	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
Suba	Jardin Infantil Piedra Verde	Rejardin II	02	04	2023

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: Victoria Solis Garrido

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: NUIP [X] OTRO [ ] NÚMERO 1019160276 FECHA DE NACIMIENTO: 14 04 2021

SEXO: FEMENINO [X] MASCULINO [ ] INTERSEXUAL [ ] DIRECCION DE VIVIENDA: Cll 136 c 159 47

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
Yisaura Isabel Garrido	1005674882		

DIRECCION DEL DOMICILIO	TELEFONOS	BARRIO	LOCALIDAD
Cll 136 c 154 47	3105852232	Villa Cindy	Suba

TIPOLOGÍA FAMILIAR

[X] 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
Sofia	Cuidadora		Villa Cindy

TELEFONOS DE CONTACTO	DIRECCIÓN DE RESIDENCIA
3133097993	

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

TIPO 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 VICLENCIA 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: ____

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

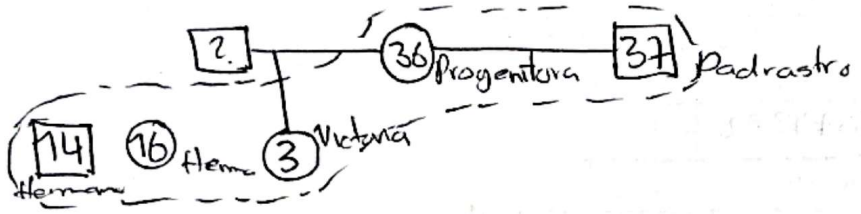
COMISARÍA DE FAMILIA ____ PERSONERÍA ____ OTRO ____ Cuál: ____

DESCRIPCIÓN DEL MOTIVO DE REMISIÓN O ATENCIÓN:

Se realiza el respectivo seguimiento, ya que desde el año pasado se encuentra en atención con psicología por "Otros trastornos emocionales y del comportamiento".

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:

Después del diagnostico presentado se iniciaron terapias con psicología mensualmente observando mejoria en la expresión de las emociones y en las practicas de crianza.
La progenitora manifiesta que Victoria esta asistiendo a psicología desde el año pasado, la ultima citación fue el 4 de Marzo del presente año, la proxima cita con psicología es el cinco de Abril, se solicita a la progenitora traer los soportes de la citas y reportar cualquier novedad durante el procesos.

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. Victimas 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: Cuenta con varias redes de apoyo fuera del nucleo familiar y sin parentesco, actualmente el progenitor de Victoria aparecio hace dos meses intentando tener algun vinculo con su hija, cabe resaltar que la niña reconoce como figura paterna a la pareja actual de su progenitora con quien ha convivido los ultimos dos años

Powered by CamScanner

ACONTECIMIENTOS SIGNIFICATIVOS EN LA VIDA DE LA NIÑA O EL NIÑO O EN SU DINÁMICA FAMILIAR: familia compuesta, actualmente su progenitora es quien suple las necesidades de los menores de edad y su pareja con quien vive hace dos años suple las necesidades del hogar, Victoria ve como su figura paterna a su padrastro.

DATOS RELEVANTES DEL DESARROLLO DE LA NIÑA O EL NIÑO:

En el año 2024 fue diagnosticada con otro trastornos emocionales y del comportamiento.

ACUERDOS Y COMPROMISOS CON LA FAMILIA, CUIDADORA O CUIDADOR: * Continuar con las practicas de crianza y estrategias brindadas por el terapeuta.
* traer soportes y certificados de los controles.
* Reportar cualquier novedad del proceso
* Acompañar emocionalmente a la niña, realizando contención emocional cuando se requiera.
* Trabajar la tolerancia a la frustración se brindan estrategias ludicas

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: Ana Marcela Morera FIRMA:

NOMBRE DE LA O EL PARTICIPANTE EN LA SESIÓN: Yisaura Isabel Garrido Diaz PARENTESCO: mamá

NUMERO DE IDENTIFICACIÓN 1005674882 FIRMA: Yisaura G.

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