BOGOTÁ | SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL

FORMATO DE REMISIÓN PARA ACOMPAÑAMIENTO PSICOSOCIAL

I Datos básicos

Fecha de remisión: 28/08/2024 Jardín Infantil/Casa de pensamiento: _____ Nivel: PJ-10

Nombres del Niño(a) Liam Salvador Apellidos Acevedo Sandoval
Fecha de Nacimiento: 29-oct-2020 Edad _____ NUIP: 1028958176
Nombre padre, madre o cuidador principal Yisel Paola Sandoval
Números de teléfono de contacto 3202823428
Correo Electrónico _____

II Descripción de la Situación por la que solicita acompañamiento:

El niño con frecuencia no sigue intrucciones, sus pautas de crianza son minimas, no consume casi alimento, le cuesta compartir espacios y elementos ludicos, se tira al piso si no se hace lo que el diga o llora o grita si no se le deja hacer sus acciones inadecuadas

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

IV Fecha recepción del caso por psicología: _____

V Profesional que solicita el seguimiento: Nutricionista___Educador(a) Especial:___Maestra_____
Otro__ ¿Cuál?___Psicologia

VI Nombre de quien remite: _____
Teléfono de quien remite:
Correo de quien remite:
Responsable del servicio Jardín Infantil/Casa de pensamiento:

VII Nombre profesional en psicología: Nancy Abril

VIII Recomendaciones por el profesional para abordaje del caso:

Recibido 5/septiembre/2024

Scanned with CamScanner

BOGOTÁ | SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL

FOR-GD-002
Página 1 de 2

ACTA N°

FECHA: Bogotá, 05-09-2024

HORA: 8:33 2m.

LUGAR: J.I. Celestin Piedra Verde. F.

TEMA: Seguimiento

ASISTENTES:

Progenitora del niño Liam Acevedo, maestra o profesional de primera infancia Psicología

ORDEN DEL DÍA:

Familia del niño Liam Salvador Acevedo. Se orienta por pautas de crianza.

DESARROLLO:

Se charla con la progenitora sobre la importancia de las pautas de crianza.

- Se orienta la madre de familia que hay que brindarle al niño consejos y herramientas respecto a la crianza del niño con el fin de generar las condiciones para que Liam tenga un desarrollo saludable y emocionalmente portalecerlo.

- A veces grita porque expresar de otra manera lo que sienten pero hay que controlar con pautas de crianza, con disciplina y sin agresividad.

- Es selectivo en los alimentos pude ser su olfa muy sensible. Lo que hace que perciban los sabores con intencidad.

Scanned with CamScanner

"La progenitora se compromete a tener dialogo en casa con disciplina y sin agresividad para enseñarle pautas de crianza.

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
Yudith Sandoval.	Mamá	Jardín Colsubsidio.	
Nancy Abril	Psicologa	SDIS	

Anexos:

Elaboró: Nancy Abril

Scanned with CamScanner

I. DATOS INICIALES Y DE IDENTIFICACIÓN DEL NIÑO O NIÑA

(1). Identificación Niño-a NUIP: 1028958116

(2).Nombres Niño-a: Liam Salvador **(3). Apellidos Niño-a:** Acevedo Sandoval.

(4).Sexo: 01 Hombre 02 Mujer 03 Intersexual: 01 **(5).Fecha de Nacimiento día** 27 **Mes** 10 **Año** 2021

(6). Nombre Padres/Cuidadores Yiseth Paola Sandoval Lamerano

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___ **Cuál**_____ **Etnias**___ **Víctima del conflicto armado**___

(7).Fecha de Nacimiento día 29 **Mes** 12 **Año** 2000 **(8).Teléfono(s)** 3202823428 **(9).Dirección:** Calle 32c-f24b

(10). Barrio: La Gaitana **(11). Modalidad de gestión AIPI Jardín 1. SDIS**___**2. MIXTA**___

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

CUAL_____**(12).Localidad:** Suba **(13). Jardín:** Celestin P.V **(14).**

Nivel P.JARDIN **(15). Tipología familiar:** 1. Biparental: __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.** _____ **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 de Conflicto Armado. 1. SI____ **2. NO.**____

(19) GENOGRAMA O DESCRIPCIÓN

(20).Fecha de atención: día/mes/año: 08-09-20 **(21). Acontecimientos significativos en el último año:** es muy artistico le gusta las horas de arte, entiende bien la participacion en las actividos.

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_____,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: X 2. Asesoría: ___ 3. Activación ruta RD: ___

MUESTRA

Scanned with CamScanner

*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:

El niño no recibe instrucciones de faltan pautas de crianza en casa. y no consume los alimentos en el jardin muy selectivo

DESCRIPCIÓN Y ANÁLISIS GENERAL DE LA SITUACIÓN :

El niño no sigue instrucciones de la maestra. y es selectivo con la alimentacion o caprichoso. debe tener crianza positiva. y disciplina sin agresiones.

ANTECEDENTES DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL Y/ O RELACIONADOS:

Es remitido a pautas de crianza en la E.P.S. y en casa.

DESCRIPCIÓN DINAMICA FAMILIAR Y PSICOSOCIAL: RECURSOS Y REDES FAMILIARES

muchos niños critan por que no saben expresar de otra manera lo que sienten o pude ser los critos señal de frustracion o angustia, que podria ser por diversos problemas familiares

DATOS RELEVANTES DEL DESARROLLO DEL NIÑO O NIÑA:

Es muy bueno para participar en las actividades de arte

(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____, **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:

tener pautas de crianza en casa. con amor y disciplina y en la E.P.S.

ANULADO 2016-03-10 08:00:15

Scanned with CamScanner

Nombre Psicólogo/a: Nancy Ariel 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:

RADICADO NT-20540-3/08/2015

Scanned with CamScanner

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:_____
_____
_____

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.

MEMO INT 50540 31/08/2015

Scanned with CamScanner

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

Scanned with CamScanner

	PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL FORMATO REGISTRO DE NOVEDADES	Código: FOR-PSS-309 Versión: 0 Fecha: Memo I2021015900 - 20/05/2021 Página: 1 de 2

LOCALIDAD: SUBA UNIDAD OPERATIVA: JICC PIEDRA VERDE RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA: MONICA DONILLA

NIVEL: PJ 10 NUIP: 1026958116 NIÑA O NIÑO: LIAM SALVADOR ACEVEDO SANDOVAL

MADRE/PADRE/CUIDADOR DE LA NIÑA O EL NIÑO: YISETH SANDOVAL

ACUDIENTE PRINCIPAL: YISETH SANDOVAL PROFESIONAL ENCARGADO DEL NIVEL: HEIDY JOHANNA ALARCON

TIPO DE NOVEDAD	1	2	3	4	5	6	7	X	9	10	Se realizó activación de póliza: SI ____ NO X	Se realizó activación de ruta: SI ____ NO X

FECHA	HORA	LUGAR	DESCRIPCIÓN DE NOVEDAD
05-04-2024	11:30	JICC PV Aula PJ-10	Siendo las 11:30 a.m la profesional Nancy Abril psicologa de SDIS hace entrega a la profesional Heidy Alarcon profesional API, la siguiente documentación: - Remisión para acompañamiento psicosocial - Acta - Formato trabajo individual con familias Dichos documentos reposan en la historia social del niño bajo los folios 29, 30, 31, 32 y 33. Se hace lectura de la novedad y firma de acuerdo a conformidad

NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD	NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR
Heidy Alarcon - Profesional API	Nancy Abril Psicosocial.

TIPO DE NOVEDAD	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Se realizó activación de póliza: SI ____ NO ____	Se realizó activación de ruta: SI ____ NO ____

FECHA	HORA	LUGAR	DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD

NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD	NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR

TIPO DE NOVEDAD	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Se realizó activación de póliza: SI ____ NO ____	Se realizó activación de ruta: SI ____ NO ____

FECHA	HORA	LUGAR	

NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD	NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR

Scanned with CamScanner