niño: Ian Daniel Huertas Rotor	Edad: 5 años
Nivel: PJ A	Tipo y número documento de identidad: RC 1013695871
Nombre madre, padre, cuidadora o cuidador: Maria Yisell Rotor.	
Edad: 40 años.	Tipo y número documento de identidad: CC. 53045410
Teléfonos de contacto: 3123553357	Parentesco: Progenitora

LEA ATENTAMENTE LA SIGUIENTE INFORMACIÓN QUE TIENE COMO OBJETIVO EXPLICARLE EL USO Y CONFIDENCIALIDAD DE SUS DATOS Y EL DE SUS HIJAS O HIJOS, ASÍ COMO SUS DERECHOS Y COMPROMISOS CON RESPECTO A LA ORIENTACIÓN Y LOS PROCESOS DE ACOMPAÑAMIENTO PSICOSOCIAL. SI TIENE CUALQUIER DUDA CONSÚLTELA CON LA O EL PROFESIONAL EN PSICOLOGÍA.

USO Y CONFIDENCIALIDAD DE LOS DATOS

Toda la información concerniente al desarrollo de la orientación o acompañamiento psicosocial individual y en medio familiar de la niña o niño participante del jardín infantil o casa de pensamiento intercultural así como la de su familia, incluyendo cualquier grabación de audio, video o reporte escrito, es de carácter confidencial[1] y no será divulgada ni entregada a ninguna otra institución o individuo sin su consentimiento expreso, excepto en los casos contemplados en el artículo 25 de la Ley 1090 de 2006, como cuando la orden de entrega provenga de una autoridad judicial o administrativa competente[2], se aclara que el alcance de los servicios en el marco de la orientación y el acompañamiento psicosocial, no contempla realizar ningún tipo de grabación de audio o video a niñas o niños, en caso de presentarse circunstancias particulares que presuntamente vulneren, amenacen o inobserven la supervivencia y el goce efectivo del ejercicio de sus derechos o la de algún miembro de su familia, esta se pondrá en conocimiento de la autoridad competente y suministrará la información estrictamente necesaria.

ACOMPAÑAMIENTO PSICOSOCIAL

En el marco del acompañamiento psicosocial, las acciones de las y los profesionales de la Secretaría Distrital de Integración Social en jardines infantiles y casas de pensamiento intercultural, estarán encaminadas a la orientación a las familias, padres, madres, cuidadoras, cuidadores y comunidad en temas relacionados con el desarrollo armónico e integral de las niñas y niños, la garantía de sus derechos y el ejercicio de sus deberes que debe ser garantizado por sus familias, cuidadoras y cuidadores como agentes corresponsables, en todo caso este acompañamiento no se considerará como un proceso terapéutico.

REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

Las decisiones sobre la continuidad o suspensión de las actividades programadas por la o el profesional en psicología son tomadas por usted(es). El proceso de acompañamiento psicosocial requiere de su compromiso, asistencia, puntualidad y participación, todas las acciones reposarán en la historia social de la niña o niño.

En cualquier momento este consentimiento podrá ser revocado o podrá darse por terminada la relación con la o el profesional en Psicología por parte de la familia de la niña o niño que haya solicitado el acompañamiento, evento en el cual se informará por escrito el motivo de revocación e inconformidad, a la o el responsable del servicio, sin que esto llegue a afectar el vínculo entre la familia, padre, madre, cuidadora o cuidador y el respectivo servicio social prestado a la o el participante, relación comprendida en el marco de los principios de corresponsabilidad y reciprocidad, favoreciendo así la armonía y las relaciones fundadas en la confianza y cooperación entre ambas partes para promover la protección integral[3] de sus derechos; es por ello que el seguimiento será continuo para la niña, niño o adolescente y su familia.

---

[1] Artículos 5, 23 y 25 de la Ley 1090 de 2006 por la cual se reglamenta el ejercicio de la profesión de Psicología, se dicta el Código Deontológico y Bioético y otras disposiciones.
[2] Sectores de salud, seguridad, protección o justicia.
[3] Artículo 7 de la Ley 1098 de 2006 por la cual se expide el Código de la Infancia y la Adolescencia

Powered by CamScanner

DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, María Yisell Botor identificada(o) con tipo y número de documento de identidad CC 53045410 de Bogotá DC. y _____ identificada(o) con tipo y número de documento de identidad _____ de _____ en calidad de representante(s) legal(es) de la niña o niño Jan Daniel Hueda Botor con tipo de documento y número de identificación RC 1013695871 manifiesto:

1) Mi (nuestra) aceptación del proceso orientación o acompañamiento psicosocial, respecto de las acciones de los profesionales de la Secretaría Distrital de Integración Social, encaminadas a la orientación y acompañamiento a las familias, padres, madres, cuidadores(as), y comunidad en temas relacionados con el desarrollo armónico integral de las niñas y niños participantes, la garantía de sus derechos y el ejercicio de sus deberes en mi (nuestra) calidad de agentes corresponsables de un servicio brindado por la Secretaría Distrital de Integración Social, no considerándose como un proceso terapéutico, Este proceso me (nos) ha sido explicado y ha sido entendido por mí (nosotros) y cuyas condiciones generales me (nos) ha aclarado la o el profesional en psicología en forma clara, objetiva, oportuna, veraz y completa.
2) Que la información que le brindo (brindamos) a la o el profesional en psicología corresponde a mí (nuestra) realidad, y es verdad.
3) Que he (hemos) leído y comprendido íntegramente este documento y en consecuencia acepto (aceptamos) su contenido y las consecuencias que de él se deriven, accedo (accedemos) a lo anteriormente mencionado en forma libre, espontánea y clara.

Una vez leído, explicado y comprendido el acompañamiento psicosocial que se seguirá en adelante, se firma el presente consentimiento informado el día 25 del mes Junio del año 2024 en la ciudad de Bogotá DC.

Acepto ☒ No acepto ☐ (Marque con una x)

Firma padre o cuidador[4]:
Nombres y apellidos completos:
Tipo y número de documento identidad:

Firma madre o cuidadora[5]: María Yisell Botor
Nombres y apellidos completos: María Yisell Botor
Tipo y número de documento identidad: 53045410

Firma de la o él profesional en Psicología:
Nombres y apellidos completos: Stefany Cárdenas V
Tarjeta Profesional: 201035.

Observaciones: _____

[4] El acompañamiento psicosocial no está dirigido directamente a niñas o niños en primera infancia, sino a sus familiares, cuidadoras y cuidadores, en este sentido la firma representa a la persona que acude al proceso de acompañamiento.
[5] El acompañamiento psicosocial no está dirigido directamente a niñas o niños en primera infancia, sino a sus familiares, cuidadoras y cuidadores, en este sentido la firma representa a la persona que acude al proceso de acompañamiento.

Powered by CamScanner

I. DATOS INICIALES Y DE IDENTIFICACIÓN DEL NIÑO O NIÑA

(1). Identificación Niño-a NUIP: 1013695871.

(2).Nombres Niño-a: Ian Daniel, (3). Apellidos Niño-a: Huertas Ostor

(4).Sexo: 01 Hombre 02 Mujer 03 Intersexual: 01. (5).Fecha de Nacimiento día 26, Mes 04 Año 19

(6). Nombre Padres/Cuidadores Freddy Huertas – Maria Yisell Ostor.

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 Victima del conflicto armado No

(7).Fecha de Nacimiento día 2 Mes 04 Año 19 (8).Teléfono(s) 3173553357.

(9).Dirección: Cra 38 A este # 41-43.

(10). Barrio: Oasis (11). Modalidad de gestión AIPI Jardín 1. SDIS___2. MIXTA____

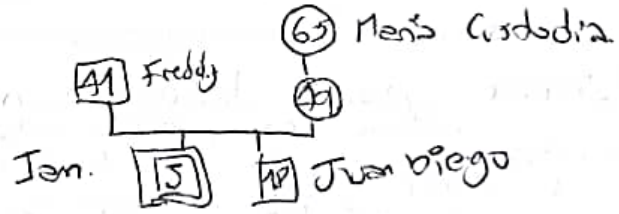
3.COFINANCIADO X 4. SOCIALES.____ 5. OTRA.____

CUAL_____(12).Localidad: 19 (13). Jardín: Manantial. (14).

Nivel_____.(15). Tipología familiar: 1. Biparental: X 2. Mono parental masculina:___3. Mono parental femenina: ___ 4. Homo parental:___5. Recompuesta: ___6. Extensa: ___7. De acogida: ____ (16). El niño-a, tiene alguna discapacidad: 1. SI____2. NO. X 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 Victima de Conflicto Armado. 1. SI____ 2. NO. X

(19) GENOGRAMA O DESCRIPCIÓN



(20).Fecha de atención: dia/mes/año: 25/06/24. (21). Acontecimientos significativos en el último año: No refiere.

II. CONDICIONES DE LA ATENCIÓN

(22). Fuente de remisión: 1. Coordinador/a: ___ 2. Maestra/o: X 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___X___, 10.Conductas

Powered by CamScanner

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: X 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 25/06/24

MOTIVO DE CONSULTA O DE REMISIÓN:

se realiza articulación intersectorial con educadora especial por dx de autismo en la niña del peticionario, se evidencia necesidad de acompañamiento en pautas de crianza, hábitos y rutinas, acuerdos y convenciones y valoraciones médicas

DESCRIPCIÓN Y ANÁLISIS GENERAL DE LA SITUACIÓN :

Mamá lee y firma consentimiento informado, se indaga por atenciones médicas y reporte integral teniendo en cuenta que a la fecha no se conoce gestión, progenitora refiere estar en proceso de diálisis 3 veces por semana y seguimiento médico por su estado de salud, informa gestión telefónica sin respuesta de fondo
se edita PARD por citas y se deja alta de derecho.

ANTECEDENTES DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL Y/ O RELACIONADOS:

No refiere atenciones anteriores.
Se debe iniciar atención con paquete integral clínica Roosevelt.

DESCRIPCIÓN DINAMICA FAMILIAR Y PSICOSOCIAL: RECURSOS Y REDES FAMILIARES

Familia Nuclear, padre labora con local de cerrajería y vidriería, progenitora es peluquera. Abuela materna es ama de casa con cuidados de progenitora y participante.
Hermano Juan Diego estudia en el Politécnico Piloto, en el SENA.

DATOS RELEVANTES DEL DESARROLLO DEL NIÑO O NIÑA:

Prenatal - no deseado. inicio consultas desde 20 días prenatal precencia severa nace de 29 semanas, 41 días hospitalizado, lactancia 4 meses. 1/2, no adherente, uso de biberon, gateo al 1año, camina a los 2 años. no fluidez verbal

(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 X 2. NO___, b. Agresividad. 1. SI___2. NO X c. Comportamiento inhibido. 1. SI___2. NO X. d. Dificultades concentración. 1. SI___2. NO X. e. Conductas sexuales catalogadas como

Powered by CamScanner

inapropiadas. 1. SI___ 2. NO X. f. Cambios en los hábitos sociales. 1. SI___ NO X. g. Reacciones emocionales-afectivas 1. SI___ 2. NO X.

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

- Citas medicas - terapia integral.
- Certificado de discapacidad
- Orientaciones de profesionales recibidas.
- Informar al jardin antes de programación de citas.

Nombre Psicólogo/a: Stefany cardenas V **Firma:**

Nombre Padre/Cuidador-a: Maria Yisel Dotor **Firma:** Maria Yisel Dotor

(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: _____ **Firma:** _____

(29). SESIÓN No. TRES

AVANCES Y DESARROLLO DE LA SESIÓN:

NUEVOS COMPROMISOS CON LOS PADRES Y/O ACUDIENTES:

Nombre Psicólogo: _____ **Firma:** _____

Powered by CamScanner

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

Powered by CamScanner

Nombre Psicólogo: _____ **Firma:** _____

	ELABORÓ	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*

Powered by CamScanner