ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL	PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL FORMATO VISITA DOMICILIARIA EN EL MARCO DEL ACOMPAÑAMIENTO PSICOSOCIAL A JARDINES INFANTILES DIURNOS, NOCTURNOS Y CASAS DE PENSAMIENTO INTERCULTURAL	Código: Doc. no controlado Versión: Doc. no controlado Fecha: Página: 1 de 3

NOMBRE DE LA SUBDIRECCIÓN LOCAL	NOMBRE DEL JARDÍN INFANTIL O CASA DE PENSAMIENTO INTERCULTURAL	FECHA DE LA VISITA DOMICILIARIA			
		DÍA	MES	AÑO	HORA
Ciudad Bolivar	Salamandra	22	07	2025	

Capítulo A. MOTIVO DE LA VISITA DOMICILIARIA EN EL MARCO DEL ACOMPAÑAMIENTO PSICOSOCIAL

Se realiza acompañamiento en medio familiar para conocer dinámicas familiares, condiciones habitacionales.

Capítulo B. DATOS BASICOS DE LA NIÑA O EL NIÑO PARTICIPANTE DEL SERVICIO

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Ramirez	Vargas	Ashly	Ximena

TIPO DE DOCUMENTO	NÚMERO DE DOCUMENTO	FECHA DE NACIMIENTO			EDAD	NIVEL
		DÍA	MES	AÑO		
NUIP [X] C.D. [ ] OTRO [ ] CUAL_____	1018519754	13	05	2025	4 años	Prejardin

Capítulo C. DATOS DE LA FAMILIA DE LA NIÑA O EL NIÑO

DIRECCIÓN DEL DOMICILIO	TELÉFONO	BARRIO	LOCALIDAD	UBICACIÓN GEOGRÁFICA	ESTRATO
Trasversal 26C Bis 75-47sur	3212669574 CELULAR 3229626291	Bella Flor Sector la torre	19 Ciudad Bolivar	Urbana [X] Rural [ ]	1

NOMBRE DE LA PERSONA QUE ATIENDE LA VISITA	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO CON LA NIÑA O EL NIÑO	VIVE CON LA NIÑA O EL NIÑO	
			SI	NO
Paula Andrea Ramirez Vargas	1018408461	Hermana M	X	

NOMBRE DE LA MAMÁ DE LA NIÑA O EL NIÑO	NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD DE LA MAMÁ DE LA NIÑA O EL NIÑO	NOMBRE DEL PAPÁ DE LA NÑA O EL NIÑO	NÚMERO DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD DEL PAPÁ DE LA NIÑA O EL NIÑO
Yolima Vargas	53.003.487	Oscar Ramirez	79.767.983

NOMBRE DE CUIDADORA, CUIDADOR PRINCIPAL O REPRESENTANTE LEGAL	NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD DE CUIDADORA, CUIDADOR PRINCIPAL O REPRESENTANTE LEGAL	
Elsa Marina Vargas		Tia Materna

TIPO DE FAMILIA

[ ] COMPUESTA [ ] NUCLEAR [ ] HOMOPARENTAL [X] MONOPARENTAL [ ] EXTENSA [ ] SIMULTÁNEA [ ] DE ACOGIDA

DESCRIPCIÓN DE LA ESTRUCTURA Y DINÁMICA FAMILIAR

Familia Monoparental Jefatura Femenina compuesta por progenitora de 41 años de edad la cual se desempeña como auxiliar de servicios Generales; hermana mayor de 20 años de edad la cual en el momento esta desempeñandose como auxiliar de Policia, y Ximena de 4 años de edad.

Powered by CamScanner

	PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL FORMATO VISITA DOMICILIARIA EN EL MARCO DEL ACOMPAÑAMIENTO PSICOSOCIAL A JARDINES INFANTILES DIURNOS, NOCTURNOS Y CASAS DE PENSAMIENTO INTERCULTURAL	Código: Doc. no controlado Versión: Doc. no controlado Fecha: Página: 2 de 3

Capítulo D. OBSERVACIONES Y DESCRIPCIÓN HABITACIONAL

TIPO DE VIVIENDA

CASA O APARTAMENTO	X	CAMBUCHE		REFUGIO NATURAL		RIVERA DEL RIO		CASA LOTE		RANCHO	
CUARTO O CUARTOS		PARCHE		VIVIENDA MÓVIL		CAÑO		RESIDENCIA		FINCA	
INQUILINATO		PUENTE		INSTITUCIÓN		CALLE		LUGAR DE TRABAJO			

TENENCIA

PROPIA	X	ARRENDADA	
AMORTIZANDO		OTRA	

CUAL _____

ESTADO DE LA VIVIENDA

CONSTRUIDA	
EN CONSTRUCCIÓN	X
OBRA NEGRA	

CONDICIÓN DE LA VIVIENDA

RUINA	
DEMOLICIÓN	
ACEPTABLE	X
BUEN ESTADO	

FACTORES DE RIESGO EN EL ENTORNO

EXPENDIO DE DROGAS		DELINCUENCIA COMÚN		BASURERO	
ZONA DE AMENAZA POR DESASTRES NATURALES		CERCANÍA A CAÑOS O HUMEDALES		ZONA DE INVASIÓN	
EJERCICIO DE PROSTITUCIÓN		CONTROL TERRITORIAL Y MICROTRÁFICO			
		PRESENCIA DE ANIMALES EN LA VIVIENDA			

SERVICIOS PÚBLICOS

AGUA	X	ACUEDUCTO	X	ALUMBRADO PÚBLICO	X
LUZ	X	GAS NATURAL	X	ALCANTARILLADO	X
TELÉFONO		ASEO	X		

PRESENCIA DE ANIMALES EN LA VIVIENDA

DOMÉSTICOS ☐ VECTORES ☐ OTRO ☐

CUAL _____

Capítulo E. OBSERVACIONES SOBRE LAS CONDICIONES HABITACIONALES ANTERIORMENTE DESCRITAS

Vivienda Propia de una planta; la vivienda se encuentra en construcción, cuenta con 2 cuartos independientes, cocina, baño y Sala Comedor en la cual tambien sirve para patio de ropas, la vivienda cuenta con buena iluminación y ventilación.

Capítulo F. REDES DE APOYO Y FACTORES PROTECTORES A NIVEL INDIVIDUAL, FAMILIAR Y COMUNITARIO IDENTIFICADOS

Profesora de Ximena refiere que no reciben ningun apoyo o ayuda por parte del estado.

Su red de apoyo familiar es la hermana de 50 años de edad y abuela materna de Ximena.

Capítulo G. RIESGOS IDENTIFICADOS PARA LA NIÑA O EL NIÑO

En el momento de realizada la visita no se evidencia ningun factor de riesgo, tampoco se evidencia que

Powered by CamScanner

el presunto agresor conviva con ellas.

Capítulo H. CONCEPTO PROFESIONAL

PROBLEMÁTICA

Desde Mesa Pass solicitan un acompañamiento en medio familiar para determinar si el presunto agresor convive con la niño, se evidencia compromiso y corresponsabilidad de parte de la familia.

REFERENCIACIONES A PROYECTOS O PROGRAMAS DE SDIS U A OTRAS OFERTAS INSTITUCIONALES

Se le brinda información a la progenitora de Ximena para que asista a la Manzana del cuidado Ubicada en la ciudad de manitas si requier algun apoyo economico, juridico, o de Bienestar.

Capítulo I. COMPROMISOS Y OBSERVACIONES

Llevar la niña a Todas las citas medicas, q le envien y llevar soporte al Jardin.
Solicitar orden a Psicologia para llevarla a ICBF.
Se continuara en seguimiento desde Mesa Cero tolerancia y desde Unidad Operativa

Capítulo J. FIRMAS

• Paola Ramirez • Yolima Vargas		
FIRMA DE QUIEN ATENDIÓ LA VISITA	FIRMA DE LA O EL PROFESIONAL PSICOSOCIAL QUE REALIZÓ LA VISITA	ROL DE LA PERSONA QUE ACOMPAÑO A LA O EL PROFESIONAL PSICOSOCIAL
• Paola Andrea Ramirez Vargas • Yolima Vargas Camargo	Edna Gutierrez M	Yeni Patricia Morales
NOMBRE DE QUIEN ATENDIÓ LA VISITA	NOMBRE DE LA O EL PROFESIONAL PSICOSOCIAL QUE REALIZÓ LA VISITA	NOMBRE DE LA PERSONA QUE ACOMPAÑO A LA O EL PROFESIONAL PSICOSOCIAL
• 1082405481 • 53003467	178171	52.327.148 BTA
NUMERO DE IDENTIFICACIÓN DE QUIEN ATENDIÓ LA VISITA	NUMERO DE IDENTIFICACIÓN DE LA O EL PROFESIONAL PSICOSOCIAL QUE REALIZÓ LA VISITA	NUMERO DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA QUE ACOMPAÑO A LA O EL PROFESIONAL PSICOSOCIAL

Tratamiento de datos personales: Los datos personales aquí consignados tienen carácter confidencial, razón por la cual es un deber y un compromiso de los asistentes y de la Secretaría Distrital de Integración Social no divulgar información alguna en propósito diferente a la de este registro so pena de las sanciones legales a que haya lugar de acuerdo con la Ley 1581 de 2012 y Decreto 1377 de 2013."

Powered by CamScanner

DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Yolima Vargas Camargo identificada(o) con tipo y número de documento de identidad 1018519754 de I y _____ identificada(o) con tipo y número de documento de identidad _____ de _____ en calidad de representante(s) legal(es) de la niña o niño _____ con tipo de documento y número de identificación _____ 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 mi (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 22 del mes Julio del año 2025 en la ciudad de Bogotá.

Acepto ☑ No acepto ☐ (Marque con una x)

Firma padre o cuidador[4]:
Nombres y apellidos completos:
Tipo y número de documento identidad:

x Yolima Vargas Camargo
Firma madre o cuidadora[5]:
Nombres y apellidos completos: x Yolima Vargas Camargo
Tipo y número de documento identidad: x CC 53003487

Firma de la o el profesional en Psicología:
Nombres y apellidos completos:
Tarjeta Profesional: 7877

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.

Powered by CamScanner

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: 7744	Fecha de diligenciamiento: 22 Julio 2025
Jardín Infantil o Casa de Pensamiento Intercultural: Salamandra	Localidad: 19
Nombre de la niña o niño: Ashly Ximena Ramirez Vargas	Edad: 4 años
Nivel: Prejardin	Tipo y número documento de identidad: NUIP 1018519754
Nombre madre, padre, cuidadora o cuidador: Yolima Vargas Camargo	
Edad: 41 años	Tipo y número documento de identidad: 53003487
Teléfonos de contacto: 3229626291	Parentesco: Progenitora

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 confidencial[1] 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 competente[2], 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 integral[3] 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

Powered by CamScanner