	PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES FORMATO ACOMPAÑAMIENTO PSICOSOCIAL	Código: FOR-PSS-402 Versión: 4 Fecha: Memo I2026019926 – 19/05/2026 Página: 1 de 2

Clasificación: Información Pública Reservada

1. CONSENTIMIENTO INFORMADO - SERVICIOS DE ATENCIÓN A LA PRIMERA INFANCIA

DATOS GENERALES

Nombre del servicio o modalidad: JI CC Manantial — Fecha de diligenciamiento: 14 / 09 / 2026

Localidad: Ciudad Bolívar — Nombre de la niña, el niño o persona gestante: Dilan Steven Buitrago G.

Tipo de documento de identidad de la o el participante: NUIP [X] TI [ ] CC [ ] CE [ ] Otro [ ] Cuál:

Número del documento de identidad de la o el participante: 1055048706

Nombre de la madre, padre, cuidadora, cuidador de la niña o niño o representante legal de la persona gestante menor de 18 años:

Leidy Tatiana García Toro

Tipo de documento de identidad: TI [ ] CC [X] CE [ ] Pasaporte [ ] Otro [ ] Cuál:

Número del documento de identidad: 1055048359 — Edad: 21 años

Parentesco con la o el participante: Progenitora — Teléfonos de contacto: 3215081630

INFORMACIÓN PRELIMINAR

Lea atentamente la siguiente información, cuyo propósito es explicarle el uso y confidencialidad de sus datos personales y, cuando corresponda, de los datos de la niña o el niño bajo su cuidado o representación, así como los derechos y compromisos relacionados con los procesos acompañamiento psicosocial. Si tiene dudas, sobre esta información, consúltelas con la o el profesional psicosocial.

Uso y confidencialidad de los datos: la información recolectada en el marco del acompañamiento psicosocial individual y en medio familiar, será utilizada exclusivamente para el desarrollo del proceso de acompañamiento y será tratada de manera confidencial, conforme a lo establecido en la Ley 1581 de 2012 "*Por la cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales*". Esta información no será divulgada ni entregada a otras personas o instituciones sin su consentimiento, salvo en los casos previstos por la ley, como cuando exista requerimiento de autoridad judicial o administrativa competente. Así mismo, en situaciones en las que se evidencien posibles inobservancias, amenazas o presuntas vulneraciones a los derechos de la persona gestante, de las niñas o los niños o de algún integrante de su familia, la información estrictamente necesaria será remitida a las autoridades competentes con el fin de poner en marcha las rutas correspondientes. Se aclara que el proceso de acompañamiento psicosocial no contempla la realización de grabaciones de audio o video de personas gestantes, niñas, niños, sus familias, cuidadoras o cuidadores.

Acompañamiento psicosocial: las acciones de las y los profesionales psicosociales de la Subdirección para la Infancia de la Secretaría Distrital de Integración Social, están orientadas al acompañamiento de personas gestantes, madres, padres, cuidadoras y cuidadores en aspectos relacionados con el desarrollo integral de las niñas y los niños, la garantía de sus derechos y el fortalecimiento de las capacidades familiares y comunitarias para su cuidado y protección, así como en la promoción del bienestar de las personas gestantes cuando corresponde. Este acompañamiento tiene un carácter orientador y preventivo y no constituye un proceso terapéutico.

El acompañamiento psicosocial se desarrolla en el marco de los principios de autonomía, corresponsabilidad, confianza y reciprocidad, orientados a fortalecer el bienestar de las personas gestantes y la protección integral de los derechos de las niñas y los niños, así como a favorecer el seguimiento oportuno a las situaciones que lo requieran, conforme a los principios éticos establecidos para el ejercicio profesional de la psicología.

Revocación del consentimiento: Usted(es) tienen la autonomía de continuar o suspender en cualquier momento las actividades de acompañamiento psicosocial. Este proceso implica un compromiso voluntario de participación, asistencia y puntualidad en los encuentros programados. Las acciones desarrolladas durante el acompañamiento serán registradas en la historia social correspondiente, ya sea de la persona gestante o de la niña o el niño según el caso.

En caso de decidir la suspensión del acompañamiento, deberá informarse por escrito a la o el responsable del servicio o modalidad de atención, sin que ello afecte el acceso al servicio social ni la relación con este.

DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Leidy Tatiana García Toro identificada(o) con tipo y número de documento de identidad CC 1055048359 de Manantial, y yo, _____ identificada(o) con tipo y número de documento de identidad _____ de _____ en calidad de:

- [ ] Persona gestante participante de la modalidad Crecemos en la Ruralidad
- [ ] Madre, padre o responsable legal de la persona gestante menor de 18 años vinculada a la modalidad Crecemos en la Ruralidad que se relaciona en los datos generales
- [X] Madre, padre, cuidadora o cuidador de la niña o el niño participante de JI diurno, JI nocturno, Casa de Pensamiento Intercultural, Espacio Rural o Crecemos en la Ruralidad mencionado en los datos generales
- [ ] Representante legal de la niña o el niño vinculado a JI diurno, JI nocturno, Casa de Pensamiento Intercultural, Espacio Rural o Crecemos en la Ruralidad mencionado en los datos generales

Manifiesto / manifestamos:

1. Mi (nuestra) aceptación del proceso de acompañamiento psicosocial, el cual será desarrollado por el equipo psicosocial de la Secretaría Distrital de Integración Social en el marco de la prestación de los servicios y modalidades de atención a la primera infancia. Estas acciones están orientadas al acompañamiento de personas gestantes, madres, padres, cuidadoras y cuidadores en aspectos relacionados con el desarrollo armónico e integral de las niñas y los niños, así como con el fortalecimiento de las capacidades familiares y comunitarias para la garantía de sus derechos en el marco de la corresponsabilidad. En este sentido, el acompañamiento psicosocial se desarrolla principalmente con las personas adultas responsables del cuidado y crianza de las niñas y los niños, y no constituye una intervención directa con ellas o ellos. Declaro (declaramos) que comprendo (comprendemos) que este proceso no es una atención terapéutica y que sus condiciones generales me (nos) fueron explicadas de forma clara, oportuna, veraz y completa por la o el profesional psicosocial, siendo entendidas por mí (nosotros).

Powered by CamScanner

Clasificación: Información Pública Reservada

2. Que la información suministrada a la o el profesional en psicosocial corresponde a mi (nuestra) realidad, y es veraz.
3. Que he (hemos) leído y comprendido en su totalidad este documento, y en consecuencia acepto (aceptamos) su contenido y las responsabilidades que de él se deriven, otorgando mi (nuestra) autorización de manera libre, voluntaria y consciente.

Una vez leído, explicado y comprendido el acompañamiento psicosocial que se seguirá en adelante, se firma el presente consentimiento informado el día 19 del mes septiembre del año 2026 en la ciudad de Bogotá DC.

ACEPTO [X] NO ACEPTO [ ]

FIRMAS

Asentimiento persona gestante menor de 18 años

Nombres y apellidos completos persona gestante menor de 18 años	Tipo y número de documento de identidad	Firma

Consentimiento

Nombres y apellidos completos	Tipo y número de documento de identidad	Firma
Leidy tatiana García	1055048359	
Nombres y apellidos completos	Tipo y número de documento de identidad	Firma
Nombres y apellidos completos de la o el profesional	Tipo y número de documento de identidad	Firma
Stefany Cardenas V.	CC 1031140267	

Datos del Testigo (cuando aplique)

Firma testigo	Nombres y apellidos completos	Rol en el servicio o modalidad	Número de documento de identidad

OBSERVACIONES

"Autorización para el tratamiento de datos personales. En cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, me fue informado que la Secretaría Distrital de Integración Social – SDIS, es la responsable del tratamiento de mis datos personales recolectados y/o los del menor de edad que represento, y que podrá realizar operaciones sobre los mismos para las finalidades establecidas en su Política de tratamiento de datos personales, disponible https://sig.sdis.gov.co/images/documentos_sig/procesos/gestion_gobierno_ti/documentos%20asociados/20221111_lin_ti_003_v0_lineamiento_proteccion_datos_personales.pdf . Entiendo que tengo derecho a entregar o no mis datos sensibles o los del menor de edad que represento, que son aquellos que afectan la intimidad o cuyo uso indebido puede generar discriminación. Por lo anterior, autorizo expresamente a la Secretaría Distrital de Integración Social para tratar los datos personales que se recolectarán mediante este registro. Entiendo que para revocar o modificar esta autorización, así como para consultar los datos allí almacenados, debo dirigirme a la SDIS a través de sus canales de atención a la ciudadanía".

Powered by CamScanner

	PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES FORMATO ACOMPAÑAMIENTO PSICOSOCIAL	Código: FOR-PSS-402 Versión: 4 Fecha: Memo I2026019926 – 19/06/2026 Página: 1 de 2

Clasificación: Información Pública Reservada

2. ACOMPAÑAMIENTO PSICOSOCIAL

DATOS GENERALES

Fecha del encuentro: 14 | 09 | 2026 — Número del encuentro: ____ — Localidad: Ciudad Bolívar

Modalidad de atención: JID [X] JIN [ ] CPI [ ] ESRU [ ] C-RU [ ] — Nombre de la unidad operativa: "CC Alianza"

Nombres y apellidos de la o el participante: Dilan Steven Buitrago García

Tipo de documento de identidad: NUIP [X] TI [ ] CC [ ] CE [ ] Pasaporte [ ] Otro [ ] Cuál? ____

Número documento identidad: 1055048706

Nombres y apellidos de la madre, el padre, la cuidadora o el cuidador: Leidy Tatiana García Tao

Tipo de documento de identidad: NUIP [ ] TI [ ] CC [X] CE [ ] Pasaporte [ ] Otro [ ] Cuál? ____

Número documento identidad: 1055048359

MOTIVO DEL ACOMPAÑAMIENTO

Docente refiere que la madre de familia manifiesta comportamientos inadecuados hacia sus hijos y hacia ella, relacionados con brujería por parte del padre biológico del niño.

OBJETIVO DEL ENCUENTRO

Conocer la dinamica familiar, estilos de crianza y bienestar. estrategias para mediar en medio familiar, y educativo.

DESARROLLO DEL ACOMPAÑAMIENTO

Acude la Sra. Leidy García en calidad de madre del niño, donde manifiesta que "mi hijo en casa le pega a mi hijo de 5 años y a la hija de mi esposo de 10 años, siempre pelea por los juguetes, por celos, no se siente amado, y siento que el siente que no lo quieren, le veces el centro de atención en mi otro hijo, por eso se me dificulta todo un poco, mi hijo de 5 años tiene miedo de pasar por casas que les dice, el abuelito se fue a Barquetalia, nosotros con mi esposo estamos de desde lo mejor a los 3 años y por eso estoy en casa, yo vivía a Caracas y cuando que el llamado a amenazarlos, y también le dije a mi esposo de que el papá no cumple, entonces voy a interponer a ICBF.

ACUERDOS Y COMPROMISOS

- Acoger orientaciones brindadas, realizar ajustes en dinamica familiar, estilos de crianza y limites de casa, donde se brinden actividades de juego de roles, y valor a todos, amor y

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL	PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES FORMATO ACOMPAÑAMIENTO PSICOSOCIAL	Código: FOR-PSS-402 Versión: 4 Fecha: Memo I2026019926 – 19/06/2026 Página: 2 de 2

Clasificación: Información Pública Reservada

respeto, tener e importancia de todos. en casa, y procesos con entidades

RECOMENDACIONES

- Informar no cuota alimentaria y visitas adol de la familia ante entidades
- Ser claros en los límites y normas en casa, explicar las consecuencias, brindar una única información en casa, dragar orientaciones

OBSERVACIONES Y ASPECTOS RELEVANTES

- Padre de familia se compromete a denunciar ante entidades y mantener comunicación ante justa de la situación

FIRMAS

Nombres y apellidos de la persona participante en el encuentro	Tipo y número de documento de identidad	Firma de la persona participante en el encuentro
Leidy tatiana García toro	1055048359	
Nombres y apellidos de la persona participante en el encuentro	Tipo y número de documento de identidad	Firma de la persona participante en el encuentro
Stefany Cardozo Villalobos	CC 1031140267	
Nombres y apellidos de la o el profesional psicosocial	Tipo y número de documento de identidad	Firma de la o el profesional psicosocial

Si durante la sesión se contó con acompañamiento por parte de otra persona perteneciente al equipo de trabajo de la modalidad relacione los datos solicitados a continuación:

Nombre de la o el profesional: _____ Rol profesional: _____

Tipo y número de documento de identidad: _____ Firma de la o el profesional: _____

"Autorización para el tratamiento de datos personales. En cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, me fue informado que la Secretaría Distrital de Integración Social – SDIS, es la responsable del tratamiento de mis datos personales recolectados y/o los del menor de edad que represento, y que podrá realizar operaciones sobre los mismos para las finalidades establecidas en su Política de tratamiento de datos personales, disponible https://sig.sdis.gov.co/images/documentos_siglo/procesos/gestion_gobierno_3/documentos%20asociados/20221111_im_3_003_v0_lineamiento_proteccion_datos_personales.pdf . Entiendo que tengo derecho a entregar o no mis datos sensibles o los del menor de edad que represento, que son aquellos que afectan la intimidad o cuyo uso indebido puede generar discriminación. Por lo anterior, autorizo expresamente a la Secretaría Distrital de Integración Social para tratar los datos personales que se recolectaran mediante este registro. Entiendo que para revisar o modificar esta autorización, así como para consultar los datos allí almacenados, debo dirigirme a la SDIS a través de sus canales de atención a la ciudadanía".

Powered by CamScanner