

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.	PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL		Código: Doc. no controlado
	FORMATO REGISTRO DE PROCESOS DE ACOMPAÑAMIENTO PSICOSOCIAL INDIVIDUAL CON FAMILIAS, CUIDADORAS Y CUIDADORES- JARDINES INFANTILES DIURNOS, NOCTURNOS Y CASAS DE PENSAMIENTO INTERCULTURAL		Versión: Doc. no controlado
			Fecha:
			Página: 1 de 8

NOMBRE DE LA SUBDIRECCIÓN LOCAL	NOMBRE DEL SERVICIO	NIVEL	FECHA DE LA SESIÓN INICIAL		
Subdirección de Evaluación	Ji. Anón Pirulero	Prejardín C	DÍA 26	MES 02	AÑO 2025

TIPO DE ATENCIÓN: JI SDIS _____ JI SDISN _____ CPI _____ JI SOCIAL _____ JI COFINANCIADO ☒

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

NOMBRES Y APELLIDOS: Dathaly Sofía Bermudez Henao

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: NUIP ☒ OTRO ☐ NÚMERO 1012.475.823 FECHA DE NACIMIENTO: DD MM AAAA

SEXO: FEMENINO ☐ MASCULINO ☐ INTERSEXUAL ☐ DIRECCIÓN DE VIVIENDA: _____

LA NIÑA O EL NIÑO TIENE ALGUNA DISCAPACIDAD: ☐ NO ☐ EN ESTUDIO: ☐ Cuál: FÍSICA ☐ 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 Camesa Belívar	1015455021		

DIRECCIÓN DEL DOMICILIO	TELÉFONOS	BARRIO	LOCALIDAD
Cll 65 #105 H 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 Camesa Belívar	Madre		

TELÉFONOS DE CONTACTO	DIRECCIÓN DE RESIDENCIA
321 280 8940	

La familia que consulta es o se reconoce dentro de un Grupo Étnico determinado: SI _____ NO ☒ 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 ☒ 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 ☒ MADRE/PADRE ☐

PROFESIONAL TRANSVERSAL ☐ PROFESIONAL PSICOSOCIAL ☐ OTRO Cuál: _____

SABEDORA O SABEDOR ☐

MOTIVO DE ATENCIÓN

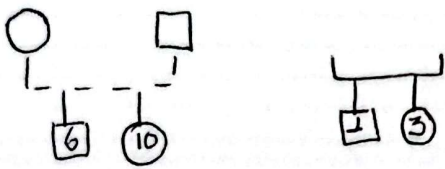
1. PS NEGLIGENCIA O ABANDONO ☐ 2. PS VIOLENCIA FÍSICA ☐ 3. PS VIOLENCIA PSICOLÓGICA ☐ 4. DIFICULTADES EN CORRESPONSABILIDAD ☐

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 ☒ CUÁL: Antecedente: Restricción de derechos.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. OFICINA GENERAL DE REGISTRO Y SEGUIMIENTO	PROCESO SISTEMA DE GESTIÓN		Código: _____ Versión: _____ Fecha: _____ Página: 2 de 8
	FORMATO REGISTRO DE PROCESOS DE ACOMPAÑAMIENTO PSICOSOCIAL INDIVIDUAL - JARDINES INFANTILES DIURNOS, NOCTURNOS Y CASAS DE PENSAMIENTO INTERCULTURAL		
	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 continúa 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 Negligencia asociado a signos de alerta por presunto Udelas al interior del contexto familiar.			
El acompañamiento desde área de Psicología se realiza en favor del crecimiento del proceso en entidad competente (en 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 ☒	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 abogada			
Red de apoyo institucional ICBF.			



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:

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 medidas en respecto a cualquier alerta en el desarrollo
infantil o en respecto al proceso socio legal relacionado
en 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 competente 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:

Javier Piraben R.

FIRMA:

Olivero

NOMBRE DE LA O EL PARTICIPANTE EN LA SESIÓN:

Brenda Bohua

PARENTESCO:

M. Sust. for

NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN

1015465021

FIRMA:

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: