|  |
| --- |
| **EVALUACIÓN INTEGRADORA** |
| **Objetivo:**Realizar una lectura integradora de los entornos (individual, familiar y redes vinculares e interinstitucionales de apoyo) en los cuales transita el curso de vida del niño, niña o adolescente; para identificar fortalezas, capacidades, oportunidades, riesgos y necesidades y así orientar el desarrollo del proceso de atención y el abordaje de las situaciones que generaron la amenaza y/o vulneración de derechos. |
| **A quién se aplica:**1. A niños, niñas y adolescentes a quienes la Autoridad Administrativa,en los casos que ello proceda, ha abierto un Proceso Administrativo de Restablecimiento de Derechos (PARD) y ha definido como una de las medidas, su ubicación en una modalidad de restablecimiento de derechos.[[1]](#footnote-1)
2. En caso de haber más de un niño, niña o adolescente de la misma familia, se ha de elaborar este instrumento por cada uno de ellos.
 |
| **Quién la aplica:**1. Su aplicación corresponde al equipo interdisciplinario del operador de la modalidad de atención en el que la Autoridad Administrativa haya ubicado al niño, niña o adolescente.
2. Cuando se trate de ubicación en una modalidad de atención administrada de manera directa por el ICBF, su aplicación la realiza el equipo técnico interdisciplinario de la Defensoría de Familia u otra Autoridad Administrativa.
 |
| **Cuándo se aplica:** 1. Su aplicación se realiza antes de los treinta (30) días calendario contados a partir del ingreso del niño, niña o adolescente a la modalidad.
 |
| **Sobre las fuentes de información:**1. Se debe tener en cuenta la información aportada por la Autoridad Administrativa y su equipo técnico (en caso de contar con ella)
2. La información proporcionada por la Autoridad Administrativa y su equipo técnico debe ser complementada y ampliada por el operador de la modalidad.
3. La que se gestione con el sector de salud para las valoraciones que corresponda.
4. La información puede ser obtenida a través de las diferentes técnicas de cada disciplina (entrevista, visita domiciliaria, observación directa, comunicación no presencial, entre otras). Es de gran importancia indicar la herramienta o técnica utilizada.
5. Es necesario que el registro se realice con la participación del niño, niña o adolescente y su familia y/o redes vinculares de apoyo.
6. En caso de no lograr recolectar la información en el periodo de tiempo establecido para su diligenciamiento, esta podrá ser incluida o ampliada durante el proceso de atención.
7. Para los niños, niñas, adolescentes, familias o redes vinculares con discapacidad u otra condición particular y de acuerdo con el curso de vida, se debe implementar los apoyos según se requiera.
 |

|  |
| --- |
| **Referencia general** |
| **Fecha del diligenciamiento** | **Regional** | **Centro Zonal** | **#. SIM** |
| **D\_\_M \_\_\_A\_\_\_** |  |  |  |
| **Autoridad Administrativa**  | **Nombre de la autoridad administrativa**  | **Fecha del auto de apertura del PARD** | **Fecha de ingreso a la modalidad** |
| * Defensor de Familia.
* Comisario de Familia
 | * Inspector de Policía
 | * Otra.

Cuál:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  | **D\_\_M \_\_\_A\_\_\_** | **D\_\_M \_\_\_A\_\_\_** |
| **Medidas adoptadas por la Autoridad Administrativa en la apertura del PARD.** |
| * Amonestación.
* Retiro inmediato de la actividad que amenaza o vulnera.
 | * Ubicación en medio familiar.
* Ubicación en una modalidad de atención.
 | * Otras. Cuales:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Modalidad de atención en la cual se encuentra ubicado:** | **Indique si tiene información de si el niño, niña o adolescente ha tenido PARD anteriormente con ubicación en una modalidad:** |
| * Intervención de apoyo - Apoyo psicosocial.
* Externado
* Intervención de apoyo - Apoyo psicológico especializado
 | * Hogar gestor.
* Acogimiento Residencial
* Casa hogar.
 | * Casa de protección.
* Hogar sustituto :
* Hogar sustituto / tutor :
 | * No
 | * SÍ
* Cuál: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Cuándo: \_\_\_\_\_\_\_\_
* Motivo de ingreso\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
 |
| **Motivo de ingreso:**  |
|  |
| **NIÑO, NIÑA O ADOLESCENTE** |
| 1. **Datos generales del niño, niña o adolescente**

 |
| * 1. **Nombre(s):**
 | * 1. **Apellido(s):**
 | * 1. **Fecha de nacimiento:**
 | * 1. **Edad en años y meses**
 | * 1. **Sexo**
 | * 1. **Género.**

(Cómo se auto reconoce) |
|  |  | **D\_\_\_\_M \_\_\_\_\_\_\_\_A\_\_\_\_\_\_** | **A \_\_\_\_M\_\_\_\_** | * Mujer.
* Hombre.
 | * Femenino.
* Masculino.
 | * Otro
* Cuál:
 |
| * 1. **Lugar de nacimiento**
 | * 1. **Tipo de documento:**
 | * 1. **# de documento:**
 | * 1. **Grupo étnico con el que se auto reconoce:**
 | * 1. **Lengua nativa:**
 |
| * Ciudad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Departamento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* País: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Nacionalidad(es): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
 | * Tarjeta de identidad
* Documento de su país de origen

Cual:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* Ninguno
 |  | * Indígena.

Cual: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* Rrom o Gitano.
* Afrocolombiano.
 | * Palenquero.
* Raizal.
 | * Cual\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Bilingüe.
 |
| * 1. **Dirección de domicilio del niño, niña o adolescente al momento de ingresar a la modalidad:**

*(Incluya nomenclatura y/o información de referencia)* | * 1. **Ubicación.**
 | * 1. **Datos de la madre**
 | **1.15 Datos del padre:** |
|  | * Urbano.
* Rural.
 | Nombres y apellidos: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Dirección: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Correo electrónico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Documento de Identidad :­­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Nombres y apellidos: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Dirección: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Correo electrónico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Documento de identidad :** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| * 1. **Cuidador:**
 | * 1. **Dirección domicilio del cuidador/a:**

*(Incluya ciudad, barrio, comuna, localidad, vereda u otra información relevante de referencia sobre la ubicación)* | * 1. **Números de teléfono del cuidador/a propio o de contacto.**
 |
| Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Parentesco: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Familia solidaria o vincular: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Describa la relación: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  |  |  |

|  |
| --- |
| * 1. **ENTORNO EDUCATIVO.**
 |
| * + 1. **Escolarizado/a**
 | * + 1. **Grado**
 | * + 1. **Jornada**
 | * + 1. **Institución Educativa**
 |
| **Nombre** | **Sede** | **Naturaleza** | **Dirección** | **Teléfonos** |
| * Sí.
* No.
 | Grado actual:* Preescolar.
* Básica (\_\_\_\_)
* Media (\_\_\_\_)

Último grado cursado: \_\_\_\_\_\_\_ | * Mañana.
* Tarde.
* Noche
 |  |  | * Oficial
* Privada
 |  |  |
| * + 1. **Logros (L) y oportunidades de mejora (OM) en el entorno educativo (***Indique con una “X”)*

Tenga en cuenta aspectos significativos de la historia académica, como repitencia, extraedad, retiros, instituciones educativas en las que ha estado, áreas o materias con logros alcanzados y no alcanzados. |
| * + 1. **Procesos ( lector, escrito, matematico social, emocional, motor y dispositivos bàsicos de aprendizaje)**
 | * + 1. **Relacionales con los compañeros/as**
 | * + 1. **Relacionales con los/as docentes**
 | * + 1. **Otros ámbitos ¿cuáles?**
 |
| **L** | **OM** | **L** | **OM**  | **L** | **OM**  | **L** | **OM**  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| * + 1. **Realiza actividades extraescolares**
 | * + 1. **Tipo de actividad**
 | * + 1. **Necesidades Educativas Especiales**
 | * + 1. **Recibe educación inclusiva - EI**
 | * + 1. **Profesional de apoyo en caso de recibir educación inclusiva**
 |
| * Sí.
* No.
 | * Artísticas.
* Deportivas.
* Comunitarias.
* Otra(s).

Cuáles: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | * Sí.
* No.

Describa: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | * Sí.
* No.

¿Cual? | * Entidad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Cargo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Número de contacto: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
 |
| * + 1. **Intereses y expectativas frente a su proyecto de vida.**
 |
|  |
| * + 1. **Observaciones** *( En caso de no estar escolarizado amplíe las razones, señale que otras alternativas de educación inclusiva y extraescolares realiza o ha realizado, etc.)*
 |
|  |
| * 1. **ENTORNO SALUD**
 |
| * + 1. **Régimen de salud (Marque con una X)**
 | * + 1. **EPS**
 | * + 1. **IPS**
 | * + 1. **Discapacidad**
 | * + 1. **Categoria**
 |
| * Vinculado (PPNA).
* Subsidiado.
 | * Contributivo.
* Ninguno.
 |  |  | * Sí.
* No.
 | * Intelectual
* Psicosocial
* Física
* Auditiva
 | * Visual
* Sordoceguera
* Múltiple.
 |
| * + 1. **Antecedentes en salud**
 | * + 1. **¿Recibe tratamiento médico especializado?**
 | * + 1. **Consulta médica especializada más reciente:**
 | * + 1. **El niño, niña o adolescente recibió tratamiento en:**
 |
| **Enfermedad crónica**  | **Urgencias­­­** | **Hospitalización** | **Rehabilitación** | **Ambulatorio** |
| * No.
* Sí.

Cuál: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | * No.
* Sí.

Cuál: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | * Fecha:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Especialidad:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | * No.
* Sí.

Cuál: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | * No.
* Sí.

Cuál: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | * No.
* Sí.

Cuál: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | * No.
* Sí.

Cuál: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| * + 1. **Antecedentes en salud menores de 2 años**

**(Casilla exclusiva para el registro de información de niños y niñas menores de 2 años)** | * + 1. **Antecedentes en salud para mujer gestante**

**(Casilla exclusiva para el registro de información de niño, niña o adolescente en estado de gestación)** |
| Semanas al nacer: \_\_\_\_\_\_ | Talla al nacer: \_\_\_\_\_\_\_ | Semanas de gestación: \_\_\_\_\_\_ |
| Antecedentes prematurez:* No.
* Sí.
* Sin información.
 | Lactancia materna exclusiva: * No.
* Sí.
* Sin información.
 | Peso pregestacional: \_\_\_\_\_\_\_ |
| Edad corregida (en caso de prematuros) \_\_\_\_\_\_\_\_* Sin información.
 | Tiempo lactancia materna exclusiva: \_\_\_\_\_\_\_* Sin información.
 |  |
| Peso al nacer \_\_\_\_\_\_\_* Sin información.
 | Edad inicio alimentación complementaria: \_\_\_\_\_\_* Sin información.
 |  |
| * + 1. **Esquema de vacunación completo**
 | * + 1. **En caso de estar incompleto ¿Cuál vacuna falta y de qué edad?**
 | * + 1. **Acción realizada o necesaria para completar el esquema**
 | * + 1. **Responsable**
 | * + 1. **El niño o niña asiste a control de crecimiento y desarrollo**
 | * + 1. **Cuenta con valoración de salud oral.**
 |
| * Sí.
* No.
* Sin información.
 | * Vacuna faltante.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* Edad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
 |  |  | * Sí.
* No.
* Sin información.
 | * Sí.
* No.
 |

|  |
| --- |
| * + 1. **Componente de antropometría:**
 |
| **Edad (años-meses)** | **Peso Actual (kg):** | **Longitud (menores de 2 años) o Talla Actual (cm/m):** | **Perímetro cefálico cms****(menores de 5 años)** | **IMC kg/m2:** |
|  |  |  |  |  |
| **Ubicación en la curva según el indicador IMC / Edad** | **Ubicación en la curva según el indicador Peso / Edad** | **Ubicación en la curva según el indicador Peso / Talla** | **Ubicación en la curva según el indicador Talla / Edad** | **Ubicación en la curva según el indicador PC / Edad** | **IMC para la edad gestacional** |
|  |  |  |  |  |  |
| * + 1. **Valoración antropométrica para población con discapacidad:**
 |
| **Peso: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****¿Cuál fue la forma de obtención del peso?:** | **Talla: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****¿Cuál fue la forma de obtención de la talla?:** |
| * Medición directa.
* Medición por diferencia.
 | * Estimación de peso corporal con altura de rodilla (Chumlea).
* Estimación de peso corporal con circunferencias (Rabito).
 | * Medición directa.
* Envergadura o brazada.
* Media envergadura.
* Largo de tibia o tibia maléolo.
 | * Altura de rodilla.
* Longitud hombro-codo.
* Talla por altura de pierna.
* Longitud rodilla maléolo externo.
 |
| * + 1. **Patrones de Referencia:**
 | **Indicador** | **Percentil/d.e.** | **Clasificación** |
| * Síndrome de Down.
* Parálisis Cerebral.
* Acondroplasia.
 | * Patrones OMS adaptados para Colombia.
* IMC Adultos.
 |  |  |  |
| * + 1. **Observaciones sobre el estado general de salud y nutrición:**
 |
|  |
| * 1. **INDICADORES DE RIESGO y RECURSOS DEL NIÑO, NIÑA O ADOLESCENTE**

(Maque con una “X” según corresponda) (Estos indicadores pueden ser complementados con otras baterías y técnicas acerca del bienestar de los niños, niñas o adolescentes) |
| **INDICADORES** | **0****Nunca** | **1****Pocas veces** | **2****Casi siempre** | **3****Siempre** | **No Aplica** |
| Se encuentra saludable  |  |  |  |  |  |
| Ha presentado experiencias traumáticas/adversos en su historia de vida  |  |  |  |  |  |
| Presenta adecuado funcionamiento de la vida diaria  |  |  |  |  |  |
| Presenta adecuada gestión de sus emociones. |  |  |  |  |  |
| Cuenta con condiciones para su desarrollo integral. |  |  |  |  |  |
| Identifica sus recursos, fortalezas o potencialidades |  |  |  |  |  |
| Identifica su familia como entorno protector |  |  |  |  |  |
| Identifica su contexto comunitario como entorno protector |  |  |  |  |  |
| **Sumatoria por escala:** |  |  |  |  |  |
| * 1. **Observaciones** (Amplíe información relacionada con crisis graves, eventos traumáticos o experiencias adversas en la historia de vida del niño, niña o adolescente)
 |
|  |
| * + 1. **Riesgos** frente a la garantía de derechos y desarrollo integral del niño, niña, adolescente / incluya los que él/ella identifica.
 | * + 1. **Recursos , potencialidades**  del niño, niña o adolescente / incluya los que él/ella identifica.
 |
|  |  |
| * + 1. ¿Cuál es el percepción del niño, niña, adolescente sobre su propia situación actual?
 |
|  |

|  |
| --- |
| 1. **FAMILIA**
 |
| **Personas que hacen parte de la familia conviviente del niño, niña o adolescente en el momento de ingreso a la modalidad** |
| **Tipo de Identificación** CC: Cédula de Ciudadanía CE: Cédula de Extranjería TI: Tarjeta de IdentidadPA: PasaportePEP: Permiso Especial de PermanenciaSD: Sin Documento | **Sexo** **(S)**H = HombreM = Mujer | **Escolaridad (E):**B = Educación BásicaM = Educación MediaS = Educación SuperiorET = Educación para el trabajo.N = Ninguna | **Ocupación** **(O):**E = EmpleadoD = DesempleadoI = IndependienteP = Pensionado |
|  | * 1. **Nombres y apellidos**
 | * 1. **Identificación**
 | * 1. **Edad**

**(años)** | * 1. **Relación de parentesco o cercanía (cuando se trate de un no pariente) con el niño, niña o adolescente.**
 | **Sexo** | **Escolaridad** | **Ocupación** |
| **Tipo** | **Número** |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| * 1. **Genograma de dos generaciones[[2]](#footnote-2)**
* *Identifique a las personas que hacen parte de la familia, ya que tienen un vínculo legal o biológico.*
* *Represente la estructura familiar utilizando los símbolos para hombre, mujer, usuario o índice. En los subsistemas conyugales, ubique a los hombres a la izquierda y mujeres a la derecha. Los miembros de subsistemas fraternos represéntelos de izquierda a derecha en orden de nacimiento.*
* *Encierre los miembros de la familia con los que convive el niño, niña o adolescente.*
* *Represente las relaciones entre ellos con los símbolos indicados.*
 |
|  |
|  |

|  |
| --- |
| * + 1. **Datos generales de la familia del niño, niña o adolescente** (Marque con una “X”)
 |
| * + - 1. **Tipología familiar**
 | * + - 1. **Estado civil de los padres**
 | * + - 1. **Situaciones familiares:**
 |
| * Familia nuclear.
* Familia extensa.
* Monoparental materna.
* Monoparental paterna.
 | * Familia reconstituida.
* Personas terciarias.
* Subsistema conyugal del mismo sexo.
* Otra. Cuál:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
 | * Casados.
* Solteros.
* Unión marital de hecho.
 | * Desempleo.
* Empleo informal
* Consumo de alcohol y /o sustancias psicoactivas

Por parte de que miembro de la familia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Periodicidad \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* Violencia intrafamiliar.
* Temporalmente sin vivienda
* Inestabilidad laboral
* Permanencia en calle
* Hacinamiento
* Población migrante
* Vinculados a programas sociales.

Cuáles: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | * Condiciones de salud física o mental de algún miembro de la familia.

¿Quién (parentesco)? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_¿Qué condición? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ * Vinculación a procesos jurídicos o judiciales.

¿Quién? (parentesco) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_¿Qué proceso? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Algún miembro de la familia ha estado en protección: ¿Quién?¿Motivo de ingreso?Fecha: |
| * + - 1. **¿El niño, niña o adolescente ha sido separado en alguna(s) ocasiones de su medio familiar:**

*(Por una situación familiar y/o por decisión administrativa o judicial)* | * Sí.
* No.
 | **Motivo:** |
| * + 1. **Condiciones de habitabilidad e ingresos familiares** (Marque con una “X”)
 |
| * + - 1. **Tenencia de la vivienda**
 | * Vivienda propia.
* Vive con la familia extensa / otras personas.
* Vivienda en arrendamiento.
* Vivienda anticresada.
 | * Invasión.
* Comodato.
* Inquilinato.
* Asentamiento informal.
 | * Albergue en entidad humanitaria.
* Alojamiento temporal, no arrendado.

Describa: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| * + - 1. **La vivienda proporciona condiciones de habitabilidad.**
 | * Sí.
* No.
 | Detalle: |
| * + - 1. **La vivienda cuenta con servicios públicos.**
 | * Sí.
* No.
 | Detalle: |
| * + - 1. **La vivienda cuenta con condiciones de higiene.**
 | * Sí.
* No.
 | Detalle: |
| * + - 1. **La vivienda cuenta con espacios separados (cocina, dormitorios, sala, etc.).**
 | * Sí.
* No.
 | Detalle: |
| * + 1. **Fuente de los ingresos o recursos**
 | * + 1. **Periodicidad de los ingresos**
 | * + 1. **Aportantes al presupuesto familiar**

(Por favor describa quienes y la fuente de los recursos económicos) |
| * Salario.
* Pensión.
* Ayuda familiar.
* Subsidios.
* Donaciones.
 | * Mendicidad.
* Rentas, intereses, dividendos.
* Trabajo informal.
* Ejercicio del comercio.
* Otros, cuál:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
 | * Fijos.

 ¿Cada cuánto?* Eventuales

¿Cada cuánto? |  |
| * 1. **INDICADORES DE RIESGOS Y RECURSOS DE LA FAMILIA DEL NIÑO, NIÑA O ADOLESCENTE**

(Maque con una “X” según corresponda) (Estos indicadores pueden ser complementados con otras baterías y técnicas para describir el funcionamiento familiar  |
| **INDICADORES** | **0****Nunca** | **1****Pocas veces** | **2****Casi siempre** | **3****Siempre** | **No aplica** |
| Cuentan con competencias parentales vinculares |  |  |  |  |  |
| Cuentan con competencias parentales formativas |  |  |  |  |  |
| Cuentan con competencias parentales protectoras |  |  |  |  |  |
| Cuentan con competencias parentales reflexivas  |  |  |  |  |  |
| Cuentan con vínculos de cuidado conyugal. |  |  |  |  |  |
| Cuentan con vínculos de cuidado padre e hijos. |  |  |  |  |  |
| Cuentan con vínculos de cuidado madre e hijos. |  |  |  |  |  |
| Cuentan con vínculos de cuidado entre hermanos . |  |  |  |  |  |
| Cuentan con recursos económicos suficientes para la sostenibilidad de la familia. |  |  |  |  |  |
| **Sumatoria por escala** |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| * 1. **Observaciones** (Amplíe información relacionada con crisis graves, eventos traumáticos o experiencias adversas en la historia familiar.
 |
|  |
| * + 1. **Riesgos familiares para la garantía de derechos y desarrollo integral del niño, niña o adolescente / incluya los que él/ella identifica.**
 | * + 1. **Recursos familiares / incluya los que la familia identifica.**
 |
|  |  |
| **2.7.3 . ¿Cuál es el percepción de la familia sobre su situación actual?** **Que proyecciones, metas tiene la familia y cómo han pensado lograrlas:** |
|  |

|  |
| --- |
| 1. **REDES DE APOYO**
 |
| **Otras personas relevantes en contacto con el niño, niña o adolescente, parientes o no parientes que no viven con él o ella.** |
| **Tipo de Identificación** CC: Cédula de Ciudadanía CE: Cédula de Extranjería TI: Tarjeta de IdentidadPA: PasaportePEP: Permiso Especial de PermanenciaSD: Sin Documento | **Sexo** **(S)**H = HombreM = Mujer | **Escolaridad (E):**B = Educación BásicaM = Educación MediaS = Educación SuperiorET = Educación para el trabajoN = Ninguna | **Ocupación** **(O):**E = EmpleadoD = DesempleadoI = IndependienteP = Pensionado |
|  | * 1. **Nombres y apellidos**
 | * 1. **Identificación**
 | * 1. **Edad**

**(años)** | * 1. **Relación de parentesco o cercanía con el niño, niña o adolescente**
 | **S** | **E** | **O** |
| **Tipo** | **Número** |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| Red de apoyo comunitario y social de la familia:identificar a los actores sociales, comunitarios y las relaciones con las personas cercanas o con instituciones que puedan proporcionar fuentes de apoyo o estrés para la familia. (Marque con una “X en la opción que considere) |
| **INDICADORES** | **0****Nunca** | **1****Pocas veces** | **2****Casi siempre** | **3****Siempre** | **No Aplica** |
| La familia identifica la oferta institucional en su entorno comunitario y social.  |  |  |  |  |  |
| La familia cuenta con redes de apoyo extensas. |  |  |  |  |  |
| La familia accede a las redes de apoyo a nivel comunitario en caso de requerirlo. |  |  |  |  |  |
| La familia accede a las redes de apoyo a nivel institucional en caso de requerirlo. |  |  |  |  |  |
| La familia cuenta con capacidades de autogestión para la activación de sus redes de apoyo. |  |  |  |  |  |
| La familia identifica riesgos de amenaza y /o vulneración de derechos en el entorno social y comunitario. |  |  |  |  |  |
| **Sumatoria por escala:** |  |  |  |  |  |
| * + 1. **Ecomapa - mapa de redes**
 |
|  |
| * + - 1. **Observaciones adicionales sobre las redes de apoyo de la familia.**
 |
|  |
| * 1. **Riesgos en las redes / Incluya a aquellos que la familia identifica.**
 | * 1. **Recursos en las redes / Incluya a aquellos que la familia identifica.**
 |
|  |  |
| * 1. **¿Requiere remisión del niño, niña o adolescente y/o familia a algún sector o área?**
 | * 1. **¿A cuál?**
 | **Responsable:** |
| * Sí.
* No.
 |  |  |
| 1. **CONCEPTO FINAL INTERDISCIPLINARIO DE EVALUACIÓN INTEGRADORA [[3]](#footnote-3)**
 |
|  |
| * 1. **Participantes en la evaluación integradora de acuerdo con su rol: familia (F), externos (E)**
 |
| **Rol** | **Nombres y apellidos** | **Firma** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| * 1. **Profesionales del Centro Zonal u operador de la modalidad**
 |
| **Entidad** | **Nombre** | **Profesión** | **Firma** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

1. No aplica para casa universitaria, ni modalidades de ubicación inicial. [↑](#footnote-ref-1)
2. También válido en caso de contar con acceso a Genopro. [↑](#footnote-ref-2)
3. **( debe ser construido de manera conjunta por parte de los profesionales que participaron, así mismo debe incluir una síntesis de los recursos y aspectos a fortalecer en cada uno de los niveles de atención (niño, niña, adolescente, familia, red vincular de apoyo, otros sectores o servicios )** [↑](#footnote-ref-3)