O

I. DATOS INICIALES Y DE IDENTIFICACIÓN DEL NIÑO O NIÑA

(1). Identificación Niño-a NUIP: CD.0755 1944

(2).Nombres Niño-a: Diego Alejandro (3). Apellidos Niño-a: Arteaga Alcantara

(4).Sexo: 01 Hombre 02 Mujer 03 Intersexual: 01 (5).Fecha de Nacimiento día 28 Mes 01 Año 2021

(6). Nombre Padres/Cuidadores Sugey Odalys Alcantara

Madre adolescente: Si___ No___ Menor de 14 años Si___ No___ Entre 14 –17.11años Si___ No_____

Si la madre es adolescente señale:

Discapacidad NO Cuál_____ Etnias NO Víctima del conflicto armado NO

(7).Fecha de Nacimiento día__ Mes__ Año___. (8).Teléfono(s) _____, (9).Dirección: Kra 77 #65 B-50

(10). Barrio:_____(11). Modalidad de gestión AIPI Jardín 1. SDIS___2. MIXTA_____

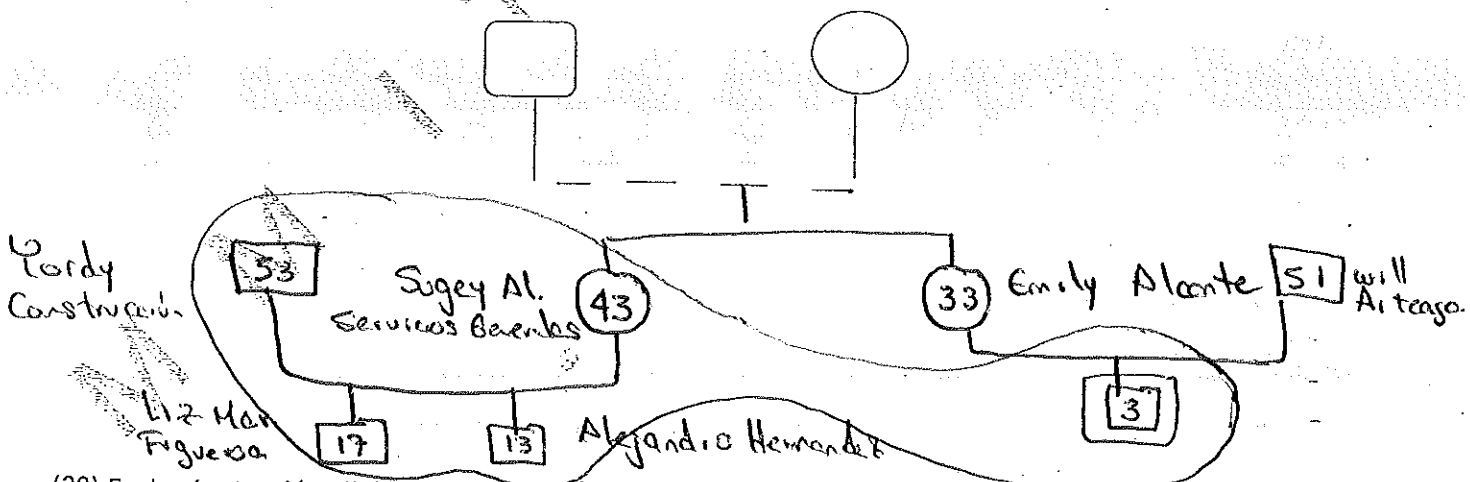
3.COFINANCIADO X 4. SOCIALES._____ 5. OTRA.____

CUAL_____(12).Localidad: 07 (13). Jardín: Rosales (14).

Nivel Pre-J. C (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: 14-06/24 (21). Acontecimientos significativos en el último año: 2024

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 X Cuál Proceso Custodia (24) Tipo de acción: 1.Orientación: ___ 2. Asesoría: ___ 3. Activación ruta RD: ___

*La orientación se presenta en el marco de un caso de enfoque diferencial Si____ No____ Ruta de atención: Género____ Víctima del conflicto armado___ Discapacidad ___

(25). SESIÓN No. UNO

MOTIVO DE CONSULTA O DE REMISIÓN:

Se realiza Visita domiciliaria Fallida, se convoca a progenitora por remisión de la profesional de primera infancia quien indica que el niño llega al jardín con olor en la ropa de cigarrillo, y en ocasiones se le indicó a la tía materna quien esta bajo el cuidado del niño.

DESCRIPCIÓN Y ANÁLISIS GENERAL DE LA SITUACIÓN :

Tia materna indica que ha realizado socialización y establecido normas de espacios para que el tío y tia puedan fumar en casa (fuera de la vivienda, que no afecte y vulnere los derechos del niño en su integridad.

La señora Sugey indica que desde mas de un año tiene al niño, ya que la progenitora del niño consume sustancias psicoactivas y probablemente el padre tambien. Refiere que ha estado en la personeria de Bogota, ya que la direccionan a dicha entidad para acuerdos de custodia.

ANTECEDENTES DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL Y/O RELACIONADOS:

Progenitores consumidores de sustancias psicoactivas, segun indica la tia materna del niño, la señora Sugey Alcantero.

DESCRIPCIÓN DINAMICA FAMILIAR Y PSICOSOCIAL: RECURSOS Y REDES FAMILIARES

Familia de tipologia Extensa, quien reside el señor Will de 51 AÑOS quien labura en construcción, la señora Sugey de 43 AÑOS quien es la persona quien cuida al niño Diego

DATOS RELEVANTES DEL DESARROLLO DEL NIÑO O NIÑA:
El niño es participativo, activo. Sin embargo en las actividades pedagogicas el niño

(26) Comportamiento y Características de el/la niño/niña en el momento del reporte: Señale uno o varios items 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:
- Se cuenta a psicologia materna para establecer custodia provisional legalmente, con entidad competente
- Pedir visita domiciliaria para verificación de condiciones habitacionales.
- Se sugiere fumar fuera de la vivienda

Nombre Psicólogo/a: Haydé Bermúdez Firma:
Nombre Padre/Cuidador-a: Sugey Alcantar Firma: Sugey Alcantar
Nombre Padre/Cuidador-a: Firma:

(28). SESIÓN No. DOS 09/09/24

AVANCES Y DESARROLLO DE LA SESIÓN:
Se realiza articulación con profesional de primera infancia del nivel, quien indica que, la progenitora del niño y quien no tiene la custodia del niño, indica que estuvo en ICBF, para solicitud de denuncia por abandono por parte de la progenitora del niño, tiene audiencia el día 19/12/24.

NUEVOS COMPROMISOS CON LOS PADRES Y/O ACUDIENTES:
Dar a conocer en el Jardin novedades frente al cuidado Colectivo del niño

Nombre Psicólogo: Firma:
Nombre Padre/Cuidador-a: ICBF Firma: Haydé Bermúdez
Nombre Padre/Cuidador-a: Sugey Alcantar Firma:

(29). SESIÓN No. TRES 15/11/24.

AVANCES Y DESARROLLO DE LA SESIÓN:

Se realiza articulación con profesional de primera infancia donde indica no tener novedades frente al cuidado, diligenciado del niño, indicando que aun no se ha presentado los soportes frente a proceso de custodia ya que a la fecha la entrevista es para el día 19/12/24. Desde el jardín no se ha evidenciado algún tipo de vulneración de derechos, por lo tanto, por tiempos se darán cierre al caso.

NUEVOS COMPROMISOS CON LOS PADRES Y/O ACUDIENTES:

Nombre Psicólogo: Haydeé Barrete Firma:
Nombre Padre/Cuidador-a: Firma:

(30) .SESIÓN No. CUATRO

AVANCES Y DESARROLLO DE LA SESIÓN:

NUEVOS COMPROMISOS CON LOS PADRES Y/O ACUDIENTES:

Nombre Psicólogo: Firma:
Nombre Padre/Cuidador-a: 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: 13/11/24

(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.

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. Víctimas de violencia doméstica. 1. SI____ 2. NO____, g. Discapacidad. 1. SI____2. NO____, h .Víctimas de conflicto armado. 1. SI____2. NO____.

Nombre Psicólogo: Hayde Bonilla Firma: _____

	ELABORO	REVISO	APROBO
NOMBRE	*Equipo técnico Subdirección para la Infancia*	*Astrid Eliana Cáceres Cárdenas*	*María Antonia Velasco Guerrero Lideresa del proceso de prestación de los servicios Sociales*
CARGO	*Equipo técnico Subdirección para la Infancia*	*Subdirectora para la Infancia*	*Directora Territoral*