ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
INTEGRACIÓN SOCIAL

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 6

NOMBRE DE LA SUBDIRECCION LOCAL	NOMBRE DEL SERVICIO	NIVEL	FECHA DE LA SESIÓN INICIAL		
			DÍA	MES	AÑO
Engativa.	Jardin Infantil.	Preescolar.	3	6	25

TIPO DE ATENCIÓN: JI SDIS X JI SDISN ____ CPI ____ JI SOCIAL ____ JI COFINANCIADO ____

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

NOMBRES Y APELLIDOS: Yoandy Moises Palacios

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: NUIP ☐ OTRO ☐ NÚMERO _____ FECHA DE NACIMIENTO: DD 03 MM 2002

SEXO: FEMENINO ☐ MASCULINO ☒ INTERSEXUAL ☐ DIRECCION DE VIVIENDA: _____

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
Yohana del carmen Palacios	RBT 7157751		

DIRECCION DEL DOMICILIO	TELEFONOS	BARRIO	LOCALIDAD
	3198659 60.	Quiriguá.	Engativa.

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

TELEFÓNOS DE CONTACTO	DIRECCIÓN DE RESIDENCIA

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 ☒ 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: _____

Powered by 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

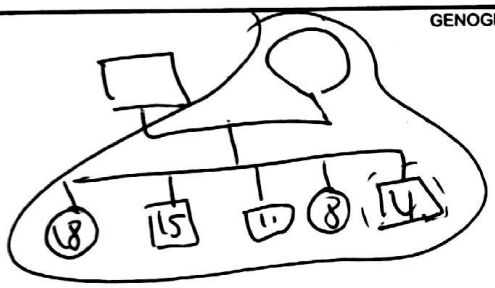
COMISARÍA DE FAMILIA ____ PERSONERÍA ____ OTRO ____ Cuál: _____

DESCRIPCIÓN DEL MOTIVO DE REMISIÓN O ATENCIÓN:

La maestra remite al niño por falta de instrucciones, comportamientos bruscos con sus pares.

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:

Se observa q/c madre del niño con dificultades en el proceso de crianza, así mismo es una madre soltera que suple las necesidades de sus hijos dentro, con poco tiempo se puede compartir con ambos. Durante con el apoyo de su pareja, de q/c la hace ellos más apegados si se pasa por presente consumo de SPA por parte de el

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: Pautas de crianza

DESCRIPCIÓN DE RECURSOS Y REDES DE APOYO IDENTIFICADOS:

La cercana no cuenta con red de apoyo

ACONTECIMIENTOS SIGNIFICATIVOS EN LA VIDA DE LA NIÑA O EL NIÑO O EN SU DINÁMICA FAMILIAR:

Powered by CamScanner

DATOS RELEVANTES DEL DESARROLLO DE LA NIÑA O EL NIÑO:

ACUERDOS Y COMPROMISOS CON LA FAMILIA, CUIDADORA O CUIDADOR: Se llega al acuerdo para el 4 junio, soporte de cita por psicología.

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: Jasmin Pilda FIRMA:

NOMBRE DE LA O EL PARTICIPANTE EN LA SESIÓN: Yohana Palacios. PARENTESCO: Mamá.

NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN 71577 SI FIRMA:

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

NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: _____ FIRMA: _____

Si durante la sesiòn 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: Jasmin Pilda ROL: Biologa

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 compente por una ruta activada previamente? SI____ NO ___
Si la respuesta a cualquiera de las dos preguntas es SI, diligencie el numeral 7.

Powered by CamScanner

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 sesiòn 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: _____

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 sesiòn 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: _____

CUARTA SESIÓN:	DD	MM	AAAA

AVANCES Y DESARROLLO DE LA SESIÓN: _____

Powered by 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 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: _____

NÚMERO 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: _____

Powered by CamScanner

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 ampliaciar 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. FISCALIA ☐

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

Powered by CamScanner

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.

Powered by CamScanner