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		
			DIA	MES	AÑO
Sabbal de Engativá	Ji. Arrón Pirulero	Prejardín C	26	02	2025

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: Dathaly Sofía Bermudez Henao

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: NUIP [X] OTRO [ ] NÚMERO 1012.475.823 FECHA DE NACIMIENTO: DD MM AAAA

SEXO: FEMENINO [ ] MASCULINO [ ] INTERSEXUAL [ ] DIRECCION DE VIVIENDA: _____

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
Brenda Vanesa Bolivar	1025455021		

DIRECCION DEL DOMICILIO	TELEFONOS	BARRIO	LOCALIDAD
Cll 65 #105H 21	3212808940		

TIPOLOGÍA FAMILIAR

[ ] COMPUESTA [ ] 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
Brenda Vanesa Bolivar	Madre Fosiñora		

TELEFÓNOS DE CONTACTO	DIRECCIÓN DE RESIDENCIA
3212808940	

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 [ ] 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 [X] CUÁL: Antecedente: Restitución de derechos.

Powered by CamScanner

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: 2 de 8

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

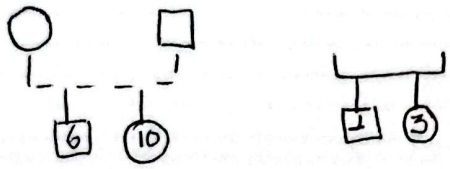
COMISARÍA DE FAMILIA ____ PERSONERÍA ____ OTRO ____ Cuál: _____

DESCRIPCIÓN DEL MOTIVO DE REMISIÓN O ATENCIÓN:

La profesional comenta antecedente de proceso de restitución de derechos

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:

Antecedente Obligencia asociado a signos de alerta por presunta violencia al interior del contexto familiar.

El acompañamiento desde área de Psicología se realiza en favor del crecimiento del proceso en entidad competente con el fin de garantizar proceso adecuado.

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

1. Antecedentes de violencia en la familia [X] 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 familia de alegría

Red de apoyo institucional ICBF.

Powered by CamScanner

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: Desde DS 20 Cathaly y su hermano se encuentran en Hogar SUSTITUTO desde Octubre de 2024.

DATOS RELEVANTES DEL DESARROLLO DE LA NIÑA O EL NIÑO:

ACUERDOS Y COMPROMISOS CON LA FAMILIA, CUIDADORA O CUIDADOR:
1). Socializar novedades con respecto a cualquier alerta en el desarrollo infantil o con respecto al proceso socio legal relacionado con la ruta de atención.

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: Lorena Pirabán K. FIRMA: [signature]

NOMBRE DE LA O EL PARTICIPANTE EN LA SESIÓN: Brenda Bohorquez PARENTESCO: Madre

NUMERO DE IDENTIFICACIÓN 1010960021 FIRMA: [signature]

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: _____

Powered by CamScanner

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

RE DE LA SUBDIRECCION LOCAL	NOMBRE DEL SERVICIO	NIVEL	FECHA DE LA SESIÓN INICIAL		
			DÍA	MES	AÑO
local Engativá	J.I. Antón Rulero	Prejardín C	26	02	2025

TENCIÓN: JI SDIS ____ JI SDISN ____ CPI ____ JI SOCIAL ____ JI COFINANCIADO X

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

Y APELLIDOS: Ivan Samuel T

TO DE IDENTIFICACIÓN: NUIP [X] OTRO [ ] NÚMERO _____ FECHA DE NACIMIENTO: DD MM AAAA

FEMENINO [ ] MASCULINO [ ] INTERSEXUAL [ ] DIRECCION DE VIVIENDA: _____

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

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
Tania Vargas	1014235656	Andres Tiboche	2012423416

DIRECCION DEL DOMICILIO	TELEFONOS	BARRIO	LOCALIDAD
109 A 70 76	3057173408	Villas del Dorado	

TIPOLOGÍA FAMILIAR

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

BRES Y APELLIDOS DE LA O EL CUIDADOR PRINCIPAL	PARENTESCO CON LA NIÑA O EL NIÑO	LOCALIDAD DE RESIDENCIA	BARRIO
Tania Vargas	Progenitora	Engativá	villas del dorado

TELÉFONOS DE CONTACTO	DIRECCIÓN DE RESIDENCIA

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: ____

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

DE REMISIÓN: RESPONSABLE DEL SERVICIO [ ] AUXILIAR O PROFESIONAL DE ATENCIÓN A LA PRIMERA INFANCIA [X] MADRE/PADRE [ ]

ONAL TRANSVERSAL [ ] PROFESIONAL PSICOSOCIAL [ ] OTRO Cuál: _____

A O SABEDOR [ ]

MOTIVO DE ATENCIÓN

LIGENCIA O ABANDONO [ ] 2. PS VIOLENCIA FÍSICA [ ] 3. PS VIOLENCIA PSICOLÓGICA [ ] 4. DIFICULTADES EN CORRESPONSABILIDAD [ ]

ENCIA SEXUAL [ ] 6. PS VIOLENCIA ASOCIADA AL GÉNERO [ ] 7. PS VIOLENCIA EN EL CONTEXTO INSTITUCIONAL [ ] 8. CONSULTA PSICO-JURÍDICA [ ]

UCTAS RELACIONADAS CON LA SEXUALIDAD [ ] 10. CONFLICTO FAMILIAR [ ] 11. SEGUIMIENTO POR RIESGO NUTRICIONAL [ ]

ULTAD EN EL ESTABLECIMIENTO DE VÍNCULOS [ ] 13. DIFICULTAD EN LA EXPRESIÓN Y GESTIÓN EMOCIONAL [X] 14. DIFICULTAD EN PRÁCTICAS DE CRIANZA [ ]

PAÑAMIENTO A LOS PROCESOS DE VINCULACIÓN [ ] 16. OTRO [ ] CUÁL: _____

Powered by CamScanner

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: 2 de 6

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 ___ K

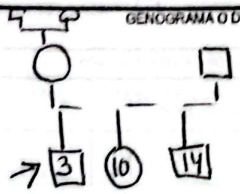
COMISARÍA DE FAMILIA ___ PERSONERÍA ___ OTRO ___ Cuál ___

DESCRIPCIÓN DEL MOTIVO DE REMISIÓN O ATENCIÓN:

La Profesional de atención solicita información y orientación frente a brindar estrategias que permitan proyectar seguridad mental teniendo en cuenta que se identifica que el niño se muestra inseguro en la interacción con pares y su comunicación es escasa.

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:

Como antecedente la Progenitora informó que el año 2024 en valoración medica el niño presento alerta en el lenguaje, Sin embargo, para el seguimiento del presente año el Pediatra refiere que el proceso de lenguaje es adecuado.

Se identifica que el niño muestra vinculación positiva con el adulto y se requiere afianzar interacción con pares.

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: Ninguno.

DESCRIPCIÓN DE RECURSOS Y REDES DE APOYO IDENTIFICADOS:

Redes de familia Extensa: Abuelo maternos del niño.

NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD		NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA	

Powered by CamScanner

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

...S SIGNIFICATIVOS EN LA VIDA DE LA NIÑA O EL NIÑO O EN SU DINÁMICA FAMILIAR:
Lateno.

...OS DEL DESARROLLO DE LA NIÑA O EL NIÑO:
Con proceso de desarrollo acorde para la edad
...stablece como propósito fortalecer habilidades de lenguaje

...COMPROMISOS CON LA FAMILIA, CUIDADORA O CUIDADOR:
...mentar estrategias brindadas desde área de Psicología para
...cer comunicación y lenguaje oral y expresivo, de acuerdo a
...caso entregado.
...ucar técnica de Programación Neurolingüística para fortalecer
...encia y fortalecer autoconfianza.
...ar acciones para Potenciar seguridad infantil.

...bservación: ¿se decide realizar activación de ruta por presunta vulneración de derechos? SI ____ NO ____
...bservación ¿se decide realizar ampliación de información ante autoridad compente por una ruta activada previamente? SI ___ NO ___
...cualquiera de las dos preguntas es SI, diligencie el numeral 7.

...O EL PROFESIONAL PSICOSOCIAL: Lorena Prabán R. FIRMA:

...O EL PARTICIPANTE EN LA SESIÓN: • Stefania Vargas PARENTESCO: • madre

...ENTIFICACIÓN • 1014235656 FIRMA: •

...O EL PARTICIPANTE EN LA SESIÓN: PARENTESCO:

...ENTIFICACIÓN: FIRMA:

...ión 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 ...rmación:

...O EL PROFESIONAL: ROL:

CAPÍTULO E. SESIONES COMPLEMENTARIAS DE SEGUIMIENTO RESPECTO DE LA SITUACIÓN

SEGUNDA SESIÓN:	DD	MM	AAAA

...DESARROLLO DE LA SESIÓN:

Powered by CamScanner