BOGOTÁ | SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL

FORMATO PARA REMISIÓN DE SITUACIONES A ACOMPAÑAMIENTO PSICOSOCIAL

I. Fecha de remisión: 25 / 07 / 2024 Jardín Infantil/Casa de Pensamiento Intercultural: JIC Piedra Verde Nivel: Prejardin 13

II. Datos de identificación de la niña o niño

Nombres y Apellidos: Adri Sophia Bocanegra R. Fecha de nacimiento: 17/02/2021
Edad 3 Tipo de identificación: NUIP X, CD ___, Otro ___ Cuál: ___ Número del documento de identificación: 1233922309 Nombre de padre, madre o cuidador principal: Adriana Bocanegra Rodriguez

III. Descripción de la situación por la que se solicita acompañamiento:
Se realiza la remisión Por incumplimiento en cuanto al horario de ingreso y salida del Jardín, donde la Profesional en repetidas ocasiones ha socializado con la madre cual es el horario habitual, recurriendo en el incumplimiento de este e incluso se le debe insistir para que traiga a la niña.

III. Acciones adelantadas por quien reporta antes de solicitar acompañamiento (relacionar la fecha de cada acción):
Seguimientos por novedad.

IV. Fecha de recepción del caso por la o el profesional en psicología: 01/08/2024

V. Rol de la persona que solicita el acompañamiento: Responsable del Servicio: ___ Nutricionista: ___ Enfermera (o) ___ Educador(a) especial: ___ Profesional en educación inicial: ___ Otro: ___ ¿Cuál? ___

VI. Nombre de quien remite: Delia Quiroz Bassa. Firma: Delia Quiroz

VII. Nombre de la o el responsable del servicio: ___ Firma: ___

VIII. Nombre del profesional en psicología: Nancy Abril

IX. Recomendaciones del profesional en psicología para el manejo de la situación reportada en el aula
Fecha: 01/08/2024.
Se recomienda ser mas cumplida con la llegada y salida de la niña en el jardín

X. Fecha de cierre: ___/___/___

Nota: Con el fin de verificar la trazabilidad de la remisión, quien remite la situación registrará en la herramienta de novedades: *"se realiza remisión al área de psicología"* acompañada de su firma y la del profesional en psicología. El presente formato debe ser entregado al Profesional en Psicología, quien luego de recepcionarlo formalmente y realizar la primera acción de atención con la familia, lo archivará en la historia social de la niña o el niño. Este formato no sustituye el Deber de Denuncia que asiste a toda persona que conozca o identifique una situación de presunta violencia hacia niñas, niños o adolescentes entre tanto quien identifique la situación activará de inmediato la ruta interna y desarrollará las acciones que correspondan

BOGOTÁ | SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL

FOR-GD-002
Página 1 de 2

ACTA N°

FECHA: Bogotá, 01-08-2024.

HORA: 8:36 am.

LUGAR: J.I Celestin Piedra Verde.

TEMA: Seguimiento de la niña Adry Bocanegra

ASISTENTES:

Progenitora la señora Adriana Bocanegra Rodriguez cc. 53065959.
Y

ORDEN DEL DÍA:

Charla con la señora sobre el tema de llegadas Tarde de la niña

DESARROLLO:

Se orienta la progenitora de la niña Adry SOPHIA Bocanegra Rodriguez. con R.C. #1233.822309 de prejardin #13

• Se orienta a la señora el motivo de no venir la institucion o al servicio que se le brinda en el Jardin. pues la trae esporadicamente, se compromete a traerla todos los dias y la hora que esta establecido. en el jardin.

• Se le recomienda ser más deligente en las horas de llegada y salida de la niña al jardin.

se le pone en conocimiento a la psicentora que ser negligente puede traer dificultades para la desatención de sus propias obligaciones

- se compromete a cumplir con lo hablado de las llegadas y salidas del jardín

CONVOCATORIA. Se propone una nueva reunión para el día ___ de mes de 20___

En constancia de lo anterior firman:

Nombres y Apellidos	Cargo o Tipo de vinculación	Dependencia	Firma
Nancy Abril	Psicologa.	SDIS	
Adriana Bocanegra R.	mamá	JI Celestin P.	53065959. Bta

Anexos: Formato individual con Familias.

Elaboró: Nancy Abril.

	PROCESO: PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS SOCIALES	Código:F-PS-102
	FORMATO: TRABAJO INDIVIDUAL CON FAMILIAS –JARDINES INFANTILES ÁMBITO INSTITUCIONAL	Versión:0
		Fecha:31/08/2015
		Página: 1 de 6

I. DATOS INICIALES Y DE IDENTIFICACIÓN DEL NIÑO O NIÑA

(1). Identificación Niño-a NUIP: 1233922309

(2).Nombres Niño-a: Adriana, (3). Apellidos Niño-a: Bocanegra Rodriguez

(4).Sexo: 01 Hombre 02 Mujer 03 Intersexual: 2, (5).Fecha de Nacimiento día 17, Mes 07 Año 2021

(6). Nombre Padres/Cuidadores Adriana Bocanegra Rodriguez

Madre adolescente: SI___ NoX Menor de 14 años SI___ No___ Entre 14 –17.11años SI___ No____

SI la madre es adolescente señala:

Discapacidad____ Cuál_____ Etnias____ Victima del conflicto armado____

(7).Fecha de Nacimiento día04 Mes10 Año1988 (8).Teléfono(s) _____ (9).Dirección:_____

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

3.COFINANCIADO___ 4. SOCIALES.____ 5. OTRA.____

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

Nivel P.J #13 :(15). Tipología familiar: 1. Biparental: ___2. Monoparental masculina:___3. Monoparental femenina: ___ 4. Homoparental:___5. Recompuesta: ___6. Extensa: ___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 del Conflicto Armado. 1. SI____ 2. NO. X

(19) GENOGRAMA O DESCRIPCIÓN

(20).Fecha de atención: día/mes/año: 01-08-24 (21). Acontecimientos significativos en el último año: 2024

participa en todo en el salon

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 X, 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____ Victima del conflicto armado___ Discapacidad ___

(25). SESIÓN No. UNO

MOTIVO DE CONSULTA O DE REMISIÓN:

Remision por Incumplimiento en cuanto al horario de ingreso y salida del jardin

DESCRIPCIÓN Y ANÁLISIS GENERAL DE LA SITUACIÓN :

La madre manifiesta que se le hace tarde por su trabajo ya que es la que sostiene el hogar y dice que pondrá de su parte del compromiso con lo dicho, y traerá a la niña temprano.

ANTECEDENTES DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL Y/ O RELACIONADOS:

Se atiende la progenitora y se orienta sobre la negligencia de llegados tarde.

DESCRIPCIÓN DINAMICA FAMILIAR Y PSICOSOCIAL: RECURSOS Y REDES FAMILIARES.

la progenitora manifiesta que ella es madre cabeza de hogar y como es vendedora a veces se le hace tarde pues depende por la niña

DATOS RELEVANTES DEL DESARROLLO DEL NIÑO O NIÑA:

El desarrollo Motriz de la niña es bueno participa, es alegre,

(26) Comportamiento y Caracteristicas de el/la niño/niña en el momento del reporte: Señale uno o varios Items 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:

Me comprometo a traer la niña todos los dias a la hora Asignada a el jardin.

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL	PROCESO: PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS SOCIALES FORMATO: TRABAJO INDIVIDUAL CON FAMILIAS –JARDINES INFANTILES ÁMBITO INSTITUCIONAL	Código: F-PA-161 Versión: 0 Fecha: 31/08/2016 Página: 4 de 6

NUEVOS COMPROMISOS CON LOS PADRES Y/O ACUDIENTES:

pues a tenido dificultades económicas y no tiene red de apoyo.

Nombre Psicólogo: Nancy Ariza Firma:
Nombre Padre/Cuidador-a: Adriana Bocanegra Firma:

(31) Tipo de acciones realizadas por el Psicólogo-a. Registro 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. Registro 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 1 (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.

MUESTRA

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

(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:

COPIA CONTROLADA 31/08/2015

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. Victimas de violencia doméstica. 1. SI____ 2. NO____, g. Discapacidad. 1. SI____2. NO____, h .Victimas de conflicto armado. 1. SI____2. NO____,

Nombre Psicólogo: _____ **Firma:** _____

MEMO INT-50540-31/08/2015