ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL	PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL FORMATO REMISIÓN DE SITUACIONES PARA EL ACOMPAÑAMIENTO POR PROFESIONALES TRANSVERSALES EN JARDINES INFANTILES DIURNOS, NOCTURNOS Y CASAS DE PENSAMIENTO INTERCULTURAL	Código: FOR-PSS-XXX Versión:0 Fecha: Página 2 de 2

I. Datos de Identificación de la niña o el niño

Fecha de remisión: 13 /Sept/ 2024 Nivel: Párvulor-B

Nombre del jardín infantil o casa de pensamiento intercultural Caminor de la Vida

Nombres y apellidos de la niña o el niño: Marilyn Celerte Silva Rodrrgues

Fecha de nacimiento: 12 octubre/21 Edad 2, 10 m. Número de documento de identidad: 1012474509

Nombre de la madre, padre, cuidadora o cuidador principal: Cindy Catherin Rodrrgues Guzman.

II. ¿A qué perfil profesional se remite el acompañamiento?

Profesional en Nutrición o Enfermería ____ Profesional en Educación Especial: ____ Profesional Psicosocial: X

III. Descripción de la situación por la que solicita acompañamiento:

La señora Cindy Catherin Rodrrgues madre y acudiente de la niña Marilyn Silva informa a la maestra Diana Vargas que su hogar está viviendo una situación de violencia intrafamiliar por ello solicita orientación y seguimiento. También informa que ella acudió a la comisaría de familia y a la fiscalía y que en ellas sitios no le ofrecieron ningún apoyo que requería.

IV. Accibnes adelantadas antes de solicitar acompañamiento (relacionar la fecha de cada acción):

Se informa a la señora Cindy que dicha situación se remitirá a la profesional Psicosocial; así que se le invita al estar atenta y disponible para la citación que se le enviará para el encuentro con la psicosocial. También se solicita que ante cualquier eventualidad en el hogar que vulnere los derechos de la niña Marilyn y los de ella informar al jardín infantil de manera oportuna.

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL	PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL FORMATO REMISIÓN DE SITUACIONES PARA EL ACOMPAÑAMIENTO POR PROFESIONALES TRANSVERSALES EN JARDINES INFANTILES DIURNOS, NOCTURNOS Y CASAS DE PENSAMIENTO INTERCULTURAL	Código: FOR-PSS-XXX Versión:0 Fecha: Página 2 de 2

V. Fecha de recepción del caso por la o el profesional transversal: _____/_____/_____

VI. Rol de quien solicita el acompañamiento:

Profesional en Nutrición o Enfermería: ____ Profesional Psicosocial: _____Profesional en Educación Especial: ____ Auxiliar de atención a la primera infancia _____ Profesional de atención a la primera infancia: X Responsable del servicio _____ Otro: _____ ¿Cuál? _____

VII. Nombre de quien remite: Diana Constanza Vargas CH. Firma: Diana Vargas

VIII. Nombre de la o el responsable del servicio: Bertilda Salar Firma: Bertilda

IX. Nombre de la o el profesional transversal que recibe la remisión: Beatriz Padraza Cobos

Firma: Beatriz

X. Recomendaciones entregadas por el profesional transversal para abordaje del caso: Fecha: 26/09/2024

Se recomienda a la docente Diana, estar atenta a cualquier signo de vilencia y Verificación de compromisos.

XI. Seguimiento realizado por la o el profesional transversal:

- Atención individual a progenitora.

XII. Fecha de cierre al acompañamiento por parte de la o el profesional transversal: _____/_____/_____

1. 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 Secretaría Distrital de Integración Social 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.
2. Con el fin de verificar fácilmente la trazabilidad de la remisión, la persona que remite la situación registrará en la herramienta de novedades que se realiza remisión y relacionará el presente formato como soporte. Este formato debe ser entregado a la o el profesional transversal, quien luego de recibirlo 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 vulneración de derechos dirigida a niñas, niños o adolescentes, de esta forma quien identifique una situación de esta naturaleza activará de inmediato la ruta interna y desarrollará las acciones que correspondan de acuerdo a las orientaciones brindadas desde la Subdirección para la Infancia

Scanned with 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: Infancia	Fecha de diligenciamiento: 26-Sep-2024
Jardín Infantil o Casa de Pensamiento Intercultural: J.I Caminos de la Vida	Localidad: Ciudad Bolivar
Nombre de la niña o niño: Marilyn Celeste Silva Rodriguez	Edad: 3 años
Nivel: Parvulos	Tipo y número documento de identidad: Nuip. 1012474509
Nombre madre, padre, cuidadora o cuidador: Cindy Catherin Rodriguez Guzman	
Edad: 27 años	Tipo y número documento de identidad: 1024579412
Teléfonos de contacto: 3013229211	Parentesco: Mamá

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

Scanned with CamScanner

DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Cindy Catherin Rodriguez Guzman identificada(o) con tipo y número de documento de identidad 1024579412 de Bogota y _____ identificada(o) con tipo y número de documento de identidad _____ de _____ en calidad de representante(s) legal(es) de la niña o niño Marilyn Celeste Silva Rodriguez con tipo de documento y número de identificación 1012474509 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 26 del mes Septiembre del año 2024 en la ciudad de Bogota.

Acepto ☒ No acepto ☐ (Marque con una x)

Firma padre o cuidador[4]::

Nombres y apellidos completos:

Tipo y número de documento identidad:

Firma de la o él profesional en Psicología:
Nombres y apellidos completos:
Tarjeta Profesional:

- C. Cindy Catherin Rodriguez Guzman
- 1024579412

- Catherin Rodriguez

Firma madre o cuidadora[5]:

Nombres y apellidos completos:

Tipo y número de documento identidad:

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.

Scanned with CamScanner

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.	PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL FORMATO REGISTRO DE PROCESOS DE ACOMPAÑAMIENTO PSICOSOCIAL INDIVIDUAL CON FAMILIAS, CUIDADORAS Y CUIDADORES- JARDINES INFANTILES DIURNOS, NOCTURNOS Y CASAS DE PENSAMIENTO INTERCULTURAL	Código: Doc. no controlado Versión: Doc. no controlado Fecha: Página: 1 de 8

NOMBRE DE LA SUBDIRECCION LOCAL	NOMBRE DEL SERVICIO	NIVEL	FECHA DE LA SESIÓN INICIAL		
			DÍA	MES	AÑO
Ciudad Bolivar	J.I Caminos de la Vida	Parvulos	26	09	2024

TIPO DE ATENCIÓN: JI SDIS ____ JI SDISN ____ CPI ____ JI SOCIAL ____ JI COFINANCIADO ____

CAPÍTULO A. DATOS BÁSICOS DE LA NIÑA O EL NIÑO PARTICIPANTE DEL SERVICIO

NOMBRES Y APELLIDOS: Marilyn Celeste Silva Rodriguez

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: NUIP [X] OTRO [ ] NÚMERO 1012474509 FECHA DE NACIMIENTO: 02 | 08 | 2021

SEXO: FEMENINO [X] MASCULINO [ ] INTERSEXUAL [ ] DIRECCION DE VIVIENDA: cl 60B #15A-20 Este.

LA NIÑA O EL NIÑO TIENE ALGUNA DISCAPACIDAD: I [ ] NO [ ] EN ESTUDIO: [ ] Cuál: FISICA [ ] MENTAL [ ] AUDITIVA [ ] VISUAL [ ]

COGNITIVA [ ] SORDOCEGUERA [ ] MULTIDEFICIT [ ] TRASTORNO GENERALIZADO DEL DESARROLLO [ ]

CAPÍTULO B. DATOS DE LA FAMILIA, CUIDADORAS Y CUIDADORES DE LA NIÑA O EL NIÑO

NOMBRE Y APELLIDOS DE LA MAMÁ DE LA NIÑA O EL NIÑO	NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD DE LA MAMÁ DE LA NIÑA O EL NIÑO	NOMBRE Y APELLIDOS DEL PAPÁ DE LA NIÑA O EL NIÑO	NÚMERO DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD DEL PAPÁ DE LA NIÑA O EL NIÑO
Cindy Catherin Rodriguez Guzman	1024579412	Carlos Humberto Silva Osorio	1024566279.

DIRECCION DEL DOMICILIO	TELEFONOS	BARRIO	LOCALIDAD
cl 60B #15A 20 Este.	3013229211	Villas de Casa Loma.	

TIPOLOGÍA FAMILIAR

[ ] COMPUESTA [ ] NUCLEAR [ ] HOMOPARENTAL [X] MONOPARENTAL [ ] EXTENSA [ ] SIMULTÁNEA [ ] DE ACOGIDA

NOMBRES Y APELLIDOS DE LA O EL CUIDADOR PRINCIPAL	PARENTESCO CON LA NIÑA O EL NIÑO	LOCALIDAD DE RESIDENCIA	BARRIO
Cindy catherin Rodriguez Guzm	Mamá	Ciudad Bolivar	Villas de casa loma.

TELEFÓNOS DE CONTACTO	DIRECCIÓN DE RESIDENCIA
3013229211	Cl 60B #15A - 20 Este.

La familia que consulta es o se reconoce dentro de un Grupo Étnico determinado: SI ____ NO X En caso de que la respuesta sea SI, elija el código de acuerdo a lo establecido en el instructivo: ____

La familia que consulta ha sido víctima de conflicto armado? SI ____ NO X En caso de que la respuesta sea SI, elija el código de acuerdo a lo establecido en el instructivo ____

CAPÍTULO C. DESCRIPCIÓN DEL MOTIVO DE REMISIÓN O ATENCIÓN

FUENTE DE REMISIÓN: RESPONSABLE DEL SERVICIO [ ] AUXILIAR O PROFESIONAL DE ATENCIÓN A LA PRIMERA INFANCIA [X] MADRE/PADRE [ ]

PROFESIONAL TRANSVERSAL [ ] PROFESIONAL PSICOSOCIAL [ ] OTRO Cuál: ____

SABEDORA O SABEDOR [ ]

MOTIVO DE ATENCIÓN

1. PS NEGLIGENCIA O ABANDONO [ ] 2. PS VIOLENCIA FÍSICA [X] 3. PS VIOLENCIA PSICOLÓGICA [ ] 4. DIFICULTADES EN CORRESPONSABILIDAD [ ]

5. PS VIOLENCIA SEXUAL [ ] 6. PS VIOLENCIA ASOCIADA AL GÉNERO [ ] 7. PS VIOLENCIA EN EL CONTEXTO INSTITUCIONAL [ ] 8. CONSULTA PSICO-JURÍDICA [ ]

9. CONDUCTAS RELACIONADAS CON LA SEXUALIDAD [ ] 10. CONFLICTO FAMILIAR [ ] 11. SEGUIMIENTO POR RIESGO NUTRICIONAL [ ]

12. DIFICULTAD EN EL ESTABLECIMIENTO DE VÍNCULOS [ ] 13. DIFICULTAD EN LA EXPRESIÓN Y GESTIÓN EMOCIONAL [ ] 14. DIFICULTAD EN PRÁCTICAS DE CRIANZA [ ]

15. ACOMPAÑAMIENTO A LOS PROCESOS DE VINCULACIÓN [ ] 16. OTRO [ ] CUÁL: ____

Scanned with CamScanner

SI EL MOTIVO DE ATENCIÓN SE RELACIONA CON PRESUNTO VIOLENCIA EN EL CONTEXTO INSTITUCIONAL, INDIQUE LA INSTITUCIÓN O PERSONA QUE POSIBLEMENTE LO GENERÓ:

RESPONSABLE DEL SERVICIO____ SABEDORA, SABEDOR, AUXILIAR O PROFESIONAL DE ATENCIÓN A LA PRIMERA INFANCIA ____ PROFESIONAL DE APOYO TRANSVERSAL ____ SALUD ____ ICBF

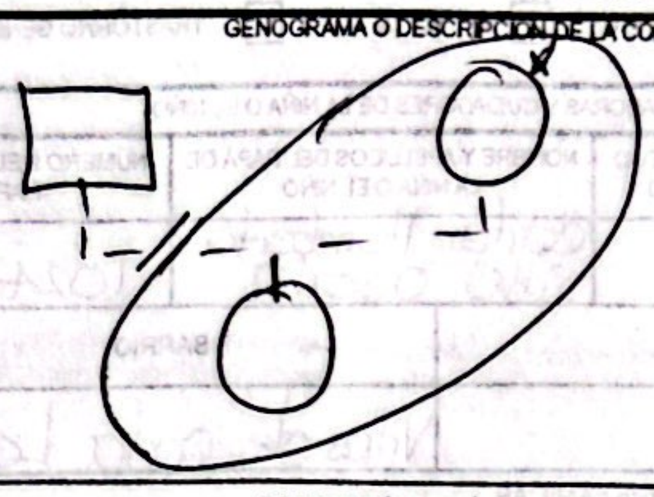
COMISARÍA DE FAMILIA ____ PERSONERÍA ____ OTRO ____ Cuál: _____

DESCRIPCIÓN DEL MOTIVO DE REMISIÓN O ATENCIÓN:

La progenitora de la niña informa a la docente Diana que en su hogar esta viviendo una situación de violencia intrafamiliar por ello solicita orientación y seguimiento, tambien informa que ella acudio a la comisaria de familia y a la fiscalia, donde no le ofrecieron el apoyo que requeria.

CAPÍTULO D. DESCRIPCIÓN DE LA DINÁMICA FAMILIAR Y DE LA SITUACIÓN

GENOGRAMA O DESCRIPCIÓN DE LA COMPOSICIÓN FAMILIAR



DESCRIPCIÓN Y ANÁLISIS GENERAL DE LA SITUACIÓN:

Se realiza atencion individual a Progenitora, la cual refiere que ha sido victima de violencia por su pareja, informa que se acerco a la comisaria de familia para interponer denuncia pero esta entidad no recepciono el caso, informando que no era de su competencia, refiere que actualmente esta separada pero su ex pareja la busca para pedirle que vuelvan, violentandola fisica y verbalmente, estas agresiones son en presencia de la niña motivo por el cual Marilyn solicita a su madre, en este momento el grupo familiar esta refugiado en una vivienda familiar.

FACTORES DE RIESGO DETECTADOS DURANTE EL ACOMPAÑAMIENTO O REFERIDOS POR QUIEN REMITE

1. Antecedentes de violencia en la familia [X] 2. Enfermedad física o mental [ ] 3. Alto grado de vulnerabilidad [ ] 4. Crisis Familiar [ ] 5. Discapacidad [ ]

6. Consumo de sustancias psicoactivas [ ] 7. Victimas o afectados por el conflicto armado [ ] 8. Alta rotación de cuidadoras o cuidadores [ ]

9. Consumo de alcohol [ ] 10. Prácticas de crianza basadas en la violencia [ ] 11. Otro [ ] Cuál: _____

DESCRIPCIÓN DE RECURSOS Y REDES DE APOYO IDENTIFICADOS:

Red de apoyo economica para el nucleo familiar progenitora, quien se desempeña como cuidate de maquina plana, red de apoyo emocional y afectiva no hay

Scanned with CamScanner

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.	PROCESO SISTEMA DE GESTIÓN FORMATO REGISTRO DE PROCESOS DE ACOMPAÑAMIENTO PSICOSOCIAL INDIVIDUAL - JARDINES INFANTILES DIURNOS, NOCTURNOS Y CASAS DE PENSAMIENTO INTERCULTURAL	Código: Versión: Fecha: Página: 3 de 8

ACONTECIMIENTOS SIGNIFICATIVOS EN LA VIDA DE LA NIÑA O EL NIÑO O EN SU DINÁMICA FAMILIAR:

Violencia intrafamiliar por parte de su pareja.

DATOS RELEVANTES DEL DESARROLLO DE LA NIÑA O EL NIÑO:

Marilyn, fue una niña planeada, nace a las 40 semanas de gestación, parto normal, sin hospitalizaciones, desarrollo normal.

ACUERDOS Y COMPROMISOS CON LA FAMILIA, CUIDADORA O CUIDADOR:

Presentada se compromete a iniciar proceso con Comisaría, casa de igualdad y oportunidades, tribu, Sapoltes de atención al J.I.

Se Orienta en garantía de derechos, Casa de Igualdad Oportunidades y Secretaría de la mujer.

De acuerdo a lo observado, ¿se decide realizar activación de ruta por presunta vulneración de derechos? SI ____ NO X
De acuerdo a lo observado ¿se decide realizar ampliación de información ante autoridad compente por una ruta activada previamente? SI ____ NO X
Si la respuesta a cualquiera de las dos preguntas es SI, diligencie el numeral 7.

NOMBRE DE LA O EL PROFESIONAL PSICOSOCIAL: Beatriz Pedraza Cobos FIRMA:

NOMBRE DE LA O EL PARTICIPANTE EN LA SESIÓN: Cindy Catherin Rodriguez Guzman PARENTESCO: = Mamá

NUMERO DE IDENTIFICACIÓN 1024579417 FIRMA: Catherin Rodriguez

NOMBRE DE LA O EL PARTICIPANTE EN LA SESIÓN: PARENTESCO:

NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: FIRMA:

Si durante la sesión se contó con acompañamiento por parte de una persona perteneciente al equipo de trabajo del servicio de jardines infantiles o de profesional de apoyo transversal relacionar los datos solicitados a continuación:

NOMBRE DE LA O EL PROFESIONAL: ROL:

FIRMA:

CAPÍTULO E. SESIONES COMPLEMENTARIAS DE SEGUIMIENTO RESPECTO DE LA SITUACIÓN

SEGUNDA SESIÓN:	DD	MM	AAAA

AVANCES Y DESARROLLO DE LA SESIÓN:

Scanned with CamScanner