	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		
			DÍA	MES	AÑO
Ciudad Bolivar	JI Caracoli	Jardin	23	04	2025

TIPO DE ATENCIÓN: JI SDIS [X] JI SDISN [ ] CPI [ ] JI SOCIAL [ ] JI COFINANCIADO [X]

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

NOMBRES Y APELLIDOS: Maicol Esneider Quitora Olarte

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: NUIP [X] OTRO [ ] NÚMERO 1023418441 FECHA DE NACIMIENTO: 03 04 2020

SEXO: FEMENINO [ ] MASCULINO [X] INTERSEXUAL [ ] DIRECCION DE VIVIENDA: Cll 69 B sur #72B-14

LA NIÑA O EL NIÑO TIENE ALGUNA DISCAPACIDAD: SI [ ] NO [X] 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
Daniela Shirley Quitora	1118468140		

DIRECCION DEL DOMICILIO	TELEFONOS	BARRIO	LOCALIDAD
Cll 69B sur #72B-14	3237392349		19

TIPOLOGÍA FAMILIAR

[ ] COMPUESTA [ ] NUCLEAR [ ] HOMOPARENTAL [X] 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
Daniela Shirley Quitora	Progenitora	19	

TELEFONOS DE CONTACTO	DIRECCIÓN DE RESIDENCIA
3243966846.	Cll 69B Sur #72B-14

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 [X]
15. ACOMPAÑAMIENTO A LOS PROCESOS DE VINCULACIÓN [ ] 16. OTRO [ ] CUÁL: ____

Scanned with CamScanner

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

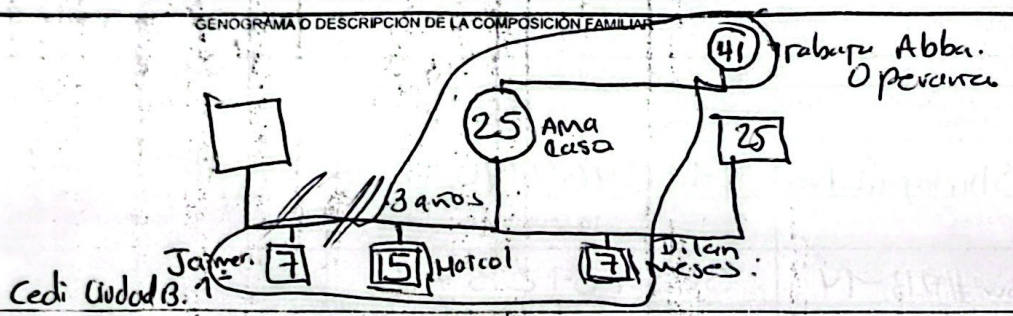
RESPONSABLE DEL SERVICIO____ SABEDORA, SABEDOR, AUXILIAR O PROFESIONAL DE ATENCIÓN A LA PRIMERA INFANCIA ____ PROFESIONAL DE APOYO TRANSVERSAL ____ SALUD ____ ICBF ____

COMISARÍA DE FAMILIA ____ PERSONERÍA ____ OTRO ____ Cuál: _____

DESCRIPCIÓN DEL MOTIVO DE REMISIÓN O ATENCIÓN:

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:

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. Otra ☐ Cuál: _____

DESCRIPCIÓN DE RECURSOS Y REDES DE APOYO IDENTIFICADOS: En el momento familia recibe Bono 50% dando x $720.000, familia no cuenta con redes de apoyo al ser madre cabeza de familia.

Scanned with CamScanner

ACONTECIMIENTOS SIGNIFICATIVOS EN LA VIDA DE LA NIÑA O EL NIÑO O EN SU DINÁMICA FAMILIAR: Progenitor no responde por el niño, refiere progenitora que el niño no tiene apellidos y no sabe nada del progenitor.

DATOS RELEVANTES DEL DESARROLLO DE LA NIÑA O EL NIÑO: Indica que fue un parto normal de 40 semanas de embarazo, no tuvo ninguna dificultad y el desarrollo de Marcos es normal.

ACUERDOS Y COMPROMISOS CON LA FAMILIA, CUIDADORA O CUIDADOR: Traer copia recibo público, traer soportes medicos, continuar en casa con pautas de crianza sensible, gererando vinculos seguros, escucha activa y validacion emocional, es importante establecer limites con amor y rutinas.

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: Edna Gutierrez FIRMA: Edna Milena Gutierrez M. Psicóloga Edna TP 178171

NOMBRE DE LA O EL PARTICIPANTE EN LA SESIÓN: Daniela Quitopa. PARENTESCO: mamá

NUMERO DE IDENTIFICACIÓN 1118468140 FIRMA: Daniela Quitopa

NOMBRE DE LA O EL PARTICIPANTE EN LA SESIÓN: Marlon Cortes 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: Marlon Cortes Velasco ROL: Apoyo de del Ser.

FIRMA: Marlon Cortes

CAPÍTULO E. SESIONES COMPLEMENTARIAS DE SEGUIMIENTO RESPECTO DE LA SITUACIÓN

SEGUNDA SESIÓN: DD MM AAAA

AVANCES Y DESARROLLO DE LA SESIÓN:

Scanned with CamScanner

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

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 compete 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: _____ FIRMA: _____

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

NUMERO DE IDENTIFICACIÓN _____ 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: _____

TERCERA SESIÓN:	DD	MM	AAAA

AVANCES Y DESARROLLO DE LA SESIÓN:

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

Scanned with CamScanner