ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL	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: NO CONTROLADO Versión: NO CON Fecha: Página: 1 de 8

NOMBRE DE LA SUBDIRECCION LOCAL	NOMBRE DEL SERVICIO	NIVEL	FECHA DE LA SESIÓN INICIAL		
			DÍA	MES	AÑO
Suba	Jardin Infantil Fana	Parvulos I	10	10	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: Emmanuel Lambraño Contreras

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: NUIP [X] OTRO [ ] NÚMERO 1233924350 FECHA DE NACIMIENTO: DD MM AAAA

SEXO: FEMENINO [ ] MASCULINO [X] INTERSEXUAL [ ] DIRECCION DE VIVIENDA: Cll 156 No 100 82

LA NIÑA O EL NIÑO TIENE ALGUNA DISCAPACIDAD: SI [ ] 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
Juliarys Contreras	1101815569	Daniel Lambraño	18882405

DIRECCION DEL DOMICILIO	TELEFONOS	BARRIO	LOCALIDAD
Cll 156 No 100 82	3143733193	Tuna Baja	Suba

TIPOLOGÍA FAMILIAR

[ ] COMPUESTA [X] NUCLEAR [ ] HOMOPARENTAL [ ] 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
Leidy Depulveda	ninguno	Suba	Tuna Baja.

TELEFÓNOS DE CONTACTO	DIRECCIÓN DE RESIDENCIA
3057360580	Cll 134 A No 99 61

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 [X] PROFESIONAL PSICOSOCIAL [ ] OTRO Cuál: ____

SABEDORA O SABEDOR [ ]

MOTIVO DE ATENCIÓN

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

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:

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 ____

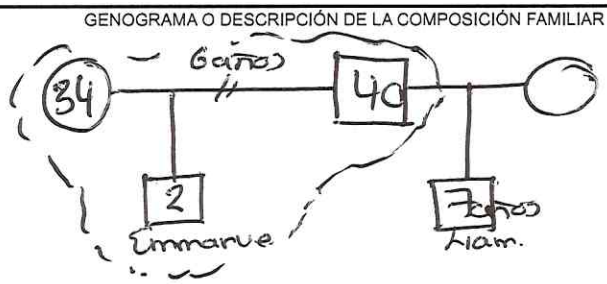
COMISARÍA DE FAMILIA ____ PERSONERÍA ____ OTRO ____ Cuál: _____

DESCRIPCIÓN DEL MOTIVO DE REMISIÓN O ATENCIÓN:

La profesional de primera infancia remite por Conductas disruptivas en el aula y con sus compañeros, "se lanza al piso, es "agresivo" con sus pares en una ocasión se orino no cuso proceso que ya había superado.

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:

Emmanuel vive en una familia nuclear, los cuidadores principales son sus progenitores y una señora quien es la cuidadora en horas de la tarde se evidencian pautas de crianza autoritarias por parte de su progenitor, igualmente se realiza acta de compromiso para que los padres sean corresponsables con las terapias del niño.

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: No se evidencia red de apoyo familiar ya que la familia paterna y materna

Sur de Suba.

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL	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: Ninguna.

DATOS RELEVANTES DEL DESARROLLO DE LA NIÑA O EL NIÑO: Terapias de lenguaje.

ACUERDOS Y COMPROMISOS CON LA FAMILIA, CUIDADORA O CUIDADOR: -Se realiza asesoria en practicas de Crianza Sensibles y receptivas a la necesidad del niño, ya que se evidencias pautas de crianza autoritarias, se brindan estrategias para el dialogo y cumplimiento de instrucciones, se solicita iniciar con pautas de Crianza democraticas ya que la ansiedad o ser autentano incrementa conductas disruptivas en Emmanuel, Seguir normas y rutinas que establexan habitos en el hogar.

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

NOMBRE DE LA O EL PROFESIONAL PSICOSOCIAL: Diana Marcela Herera FIRMA:

NOMBRE DE LA O EL PARTICIPANTE EN LA SESIÓN: Juliarys Contreras PARENTESCO: Madre

NUMERO DE IDENTIFICACIÓN 1101815569 FIRMA: Juliarys Contreras

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

NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: _____ FIRMA: _____

Si durante la sesiòn 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: 06 | 11 | 2024

AVANCES Y DESARROLLO DE LA SESIÓN: Se realiza asesoria al progenitor de Emmanuel de Crianza respetuosa y Sensible brindando estrategias para la misma de regulacion emocional y actividades ludicas para la respiracion, se enfatiza en practicas democraticas y de participacion del niño.

NUEVOS ACUERDOS O COMPROMISOS CON LA FAMILIA, CUIDADORA O CUIDADOR :

- Asistir a las 11 Sesiones integrales programadas
- Realizar las estrategias brindadas
- Iniciar procesos y rituales democráticos y de participación

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 ___
Si la respuesta a cualquiera de las dos preguntas es SI, diligencie el numeral 7.

NOMBRE DE LA O EL PROFESIONAL PSICOSOCIAL: Diana Marcela Neira Neira FIRMA:

NOMBRE DE LA O EL PARTICIPANTE EN LA SESIÓN: Daniel Santiago Bohorquez PARENTESCO: Papá

NUMERO DE IDENTIFICACIÓN -1888405 FIRMA:

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

NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: FIRMA:

Si durante la sesiòn 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:

TERCERA SESIÓN:	DD	MM	AAAA

AVANCES Y DESARROLLO DE LA SESIÓN:

NUEVOS ACUERDOS O COMPROMISOS CON LA FAMILIA, CUIDADORA O CUIDADOR: