**ANEXO 11**

**FORMATO DE REMISIÓN DE CASOS DE PRESUNTA INOBSERVANCIA, AMENAZA Y VULNERACIÓN DE DERECHOS**

Fecha de elaboración: Día: \_\_\_\_\_ Mes: \_\_\_\_\_ Año: \_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DATOS GENERALES DEL PARTICIPANTE: (LA NIÑA O EL NIÑO, MUJER GESTANTE O EN PERIODO DE LACTANCIA)**

**Nombres y Apellidos: \_**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: Día:\_\_\_\_\_ Mes:\_\_\_\_\_ Año:\_\_\_\_\_\_ Edad:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sexo: Femenino ( ) Masculino ( )

**Tipo de Documento de identidad del Participante:**

1. Registro Civil ( ) 2. Tarjeta de Identidad ( ) 3. Cédula Ciudadanía ( ) 4. Cedula de Extranjería ( ) 5. Pasaporte ( ) 6. Permiso Especial de Permanencia (Pep) ( ) 7. No Tiene ( ) 8. Sin Información ( )

**Numero de documento de identidad del Participante:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Lugar de Expedición: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nacionalidad\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Departamento\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Municipio\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Étnia Auto-reconocimiento o reconocimiento familiar**

1. Población Indígena ( ) 2. Población Negra ( ) 3. Población Afrocolombiana ( ) 4. Población Raizal Descendiente Del Archipiélago De San Andrés, Providencia Y Santa Catalina ( ) 5. Población Gitana O ROM ( ) 6. Población Palanquera ( ) 7. Ninguno ( )

**Seguridad Social**:

Régimen contributivo ( ) Subsidiado ( ) Vinculado ( ) Especial ( ) Ninguno ( )

**Entidad prestadora de servicio de Salud**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Residencia:**

Urbana\_\_\_\_\_Rural\_\_\_\_\_\_Comuna:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Barrio:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Corregimiento:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Vereda: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**PERSONA O FAMILIAR DE CONTACTO**

Nombre del adulto responsable: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tipo y Número de Documento de identificación: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Parentesco: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Teléfonos: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DATOS DEL PRESTADOR DE SERVICIO**

**Modalidad de Atención:**

Institucional 8 Horas ( ) Jardines Infantiles ( ) Entorno Familiar ( ) Ludotekas ( )

Nombre del Prestador del Servicio: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre de la Sede de atención: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Teléfonos: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombres y apellidos de la persona quien reporta la activación la UAE Buen Comienzo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# MOTIVO DE REMISIÓN: Seleccione con una X si la presunta vulneración se presentó en:

|  |
| --- |
| **¿Qué tipo o tipos de presunta Vulneración contra NIÑA O NIÑO se presentó?** |
| 1. Violencia sexual
 |   |
| 1. Violencia psicológica
 |   |
| 1. Violencia física
 |   |
| 1. Omisión o Negligencia
 |   |
| 1. Castigo Físico
 |   |
| 1. Síndrome de bebe Zarandeado
 |  |

|  |
| --- |
| **¿Qué tipo o tipos de presunta Vulneración contra la MUJER GESTANTE O EN PERIODO DE LACTANCIA?** |
| 1. Acto sexual
 |   |
| 1. Acceso Carnal
 |   |
| 1. Explotación Sexual Comercial
 |   |
| 1. Matrimonio Infantil Y Unión Temprana
 |   |
| 1. Riesgo de feminicidio
 |   |
| 1. Acoso Sexual
 |   |
| 1. Otras formas de Violencia Sexual
 |  |

**En cuál Entidad o Institución realizó la activación de ruta de atención en casos de amenaza, vulneración o inobservancia de derechos contra niñas, niños y mujeres gestantes o lactantes**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Salud: EPS, IPS O Programas y Proyectos de salud de la red pública y privada |  |
| 2. Protección: Instituto Colombiano De Bienestar Familiar (Defensorías de Familia) |  |
| 3. Protección: Comisarías de Familia |  |
| 4. Protección: Inspección de Policía |  |
| 5. Justicia: Fiscalía |  |
| 6. Justicia: Unidad de Respuesta Inmediata -URI |  |
| 7. Justicia: Policía Judicial |  |
| 8. Justicia: Policía Nacional |  |
| 9. Ministerio Público: Personería del Pueblo y Personerías Distritales o Municipales |  |
| 10. Ministerio Público: Procuraduría General de la Nación |  |
| 11. Autoridad Tradicional |  |
| 12. Otro |  |

**COMPOSICIÓN FAMILIAR**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nombre** | **Parentesco** | **Edad** | **Escolaridad** | **Ocupación** | **Ingresos** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PRESENTADA QUE GENERA LA REMISIÓN:**

**ACCIONES ADELANTADAS POR LA ENTIDAD FRENTE AL CASO:**

**CONCEPTO PSICOSOCIAL:**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL O DIRECTIVO DE LA ENTIDAD.**