ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

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: NO CONTROLADO
Versión: NO CONTROLADO
Fecha:
Página: 1 de 8

NOMBRE DE LA SUBDIRECCION LOCAL	NOMBRE DEL SERVICIO	NIVEL	FECHA DE LA SESIÓN INICIAL		
			DÍA	MES	AÑO
Bosa	Raices	Prejardin C	14	08	25.

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: Sara Estefania Posada Gonzalez

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: NUIP [X] OTRO [ ] NÚMERO 1.073.727.321. FECHA DE NACIMIENTO: DD 28 | MM 01 | AAAA 25

SEXO: FEMENINO [X] MASCULINO [ ] INTERSEXUAL [ ] DIRECCIÓN DE VIVIENDA: Cl 64 Sur # 78-58

LA NIÑA O EL NIÑO TIENE ALGUNA DISCAPACIDAD: SI [ ] NO [ ] EN ESTUDIO: [X] 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
Natalia Andrea Gonzalez Arevalo	1.073.718.173	Yerson Esthben Posada Alfonso.	1.000.619.329,

DIRECCION DEL DOMICILIO	TELEFONOS	BARRIO	LOCALIDAD
Cl 64 Sur # 78-58	3114861321 - 3203152996	Gualoche	Bosa.

TIPOLOGÍA FAMILIAR

[ ] COMPUESTA [X] 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
Natalia Andrea Gonzalez Arevalo	madre	Bosa	Gualoche

TELEFONOS DE CONTACTO	DIRECCIÓN DE RESIDENCIA
3114861321	Cl 64 Sur # 78-58

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 victima 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 [ ] CUAL:

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 ____

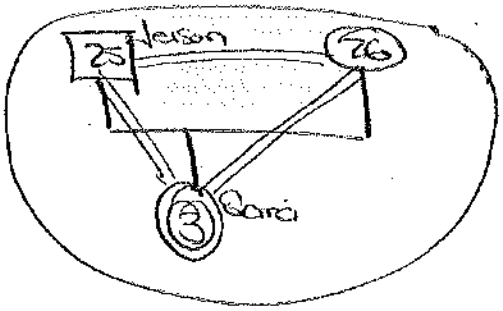
COMISARÍA DE FAMILIA ____ PERSONERÍA ____ OTRO ____ Cuál: _____

DESCRIPCIÓN DEL MOTIVO DE REMISIÓN O ATENCIÓN:

La educadora especial remite el caso, ya que en la atención que realizo el 11 de agosto, la madre le verbalizo algunas situaciones que le generaron alerta, relacionado al bienestar de la niña y dinamica familiar, ademas la madre verbalizo ideas suicidas.

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:

La progenitora manifiesta que el padre de la niña cuando era mas pequeña tuvo TCE por lo que estuvo medicado, tambien estuvo bajo proteccion del ICBF desconoce el motivo, actualmente aunque no esta Dx dice que sufren de ansiedad tanto ella como el, por lo que toman gotas para mantenerse tranquilos, indica que hace 5 años el fue atacado por una moto, por lo que le han realizado mas de 10 procedimientos y hace una cirugia programada proximamente, ante la situacion economica, ya que el padre es el proveedor economico del hogar, su condicion de salud y demas situaciones que le aquejan, indica que el padre permanece muy estresado y tiende a perder el control gritando y golpeando las cosas, ademas, sus dejos, en ocasiones son muy bruscos con la niña, la madre refiere que ella es la cuidadora del hogar y de su familia, por lo que se siente desgastada, teniendo ideas de muerte, se orienta frente a la situación, se remite a psicologia y se brindan estrategias para manejo de ansiedad y pautas de crianza, tambien se remite a bienestar familiar y a la comisaria del cuidado

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: El padre es el proveedor economico del hogar, este en condicion de discapacidad, tras el accidente de transito que vivio, trabaja como cuidante en una tienda estetica donde hace viernes, y sabados de 10:00am a 3:00pm, la progenitora se dedica al cuidado del hogar y tramites medicos, la abuela paterna los apoya economicamente con el pago de la EPS y con el mercado.

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:	NO CONTROLADO
Versión:	NO CONTROLADO
Fecha:	
Página:	3 de 8

ACONTECIMIENTOS SIGNIFICATIVOS EN LA VIDA DE LA NIÑA O EL NIÑO O EN SU DINÁMICA FAMILIAR: Accidente del padre por lo que se encuentra en tratamiento, pendiente para una cirugía y en tramite para pensión por invalidez, aunque no tiene certificado de discapacidad.

DATOS RELEVANTES DEL DESARROLLO DE LA NIÑA O EL NIÑO: La niña aun no cuenta con un diagnostico clínico, la madre refiere que este en estudios medicos por retraso sindrome del desarrollo.

ACUERDOS Y COMPROMISOS CON LA FAMILIA, CUIDADORA O CUIDADOR: La madre se compromete a socializar el caso frente a la importancia de brindar un espacio armonioso y garantizar el bienestar físico y emocional de la niña, asimismo, implementar las estrategias sugeridas frente a pautas de crianza y gestión emocional. Asimismo se compromete a continuar la gestión para la valoración por fonoaudiología desde la EPS o centro particular para la familia.

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 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: Leydy Guerra Alfonso FIRMA:

NOMBRE DE LA O EL PARTICIPANTE EN LA SESIÓN: Natalia Andrea Gonzalez Arevalo PARENTESCO: Mamá

NUMERO DE IDENTIFICACIÓN 1013 918 173 FIRMA: Natalia Gonzalez

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: _____

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 compente por una ruta activada previamonte? 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: _____

QUINTA 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 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: _____ 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 equio 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 F. CARACTERIZACIÓN DE SITUACIONES CON ACTIVACIÓN DE RUTA ADMINISTRATIVA POR PRESUNTA VULNERACIÓN DE DERECHOS

Cuando en la situación abordada se detecta una amenaza, riesgo o presunta vulneración de derechos y se requiere de una activación de ruta administrativa con autoridades competentes o cuando en una situación con ruta ya activada, se detectan situaciones nuevas que requieren ampliar la información ante autoridad competente diligencie este espacio de lo contrario, pase al apartado número 8.

TIPO DE PRESUNTA AMENAZA, RIESGO O VULNERACIÓN IDENTIFICADA

1. RELACIONADAS CON LA NIÑA O EL NIÑO

PS. NEGLIGENCIA/ABANDONO 1. Fallos recurrentes en la supervisión - daño físico/accidentalidad ☐ 2. Descuido en la higiene y presentación personal ☐ 3. Nutrición inadecuada ☐
4. Negligencia en acceso a servicios de salud (incluyendo salud oral) ☐ 5. Abandono físico o emocional ☐

PS VIOLENCIA FÍSICA ☐ PS VIOLENCIA PSICOLÓGICA (incluyendo ser testigo de violencia intrafamiliar) PS EXPLOTACIÓN SEXUAL COMERCIAL ☐

PS VIOLENCIA SEXUAL ☐ PS TRABAJO INFANTIL (incluyendo acompañamiento al trabajo) ☐ PS VIOLENCIA EN EL CONTEXTO INSTITUCIONAL 1. En una entidad ☐
2. En el servicio de jardines infantiles ☐

2. RELACIONADAS CON LA FAMILIA DE LA NIÑA O EL NIÑO Y SU ENTORNO

PS VIOLENCIA SEXUAL ☐ PS VIOLENCIA FÍSICA ☐ PS VIOLENCIA PSICOLÓGICA ☐ PS VIOLENCIA ECONÓMICA ☐ PS VIOLENCIA PATRIMONIAL ☐

PS VIOLENCIA ASOCIADA A CONDICIONES DE IDENTIDAD DE GÉNERO ☐

AUTORIDAD O AUTORIDADES COMPETENTES ANTE QUIENES SE REALIZÓ ACTIVACIÓN DE LA RUTA O AMPLIACIÓN DE INFORMACIÓN

1. COMISARÍA DE FAMILIA ☐ 2. INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR ☐ 3. SALUD (HOSPITAL) ☐ 4. FISCALÍA ☐

OBSERVACIONES FRENTE A LA ACTIVACIÓN DE LA RUTA POR PRESUNTA VULNERACIÓN DE DERECHOS

CAPÍTULO G. CIERRE DEL PROCESO DE ACOMPAÑAMIENTO PSICOSOCIAL

¿SE DA CIERRE AL ACOMPAÑAMIENTO ADELANTADO? SI ☐ NO ☐

En caso de que la respuesta sea SI, relacione: FECHA DEL CIERRE: DD | MM | AAAA

Describa el motivo para el cierre del acompañamiento:

En caso de que la respuesta sea NO, describa el motivo y acciones posteriores sugeridas a desarrollar para este caso:

CAPÍTULO H. FIRMAS

NOMBRE DE LA O EL RESPONSABLE DEL SERVICIO _____ FIRMA: _____

NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN _____

NOMBRE DE LA O EL PROFESIONAL PSICOSOCIAL _____ FIRMA: _____

NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN _____

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.