



ALCALDIA DE EL BAGRE
NIT. 890984221-2
COMPROMISO DE TODOS

EL BAGRE
COMPROMISO DE TODOS
2020-2023

El Bagre Antioquia, 20 de Abril de 2021

VALORACIÓN PSICOLÓGICA

DATOS GENERALES DEL PROCESO

REGIONAL: Antioquia

MUNICIPIO: El Bagre

ELABORO: Angélica María De Arco De La Torre

PROFESIÓN: Psicóloga

NOMBRE NNA: Eric Stevan López Lemus

DOCUMENTO: Registro civil

NUMERO: 1128850358

F.N: 07-Octubre-2014

ESCOLARIDAD: Grado Primero B Institución educativa el Bagre

MUNICIPIO: El Bagre

OBJETIVO DE EL INFORME: Ofrecer elementos de orden psicológico a la comisaria de familia del municipio de el Bagre referidos al proceso de verificación y garantía de derechos. Paciente remitido por comisaria de familia para valoración psicológica.

PERSONAS ENTREVISTADAS: Eric Stevan López Lemus

TECNICA UTILIZADA: uso de relato libre, entrevista semidirigida y observación directa.

AUTORIDAD SOLICITANTE: Mónica Lucia Garrido Jaraba, comisaria de familia del Municipio de el Bagre.

CONCEPTO PSICOLÓGICO: ingresa paciente Masculino de 6 años de edad a consultorio psicológico, se inicia sesión con saludo, en buenas condiciones de salud física, su presentación personal es adecuada.

El paciente presenta un comportamiento adecuado, está tranquilo, calmado tiene sonrisa sociable, sostiene la mirada. Con el propósito de entrar en rapport, clima de confianza, se le entrega un dibujo a blanco y negro para colorear, se cumple con el objetivo.

El paciente refiere "A mí me gusta compartir con mis abuelos, yo los quiero mucho con ellos yo me siento muy bien, yo tengo amigos, me gusta el fútbol, jugar con los amiguitos de mi colegio, a mí me tratan muy bien, yo me quiero ir con mi abuela



ALCALDIA DE EL BAGRE
NIT.890984221-2
COMPROMISO DE TODOS

EL BAGRE
COMPROMISO DE TODOS
2020-2023

para los estados unidos porque allá voy a tener más oportunidades, yo me estoy aprendiendo los colores, los números y las vocales en inglés”.

El paciente tiene actitud colaborativa, narra los hechos de forma adecuada, responde todas las preguntas, durante la entrevista es muy seguro de lo que dice, maneja un lenguaje fluido y coherente que corresponde a su edad cronológica, está ubicado en tiempo y espacio, acata ordenes sencillas como sentarse y pararse, reconoce todos los objetos del contexto como: meza, silla, escritorio, lapicero, computador, crayolas, colores, imágenes con figuras de animales, jirafa, elefante, tigre, león y Delfín.

No muestra ninguna alteración cognitiva, neurológica o psicológica que impidan o afecten con su desenvolvimiento cotidiano.

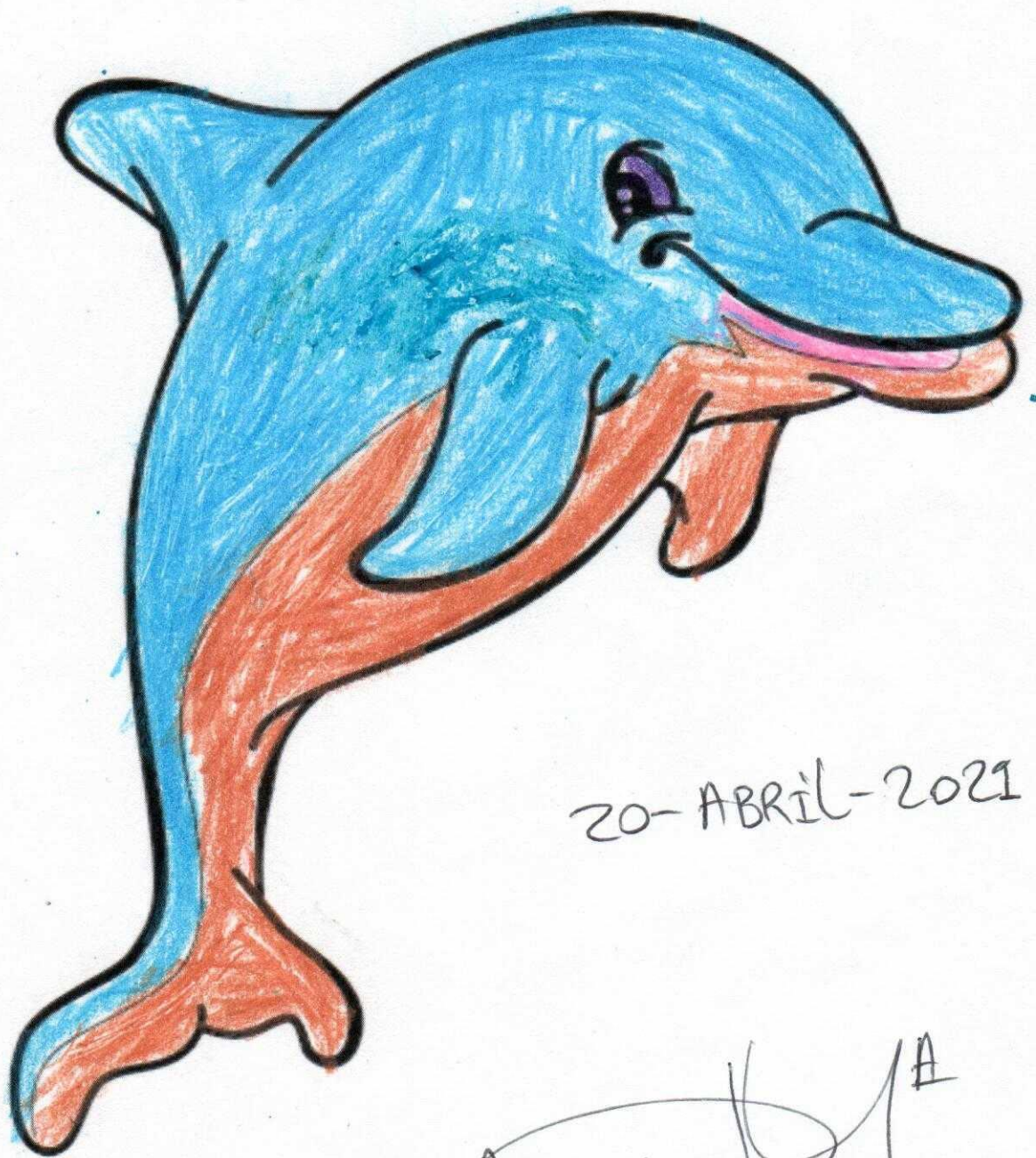
Se culmina sesión con buenas condiciones y se retira de el servicio de valoración psicológica sin complicaciones y sin novedad.

Recomendaciones

- Llevar al niño a sitios de sano entretenimiento
- Manejar la comunicación asertiva
- Compartir en familia
- Motivarlo a practicar un deporte
- Llevarlo a talleres de pintura.

Angélica María D Arco D La Torre
PSICOLOGA
T.P: 167671 / CORR. UNIV. MINUTO
DE DIOS - SECCIONAL BELLO ANT.

ANGÉLICA MARÍA DE ARCO DE LA TORRE PSICÓLOGA
CASA DE JUSTICIA DEPENDENCIA DE COMISARIA DE FAMILIA
PROFESIONAL UNIVERSITARIO PSICÓLOGA
TARJETA PROFESIONAL 167671



20-ABRIL-2021

Angelica

PSICÓLOGA.
COMISARIA DE FAMILIA.

ERIC



ALCALDIA DE EL BAGRE
NIT. 890984221-2
COMPROMISO DE TODOS

EL BAGRE
2020-2023

FECHA: 20-ABRIL-2021

ENTREVISTA PSICOLÓGICA

I.- DATOS GENERALES

Nombre Completo: ERIC STEVAN LOPEZ LEMUZ.

Lugar y Fecha De Nacimiento: 7, OCT, 2014.

Departamento: TADO - CHOCO Nacionalidad: COLOMBIANO.

Sexo: M ☒ F ☐ Edad: 6

Edad Cronologica: 6-5-MES Religion: CATOLICA.

Estado Civil: NO APLICA Telefono: _____

Ocupacion Actual: ESTUDIANTE Lateralidad Manual: IZQUIERDA.

Direccion Actual: BARRIO PORTUGAL.

Nivel Educativo: GRADO PRIMERO B

Pasatiempos: JUGAR

Deportes: FUTBOL.

Posee Algun Apodo o Sobrenombre? Si ☐ / No ☒ / Si responde que si especifique _____

Fuma: Si ☐ No ☒ Si respondio si, Cuantos al dia: _____

Ingiere Bebidas Alcoholicas: Si ☐ / No ☒ / Si responde que si especifique _____

II.- ANTECEDENTES CLINICOS Y PSICOLOGICOS:

Tiene usted alergias? Si ☐ / No ☒ / Cuales? _____

Toma algun medicamento regularmente? Si ☐ / No ☒ /

Angelica M/A

Angelica Maria D Arco D La Torre
PSICOLOGA
T.P: 167671 / CORR. UNIV. MINUTO
DE DIOS - SECCIONAL BELLO ANT.

**ANGÉLICA MARÍA DE ARCO DE LA TORRE PSICÓLOGA CASA DE
JUSTICIA DEPENDENCIA COMISARIA DE FAMILIA
PROFESIONAL UNIVERSITARIO PSICÓLOGA
TARJETA PROFESIONAL 167671**



ORGANIZACIÓN ELECTORAL
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
DIRECCIÓN NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

NUIP 1.128.850.358

REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 52753075

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría	☐	Notaría	☒	Número	☐	Consulado	☐	Corregimiento	☐	Inspección de Policía	☐	Código	Z	4	X
País - Departamento - Municipio - Corregimiento s/o Inspección de Policía															
COLOMBIA CHOCO MUNICIPIO DE TADO															

Datos del inscrito

Primer Apellido				Segundo Apellido											
LÓPEZ				LEMUS											
Nombre(s)															
ERIC SEBASTIÁN															
Fecha de nacimiento															
Año	2	0	1	Mes	0	0	Da	0	7	Sexo (en letras)	MASCULINO	Grupo sanguíneo	B	Factor RH	POSITIVO
Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento s/o Inspección)															
COLOMBIA CHOCO MUNICIPIO DE TADO															

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
SENTENCIA DE FAMILIA NUMERO 009 DE 14 DE FEBRERO	de 2017

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos	
LEMUS MOSQUERA LUZ YENCY	
Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.193.143.203 DE TADO	COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos	
LOPEZ YEPEZ JHONATHAN TUDOR	
Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
SIN INFORMACION (FALLECIDO)	COLOMBIANO

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos	
LEMUS MOSQUERA LUZ YENCY	
Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC 1.193.143.203 DE TADO	Luz Yency Lemus Mosquera

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos	
Documento de identificación (Clase y número)	Firma

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos	
Documento de identificación (Clase y número)	Firma

Fecha de inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2017 Mes SEPT Da 07	BENIGNO ANTONIO MACHADO LEMUS
	Nombre y firma

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
Firma	Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS	
ESTE SERIAL REEMPLAZA AL SERIAL NUMERO 52752504 DE 002 DE MARZO DEL 2015 POR RECONOCIMIENTO PATERNO MEDIANTE SENTENCIA DE FAMILIA NUMERO 009 DE 14 DE FEBRERO DEL 2017	
Benigno Antonio Machado Lemus Notario Único Circulo de Tado	

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO

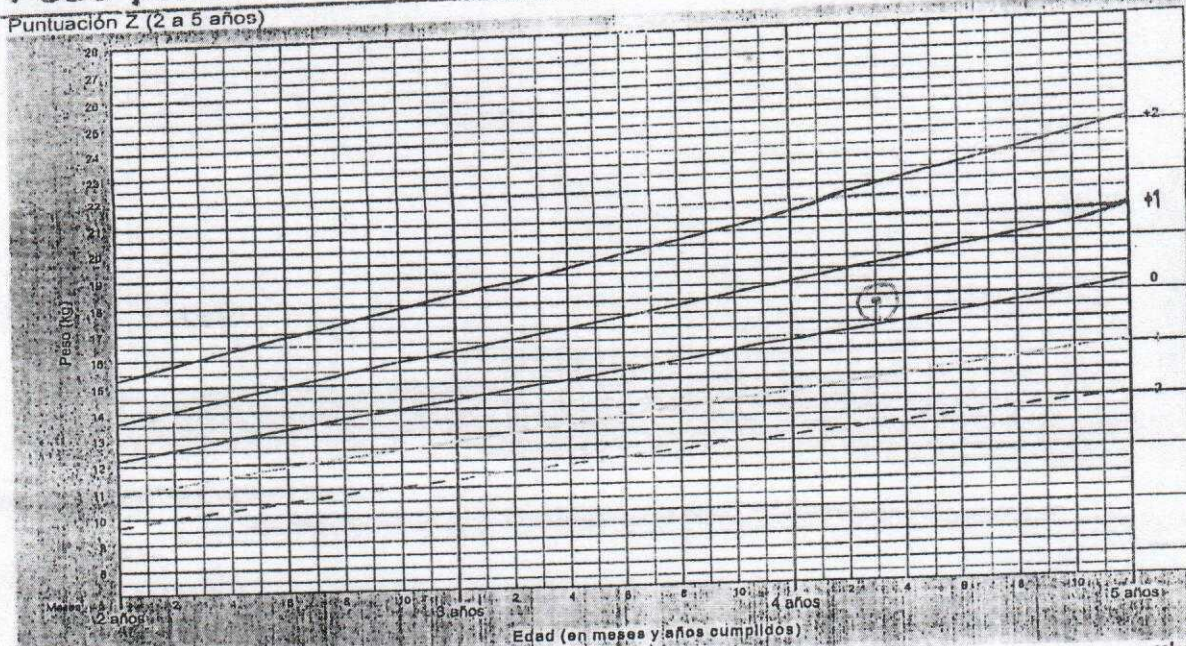


Nombre: Eric Steven Lopez Lemus Sexo: F M X
Fecha de nacimiento: D 7 M 10 A 2014
N° de identificación: _____

Niños de 2 a 5 años de edad

Peso para la Edad Niños

Puntuación Z (2 a 5 años)

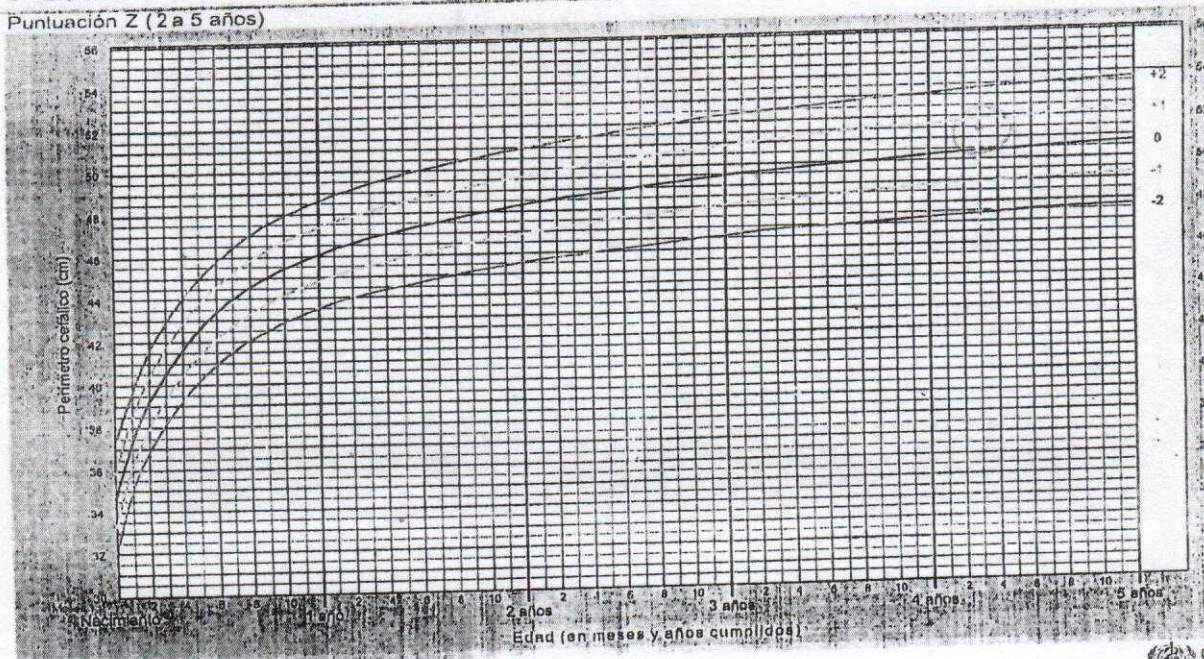


Resolución MINSALUD 2465 del 14 de Junio de 2016
publicada en el diario oficial numero 499926 el 06/07/2016.

Patrones de crecimiento infantil de la OMS Organización Mundial de la Salud

Perimetro Cefálico Niños

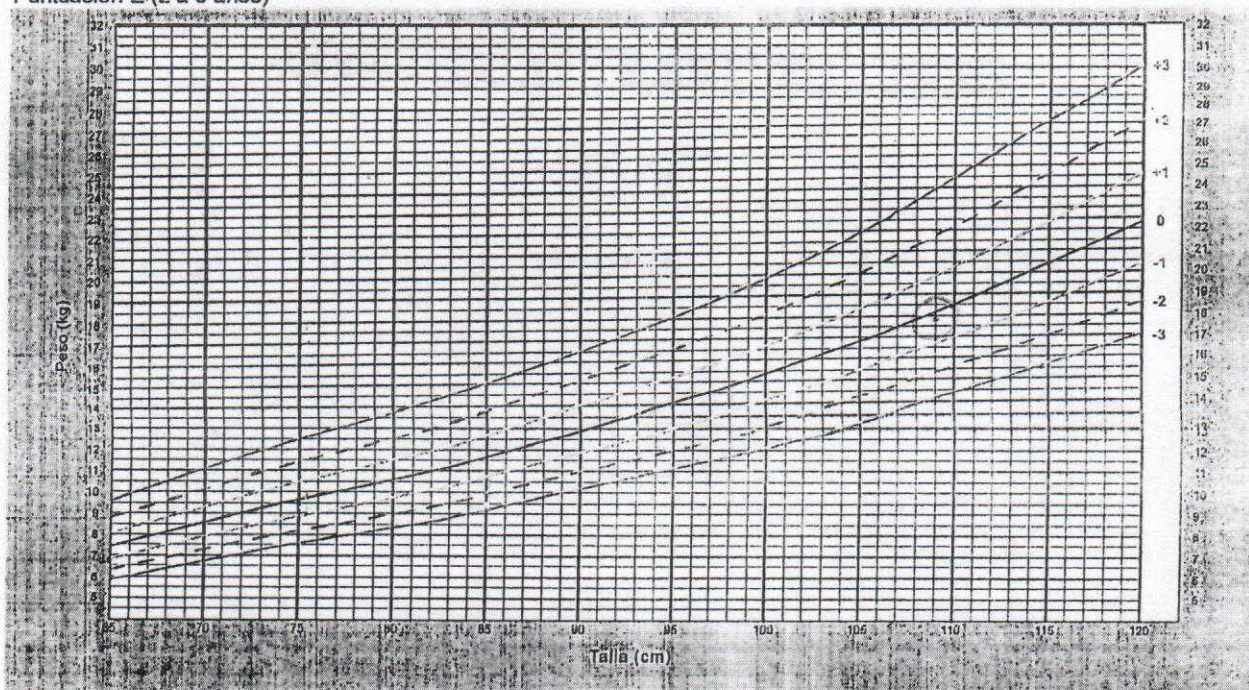
Puntuación Z (2 a 5 años)



Organización Mundial de la Salud

Peso para la Talla Niños

Puntuación Z (2 a 5 años)

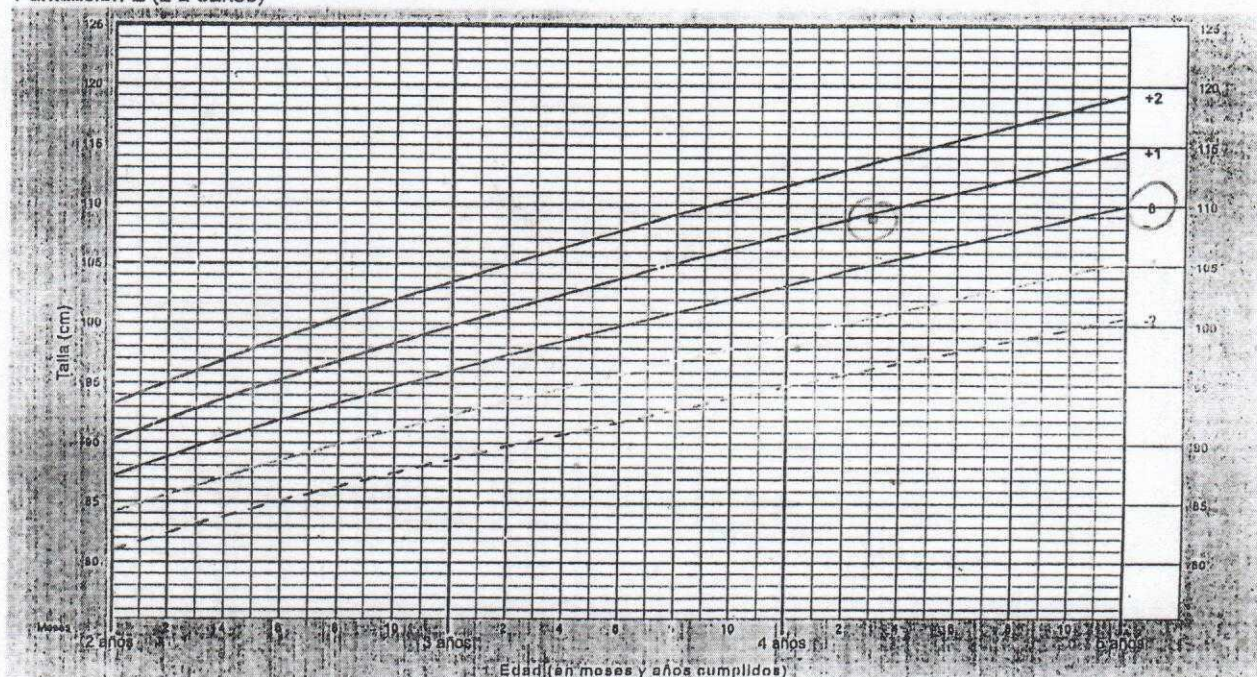


Resolución MINSALUD 2465 del 14 de Junio de 2016
publicada en el diario oficial numero 499926 el 06/07/2016.

Patrones de crecimiento infantil de la OMS Organización Mundial de la Salud

Talla para la Edad Niños

Puntuación Z (2 a 5 años)



Resolución MINSALUD 2465 del 14 de Junio de 2016
publicada en el diario oficial numero 499926 el 06/07/2016.

Patrones de crecimiento infantil de la OMS Organización Mundial de la Salud

MINISTERIO DE SALUD MINISTERIO DE EDUCACIÓN

Fecha:

Fecha:

Fecha:

Fecha en que

Profesional que
asistió

Fecha en que

Profesional que
asistió

Fecha en que

Profesional que
asistió

Fecha en que

Profesional que
asistió

Fecha en que

Profesional que
asistió

Fecha en que

Profesional que
asistió

Fecha en que

Profesional que
asistió

Fecha en que

Profesional que
asistió

Fecha en que

Profesional que
asistió

Fecha en que

Profesional que
asistió

Fecha en que

Profesional que
asistió

Fecha en que

Profesional que
asistió

Fecha en que

Profesional que
asistió

Fecha en que

Profesional que
asistió

Fecha en que

Profesional que
asistió

Fecha en que

Profesional que
asistió

Fecha en que

Profesional que
asistió

Fecha en que

Profesional que
asistió

Fecha en que

Profesional que
asistió

Fecha en que

Profesional que
asistió

Fecha en que

Profesional que
asistió

Fecha en que

Profesional que
asistió

Fecha en que

Profesional que
asistió

Fecha en que

Profesional que
asistió

Recibir suplementos con Hierro y Vitamina B12 a los 6 meses hasta los 5 años de edad, de acuerdo a la estrategia AIEPI.

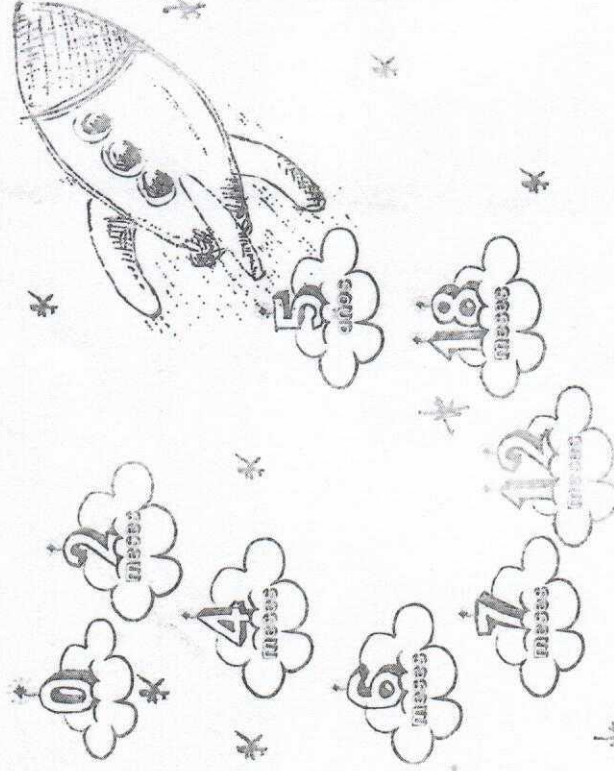
Edad	Fecha
42 meses	
48 meses	
54 meses	
60 meses	
66 meses	

Debe realizar toma de TSH al momento de la vacunación.

Vacunar oportunamente con todas las dosis a sus hijos, garantizando la protección frente a enfermedades como:

Poliomielitis, Difteria, Tétanos, Tosferina, Hepatitis, Enfermedad diarreica producida por rotavirus, Neumonías, Meningitis tuberculosa, Fiebre amarilla, Sarampión, Paperas, Meningitis por Haemophilus Influenza tipo B, Rubéola e Influenza.

Edad de aplicación de las vacunas a los niños y niñas menores de 6 años



- * Cualquier día es bueno para vacunar a sus hijos.
- * En Colombia todos los días son días de vacunación.
- * Es fácil, gratis y sobre todo muy importante.

República de Colombia
Ministerio de Salud y Protección Social
Dirección de Promoción y Prevención
Subdirección de Enfermedades Transmisibles
Programa Ampliado de Inmunizaciones

www.minsalud.gov.co
Atención al Ciudadano: 018000 95 25 25

¡Vacunarse siempre!



MinSalud

Ministerio de Salud

Vacunas al día, se la ponemos fácil

CARNÉ DE VACUNACIÓN

Nombre: Enrique Soto Torres

Fecha de nacimiento: 12-10-2014

Nº de certificado de nacido vivo: _____

Registro civil: 1128850358

Sexo: Masculino

Grupo sanguíneo: _____

Peso al nacer: _____

Dirección: Plaza de Oro

Teléfono: _____

Responsable: Los Yance Torres

Municipio de residencia: Tadó

Departamento: Chocó

cc 1193145203

Recuerda:
Estas vacunas son gratuitas



PROSPERIDAD
PARA TODOS

Registro Civil: N° 40 de 000 0938 R9.5

Me protege de	Dosis	Fecha de Aplicación		Laboratorio	Número de lote	IPS vacunadora	Fecha próxima cita		Nombre del Vacunador
		Día	Mes				Año	Día	
Lactancia materna exclusiva	SI ☐ No ☐	11	11	14					vacunador
Tuberculosis B.C.G.	Única								
Hepatitis B	Recién nacido								
Lactancia materna exclusiva	SI ☐ No ☐	11	09	15					vacunador
Polio (Oral - IM)	1°								
PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus, influenza Tipo B y Difteria - Toserfina - Tétano (DPT)	1°								
Rotavirus	1°								
Neumococo	1°								
Lactancia materna exclusiva	SI ☐ No ☐	04	02	16					vacunador
Polio (Oral - IM)	2°								
PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus, influenza Tipo B y Difteria - Toserfina - Tétano (DPT)	2°								
Rotavirus	2°								
Neumococo	2°								
Continúe la lactancia materna hasta que cumpla dos años e inicie alimentación complementaria nutritiva.									
Polio (Oral - IM)	3°								
PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus, influenza Tipo B y Difteria - Toserfina - Tétano (DPT)	3°								
Influenza	1°								
Influenza	2°								
Sarampión Rubéola Paparás (SRP)	1°								
Fiebre Amarilla	1°								
Neumococo	Refuerzo								
Influenza	Refuerzo								
Hepatitis A	Refuerzo								
Difteria - Toserfina - Tétano (DPT)	1° Refuerzo								
Polio (Oral - IM)	1° Refuerzo								
Polio (Oral - IM)	2° Refuerzo								
Difteria - Toserfina - Tétano (DPT)	2° Refuerzo								
Sarampión Rubéola Paparás (SRP)	Refuerzo								
VPH	1°								
VPH	2°								
VPH	3°								
H.B.									
vacunador									

La lactancia materna es el mejor y único alimento que deben recibir los niños durante los primeros 6 meses de vida; a partir de esa edad y hasta que cumplan dos años se debe continuar la lactancia materna y complementarla con otros alimentos nutritivos.

**INSTITUCION EDUCATIVA EL BAGRE - SEDE: SEDE PRINCIPAL**

NIT: 811040660-4 - DANE: 105250000169 - RESOLUCION: 0512 (Fecha de impresión: 5/4/2021)

CERTIFICADO DE DESEMPEÑO

GRADO: 01 SECCIÓN: B JORNADA: MAÑANA NIVEL: Básica Primaria PERIODO: 1

APELLIDOS Y NOMBRES: LOPEZ LEMUS ERIC STEVAN CÓDIGO: 210131 AÑO LECTIVO: 2021

ÁREA / ASIGNATURA	I.H	P1 25.00%			DESEMPEÑO PERIODO 1	ACUMULADO PARCIAL		NM	FALTAS	
						PROM	DESEMPEÑO		NJ1	AC
C. NATURALES Y EDUCACION AMBIENTAL	4	4.38			ALTO	4.38	ALTO	1.62		
CIENCIAS NATURALES Y EDUCACION AMBIENTAL	4	4.38			ALTO	4.38	ALTO	1.62		
C. SOCIALES Hist Geog Const Pol y Democracia	4	4.13			ALTO	4.13	ALTO	1.87		
CIENCIAS SOCIALES Hist, Geog, Const Pol y	3	4.25			ALTO	4.25	ALTO	1.75		
Catedra de Estudios Afrocolombianos	1	4.00			ALTO	4.00	ALTO	2.00		
EDUCACION ARTISTICA Y CULTURAL	2	4.00			ALTO	4.00	ALTO	2.00		
EDUCACION ETICA EN VALORES HUMANOS	1	4.50			ALTO	4.50	ALTO	1.50		
EDUCACION FISICA, RECREACION Y DEPORTES	2	4.00			ALTO	4.00	ALTO	2.00		
EDUCACION RELIGIOSA	1	4.00			ALTO	4.00	ALTO	2.00		
HUMANIDADES	6	4.00			ALTO	4.00	ALTO	2.00		
Lengua Castellana Español	4	4.00			ALTO	4.00	ALTO	2.00		
Lengua Extranjera Ingles	2	4.00			ALTO	4.00	ALTO	2.00		
MATEMÁTICAS	4	4.25			ALTO	4.25	ALTO	1.75		
TECNOLOGIA E INFORMATICA	1	4.00			ALTO	4.00	ALTO	2.00		
CONVIVENCIA ESCOLAR	0				SUPERIOR					

TOTAL

25

NJ Faltas no justificadas FJ faltas justificadas

PROMEDIO ALUMNO PERIODO 1

4.13

PROMEDIO GRUPO

4.12

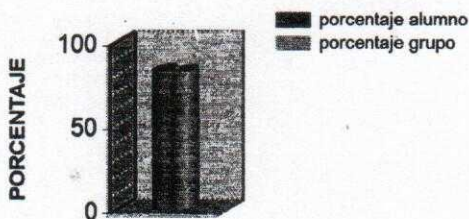
PUESTO EN RELACIÓN AL GRUPO

9

RECOMENDACIONES DIRECTOR(A) DE GRUPO:

TABLA DE EQUIVALENCIAS

CALIFICACIÓN	ABREVIATURA	RECOMENDACIÓN	ESCALA
SUPERIOR	SU		4.60 - 5.00
ALTO	AL		4.00 - 4.59
BASICO	BA		3.00 - 3.99
BAJO	BJ		1.00 - 2.99

RENDIMIENTO DEL ALUMNO*Julieth C*

FIRMA DIRECTOR(A) DE GRUPO

MATERIAS PERDIDAS EN EL PERIODO 1. (Indica que la materia fue reprobada en los periodos anteriores)



ALCALDIA DE EL BAGRE
NIT. 890984221-2
COMPROMISO DE TODOS

2021

EL BAGRE
COMPROMISO DE TODOS
2020-2023

FECHA: 20-ABRIL - AÑO EN CURSO.

ENTREVISTA PSICOLÓGICA

I.- DATOS GENERALES

Nombre Completo: MARIA YANETH YEPEZ MUÑOZ

Lugar y Fecha De Nacimiento: 29 SEP, 1961

Departamento: ANT-EL BAGRE Nacionalidad: COLOMBIANA.

Sexo: M ☐ F ☒ Edad: 59

Edad Cronologica: 59-6 MESES Religion: CATOLICA.

Estado Civil: CASADA C. Telefono: _____

Ocupacion Actual: OFICIOS VARIOS Lateralidad Manual: DERECHA.

Direccion Actual: BARRIO PORTUGAL.

Nivel Educativo: GRADO OCTAVO.

Pasatiempos: LEER.

Deportes: CAMENAR.

Posee Algun Apodo o Sobrenombre? Si ☐ / No ☒ / Si responde que si especifique _____

Fuma: Si ☐ No ☒ Si respondio si, Cuantos al dia: _____

Ingiere Bebidas Alcoholicas: Si ☐ / No ☒ / Si responde que si especifique _____

II.- ANTECEDENTES CLINICOS Y PSICOLOGICOS:

Tiene usted alergias? Si ☒ / No ☐ / Cuales? A LOS PERROS Y CUCARACHAS.

Toma algun medicamento regularmente? Si ☐ / No ☒ /

Angélica María de Arco de la Torre

**ANGÉLICA MARÍA DE ARCO DE LA TORRE PSICÓLOGA CASA DE JUSTICIA DEPENDENCIA COMISARIA DE FAMILIA
PROFESIONAL UNIVERSITARIO PSICÓLOGA
TARJETA PROFESIONAL 167671**

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **22.241.284**
YEPEZ MUÑOZ

APELLIDOS
MARIA YANETH

NOMBRES
Maria Y. Yepes Muñoz

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **20-SEP-1961**
EL BAGRE
(ANTIOQUIA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.63 **AB+** **F**
ESTATURA G.S. RH SEXO

14-DIC-1981 EL BAGRE
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARBEL RIVERA TORRES



A-0111700-00071602-F-0022241284-20080917 0003375854A 1 2610001476



ALCALDIA DE EL BAGRE
NIT. 890984221-2
COMPROMISO DE TODOS

EL BAGRE
COMPROMISO DE TODOS
2020-2023

FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PSICOLOGIA

Por favor señor (a) usuario(a) lea de forma muy atenta y detalladamente este documento, ya que tiene como objetivo explicarle el uso y confidencialidad de sus datos, así como sus derechos y compromisos con respecto al proceso de atención psicológica. Si presenta dudas consúltelas con la psicóloga Angélica María De Arco De La Torre.

USO Y CONFIDENCIALIDAD DE LOS DATOS

toda la información concerniente a su evaluación y tratamiento, incluyendo cualquier grabación de audio, video o reporte escrito, son confidenciales y no será divulgadas ni entregadas a ninguna otra institución o individuo sin su consentimiento expreso, excepto cuando la orden provenga de una autoridad competente. Sin embargo, de acuerdo con la ley 1090 del 2006, es necesario quebrantar este principio de confidencialidad en caso de presentarse situaciones que pongan en grave peligro su integridad física o mental o de algún otro miembro de la comunidad.

Es de gran importancia resaltar que para el proceso de atención psicológica se requiere de su compromiso de asistencia, puntualidad y participación y además de su colaboración en diligenciar una serie de documentos y / o pruebas, con información personal que será utilizada por la psicóloga para la evaluación y tratamiento.

Declaración de consentimiento

Yo, Liana Yareth Yopez Muñoz identificado(a) con cedula de ciudadanía numero 22241284 de el Bagre, manifiesto

Mi aceptación total del proceso de evaluación y tratamiento ofrecido por el servicio de psicología.

Que la información que me brindo la psicóloga es verdad y corresponde a mi realidad, ya que sobre dicha información se plantean las propuestas de intervención

Que he leído y comprendido íntegramente este documento y en consecuencia acepto su contenido y las consecuencias que dé él se deriven y accedo a lo anteriormente mencionado.

En mi carácter de vínculo abuela pasterna del /la menor ESIL STEVAN LOPEZ JEMUS doy mi consentimiento para que se lleve a cabo el proceso de evaluación psicológica solicitado por Comisaria de familia y para que el mismo se realice por la psicóloga Angélica María De Arco De La Torre.

Manifiesto que he recibido toda la información necesaria de forma confidencial, clara comprensible y satisfactoria sobre la naturaleza y propósito de los objetivos, procedimientos, temporalidad y honorarios que se seguirán a lo largo del proceso establecido en el código deontológico del psicólogo. Por otra parte y para un mejor resultado de la evaluación, tratamiento psicológico, la psicóloga guardara confidencialidad de los datos obtenidos del menor, salvo en el caso de existir un riesgo para la salud de él o terceros.

Dejo constancia de haber comprendido la información que he recibido y presto plena conformidad a su realización y a la entrega del informe requerido.

Fecha 20 de abril 2021

Firma Liana Yareth Yopez M. documento 22241284