

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
--	---

DE LA SUBDIRECCIÓN LOCAL	NOMBRE DEL SERVICIO	NIVEL	FECHA DE LA SESIÓN INICIAL
Local Eganua	J.I. Antón Ruitero	Prejacin C	DÍA 26 MES 02 AÑO 2025
ATENCIÓN: JI SOIS ☐ JI SOISN ☐ CPI ☐ JI SOCIAL ☐ JI COFINANCIADO ☒			

CAPÍTULO A. DATOS BÁSICOS DE LA NIÑA O EL NIÑO PARTICIPANTE DEL SERVICIO			
NOMBRE Y APELLIDOS: <u>Ivan Samuel T</u>			
TIPO DE IDENTIFICACIÓN: NUP ☒ OTRO ☐ NÚMERO _____		FECHA DE NACIMIENTO: DD MM AAAA	
FEMENINO ☐ MASCULINO ☐ INTERSEXUAL ☐		DIRECCIÓN DE VIVIENDA: _____	
EL NIÑO TIENE ALGUNA DISCAPACIDAD: ☐ SI ☐ NO ☐ EN ESTUDIO: ☐ Cuál: FÍSICA ☐ MENTAL ☐ AUDITIVA ☐ VISUAL ☐			
COGNITIVA ☐ SORDOCEGUERA ☐ MULTIDÉFICIT ☐ TRASTORNO GENERALIZADO DEL DESARROLLO ☐			

CAPÍTULO B. DATOS DE LA FAMILIA, CUIDADORAS Y CUIDADORES DE LA NIÑA O EL NIÑO			
APELLIDOS DE LA MADRE DE LA NIÑA O EL NIÑO	NÚMERO DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD DE LA MADRE 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
Elena Vargas	1014235656	Andrés Tibocha	2012423416
DIRECCIÓN DEL DOMICILIO	TELÉFONOS	BARRIO	LOCALIDAD
09 A 70 76	3057173408	Cillas del Perado	

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
Elena Vargas	Progenitora	Eganua	Cillas del Perado
TELÉFONOS DE CONTACTO		DIRECCIÓN DE RESIDENCIA	

¿Se 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: _____

¿Se 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			
DE REMISIÓN: RESPONSABLE DEL SERVICIO ☐ AUXILIAR O PROFESIONAL DE ATENCIÓN A LA PRIMERA INFANCIA ☒ MADRE/PADRE ☐			
DUAL TRANSVERSAL ☐ PROFESIONAL PSICOSOCIAL ☐ OTRO ☐ Cuál: _____			
¿A O SABEDOR ☐			
MOTIVO DE ATENCIÓN			
1. SUGERENCIA O ABANDONO ☐ 2. PS VIOLENCIA FÍSICA ☐ 3. PS VIOLENCIA PSICOLÓGICA ☐ 4. DIFICULTADES EN CORRESPONSABILIDAD ☐			
5. VIOLENCIA SEXUAL ☐ 6. PS VIOLENCIA ASOCIADA AL GÉNERO ☐ 7. PS VIOLENCIA EN EL CONTEXTO INSTITUCIONAL ☐ 8. CONSULTA PSICO-JURÍDICA ☐			
9. ACTAS RELACIONADAS CON LA SEXUALIDAD ☐ 10. CONFLICTO FAMILIAR ☐ 11. SEGUIMIENTO POR RIESGO NUTRICIONAL ☐			
12. FALTA EN EL ESTABLECIMIENTO DE VÍNCULOS ☐ 13. DIFICULTAD EN LA EXPRESIÓN Y GESTIÓN EMOCIONAL ☒ 14. DIFICULTAD EN PRÁCTICAS DE CRIANZA ☐			
15. PAÑAMENTO A LOS PROCESOS DE VINCULACIÓN ☐ 16. OTRO ☐ CUÁL: _____			

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 5

SI EL MOTIVO DE ATENCIÓN SE RELACIONA CON PRESUNTO VIOLENCIA EN EL CONTEXTO INSTITUCIONAL, INDICAR LA INSTITUCIÓN O PERSONA QUE POSIBLEMENTE LO GENERÓ:

RESPONSABLE DEL SERVICIO: _____ SANEADORA, SANEADOR, AUXILIAR O PROFESIONAL DE ATENCIÓN A LA PRIMERA INFANCIA _____ PROFESIONAL DE APOYO TRANSVERSAL _____ SALUD _____

COMISARÍA DE FAMILIA _____ PERSONERÍA _____ OTRO _____ CUI: _____

DESCRIPCIÓN DEL MOTIVO DE REMISIÓN O ATENCIÓN:

La profesional de atención solicita información y orientación familiar para brindar estrategias que permitan proyectar seguridad mental fomentando en cuenta que se identifica que el niño de muestra muestra ansiedad 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

```

graph TD
  M(( )) --- F(( ))
  M --- C3[3]
  M --- C10[10]
  M --- C14[14]
  F --- C3
  F --- C10
  F --- C14
  
```

DESCRIPCIÓN Y ANÁLISIS GENERAL DE LA SITUACIÓN:

Como antecedente la progenitora informa que el año 2024 en valoración médica el niño presentó altera en el lenguaje, sin embargo para el seguimiento del profesional con el pediatra león que el proceso de lenguaje es adecuado.

Se identifica que el niño muestra interacción positiva con el adulto y se requiere apoyar 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: <u>Ninguno.</u>	

DESCRIPCIÓN DE RECURSOS Y REDES DE APOYO IDENTIFICADOS:

Redes de familia extensa: Abuel materno del niño.

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

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

INDICADORES SIGNIFICATIVOS EN LA VIDA DE LA NIÑA O EL NIÑO O EN SU DINÁMICA FAMILIAR.

latino.

PROCESO DEL DESARROLLO DE LA NIÑA O EL NIÑO:

con proceso de desarrollo acorde para la edad
establece como propósito fortalecer habilidades de lenguaje

ACORDOS CON LA FAMILIA, CUIDADORA O CUIDADOR:

implementar estrategias vinculadas desde área de psicología para
mejorar comunicación y lenguaje oral y expresivo, de acuerdo a
nivel exigido.

implementar técnica de Programación Neurolingüística para fortalecer
memoria y fortalecer autoconfianza.

acciones para proteger seguridad infantil.

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

PROFESIONAL PSICOSOCIAL: Lorena Arabin M. FIRMA:

EL PARTICIPANTE EN LA SESIÓN: Stefania Vargas PARENTESCO: madre

IDENTIFICACIÓN: 101413556 FIRMA:

EL PARTICIPANTE EN LA SESIÓN: PARENTESCO:

IDENTIFICACIÓN: FIRMA:

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
situación:

EL PROFESIONAL: ROL:

CAPÍTULO E. SESIONES COMPLEMENTARIAS DE SEGUIMIENTO RESPECTO DE LA SITUACIÓN

SEGUNDA SESIÓN:

DD

MM

AAAA

DESARROLLO DE LA SESIÓN: