

FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO EN EL MARCO DE LA ORIENTACIÓN Y ACOMPAÑAMIENTO PSICOSOCIAL A FAMILIAS, CUIDADORAS Y CUIDADORES EN JARDINES INFANTILES Y CASAS DE PENSAMIENTO INTERCULTURAL

Proyecto: 7939 Desarrollo de capacidades para la resiliencia, niños, niñas, adolescentes y sus familias		Fecha de diligenciamiento: 05 JUNIO/2025	
Jardín Infantil o Casa de Pensamiento Intercultural: Jic PERITOS		Localidad: ENIGATIVA	
Nombre de la niña o niño: OWEN MARTINEZ DIAZGLANADOS		Edad: 2 - 11 MESES	
Nivel: PAQUETOS A	Tipo y número documento de identidad: NUP 1233 2015 19		
Nombre madre, padre, cuidadora o cuidador: CLAUDIA DIAZGLANADOS - DOMINIC MARTINEZ			
Edad: 41 - 44		Tipo y número documento de identidad: CC 52968953 CC 80234092	
Teléfonos de contacto: 3108163554 - 3115641762		Parentesco: Mamá - Papá	

LEA ATENTAMENTE LA SIGUIENTE INFORMACIÓN QUE TIENE COMO OBJETIVO EXPLICARLE EL USO Y CONFIDENCIALIDAD DE SUS DATOS Y EL DE SUS HIJAS O HIJOS, ASÍ COMO SUS DERECHOS Y COMPROMISOS CON RESPECTO A LA ORIENTACIÓN Y LOS PROCESOS DE ACOMPAÑAMIENTO PSICOSOCIAL. SI TIENE CUALQUIER DUDA CONSÚLTELA CON LA O EL PROFESIONAL EN PSICOLOGÍA.

USO Y CONFIDENCIALIDAD DE LOS DATOS

Toda la información concerniente al desarrollo de la orientación o acompañamiento psicosocial individual y en medio familiar de la niña o niño participante del jardín infantil o casa de pensamiento intercultural así como la de su familia, incluyendo cualquier grabación de audio, video o reporte escrito, es de carácter confidencial¹ y no será divulgada ni entregada a ninguna otra institución o individuo sin su consentimiento expreso, excepto en los casos contemplados en el artículo 25 de la Ley 1090 de 2006, como cuando la orden de entrega provenga de una autoridad judicial o administrativa competente², se aclara que el alcance de los servicios en el marco de la orientación y el acompañamiento psicosocial, no contempla realizar ningún tipo de grabación de audio o video a niñas o niños, en caso de presentarse circunstancias particulares que presuntamente vulneren, amenacen o inobserven la supervivencia y el goce efectivo del ejercicio de sus derechos o la de algún miembro de su familia, esta se pondrá en conocimiento de la autoridad competente y suministrará la información estrictamente necesaria.

ACOMPAÑAMIENTO PSICOSOCIAL

En el marco del acompañamiento psicosocial, las acciones de las y los profesionales de la Secretaría Distrital de Integración Social en jardines infantiles y casas de pensamiento intercultural, estarán encaminadas a la orientación a las familias, padres, madres, cuidadoras, cuidadores y comunidad en temas relacionados con el desarrollo armónico e integral de las niñas y niños, la garantía de sus derechos y el ejercicio de sus deberes que debe ser garantizado por sus familias, cuidadoras y cuidadores como agentes corresponsables, en todo caso este acompañamiento no se considerará como un proceso terapéutico.

REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

Las decisiones sobre la continuidad o suspensión de las actividades programadas por la o el profesional en psicología son tomadas por usted(es). El proceso de acompañamiento psicosocial requiere de su compromiso, asistencia, puntualidad y participación, todas las acciones reposarán en la historia social de la niña o niño.

En cualquier momento este consentimiento podrá ser revocado o podrá darse por terminada la relación con la o el profesional en Psicología por parte de la familia de la niña o niño que haya solicitado el acompañamiento, evento en el cual se informará por escrito el motivo de revocación e inconformidad, a la o el responsable del servicio, sin que esto llegue a afectar el vínculo entre la familia, padre, madre, cuidadora o cuidador y el respectivo servicio social prestado a la o el participante, relación comprendida en el marco de los principios de corresponsabilidad y reciprocidad, favoreciendo así la armonía y las relaciones fundadas en la confianza y cooperación entre ambas partes para promover la protección integral³ de sus derechos; es por ello que el seguimiento será continuo para la niña, niño o adolescente y su familia.

¹ Artículos 5, 23 y 25 de la Ley 1090 de 2006 por la cual se reglamenta el ejercicio de la profesión de Psicología, se dicta el Código Deontológico y Bioético y otras disposiciones.
² Sectores de salud, seguridad, protección o justicia.
³ Artículo 7 de la Ley 1098 de 2006 por la cual se expide el Código de la Infancia y la Adolescencia

DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Claudia Diazgranados / Damián Martínez identificada(o) con tipo y número de documento de
identidad 52968953 - 80231092 de Bogotá y
de Owen Martínez Diazgranados identificada(o) con tipo y número de documento de identidad
en calidad de representante(s) legal(es) de la niña o niño
con tipo de documento y número de
identificación NUIP 1233701519 manifiesto:

- 1) Mi (nuestra) aceptación del proceso orientación o acompañamiento psicosocial, respecto de las acciones de los profesionales de la Secretaría Distrital de Integración Social, encaminadas a la orientación y acompañamiento a las familias, padres, madres, cuidadores(as), y comunidad en temas relacionados con el desarrollo armónico integral de las niñas y niños participantes, la garantía de sus derechos y el ejercicio de sus deberes en mi (nuestra) calidad de agentes corresponsables de un servicio brindado por la Secretaría Distrital de Integración Social, no considerándose como un proceso terapéutico, Este proceso me (nos) ha sido explicado y ha sido entendido por mí (nosotros) y cuyas condiciones generales me (nos) ha aclarado la o el profesional en psicología en forma clara, objetiva, oportuna, veraz y completa.
- 2) Que la información que le brindo (brindamos) a la o el profesional en psicología corresponde a mí (nuestra) realidad, y es verdad.
- 3) Que he (hemos) leído y comprendido íntegramente este documento y en consecuencia acepto (aceptamos) su contenido y las consecuencias que de él se deriven, accedo (accedemos) a lo anteriormente mencionado en forma libre, espontánea y clara.

Una vez leído, explicado y comprendido el acompañamiento psicosocial que se seguirá en adelante, se firma el presente consentimiento informado el día 06 del mes Junio del año 2025 en la ciudad de Bogotá.

Acepto ☒ No acepto ☐ (Marque con una x)

Firma padre o cuidador⁴:

Nombres y apellidos completos: Damián Martínez

Tipo y número de documento identidad: 80239092

Firma madre o cuidadora⁵:

Nombres y apellidos completos: Claudia Diazgranados

Tipo y número de documento identidad: 52968953

Firma de la o él profesional en Psicología:

Nombres y apellidos completos: Jenny Pineda

Tarjeta Profesional: #139201

Observaciones:

⁴ El acompañamiento psicosocial no está dirigido directamente a niñas o niños en primera infancia, sino a sus familiares, cuidadoras y cuidadores, en este sentido la firma representa a la persona que acude al proceso de acompañamiento.

⁵ El acompañamiento psicosocial no está dirigido directamente a niñas o niños en primera infancia, sino a sus familiares, cuidadoras y cuidadores, en este sentido la firma representa a la persona que acude al proceso de acompañamiento.

	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 6	
NOMBRE DE LA SUBDIRECCION LOCAL		NOMBRE DEL SERVICIO		NIVEL	FECHA DE LA SESIÓN INICIAL	
ENGATUA		JIC PEPTOS		PREVULSA	DÍA 06	MES 06 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: OWEN MARTINEZ DIAZ GRANADOS						
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: NUIP ☒ OTRO ☐ NÚMERO 1233701519 FECHA DE NACIMIENTO: 12 06 2002						
SEXO: FEMENINO ☐ MASCULINO ☒ INTERSEXUAL ☐ DIRECCION DE VIVIENDA: CRA 116 A # 65-25						
LA NIÑA O EL NIÑO TIENE ALGUNA DISCAPACIDAD: SI ☐ 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
CLAUDIA MARCELA DIAZ GRANADOS		52968953		JOSE DAMIAN MARTINEZ		80234092
DIRECCION DEL DOMICILIO		TELEFONOS		BARRIO		LOCALIDAD
CRA 116A # 65-25		3115641762 - 3108163554		ENGATUA Centro		ENGATUA
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
MARIA HELENA COBILLOS		ABUELA		ENGATUA		ENGATUA
TELÉFONOS DE CONTACTO				DIRECCIÓN DE RESIDENCIA		
3224806503				CRA 116A # 65-25.		
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: _____						
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: _____						

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE INFORMACIÓN SOCIAL	PROCESO SISTEMA DE GESTIÓN	Código: Doc. no controlado
	FORMATO REGISTRO DE PROCESOS DE ACOMPAÑAMIENTO PSICOSOCIAL INDIVIDUAL - JARDINES INFANTILES DIURNOS, NOCTURNOS Y CASAS DE PENSAMIENTO INTERCULTURAL	Versión: Doc. no controlado
		Fecha:
		Página: 2 de 6
DESCRIPCIÓN DEL MOTIVO DE REMISIÓN O ATENCIÓN:		
SE REMITE EL CASO DEBIDO A QUE EL NIÑO PRESENTA COMPORTAMIENTOS INADECUADOS EN EL AULA, GRITA AL MOMENTO DE LLAMAR LA ATENCIÓN SE TANZA AL SUELO MANIFESTANDO BEBICHES Y/O PATALETA		
CAPÍTULO D. DESCRIPCIÓN DE LA DINÁMICA FAMILIAR Y DE LA SITUACIÓN		
GENOGRAMA O DESCRIPCIÓN DE LA COMPOSICIÓN FAMILIAR		
LA FAMILIA SE CONFORMA POR MADRE - PADRE - HERMANO DE 13 años DE EDAD		
DESCRIPCIÓN Y ANÁLISIS GENERAL DE LA SITUACIÓN:		
SE INDAGA CON LOS PRESENTADORES FRENTE A DICHOS COMPORTAMIENTOS DONDE MENCIONA QUE EN CASA ES IGUAL. SE REALIZA SENSIBILIZACIÓN ANTE LA IMPORTANCIA DE OFRECER LA MISMA NORMA TANTO EN CASA CON LOS PADRES, COMO CON LA ABUELA QUIEN LO CUIDA, SE DASE TAMBIÉN PERMITIR QUE EXPRESE SUS EMOCIONES PERO EVITAR DARLE LO QUE DESEE; DADO QUE ASÍ AL MOMENTO DE LLEGAR AL JARDIN SE PUEDE OCASIONAR SITUACIONES DE NO ACATO A LA NORMA		
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: SE IDENTIFICA LA RED DE APOYO POR PARTE DE LA ABUELA PATERNA QUIEN LES COLABORA CON LOS CUIDADOS DEL NIÑO, DEBIDO A QUE ELLOS TRABAJAN.		
ACONTECIMIENTOS SIGNIFICATIVOS EN LA VIDA DE LA NIÑA O EL NIÑO O EN SU DINÁMICA FAMILIAR: COMPARTO TIEMPOS EN FAMILIA PERMITIENDO CONOCER LOS INTERESES DEL NIÑO.		
DATOS RELEVANTES DEL DESARROLLO DE LA NIÑA O EL NIÑO: EL DESARROLLO DEL NIÑO SE DIÓ DENTRO DE LA EDAD Y RANGO NORMAL.		



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL

PROCESO SISTEMA DE GESTIÓN

FORMATO REGISTRO DE PROCESOS DE ACOMPAÑAMIENTO PSICOSOCIAL INDIVIDUAL -
JARDINES INFANTILES DIURNOS, NOCTURNOS Y CASAS DE PENSAMIENTO INTERCULTURAL

Código: Doc. no controlado

Versión: Doc. no controlado

Fecha:

Página: 3 de 6

ACUERDOS Y COMPROMISOS CON LA FAMILIA, CUIDADORA O CUIDADOR:

Se establecieron las siguientes
compromisos con los representantes para lograr que el
niño asuma las normas de convivencia en los diferentes
espacios, como establecer normas iguales tanto en casa con
sus padres como con la abuela, poder interactuar en distin-
tos espacios como: biblioteca, iglesia, restaurante, parques, para
medir tiempos de espera, lograr vincular al niño en curso de
natación por parte de la caja de compensación.

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:

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:

CAPÍTULO E. SESIONES COMPLEMENTARIAS DE SEGUIMIENTO RESPECTO DE LA SITUACIÓN

SEGUNDA SESIÓN:

DD

MM

AAAA

AVANCES Y DESARROLLO DE LA SESIÓN:

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 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:

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: