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 Bolívar
Nombre de la niña o niño: Yeichel Samara Pena Santos	Edad: 3 años
Nivel: Pre-jardín	Tipo y número documento de identidad: NUP. 1024610413
Nombre madre, padre, cuidadora o cuidador: Loisa Fernanda Santos Cocais	
Edad: 20 años	Tipo y número documento de identidad: C.C. 1033676773
Teléfonos de contacto: 3043311160	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, Luisa Fernanda Santos Cacais identificada(o) con tipo y número de documento de identidad 1033676773 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 Reichel Samara Pena Santos con tipo de documento y número de identificación 1024610413 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)

- Luisa Fernanda Santos Cacais
- Luisa Santos
- 1033676773

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

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 Caminar de la Vida.	Pre-jardin	26	09	2024

TIPO DE ATENCIÓN: JI SDIS ___ JI SDISN ___ CPI ___ JI SOCIAL ___ JI COFINANCIADO X

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

NOMBRES Y APELLIDOS: Leichel Samara Peña Santos

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: NUIP [X] OTRO [ ] NÚMERO 1024610413 FECHA DE NACIMIENTO: 19 10 2020

SEXO: FEMENINO [X] MASCULINO [ ] INTERSEXUAL [ ] DIRECCION DE VIVIENDA: cl 60B # 77-27 Sor

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
Luisa Fernanda. Santos cecais	1033676773	John Sebastian Peña. Umbarila	1024603302

DIRECCION DEL DOMICILIO	TELEFONOS	BARRIO	LOCALIDAD
cl 60B #77-27 Sor.	3043311160	Tres Reyes II Secta	Ciudad Bolivar

TIPOLOGÍA FAMILIAR

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

NOMBRES Y APELLIDOS DE LA O EL CUIDADOR PRINCIPAL	PARENTESCO CON LA NIÑA O EL NIÑO	LOCALIDAD DE RESIDENCIA	BARRIO
Loisa Fernanda Santos ca.	Mamá	Ciudad Bolivar	Tres Reyes II S.

TELEFÓNOS DE CONTACTO	DIRECCIÓN DE RESIDENCIA
3043111160	cl 60B # 77-27 Sor.

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 [X] 2. PS VIOLENCIA FÍSICA [ ] 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

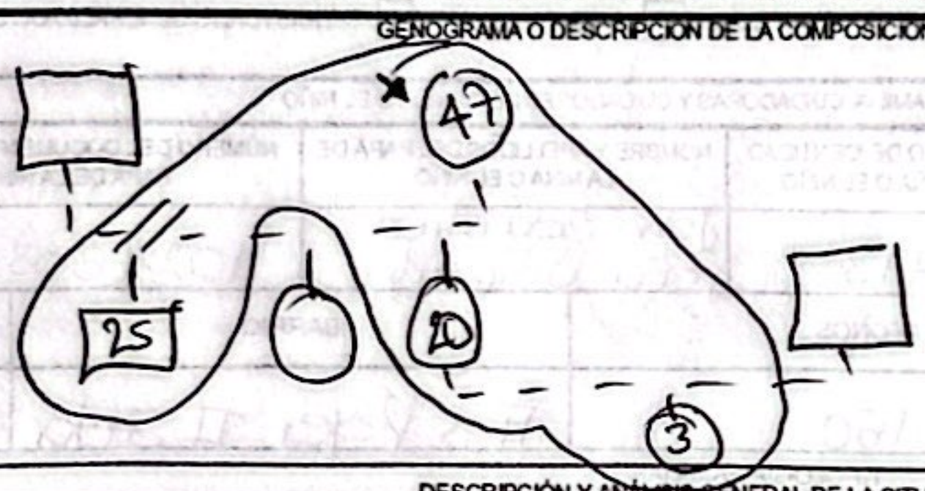
COMISARÍA DE FAMILIA ____ PERSONERÍA ____ OTRO ____ Cuál: _____

DESCRIPCIÓN DEL MOTIVO DE REMISIÓN O ATENCIÓN:

Incumplimiento en certificado medico, auditivo y visual

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

GENOGRAMA O DESCRIPCION DE LA COMPOSICION FAMILIAR



DESCRIPCIÓN Y ANÁLISIS GENERAL DE LA SITUACIÓN:

Se realiza atención individual a Progenitora por incumplimiento con los tamizajes; auditivo y visual, Progenitora refiere que se le ha dificultado traer estos soportes ya que la EPS Sura, brinda esta atención de manera virtual y ella considera inapropiado ya que busca una valoración medica presencial.

Se orienta en interponer PQR ante Superintendencia de Salud, garantía del derecho a la salud, tal protector.

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

1. Antecedentes de violencia en la familia ☐ 2. Enfermedad física o mental ☐ 3. Alto grado de vulnerabilidad ☐ 4. Crisis Familiar ☐ 5. Discapacidad ☐
6. Consumo de sustancias psicoactivas ☐ 7. Víctimas 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 abuela materna de la niña, quien se desempeña en oficios varios, el progenitor de la niña provee gastos economicos para mamá e hija, red de apoyo emocional y afectiva tia materna de la niña

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:

Fallecimiento de abuela materna de progenitora hace 4 meses.

DATOS RELEVANTES DEL DESARROLLO DE LA NIÑA O EL NIÑO:

Samara no fue planeada, pero aceptada, nace a las 37 semanas de gestación, parto normal, sin hospitalizaciones, desarrollo normal.

ACUERDOS Y COMPROMISOS CON LA FAMILIA, CUIDADORA O CUIDADOR:

Progenitora se compromete a solicitar citas y traer certificados de atención, como fecha límite 26-oct-24.

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 Cabos FIRMA:

NOMBRE DE LA O EL PARTICIPANTE EN LA SESIÓN: Luisa Fernanda Santos PARENTESCO: Madre

NUMERO DE IDENTIFICACIÓN 1033676773 FIRMA: Luisa Santos

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