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: 29/07/2024 Nivel: Pre Jardin A

Nombre del jardín infantil o casa de pensamiento intercultural Jardin Infantil Caminos de la vida

Nombres y apellidos de la niña o el niño: Obrayan Salas Vasquez

Fecha de nacimiento: 02/02/2021 Edad 3 años Número de documento de identidad: 1042066253

Nombre de la madre, padre, cuidadora o cuidador principal: Kadris Dalila Vasquez

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:

El niño Obrayan Salas Vasquez Presenta comportamientos Indeccuados con sus pares, Como tambien la señora Kadris Dalila Vasquez madre del niño en mencion Solicito apoyo Con el area de Psicologia

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

la docente Nardy Pineda a traves de novedades a expresado los comportamientos del niño Obrayan Salas a su vez de manera verbal se le ha informado a su acudiente Kadris Vasquez madre del niño Obrayan Salas

Scanned with CamScanner

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: __X__ Profesional en Educación Especial: ____ Auxiliar de atención a la primera infancia _____ Profesional de atención a la primera infancia: _____ Responsable del servicio _____ Otro: _____ ¿Cuál? _____

VII. Nombre de quien remite: Nardy Pineda ladino Firma: Nardy Pineda

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

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

Firma: _____

X. Recomendaciones entregadas por el profesional transversal para abordaje del caso: Fecha: 15/08/2024.

Estar en constante seguimiento con el niño, implementar actividades pedagogicas enfocadas en liberación de emosiones, pautas de crianza, buen trato, respeto.

XI. Seguimiento realizado por la o el profesional transversal:

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: 15-agosto-2021
Jardín Infantil o Casa de Pensamiento Intercultural: J.I Caminos de la Vida	Localidad: Ciudad Bolívar
Nombre de la niña o niño: Obrayan Salas Vasquez	Edad: 3 años
Nivel: Pre-Jardín	Tipo y número documento de identidad: NUIP. 1042005252
Nombre madre, padre, cuidadora o cuidador: Nadis Dalila Vasquez Cavantes	
Edad: 20 años	Tipo y número documento de identidad: C.C 1042000259
Teléfonos de contacto: 3028303339	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, Khadris Dalila Vasquez Cervantes identificada(o) con tipo y número de documento de identidad 1042000259 de Bolivar. y _____ identificada(o) con tipo y número de documento de identidad _____ de _____ en calidad de representante(s) legal(es) de la niña o niño Obayan Salas Vasquez con tipo de documento y número de identificación 1042006252 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 15 del mes agosto del año 2024 en la ciudad de Bogota.

Acepto ☒ No acepto ☐ (Marque con una x)

KADRIS VASQUE CERVANTES
1042000259
3028303339

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

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

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

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

I. DATOS INICIALES Y DE IDENTIFICACIÓN DEL NIÑO O NIÑA

(1). Identificación Niño-a NUIP: 104-20003252

(2).Nombres Niño-a: Obrayan, **(3). Apellidos Niño-a:** Salas Vasquez

(4).Sexo: 01 Hombre 02 Mujer 03 Intersexual: 1, **(5).Fecha de Nacimiento día** 2, **Mes** 2 **Año** 21.

(6). Nombre Padres/Cuidadores Yadis Dalila Vasquez Cardenas

Madre adolescente: Si X **No**___ **Menor de 14 años Si**___ **No** X **Entre 14 –17.11años Si** X **No**___

Si la madre es adolescente señale:

Discapacidad No **Cuál**___ **Etnias** No **Víctima del conflicto armado** No

(7).Fecha de Nacimiento día 20 **Mes** 6 **Año** 04. **(8).Teléfono(s)** 3028303339 **(9).Dirección** cl 63A sur #75-12

(10). Barrio: Tres Reyes **(11). Modalidad de gestión AIPI Jardín** 1. SDIS X 2. MIXTA___

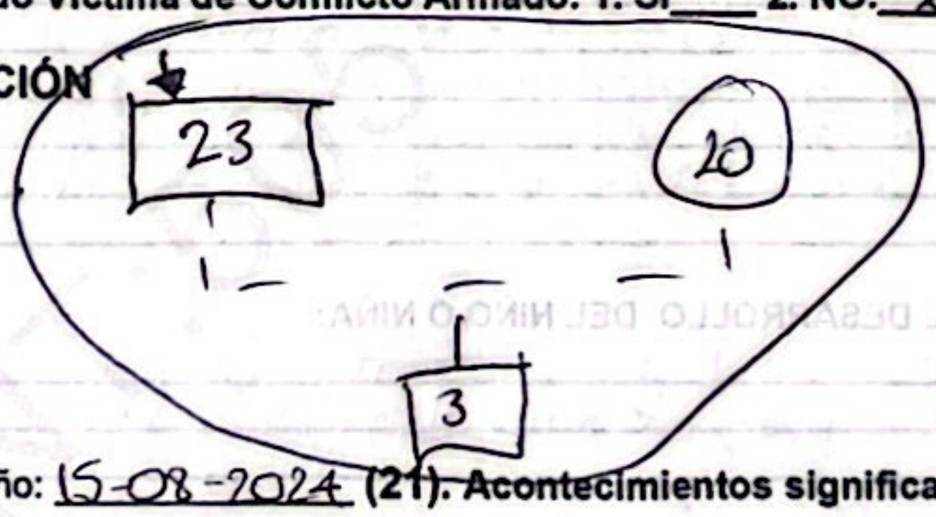
3.COFINANCIADO X 4. SOCIALES.___ 5. OTRA.___

CUAL___ **(12).Localidad:.** 19 **(13). Jardín:** Caminos de la Vida **(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)** No.

(18). La familia que consulta ha sido Víctima de Conflicto Armado. 1. SI___ **2. NO.** X

(19) GENOGRAMA O DESCRIPCIÓN



(20).Fecha de atención: día/mes/año: 15-08-2024 **(21). Acontecimientos significativos en el último año:**___

Presentara no reporta acontecimientos significativos en el ultimo año con su nucleo familiar.

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 X, 2.Agresividad X, 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: No

*La orientación se presenta en el marco de un caso de enfoque diferencial Si____ No X Ruta de atención: Género No Víctima del conflicto armado No Discapacidad No

Scanned with CamScanner

(25). SESIÓN No. UNO

MOTIVO DE CONSULTA O DE REMISIÓN:

Presenta comportamientos inadecuados con sus pares. La progenitora solicita apoyo psicosocial para su hijo.

DESCRIPCIÓN Y ANÁLISIS GENERAL DE LA SITUACIÓN :

En atención con progenitora refiere que el niño presenta estas conductas disruptivas, teniendo en cuenta que el progenitor vuelve busca no permite que la progenitora realice al niño por este motivo dicen no respeta a la progenitora, en ocasiones se refiere con garabatos hacia su mamá. Se orienta en garantía de derechos rol parental, crianza positiva.

ANTECEDENTES DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL Y/ O RELACIONADOS:

Progenitora niega antecedentes psicosociales.

DESCRIPCIÓN DINAMICA FAMILIAR Y PSICOSOCIAL: RECURSOS Y REDES FAMILIARES

La red de apoyo primaria recae en el núcleo familiar en el progenitor, quien se desempeña como operario de cerveza y progenitora se desempeña como peluquera de casa por días en casas de familia. Red de apoyo emocional abuela materna y tía materna.

DATOS RELEVANTES DEL DESARROLLO DEL NIÑO O NIÑA:

Dicen nace a las 38 semanas de gestación, parto por cesaría, desarrollo normal, sin dificultades de salud.

(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__X__, **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 inapropiadas.1. SI____2. NO__X__, **f.** Cambios en los hábitos sociales. 1. SI___ NO__X__. **g.** Reacciones emocionales-afectivas1. SI____2. NO__X__.

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

La progenitora se compromete a involucrar al proceso al progenitor, implementar pautas de crianza positiva, rol parental

Nombre Psicólogo/a: Beatriz Padilla Cobos **Firma:**

Nombre Padre/Cuidador-a: KADEYS VASQUEZ C **Firma:** KADEYS V.C.

Scanned with CamScanner

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-PS-182 Versión:0 Fecha:31/08/2015 Página: 3 de 4

(28). SESIÓN No. DOS 26-SEP-2024

AVANCES Y DESARROLLO DE LA SESIÓN:

Se realiza atención individual a progenitora por incumplimiento con tamizaje auditiva, visual y crecimiento y desarrollo. progenitora muestra ordenes para estos atenciones, informa que a intentado obtener las citas por medio de llamada, pero no ha sido posible, se retroalimenta del acompañamiento en visita el pasado 26-08-24, se orienta en garantía de derechos y pautas de crianza.

NUEVOS COMPROMISOS CON LOS PADRES Y/O ACUDIENTES:

Progenitora se compromete a traer certificados como fecha limite 26-OCT-2024

-implementar pautas de crianza todos los dias.

Nombre Psicólogo: Beatriz Padraza Cobos **Firma:**

Nombre Padre/Cuidador-a: KAORYS VASQUEZ. C **Firma:** KAORYS VASQUEZ C.

(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:

Scanned with CamScanner