**INFORME DE AVANCE**

|  |  |
| --- | --- |
| **OFICIO N°** | **: /2024** |
| **NNA** | **:** **{el\_nombre} {el\_apellido\_p} {el\_apellido\_m}** |
| **MAT** | **: Acompaña Informe** |
| **RIT** | **: {Rit}** |
| **FECHA** | **: {fecha\_hoy}** |

**DE : KAREN BARRA VALDIVIA**

**DIRECTORA PRM BUIN PAINE I**

**FUNDACIÓN DEM**

**A : JUEZ TITULAR**

**JUZGADO DE FAMILIA DE BUIN**

El Director que suscribe remite a Ud., Informe de Avance de **{el\_nombre} {el\_apellido\_p},** elaborado por profesionales del Programa de Reparación de Maltrato Grave PRM DEM BUIN PAINE I,quien cuenta con una causa proteccional vigente en vuestro Tribunal**.**

Todo lo informado, para conocimiento y su determinación.

Atentamente,

Texto, Pizarra

Descripción generada automáticamente

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

**KAREN BARRA**

**DIRECTORA PRM BUIN PAINE I**

**FUNDACIÓN DEM**

Adj.: - Lo indicado.

**I.- IDENTIFICACIÓN PROGRAMA AMBULATORIO**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nombre programa:  **PRM BUIN PAINE I FUNDACION DEM** | | Código SENAME  1132466 |
| Dirección Sede **Matriz**: O'higgins #160, Buin. | | |
| Nombre del Director:  **Karen Barra Valdivia** | | |
| Teléfono de Contacto:  **961001737** | Correo electrónico:  [**prmpaine@fundaciondem.cl**](mailto:prmpaine@fundaciondem.cl)  [**prmbuin2@fundaciondem.cl**](mailto:prmbuin2@fundaciondem.cl) | |
| Profesionales responsables de la Intervención:  **(Ps.) –** **{n\_psico}** | | |
| **(T.S.) {n\_ts}** | | |

**II.- ANTECEDENTES GENERALES**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| RIT causa cumplimiento:  **{Rit}** | | | | | Juzgado que decreta la medida:  **Tribunal de Familia de Buin** | | | | | | | | Curador Ad-Litem:  **{curad}** | | |
| Fecha medida de protección adoptada: | | | | | Medida protección vigente | | | | | | Fecha vencimiento de actual medida: | | | | |
| Si: X | | No: | | | |
| Nombre del NNA:  **{el\_nombre} {el\_apellido\_p} {el\_apellido\_m}** | | | | | | | | | | | | | | | |
| RUN:  **{Rut}** | | | Fecha de nacimiento:  **{f\_nac}** | | | Edad:  **{edad}** | | | | Nacionalidad:  {nacion} | | | | Etnia:  **No aplica** | |
| Fecha ingreso efectivo:  **{f\_ingreso}** | | | | Fecha elaboración informe diagnóstico:  **{f\_PII\_d}** | | | | | Fecha elaboración de último PII:  **{f\_PII}** | | | Tiempo de permanencia:  **{tiempo\_prm}** | | | |
| Nombre Adulto responsable:  **{nombre\_ad}** | | | | | | | | | | Vínculo de parentesco:  **{fam}** | | | | | RUN:  **{fam\_Rut}** |
| Dirección:  **{domicilio}. Comuna de {comuna}** | | | | | | | | | Teléfono:  **{fam\_fono}** | | | | | | |
| Está ingresado en residencia o asiste a OTRO Programa Ambulatorio: | | Nombre de la residencia o Programa:  No aplica | | | | | | Fecha de Ingreso a la residencia o Programa:  No aplica | | | | Tiempo de Permanencia en residencia o Programa:  No aplica | | | |
| Si: | No: **X** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Establecimiento educacional al que asiste:  **{est\_ed}** | | | | | | | | | |
| Dirección:  **{d\_est\_ed}** | | | Teléfono de contacto:  **{f\_est\_ed}** | | | | | Correo electrónico:  **{c\_est\_ed}** | |
| Curso a que asiste NNA:  **{curso}** | | Último curso aprobado:  **-** | | % de asistencia a clases a la fecha del informe:  - | | | | | Principal razón de ausentismo:  Sin antecedentes |
| Centro de salud inscrito:  **{est\_salud}** | | | | | Fecha último control de salud: | | | | |
| Correo electrónico:  **socialsaludbuin@gmail.com** | | | | | | | Teléfono:  **229363300** | | |
| Situación especial de salud | | | Cuál: | | | | | | |
| Si: | No: **X** | |
| Centro de Atención Especializado: | | | | | | | | | |
| Correo electrónico: | | | | | | Teléfono: | | | |
| Fecha último control: | | |  | | | | | | |
| Presenta discapacidad | | | Especifique: | | | | | | |
| Si: | No: **X** | |
| Recibe pensión por discapacidad | | | Persona responsable del cobro y administración: | | | | | | |
| Si: | No: **X** | |

**III.- CUMPLIMIENTO Y AVANCES EN LA INTERVENCIÓN SEGÚN OBJETIVOS DE LA SENTENCIA**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **OBJETIVOS ORDENADOS EN LA SENTENCIA**  **(Indique aquellos que señala la resolución)** | **DESCRIPCIÓN DE AVANCES** | **NIVEL DE CUMPLIMIENTO POR OBJETIVO**  **(SI- NO- EN PROCESO)** |
|  | 1. Se realiza ingreso efectivo con fecha {f\_ingreso}, cumpliendo lo ordenado con vuestra judicatura respecto a la entrega de información en torno a los indicadores de daño y los resultados del diagnóstico a nivel individual que se vierten en informe (IPD) teniendo a la fecha el despliegue de un proceso de tratamiento por la tratante identificada en el presente informe. | 1. Si. |

**IV.- CUMPLIMIENTO Y AVANCES EN LA INTERVENCIÓN**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **SÍNTESIS DE PROFUNDIZACIÓN DIAGNÓSTICA O ACTUALIZACIÓN DIAGNÓSTICA** | **OBJETIVOS DE INTERVENCIÓN** | **DESCRIPCIÓN DE AVANCES** | **CUMPLIMIENTO DE OBJETIVO**  (SI- NO- EN PROCESO) |
| **ÁREA INDIVIDUAL** | | | |
| En la actualidad, es posible señalar que | 1. Brindar espacio de exploración identitaria a través de narrativas vinculares, sobre el espacio familiar y de pares sociales. |  | 1. Sí 2. Sí |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ÁREA FAMILIAR** | | | |
| En cuanto a la dinámica familiar, |  |  | 1. Si |

|  |
| --- |
| **ÁREA SOCIO COMUNITARO** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| * A nivel comunitario, dadas las características del caso, se requiere establecer canales de comunicación fluidos, y apuntar a un trabajo colaborativo, articulando estrategias que permitan los ajustes socioafectivos evidenciados en el diagnóstico. | 1. Favorecer el trabajo coordinado entre profesionales de PRM Buin y {est\_ed}, a fin de ser un apoyo para el proceso de desarrollo de {el\_nombre}. 2. Coordinar las atenciones entre profesionales de PRM Buin y la red de Salud, a fin de aunar criterios para complementar la intervención. | 1. Con el objetivo de dar cumplimiento a este objetivo, se realiza coordinación con el establecimiento educacional, principalmente gestionado a través del Equipo de Convivencia Escolar, donde se recogen las observaciones del establecimiento, abordando los nudos críticos tanto con el referido como con su {fam} y el propio equipo de convivencia del establecimiento. | 1. Si 2. Si |

|  |
| --- |
| **Opinión manifiesta de {el\_nombre} sobre el proceso de intervención:** |
| Se puede |

|  |  |
| --- | --- |
| **Área** | **Nudos en la intervención** |
| **{el\_nombre}** |  |
| **{nombre\_ad}** | En general existe una buena disposición con la intervención, logrando una adecuada adherencia e involucramiento en el proceso, por lo que no se visualizan nudos críticos. |

|  |
| --- |
| **Conclusiones y orientaciones siguiente período:** |
| **{el\_nombre}:** |
| Familia: |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **TIPO SUGERENCIA** | **SI** | **NO** | **JUSTIFICACIÓN** | | | |
| **Medidas cautelares** | **X** |  |  | | | |
|  | | | |
| **Prorrogar Medida** | **X** |  | * Que **{el\_nombre} {el\_apellido\_p} {el\_apellido\_m}, RUT {Rut},** se mantenga bajo el cuidado personal y proteccional de su {fam} **{nombre\_ad}, RUT {fam\_Rut}.** * Que **{el\_nombre} {el\_apellido\_p} {el\_apellido\_m}, RUT {Rut},** se mantenga en **PRM Buin Paine I** a fin de continuar la fase de tratamiento. * Que se mantenga y/o renueve medida de protección en favor de **{el\_nombre} {el\_apellido\_p} {el\_apellido\_m}, RUT {Rut}.** | | | |
| **Modificar Medida** |  | **X** |  | | | |
| **Derivación a Otro/s Programa/s** |  | **X** |  | | | |
| **Egreso** |  | **X** | **POR CUMPLIMIENTO DE OBJETIVOS DE PII** |  | **POR ABANDONO SISTEMA RESIDENCIAL** |  |
| **ADOPCIÓN** |  | **MAYORÍA DE EDAD** |  |
| **NO CUMPLE CON EL PERFIL DEL SUJETO DE ATENCIÓN** |  | **FALLECIMIENTO** |  |
| **OTRO MOTIVO:** | | | |

Es todo cuanto podemos informar,

**PRM BUIN PAINE I FUNDACIÓN DEM**