	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		
			DIA	MES	AÑO
Ciudad Bolivar	Infancia	Prejardin.	11	02	2026.

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: Aaron Damian Rojas Rojas.

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: NUIP [X] OTRO [ ] NÚMERO 1033832542. FECHA DE NACIMIENTO: 16 11 2022

SEXO: FEMENINO [ ] MASCULINO [ ] INTERSEXUAL [ ] DIRECCION DE VIVIENDA: Cra 42 # 68 g Sur 57.

LA NIÑA O EL NIÑO TIENE ALGUNA DISCAPACIDAD: SI [ ] NO [X] 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
Tatiana Rojas Romero	1024575459.	—	—

DIRECCIÓN DEL DOMICILIO	TELEFONOS	BARRIO	LOCALIDAD
Cra 42 # 68 g Sur 57	3132372350.	Arborizadora Alt.	C.B.

TIPOLOGÍA FAMILIAR

[ ] COMPUESTA [ ] NUCLEAR [ ] HOMOPARENTAL [X] 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 [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 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 [X] 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:

Se recibe formato de remisión por parte de la profesional de atención a la primera infancia, en el cual del participante, en la cual agedera que, en varios momentos el participante presenta dificultades en la vinculación con los demás compañeros, que aunque no genere una dificultad emocional, si es de carácter relacional.

CAPÍTULO D. DESCRIPCIÓN DE LA DINÁMICA FAMILIAR Y DE LA SITUACIÓN

GENOGRAMA O DESCRIPCIÓN DE LA COMPOSICIÓN FAMILIAR

Familia compuesta por padre, madre y el participante, en inmueble que consta de 2 habitaciones, 1 baño, sala y cocina.

DESCRIPCIÓN Y ANÁLISIS GENERAL DE LA SITUACIÓN:

Dentro de la formación familiar se tiene en cuenta el vínculo significativo que tiene la progenitora del participante en donde se evidencia, significativamente, una sobreprotección de la misma hacia el participante, lo cual se presume que está generando dificultades en este vinculación con sus pares.

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:

Dentro de las redes de apoyo se presentan los familiares, donde en línea materna se cuenta con la abuela del participante y dios que generan apoyo emocional y constante al participante.

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

Powered by CamScanner

DATOS RELEVANTES DEL DESARROLLO DE LA NIÑA O EL NIÑO: Su estado de salud es afectado, no presenta ninguna dificultad en su desarrollo.

	PROCESO SISTEMA DE GESTIÓN	Código: Doc. no controlado
ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.	FORMATO REGISTRO DE PROCESOS DE ACOMPAÑAMIENTO PSICOSOCIAL INDIVIDUAL - JARDINES INFANTILES DIURNOS, NOCTURNOS Y CASAS DE PENSAMIENTO INTERCULTURAL	Versión: Doc. no controlado
		Fecha:
		Página: 3 de 6

ACUERDOS Y COMPROMISOS CON LA FAMILIA, CUIDADORA O CUIDADOR:

Dentro del desarrollo de las actividades en la atención a familia se dejo lo siguiente como compromiso.
1) Apoyar en el establecimiento de limites emocionales y claros
2) Agenciar rutina de momentos significativos.

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 X
Si la respuesta a cualquiera de las dos preguntas es SI, diligencie el numeral 7.

NOMBRE DE LA O EL PROFESIONAL PSICOSOCIAL: Leonardo Solano FIRMA:

NOMBRE DE LA O EL PARTICIPANTE EN LA SESIÓN: Tatiana Rojas PARENTESCO: Mamá

NUMERO DE IDENTIFICACIÓN 1013698787 FIRMA: Tatiana Rojas.

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. SESÍONES COMPLEMENTARIAS DE SEGUIMIENTO RESPECTO DE LA SITUACIÓN

SEGUNDA SESIÓN: 23 02 2026

AVANCES Y DESARROLLO DE LA SESIÓN: Durante el desarrollo de la presente sesión se agencio significativamente por parte de la progenitora del participante una mejora en la implementación de limites, aderas de que el agenciamiento de rutinas se ha establecido de manera positiva, mejorando la conducta del participante.

NUEVOS ACUERDOS O COMPROMISOS CON LA FAMILIA, CUIDADORA O CUIDADOR :

Continuar con el establecimiento de limites emocionales y claros, ademas de agenciar las rutinas que se han venido manejando.

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: Leonardo Solano FIRMA:

NOMBRE DE LA O EL PARTICIPANTE EN LA SESIÓN: Tatiana Rojas PARENTESCO: Mamá

NUMERO DE IDENTIFICACIÓN 1013698787 FIRMA: Tatiana Rojas

Powered by CamScanner