E.S.E. vidasinú

Calle 22B No. 4W-33 / Barrio El Amparo
Montería –Córdoba-Colombia
PBX (4)7848910
Call Center: 018000944424-3176427964
www.esevidasinuú.gov.co

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS NO. SS-636 DEL 29 DE DICIEMBRE DE 2022

PROGRAMA DE ATENCION PSICOSOCIAL Y SALUD INTEGRAL A LAS VICTIMAS

-PAPSIVI-

OBJETO DEL CONTRATO

AMPARAR EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PARA GARANTIZAR LA ATENCIÓN INTEGRAL EN EL MARCO DEL PAPSIVI A LAS VICTIMAS DEL CONFLICTO ARMADO EN EL TERRITORIO DEL MUNICIPIO DE MONTERIA, CONFORME A LA ORDENANZA 0020 DE 2022 "POR MEDIO DE LA CUAL SE AUTORIZA AL GOBERNADOR DEL DEPARTAMENTO DE CORDOBA PARA COMPROMETER VIGENCIAS FUTURAS ORDINARIAS SECTOR SALUD DE LA VIGENCIA FISCAL 2022 - 2023"

MONTERIA -2023

OBLIGACIÓN NO. 01

OBLIGACION # 1 : Prestar atención integral en salud a CIENTO CUARENTA Y OCHO (148) víctimas del conflicto armado del Municipio de MONTERIA, mediante atenciones integrales en salud y atenciones psicosociales realizadas por los equipos de atención integral de acuerdo a lo establecido en los LINEAMIENTOS PARA LA EJECUCIÓN DE LOS RECURSOS DESTINADOS A COFINANCIAR LA IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL Y SALUD INTEGRAL A VICTIMAS DEL CONFLICTO ARMADO, de las víctimas que se encuentren en la base de datos poblacional correspondiente a la contratada en la red de EAPB de cada una de las EMPRESAS SOCIALES DEL ESTADO contratadas para tal fin, para lo cual deberán realizarse las siguientes subactividades: a,b,c,d,e,f,g,h.

Entidad: E.S.E VIDASINU	**Acta No. 02**
Objetivo de la Reunión: Organización de los planes de atención de las familias e individuos.	**Fecha:** 28/04/2023
Enlace de Víctima –Programa Papsivi: Francisco Franco **Cargo en la ESE**: Médico –Subdirector Científico	**Hora inicio:** 9:00 a.m. **Fin:** 12:00 p.m**.**
Secretario: N/A **Cargo:**	**Lugar de la Reunión:** ESE VidaSinú – Montería

PARTICIPANTES			
No.	**Nombre**	**Cargo**	**Teléfono**
1	Francisco Franco Bedoya	Referente Victimas del Conflicto Armado- Ese Vida Sinú	3005545621
2	Luisa Noriega	Enfermera asigna para Programa Papsivi	
3	Nelsy López Carmona	Profesional Psicosocial Ese Vida Sinú	3145801542
4	Angélica Lambertinez	Profesional Psicosocial Ese Vida Sinú	312 6270840

PUNTOS DE DISCUSION	
1	Organización de la base de dato de las víctimas focalizadas.
2	Organización de los planes de atención en salud y psicosocial.
3	Observaciones

DESARROLLO DE LA REUNIÓN

El día 28 de Abril del año en curso, se reúne en las Instalaciones de la ESE, el Equipo de Atención Integral a las víctimas, del Programa Papsivi, con el fin de organizar la base de dato de las víctimas que mediante el proceso de focalización manifestaron querer participar de la Medida de Rehabilitación desde las dos modalidades de atención.

Por lo anterior se relaciona la totalidad de la META asignada a la ESE VIDA SINU, por parte del Ministerio de la Protección en Salud, que recibirán la atención en salud física y la atención psicosocial a saber:

META DE LA ATENCION	PLANES INDIVIDUALES A REALIZAR	PLANES FAMILIARES A REALIZAR	ATENCIONES PSICOSIALES A REALIZAR
148 víctimas	27	29	8

Una vez focalizada en su totalidad las víctimas por parte del Gestor comunitario, mediante la búsqueda activa logro ingresar a todas las víctimas a la medida de rehabilitación, lo cual se relaciona:

RELACION DE LOS GRUPOS FAMILIARES CON SUS INTEGRANTES DESDE LA MODALDIAD FAMILIAR E INDIVIDUAL, QUE VAN A RECIBIR LA ATENCION POR PARTE DEL PROGRAMA PAPSIVI.

MODALIDAD DE ATENCION	APELLIDOS DEL NÚCLEO FAMILIAR /O INDIVIDUO	APELLIDOS DE LA VÍCTIMA	TIPO DE DOCUMENTO	NÚMERO DE DOCUMENTO
FAMILIAR	PEREIRA BARRERA	ANGEL MANUEL PEREIRA LOPEZ	CC	15.157.156
		YAZMIN NAVIDAD BARRERA HOYOS	CC	50.911.161
		ESTEBAN ANDRES VARGAS PEREIRA	TI	1.062.986.440
		SERGIO ANDRES VARGAS PEREIRA	TI	1062434432
		MARIA ANGEL RUIZ PEREIRA	TI	1062439367
		ALEX DAVID RUIZ PEREIRA	TI	1.062.438.932

		ALEX RANSES SILVA PEREIRA	TI	1138077634
		BRAYNER STIVEN SILVA PEREIRA	CC	1073970500
		JAIME LUIS RAMINREZ PEREIRA	TI	1.068.418.691
FAMILIAR	YANES VARGAS	DORIS ISABEL VARGAS LOPEZ	CC	50939979
		MARIA ANTONIA YANES VARGAS	CC	1067923687
		SIPRIAN YANES CORREA	CC	8.186.731
		CAROLINA ANDREA BUELVAS ANGULO	CC	1067862344
		JOSUE YANES BUELVAS	TI	1062529161
FAMILIAR	AVILA SIERRA	OVIDIO MANUEL AVILA SIERRA	C C	70524073
		CARLOS ANDRES SIERRA MARTINEZ	TI	1233344193
		OSCAR DAVID AVILA SIERRA	TI	1041264356
FAMILIAR	MADERA CORREA	ZOILA ELENA MADERA CORREA	CC	26203446
		VANESSA DEL CARMEN ARIZ HERNANDEZ	CC	1067853180
		SARAY MADERA ARIZ	TI	1138087726
FAMILIAR	BELTRAN RAVE	RODE BETZABE BELTRAN RAVE	CC	1040491412
		VALERY SOFIA RAMOS BELTRAN	TI	1018256858
		JUAN DANIEL BELTRAN BELTRAN	TI	1018249298
		ALAN SANTIAGO RAMOS BELTRAN	TI	1018261866
FAMILIAR	ALEAN ENSUNCHO	FRANCISCO ANTONIO ALEAN CASTRO	CC	10780260
		ROSA MARIA ENSUNCHO REYES	CC	25774471
		LUZ MARY ALEAN ENSUNCHO	CC	25774447
FAMILIAR	BURGOS GALVAN	LILIANA MARIA GALVAN JIMENEZ	CC	1067839746
		EUSTORGIO EMIRO BURGOS CHARRASQUIEL	CC	78750223
		DORIS ESTELA BURGOS GALVAN	TI	1067869692
		JESUS DAVID BURGOS GALVAN	TI	1067896120
		ESTIVEN BURGOS GALVAN	TI	1068431478
FAMILIAR	VELEZ PADRON	LILIA ISABEL VELEZ PADRON	CC	34957842
		LIGIA MARIA PADRON ROJAS	CC	26177374
		JESUS MIGUEL GUERRA VELEZ	CC	1067844134
FAMILIAR	PASCACIO MURILLO	SAYURIS PAOLA PASCACIO MURILLO	CC	1067898790
		YEINER MIGUEL COGOLLO PASCACIO	TI	1067900272
		KAREN MILENA PASCACIO MURILLO	CC	1010117473
FAMILIAR	BOLAÑO CALDERIN	ANA VICTORIA BOLAÑO CALDERIN	CC	32245484
		ALEJANDRA ALVAREZ MORA	TI	1138080462
		SARA SOFIA ALVAREZ PACHECO	TI	1068435375
		VICTORIA ALVAREZ PACHECO	TI	1062981888
		YIRA JANNETH PACHECHO COGOLLO	CC	1064313960
FAMILIAR	PEREZ IZQUIERDO	ALBA LUZ IZQUIERDO BERTEL	CC	1067914291
		YEIMI LUZ PEREZ IZQUIERDO	TI	1067875743
		JOEL DAVID PEREZ IZQUIERDO	TI	1062982270
		OMAR YESID PEREZ IZQUIERDO	TI	1068434706
FAMILIAR	FURNIELES LOPEZ	AMARILIS DELFINA FURNIELES LOPEZ	CC	50935827
		DAMASO JOSE RESTAN JARAMILLO	CC	15614206
		ELIAN DARIO FURNIELES LOPEZ	CC	10030499094
		DANIRIS JULIETH HERNANDEZ FURNIELES	TI	1067940531
		ELIZABETH ROMERO POLO	CC	1192919862
		DANNA DEL CARMEN HERNANDEZ FURNIELES	CC	1068417736
FAMILIAR	SANDON CUADRADO	MARCOS SANDON GONZALEZ	CC	15607756
		JERONIMA CUADRADO MONTES	CC	26212271
FAMILIAR	MULASCO DEL CASTILLO	CARMEN CORINA DEL CASTILLO VEGA	CC	50906555
		ALFONSO MANUEL MULASCO MENDOZA	CC	8320654
		JADER ANDRES MULASCO DEL CASTILLO	CC	1003450611
		YIRLIS YANETH MULASCO DEL CASTILLO	CC	1003450612
		EVA SANDRITH MULASCO DEL CASTILLO	CC	1062959105
FAMILIAR	YANES CONTRERAS	NAVIS EVA CONTRERAS ESPITIA	CC	50912182
		LUIS ENRIQUE YANES FLORES	CC	78709918
		YEMAIDA YANES CONTRERAS	TI	1067890952
		YELENA YANES CONTRERAS	TI	1062965765
		YENT ENRIQUE YANES CONTRERAS	TI	1068430182
		YANELIS YANES CONTRERAS	TI	1068431862
		YEILE YANES CONTRERAS	TI	1138088869
		KENE ENRIQUE YANES CONTRERAS	TI	1138030487
INDIVIDUAL	SUAREZ VIDAL	SICILFREDO SUAREZ VIDAL	CC	15010185
INDIVIDUAL	PADILLA ROMERO	MIGUEL VICENTE PADILLA ROMERO	CC	78709916
INDIVIDUAL	MADRID MESTRA	RUBYSTEY MADRID MESTRA	CC	1073980845

INDIVIDUAL	JARABA GONZALEZ	NORIS ISABEL JARABA GONZALEZ	CC	23062537	
INDIVIDUAL	GALVIS COGOLLO	ESTELA GALVIS COGOLLO	CC	50902763	
INDIVIDUAL	QUINTANA URANGO	CRISTINA ISABEL QUINTANA URANGO	CC	50902666	
INDIVIDUAL	SIERRA MARTINEZ	SATIFI SOFIA SIERRA MARTINEZ	CC	50913172	
INDIVIDUAL	CHAVEZ ESPITIA	BERNUIL DEL CARMEN CHAVEZ ESPITIA	CC	34974612	
INDIVIDUAL	TORDECILLA BUELVAS	KAREN LORENA TORDECILLA BUELVAS	CC	1003004332	
INDIVIDUAL	PAEZ CUITIVA	ALBERTO MIGUEL PAEZ CUITIVA	CC	6687332	
INDIVIDUAL	PALMERA HERNANDEZ	ANA BEATRIZ PALMERA HERNANDEZ	CC	50927542	
INDIVIDUAL	CONTRERA HERAZO	KAREN KATERINE CONTRERA HERAZO	CC	1068661709	
INDIVIDUAL	MARTINEZ VELASQUEZ	LENIS ESTHER MARTINEZ VELASQUEZ	CC	1067900456	
INDIVIDUAL	MARTINEZ VELASQUEZ	YULIANA MARTINEZ VELASQUEZ	CC	1067843026	
INDIVIDUAL	HERRERA MARTINEZ	LUZ ANGELA HERRERA MARTINEZ	CC	1068810079	
FAMIIAR	PEREIRA IZQUIERDO	ANA MILENA IZQUIERDO BERROCAL	CC	50933229	
		PAULA ANDREA JIMENEZ IZQUIERDO	CC	1040373243	
		HILARIO JOSE PEREIRA PETRO	CC	78713749	
		VALENTINA PEREIRA IZQUIERDO	TI	1067909531	
		JAIRO ELIAS PEREIRA IZQUIERDO	TI	1068429695	
FAMIIAR	LIBARDO RAMOS	LIBARDO ENRIQUE RAMOS CORONADO	CC	1067837447	
		LUZ PIEDAD MUÑOZ CORONADO	CC	1003401918	
FAMIIAR	POLO MARQUEZ	ENODIS EDITH MARQUEZ MESTRA	CC	32292712	
		LIBARDO JOSE POLO VELASQUEZ	CC	78710805	
		KARINA POLO MARQUEZ	CC	1003399371	
		KATERINE POLO MARQUEZ	CC	1003434101	
FAMIIAR	JULIETH FUENTES	JULIETH MARIA FUENTES SIBAJA	CC	50892757	
		FRANCISCA SIBAJA FUENTES	CC	34966818	
		MARIA FERNANDA ARRIETA CABRALES	CC	1067956245	
		HERNAN JOSE FUENTES SIBAJA	CC	1067929501	
		ADRIANA SOFIA HERRERA FUENTES	CC	1062957347	
		JUAN DANIEL APARICIO DURANGO	CC	1067962048	
FAMIIAR	MERCEDES ALEGRIA	MERCEDES DEL CARMEN ALEGRIA CURA	CC	26248959	
		IVON ANDREA CAMARGO GUERRA	CC	1067930990	
		MARIA PAZ LARA CAMARGO	TI	1062979222	
		DEIVI ENRIQUE LARA ALEGRIA	CC	1067889338	
		YULISA FERNANADA TORDECILLA CABARCAS	CC	1063716924	
FAMIIAR	ANA RAMOS	ANA ELENA RAMOS ALCALA	CC	50899719	
		KELLY JOHANA MORALES RAMOS	TI	1138075781	
		INGRIT PAOLA ESQUIVEL RAMOS	CC	1067859752	
		LUIS DAVID ESQUIVEL RAMOS	TI	1138076298	
		LUIS CARLOS ESQUIVEL RAMOS	TI	1138076297	
		JOSEP DAVID ROJAS ESQUIVEL	TI	1067902065	
		YESICA PATRICIA ESQUIVEL RAMOS	CC	10679357725	
FAMIIAR	EVER HERNANDEZ	EVER MANUEL HERNANDEZ HERNANDEZ	CC	71980193	
		NUBIA ESTHER GRANDETT ESPITIA	CC	50893178	
		CAROLINA SIBAJA APARICIO	TI	1062436156	
		KAREN YULIETH SIBAJA GRANDETT	TI	1062439917	
		ALEJANDRO JOSE SIBAJA GRANDETT	TI	1138081921	
FAMIIAR	MARGARITA TORDECILLA	MARGARITA MARIA TORDECILLA ESCOBAR	CC	42653150	
		MARLY JOHANA AGUILAR OLIVARES	CC	1192731738	
		SAMY JULIANA TORDECILLA AGUILAR	TI	1233340458	
		ALDAIR TORDECILLA ESCOBAR	CC	1067905747	
FAMIIAR	LILIAN GOMEZ	LILIAN MILENA GOMEZ CASTILLO	CC	1133796968	
		MARIANO ANTONIO GOMEZ POLO	CC	6877300	
		JOHAN CALETH ROMERO GOMEZ	TI	1062974851	
		TALIANA MILENA LOPEZ GOMEZ	TI	1067920573	
		MARIANA LUCIA GOMEZ CASTILLO	CC	1067856277	
		YULIETH PATRICIA BELTRAN ROSARIO	CC	1003645546	
		MAREBIS DEL CARMEN GOMEZ CASTILLO	CC	2620113826	
FAMIIAR	CLARIBEL BANESSA PEREZ	CLARIBEL BANESSA PEREZ OSORIO	CC	25768119	
		YENNY MARCELA JARAMILLO TORRES	CC	1062434805	
FAMIIAR	DORIS RUBIO	DORIS MARIA RUBIO MORA	CC	34986499	
		MARIA DE LOS REYES MENDOZA RUBIO	CC	1028003148	
		ISAIAS ANTONIO MENDOZA RUBIO	CC	1028003147	
		ISAAC DAVID RUBIO MORA	CC	1003405823	
		SARAY BELTRAN MENDOZA	TI	1233339016	
FAMIIAR	OSORIO GALLEGO	CATALINA GALLEGO RODRIGUEZ	CC	42652198	

		EDINSON MANUEL OSORIO CAUSIL	CC	8515096
		NELCY EDITH OSORIO GALLEGO	CC	50970743
		JESUS DAVID TORRES OSORIO	CC	1003432278
		JOSE ARMANDO TORRES OSORIO	CC	1067960575
FAMIIAR	SERY ALARCON	SERY SOFIA ALARCON RAMOS	CC	50924244
		SANDY SOFIA CAUSIL ALARCON	CC	1003430973
		SERGIO LUIS CAUSIL ALARCON	CC	1067943039
		VALENTINA ALVAREZ VASQUEZ	TI	1035066483
		MIGUEL DAVID BEDOYA BELTRAN	CC	1003466660
FAMIIAR	UBERLINA OLEA	UBERLINA DEL CARMEN OLEA MORALES	CC	50891691
		YULIS JUDITH YANES YANEZ	CC	25786060
		MARGARITA ROSA OLEA MORALES	CC	1003398872
		MARIA CAMILA ESCOBAR YANES	TI	1062959471
FAMIIAR	CIELO BERRIO	CIELO BERRIO GUZMAN	CC	26229201
		TULIA ELENA BARROSO MUÑOZ	CC	1067907183
		MATIAS RAMIREZ BARROSO	TI	1067939026
INDIVIDUAL	JUANA GOMEZ	JUANA DEL CARMEN GOMEZ MADERA	CC	25809433
INDIVIDUAL	ARGENIDA TRIANA	ARGENIDA MARIA TRIANA APARICIO	CC	34993475
INDIVIDUAL	YESICA ROMERO	YESICA PAOLA ROMERO TABORDA	CC	1067958751
INDIVIDUAL	NANCY GONZALEZ	NANCY DEL CARMEN GONZALEZ	CC	50872497
INDIVIDUAL	SUSANA PARRA	SUSANA EDITH PARRA VEGA	CC	39155831
INDIVIDUAL	ESMERALDA CARMONA	ESMERALDA ROSA CARMONA NARVAEZ	CC	25767786
INDIVIDUAL	LAURA CORTES	LAURA CORTES CARMONA	CC	1000085687
INDIVIDUAL	ZOILA VELASQUEZ	ZOILA MARIA VELASQUEZ ARRIETA	CC	30685968
INDIVIDUAL	OMAIRA ARAUJO	OMAIRA ISABEL ARAUJO PATERNINA	CC	39414455
INDIVIDUAL	LUIS RAMOS	LUIS ANTONIO RAMOS LOPEZ	CC	78745743
INDIVIDUAL	LUIS GALINDO	LUIS FRANCISCO GALINDO CARDOZO	CC	6872149
INDIVIDUAL	YULIANA VASQUEZ	YULIANA IVETH VASQUEZ ARIZAL	CC	50939212
INDIVIDUAL	GLADYS ARRIETA	GLADYS MARIA ARRIETA VEGA	CC	35010093
INDIVIDUAL	FRANCISCA LOPEZ	FRANCISCA ISABEL LOPEZ GUZMAN	CC	25767317
INDIVIDUAL	CERLY GRANDETT	CERLY TATIANA GRANDETT FUENTES	CC	1067853156

Una vez organizado los grupos familiares y las víctimas que durante la focalización manifestaron querer recibir la atención individual, correspondiente a cada profesional psicosocial, donde equitativamente fueron distribuidos, con el fin de lograr alcanzar con el objetivo de la atención por parte del programa.

Se da por terminado la reunión, con compromisos para la elaboración del plan de atención, una vez las profesionales psicosociales realicen el acercamiento y reconocimiento y con mutuo acuerdo con la víctima sea escogido el día de la atención semanalmente.

CONCLUSIONES				
No	**Tarea**	**Responsable**	**Período de cumplimiento**	**Observaciones**
1	Reunión para definir el pan de acción	Equipo psicosocial	Semana	Ninguna

Firma Profesionales que diligencian

C.C. 1081.887.304 C.C. 25787887

C.C. 35012104 C.C.

C.C. 34996041

OBLIGACIÓN NO. 01

Subactividad (a)

Subactividad a) GARANTIZAR EL ALISTAMIENTO INSTITUCIONAL. Para realizar esta subactividad deberá conformarse el Equipo de Atención Integral (EAI), definir el alcance de la junta del equipo de atención integral y definir la planeación de la atención, conforme a los lineamientos para la ejecución de los recursos destinados a cofinanciar la implementación del Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas del conflicto armado.

OBLIGACIÓN NO. 06

OBLIGACIÓN No.6: Definir los equipos de atención integral PAPSIVI de acuerdo a los lineamientos establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Entidad: E.S.E VIDASINU	**Acta No. 01**
Objetivo de la Reunión: Conformación del Equipo de Atención Integral - Papsivi.	**Fecha:** 15/04/2023
Enlace de Víctima Programa Papsivi: Francisco Franco	**Hora inicio:** 9:00 a.m. **Fin:** 12:00 p.m**.**
Cargo en la E.S.E : Médico –Subdirector Científico	**Lugar:** ESE VIDASINU.

PARTICIPANTES			
No.	**Nombre**	**Cargo**	**Teléfono**
1	Francisco Franco Bedoya	Referente Victimas del Conflicto Armado- Ese Vida Sinú	3005545621
2	Luisa Noriega	Enfermera asigna para Programa Papsivi	304058743
3	Nelsy López Carmona	Profesional Psicosocial Ese Vida Sinú	3145801542
4	Angélica Lambertinez	Profesional Psicosocial Ese Vida Sinú	312 6270840
5	Delfina Viloria	Gestor comunitario	3023546920

PUNTOS DE DISCUSION	
1	Conformación del Equipo de Atención en Salud- Programa Papsivi
2	Planeación de la atención
3	Observaciones

DESARROLLO DE LA REUNIÓN

El día 15 de Abril del año en curso, se realiza reunión en las instalaciones de la ESE con el fin de conformar el Equipo de Atención Integral, que estará implementando el programa Papsivi en el Municipio de Montería, tanto en la parte de salud como en la parte psicosocial, lo cual hace relación a las obligaciones que cada profesional realizara de acuerdo al Lineamiento del Ministerio de Salud lo cual dice lo siguiente:

1.2.2.2.1. Conformación y organización de los Equipos de Atención Integral (EAI) PAPSIVI

El **Equipo de Atención Integral (EAI)** está conformado por un/a profesional de cada una de las siguientes disciplinas: medicina general, psicología, trabajo social y enfermería, que brinda atención en el marco del Protocolo de Atención Integral en Salud con Enfoque Psicosocial a Víctimas del conflicto armado, y por un/a profesional de cada una de las siguientes disciplinas: psicología y trabajo social para brindar atención en el marco de la Estrategia de Atención Psicosocial a víctimas del conflicto armado. Este equipo contará con un Gestor Comunitario en Salud[3], quien apoyará las acciones de focalización y georreferenciación para la atención integral.

Funciones de cada uno de los profesionales que integra el EAI:

- Las y los profesionales de medicina general serán responsables de liderar el manejo clínico y facilitar la articulación con otras intervenciones por parte del EAI. Sus competencias se enmarcan en el manejo de condiciones médicas, así como las intervenciones para determinar la derivación tanto a la ruta de promoción y mantenimiento, como a las otras rutas que aplique de acuerdo a la condición particular de las víctimas atendidas. Además, deberá participar en el desarrollo de las juntas del EAI.
- Las y los profesionales de enfermería darán soporte en las labores de administración y articulación del programa y sus intervenciones.
- Las y los profesionales de psicología realizarán, tanto las valoraciones de las afectaciones psicológicas como la valoración de las afectaciones psicosociales, para determinar y desarrollar la intervención en salud mental y/o psicosocial, en el marco del plan de atención integral. Además, deberá participar en el desarrollo de las juntas del EAI.
- Las y los profesionales de trabajo social se encargarán de la valoración para determinar y desarrollar la intervención para el fortalecimiento de las redes de apoyo sociales y familiares, en el plan de atención integral. Además, deberá participar en el desarrollo de las juntas del EAI.
- Las y los gestores(as) comunitario(as) en salud PAPSIVI, realizarán la focalización y georreferenciación de las víctimas a atender y apoyará la articulación con los líderes, las Mesas de Participación Efectiva Víctimas, sus organizaciones y otros escenarios de participación.

La dedicación de los profesionales que realicen acciones de salud no es exclusiva ni única para la atención a las víctimas, estas acciones pueden ser adelantadas por los mismos profesionales con los que cuenta la ESE. Los profesionales que realicen la atención psicosocial también podrán ser los mismos con los que cuenta la ESE, **siempre y cuando cumplan el perfil señalado en los presentes lineamientos.**

A fin de garantizar la atención integral en salud para las víctimas del conflicto armado, estos profesionales deben contar con formación en atención con enfoque psicosocial o estar en proceso de formación y estar incluidos en el Directorio Nacional de Profesionales Psicosociales y de Atención en Salud con Enfoque Psicosocial del Ministerio de Salud y Protección Social, disponible en el enlace https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/directorio-papsivi-31072022.zip

Por lo anterior, bajo estos parámetros se procedió a organizar el ***EQUIPO DE ATENCION INTEGRAL***

(EAI), quedando de la siguiente manera:

No.	Nombre	Cargo	Responsable
1	Francisco Franco Bedoya	Médico – Lidera Programa Papsivi	Atención en salud, realizar el diagnostico físico y mental.
2	Luisa Noriega	Enfermera asigna para Programa Papsivi	Seguimiento de los procesos de atención en salud.
3	Nelsy López Carmona	Profesional Psicosocial Ese Vida Sinú	Realizar acompañamiento psicosocial
4	Angélica Lambertinez	Profesional Psicosocial Ese Vida Sinú	Realizar acompañamiento psicosocial
5	Delfina Viloria	Gestor comunitario	Focalización de las víctimas, para su atención.

Este talento humano tanto de salud como el psicosocial deberán cumplir con los requisitos establecido en el lineamiento, para poder realizar el acompañamiento a las víctimas, estos requisitos son los siguientes:

1.3.3.1 FORMACIÓN DEL TALENTO HUMANO

Los profesionales que integren el Equipo de Atención Integral - EAI deben contar con una formación certificada con un mínimo de 40 horas o encontrarse en proceso de formación, de la siguiente manera:

- Talento humano en salud: Cursos de Atención en salud con enfoque psicosocial.
- Profesionales psicosociales: Cursos de atención psicosocial.

El Ministerio de Salud y Protección Social ha dispuesto los siguientes cursos de formación para este proceso:

- Curso *Herramientas de Intervención para la atención Integral en Salud con Enfoque psicosocial.*
- Curso *Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas PAPSIVI.*

En cuantos a la Planeación de la atención psicosocial, lo determina la meta establecida para el territorio, lo cual se tiene en cuenta que el 20% de la meta total será en la modalidad individual y el 80% de la meta total estará representada en la atención familiar, tal como se manifiesta en el lineamiento a saber:

1.2.2.2.2. Planeación de la atención

La planeación de la prestación de la atención integral en el marco del PAPSIVI, deberá realizarse de acuerdo con las necesidades de las víctimas y los recursos disponibles, identificando sus objetivos, la metodología, los resultados esperados y responsables. Esta planificación deberá identificar grupos poblacionales vulnerables e incorporar el enfoque diferencial.

La planeación de la atención integral se hará conforme a la meta de cobertura establecida para cada ESE, con base en los instrumentos y herramientas con los que cuenta la ESE. Las instituciones deberán establecer el agendamiento del talento humano que permita no solo la programación de la atención psicosocial sino también el desarrollo de las juntas para el seguimiento por parte de los Equipos de Atención Integral (EAI).

En la programación de las atenciones psicosociales se priorizarán las modalidades individual y familiar tratando de establecer un 20% de las atenciones en modalidad individual y un 80% en modalidad familiar[5].

Para el desarrollo de las atenciones psicosociales en modalidad familiar, el integrante reconocido como víctima de conflicto armado será registrado en el Aplicativo Web PAPSIVI como cabeza de familia y se tendrán en cuenta para la atención los miembros de la familia estén o no estén inscritos en el Registro Único de Víctimas (RUV). Asi mismo, podrán incluirse en el proceso niños y niñas mayores de 6 años.

Con base a lo anterior se pudo organizar el plan de atención y la distribución de estos planes a cada profesional psicosocial.

META DE ATENCION	TOTAL DE VICTIMAS EN ATENCION INDIVIDUAL EL 20%	TOTAL DE VICTIMAS EN ATENCION FAMILIAR EL 80%
148 VICTIMAS	30 VICTIMAS	118 VICTIMAS

Lo que corresponde en la modalidad individual 30 víctimas y 118 en la modalidad familiar.

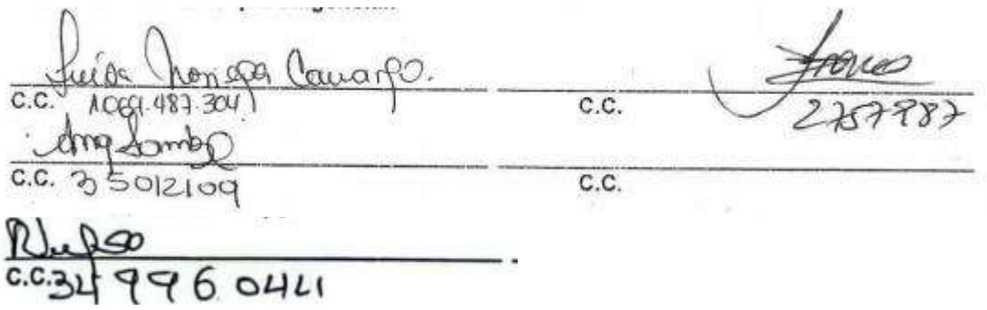
Una vez terminado con la siguiente organización de los planes se hace la distribución de estos a las profesionales quedando de la siguiente manera:

PROFESIONALES PSICOSOCALES	VICTIMAS EN ATENCION INDIVIDUAL.	VICTIMAS EN ATENCION FAMILIAR
Angélica Lambertinez	15 víctimas	15 familias
Nelcy López	15 víctimas	15 familias

Se da por terminada la reunión, donde se cumplió el objetivo de la misma, como fue la conformación del EAI y conformación del plan de atención.

CONCLUSIONES				
No	**Tarea**	**Responsable**	**Período de cumplimiento**	**Observaciones**
1	Reunión de seguimiento	EAI	Semana	Ninguna

Firma de los participantes en esta Acta.



OBLIGACIÓN NO. 01

Subactividad (b)

Subactividad b) Asegurar la contratación del agente comunitario en salud conforme a los lineamientos para la ejecución de los recursos destinados a cofinanciar la implementación del PROGRAMA DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL Y SALUD INTEGRAL a víctimas del conflicto armado.

E.S.E.
vidasinú

Calle 22B No. 4W - 33 / Barrio El Amparo
Montería – Córdoba – Colombia
PBX: (4) 7848910
Call Center: 018000944424 - 3176427964
www.esevidasinu.gov.co

ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS SIN FORMALIDADES PLENAS
No. 069

CLASE:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES
CONTRATISTA:	**DELFINA VILORIA BENITEZ** NIT No. 25.800.117-7 C.C. No. 25.800.117 DE MONTERÍA DIR.: Calle 4 No. 1C-70 TEL: 3023546920 MONTERÍA
OBJETO:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO GESTOR COMUNITARIO EN SALUD PAPSIVI EN APOYO A LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO INTERADMINISTRATIVO No. SS-636-2022, DE CONFORMIDAD A LA OFERTA ECONÓMICA PRESENTADA Y ACEPTADA POR LA EMPRESA, LA CUAL HACE PARTE INTEGRAL DE LA ORDEN.
VALOR:	CUATRO MILLONES DOSCIENTOS MIL M/CTE ($4.200.000,00)
FORMA DE PAGO:	LA EMPRESA PAGARÁ AL CONTRATISTA, A RAZÓN DE UN MILLÓN CUATROCIENTOS MIL PESOS ($1.400.000,00) POR MES, PREVIA CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO EXPEDIDA POR EL MÉDICO GENERAL FRANCISCO FRANCO VINCULADO A LA PLANTA DE CARGOS DE LA E.S.E. VIDASINÚ.
PLAZO:	TRES (3) MESES.
FECHA DE INICIO:	ABRIL 14 DE 2023.
FECHA TERMINACIÓN:	JULIO 13 DE 2023.

PRESUPUESTO PROCESADO
vidasinu

La presente orden se cancelará con cargo al presupuesto de la vigencia fiscal 2023, según Certificado de Disponibilidad Presupuestal No. 00328 de fecha 30 de marzo de 2023 expedido por el Técnico Administrativo y deberá contar con el respectivo Registro Presupuestal.

La orden de prestación de servicios se regirá por el derecho privado conforme lo ordena el numeral 6° del artículo 195 de la Ley 100 de 1993. A su vez, el contratista manifiesta bajo la gravedad del juramento, no encontrarse incurso en ninguna de las inhabilidades e incompatibilidades previstas en la ley.

Esta orden de prestación de servicios no generará ningún tipo de vínculo laboral y en consecuencia tampoco el pago de prestaciones sociales y de ningún tipo de emolumentos distintos a los valores acordados.

VISADO
vidasinu
GERENTE

E.S.E.
vidasinú

Calle 22B No. 4W - 33 / Barrio El Amparo
Montería – Córdoba – Colombia
PBX: (4) 7848910
Call Center: 018000944424 - 3176427964
www.esevidasinu.gov.co

Para constancia se firma en la ciudad de Montería, el 14 de abril de 2023.

Doris E. Spath Portillo
GERENTE
ESE vidasinú

DORIS ESTELLA SPATH PORTILLO
Gerente

Delfina Viloria B

DELFINA VILORIA BENITEZ
Contratista

Proyectó: Saudy Arboleda – Contratista Oficina Jurídica
Aprobó: Luis Mogollón Behaine – Asesor Jurídico

ESE vidasinú
PRESUPUESTO PROGESAUD
No.

OBLIGACIÓN NO. 01

Subactividad (c)

Subactividad c) El agente comunitario en salud deberá realizar la focalización y georreferenciación de las ciento cuarenta y ocho (148) victimas parte de la población a intervenir.

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

PROGRAMA DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL Y SALUD INTEGRAL A VÍCTIMAS - PAPSIVIREGISTRO DE FOCALIZACIÓN, CONTACTO Y OFERTA DE LA ATENCIÓN

DEPARTAMENTO: Cordoba MUNICIPIO: Montería NOMBRE DE LA ESE: ESE VIDA SINU

Hoja No. __ de __

#	TIPO DOC (seleccione)	NUMERO DE ID.	NOMBRE 1	NOMBRE 2	APELLIDO 1	APELLIDO 2	DIRECCIONES	TELEFONOS DE CONTACTO	FECHA DE FOCALIZACIÓN (DD / MM / AAAA)	FOCALIZADO [1] [Marque X]	RAZÓN DE NO FOCALIZACIÓN [2] [Seleccione opción]	TIPO DE ATENCIÓN A LA QUE ACCEDE [3] [Seleccione opción]	RAZÓN POR LA CUAL NO ACCEDE A LA ATENCIÓN (Cuando aplique) [4]	VALIDACIÓN EN RUV / BD SENTENCIAS: [5] [Seleccione opción]	VERIFICACIÓN EN BDUA [6] [Seleccione opción]	CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD [7] [Seleccione opción]	PERTENENCIA ÉTNICA [8] [Seleccione opción]	SEXO [9] [Seleccione opción]	OBSERVACIONES ADICIONALES [10]
1	CC	78701 918	Luis	Enrique	Yanes	Florez	Bl Nuevo Belen	311 410 1817	19-04-23	X		1		1	1	2	4	M	
2	TI	1067990 952	Yeimar		Yanes	Contreras	Bl Nuevo Belen	312607 2838	19-04-23	X		1		1	1	2	4	F	
3	TI	1062105 756	Yeleni		Yanes	Contreras	Bl Nuevo Belen	312 607 2838	19-04-23	X		1		1	1	2	4	F	
4	TI	1068431 262	Yeneis		Yanes	Contreras	Bl Nuevo Belen	312607 2838	19-04-23	X		1		1	1	2	4	F	
5	TI	1068431 132	Yeni	Enrique	Yanes	Contreras	Bl Nuevo Belen	312607 2838	19-04-23	X		1		1	1	2	4	M	
6	TI	1138098 369	Yeile		Yanes	Contreras	Bl Nuevo Belen	312607 2838	19-04-23	X		1		1	1	2	4	M	
7	TI	1.138.080 487.	Kenedanque		Yanes	Contreras	Bl Nuevo Belen	312607 2838.	19-04-23	X		1		1	1	2	4	M	
8	TI.	1068434 706	Omar	Yesid	Perez	Izquierdo	Bl La palmol.		19-04-23	X		1		1	1	2	4	M	
9	TI.	1062902 270	Joel	David	Perez	Izquierdo	Bl La palmol.		05-05-23	X		1		1	1	2	4	M	
10	TI.	1067895 703.	Yeimi	Luz	Perez	Izquierdo	Bl La palmol.		05-05-23	X		1		1	1	2	4	F	

Nombre y Apellidos de quien diligencia:	
Firma:	Delfina Viloria Benitez
CC:	25900117
Municipio / Ciuoad y Departamento:	Montería - Cordoba
Fecha de entrega a la FSE:	DD / MM / AAAA 14/05/23

Nota: Al firmar esta planilla, el/la Gestor/a comunitario/a en salud y/o la persona delegada por la ESE, declaran bajo la gravedad del juramento que los datos consignados por el/ella son verdaderos y que se hace responsable de su contenido como parte de sus obligaciones contractuales.

Nota: Al recibir este documento, el/la Gestor/a comunitario/a en salud y/o la persona delegada por la ESE, se obliga a garantizar la reserva de la información, por lo que se responsabiliza de usarla para los fines exclusivos para lo cual está destianda. Por lo anterior, el/ella se compromete a conservar y mantener de manera estrictamente confidencial y no revelar su contenido a terceros, toda la información aquí contenida y toda aquella que llegaren a conocer en la ejecución o en ejercicio de sus actividades. Esta obligación se mantendrá, inclusive, despues de finalizada su relación con alguna de sus actividades contractuales. Está prohibida la reproducción parcial o total del contenido mediante cualquier medio.-

	SIGA LAS SIGUIENTES INSTRUCCIONES PARA SU DILIGENCIAMIENTO
1	FOCALIZADO: Marque con una X sólo si logra establecer contacto con la persona y esta se encuentra interesada en recibir al equipo PAPSIVI
2	RAZON DE NO FOCALIZACIÓN: En caso que no logre establecer contacto, selecciones alguna de las siguientes opciones. Para ello anote el número que le corresponde: 1. Dato de contacto errado 2. Fallecido 3. No vive en el Municipio 4. No esta interesado en recibir atención psicosocial
3	TIPO DE ATENCIÓN A LA QUE ACCEDE: Seleccione alguna de las siguiente opciones: 1.Atención en salud y atención psicosocial 2. Solo atención en salud. 3. Solo atención psicosocial 4. Ninguna de las atenciones
4	RAZÓN POR LA CUAL NO ACCEDE A LA ATENCIÓN: Indique las razones por las cuales la persona decide no aceptar la oferta de atención
5	VALIDACIÓN EN RUV/ BD SENTENCIAS: Seleccione alguna de las siguiente opciones: 1. Incluido . 2 No incluido
6	VALIDACIÓN EN BDUA: Seleccione alguna de las siguiente opciones: 1. Afiliado activo régimen subsidiado 2. Afiliado activo régimen contributivo 3. Afiliado no activo 4. No afiliado
7	CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD: Seleccione alguna de las siguiente opciones: 1. Si 2. No
8	PERTENENCIA ÉTNICA: Seleccione alguna de las siguiente opciones: 1. Afro, raizal o palenquero 2. Indigena 3. Room 4. Ninguna de las anteriores
9	SEXO: Seleccione alguna de las siguiente opciones: 1. Hombre 2. Mujer 3. Intersexual 4. No informa
10	OBSERVACIONES ADICIONALES: Registre información que considere relevante para transmitir al EAI de manera previa al inico de la atención

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

PROGRAMA DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL Y SALUD INTEGRAL A VÍCTIMAS - PAPSIVIREGISTRO DE FOCALIZACIÓN, CONTACTO Y OFERTA DE LA ATENCIÓN

DEPARTAMENTO: Cordoba MUNICIPIO: Montelíbano NOMBRE DE LA ESE: ESE Vida Sinu

Hoja No. __ de __

#	TIPO DOC (seleccione)	NUMERO DE ID.	NOMBRE 1	NOMBRE 2	APELLIDO 1	APELLIDO 2	DIRECCIONES	TELEFONOS DE CONTACTO	FECHA DE FOCALIZACIÓN (DD / MM / AAAA)	FOCALIZADO [1] [Marque X]	RAZÓN DE NO FOCALIZACIÓN [2] [Seleccione opción]	TIPO DE ATENCIÓN A LA QUE ACCEDE [3] [Seleccione opción]	RAZÓN POR LA CUAL NO ACCEDE A LA ATENCIÓN (Cuando aplique) [4]	VALIDACIÓN EN RUV / BD SENTENCIAS: [5] [Seleccione opción]	VERIFICACIÓN EN BDUA [6] [Seleccione opción]	CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD [7] [Seleccione opción]	PERTENENCIA ÉTNICA [8] [Seleccione opción]	SEXO [9] [Seleccione opción]	OBSERVACIONES ADICIONALES [10]
1	CC	50906 555	Carmen		De Castillo	Ortega	Bl Nueva Jerusalen	302299 7140	19-04-20	X		1		1	1	2	4	F	
2	CC	8.320 654	Alfonso	Manuel	Mulatto	Mendoza	B/ Nueva Belen	302299 7140	19-04-20	X		1		1	1	2	4	M	
3	CC	1003450 612	Yirly	Yaneth	Holosco	De Castillo	Bl Nueva Jerusalen	302299 7140	19-04-20	X		1		1	1	2	4	F	
4	CC	1003450 611	Jader	Andres	Holosco	De Castillo	Bl Nueva Jerusalen	302299 7140	19-04-20	X		1		1	1	2	4	M	
5	CC	1.062459 105	Eva	Sandra	Holosco	Del Castillo	Bl Nueva Jerusalen	302999 7140	19-04-20	X		1		1	1	2	4	F	
6	CC	50907 412	Estilmo		Aguilar		Bl Nueva Jerusalen	310338 0411	19-04-20	X		1		1	1	2	4	F	
7	CC	15.010 186	Silfredo		Suarez	Vidal	Bl Nueva Jerusalen	313774 6087	20-04-20	X		1		1	1	2	4	M	
8	CC	50.935 827	Amarilis		Fuentes	Lopez	Bl Nueva Jerusalen	301578 0030	20-04-20	X		1		1	1	2	4	F	
9	CC	15.614 206	Ramon		Restan	Jaramillo	B/ Nueva Jerusalen	301578 6030	20-04-20	X		1		1	1	2	4	M	
10	TI	1064940 531	Dario		Hernandez	Fuentes	Bl Nueva Jerusalen	301578 0030	20-04-20	X		1		1	1	2	4	F	

Nombre y Apellidos de quien diligencia:	
Firma:	Delfina Vilorio Benitez
CC:	25900117
Municipio / Ciudad y Departamento:	Montelíbano Cordoba.
Fecha de entrega a la ESE:	DD / MM / AAAA 14/05/2023

Nota: Al firmar esta planilla, el/la Gestor/a comunitario/a en salud y/o la persona delegada por la ESE, declaran bajo la gravedad del juramento que los datos consignados por el/ella son verdaderos y que se hace responsable de su contenido como parte de sus obligaciones contractuales.

Nota: Al recibir este documento, el/la Gestor/a comunitario/a en salud y/o la persona delegada por la ESE, se obliga a garantizar la reserva de la información, por lo que se responsabiliza de usarla para los fines exclusivos para lo cual está destianda. Por lo anterior, el/ella se compromete a conservar y mantener de manera estrictamente confidencial y no revelar su contenido a terceros, toda la información aquí contenida y toda aquella que llegaren a conocer en la ejecución o en ejercicio de sus actividades. Esta obligación se mantendrá, inclusive, despues de finalizada su relación con alguna de sus actividades contractuales. Está prohibida la reproducción parcial o total del contenido mediante cualquier medio.-

	SIGA LAS SIGUIENTES INSTRUCCIONES PARA SU DILIGENCIAMIENTO
1	FOCALIZADO: Marque con una X sólo si logra establecer contacto con la persona y esta se encuentra interesada en recibir al equipo PAPSIVI
2	RAZON DE NO FOCALIZACIÓN: En caso que no logre establecer contacto, selecciones alguna de las siguientes opciones. Para ello anote el número que le corresponde: 1. Dato de contacto errado 2. Fallecido 3. No vive en el Municipio 4. No esta interesado en recibir atención psicosocial
3	TIPO DE ATENCIÓN A LA QUE ACCEDE: Seleccione alguna de las siguiente opciones: 1.Atención en salud y atención psicosocial 2. Solo atención en salud. 3. Solo atención psicosocial 4. Ninguna de las atenciones
4	RAZÓN POR LA CUAL NO ACCEDE A LA ATENCIÓN: Indique las razones por las cuales la persona decide no aceptar la oferta de atención
5	VALIDACIÓN EN RUV/ BD SENTENCIAS: Seleccione alguna de las siguiente opciones: 1. Incluido . 2 No incluido
6	VALIDACIÓN EN BDUA: Seleccione alguna de las siguiente opciones: 1. Afiliado activo régimen subsidiado 2. Afiliado activo regimen contributivo 3. Afiliado no activo 4. No afiliado
7	CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD: Seleccione alguna de las siguiente opciones: 1. Si 2. No
8	PERTENENCIA ÉTNICA: Seleccione alguna de las siguiente opciones: 1. Afro, raizal o palenquero 2. Indigena 3. Room 4. Ninguna de las anteriores
9	SEXO: Seleccione alguna de las siguiente opciones: 1. Hombre 2. Mujer 3. Intersexual 4. No informa
10	OBSERVACIONES ADICIONALES: Registre información que considere relevante para transmitir al EAI de manera previa al inico de la atención

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

PROGRAMA DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL Y SALUD INTEGRAL A VÍCTIMAS - PAPSIVIREGISTRO DE FOCALIZACIÓN, CONTACTO Y OFERTA DE LA ATENCIÓN

DEPARTAMENTO: Cordoba MUNICIPIO: Montería NOMBRE DE LA ESE: ESE Hdo Sinú Hoja No. __ de __

#	TIPO DOC (seleccione)	NUMERO DE ID.	NOMBRE 1	NOMBRE 2	APELLIDO 1	APELLIDO 2	DIRECCIONES	TELEFONOS DE CONTACTO	FECHA DE FOCALIZACIÓN (DD / MM / AAAA)	FOCALIZADO [1] [Marque X]	RAZÓN DE NO FOCALIZACIÓN [2] [Seleccione opción]	TIPO DE ATENCIÓN A LA QUE ACCEDE [3] [Seleccione opción]	RAZÓN POR LA CUAL NO ACCEDE A LA ATENCIÓN (Cuando aplique) [4]	VALIDACIÓN EN RUV / BD SENTENCIAS: [5] [Seleccione opción]	VERIFICACIÓN EN BDUA [6] [Seleccione opción]	CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD [7] [Seleccione opción]	PERTENENCIA ÉTNICA [8] [Seleccione opción]	SEXO [9] [Seleccione opción]	OBSERVACIONES ADICIONALES [10]
1	CC.	1068417736	Dana		Hernandez	Jaimeles	B/ Nueva Jerusalen	3013189499	20-04-2023	X		1		1	1	2	4	F	
2	CC	1067905580	Oved		Hercoob	Bolaños	B/ Nueva Jerusalen		20-04-2023	X		1	No le interesa	1	1	2	4	M	
3	CC.	1.192919862	Elizabeth		Romero	Polo	B/ Nueva Jerusalen	3137695464	20-04-2023	X		1	No le interesa	1	1	2	4	F	
4	CC.	1003049404	Elion		Jaimeles	Lopez	B/ Nueva Jerusalen	3015780030	20-04-2023	X		1	No le interesa	1	1	2	4	M	
5	CC.	5097560	Maribel		Orango	Oviedo	B/ Nueva Jerusalen	3218280407	26-04-2023	X		1	No le interesa	1	1	2	4	F	
6	CC	50.891.236	Sirley		Postrana	Portillo	B/ Nueva Jerusalen	3243991445	26-04-2023	X		1	No le interesa	1	1	2	4	F	
7	CC.	1.068426603	Jose	Luis	Gomez	Postrana	B/ Nueva Jerusalen	3243991445	26-04-2023	X		1	No le interesa	1	1	2	4	M	
8	CC.	1049195997	Paola		Ayazo	Pineda	B/ Nueva Belen	3107883956	26-04-2023	X		1	No le interesa	1	1	2	4	F	
9	CC	1067957101	Daniela		Vargas	Ayazo	B/ Nueva Belen	3153781564	26-04-2023	X		1	No le interesa	1	1	2	4	F	
10	CC	1049332247	Ana	Milena	Isquierdo	Bengoa	B/ Mi Ranchito	3206286202	01-05-23	X		1		1	1	2	4	F	

Nombre y Apellidos de quien diligencia:	
Firma:	Delfina Vilord Benitez
CC:	35200117
Municipio / Ciudad y Departamento:	Montería - Cordoba
Fecha de entrega a la ESE:	DD / MM / AAAA 14/05/23

Nota: Al firmar esta planilla, el/la Gestor/a comunitario/a en salud y/o la persona delegada por la ESE, declaran bajo la gravedad del juramento que los datos consignados por el/ella son verdaderos y que se hace responsable de su contenido como parte de sus obligaciones contractuales.

Nota: Al recibir este documento, el/la Gestor/a comunitario/a en salud y/o la persona delegada por la ESE, se obliga a garantizar la reserva de la información, por lo que se responsabiliza de usarla para los fines exclusivos para lo cual está destianda. Por lo anterior, el/ella se compromete a conservar y mantener de manera estrictamente confidencial y no revelar su contenido a terceros, toda la información aquí contenida y toda aquella que llegaren a conocer en la ejecución o en ejercicio de sus actividades. Esta obligación se mantendrá, inclusive, despues de finalizada su relación con alguna de sus actividades contractuales. Está prohibida la reproducción parcial o total del contenido mediante cualquier medio.-

SIGA LAS SIGUIENTES INSTRUCCIONES PARA SU DILIGENCIAMIENTO	
1	FOCALIZADO: Marque con una X sólo si logra establecer contacto con la persona y esta se encuentra interesada en recibir al equipo PAPSIVI
2	RAZON DE NO FOCALIZACIÓN: En caso que no logre establecer contacto, selecciones alguna de las siguientes opciones. Para ello anote el número que le corresponde: 1. Dato de contacto errado 2. Fallecido 3. No vive en el Municipio 4. No esta interesado en recibir atención psicosocial
3	TIPO DE ATENCIÓN A LA QUE ACCEDE: Seleccione alguna de las siguiente opciones: 1.Atención en salud y atención psicosocial 2. Solo atención en salud. 3. Solo atención psicosocial 4. Ninguna de las atenciones
4	RAZÓN POR LA CUAL NO ACCEDE A LA ATENCIÓN: Indique las razones por las cuales la persona decide no aceptar la oferta de atención
5	VALIDACIÓN EN RUV/ BD SENTENCIAS: Seleccione alguna de las siguiente opciones: 1. Incluido . 2 No incluido
6	VALIDACIÓN EN BDUA: Seleccione alguna de las siguiente opciones: 1. Afiliado activo régimen subsidiado 2. Afiliado activo régimen contributivo 3. Afiliado no activo 4. No afiliado
7	CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD: Seleccione alguna de las siguiente opciones: 1. Si 2. No
8	PERTENENCIA ÉTNICA: Seleccione alguna de las siguiente opciones: 1. Afro, raizal o palenquero 2. Indigena 3. Room 4. Ninguna de las anteriores
9	SEXO: Seleccione alguna de las siguiente opciones: 1. Hombre 2. Mujer 3. Intersexual 4. No informa
10	OBSERVACIONES ADICIONALES: Registre información que considere relevante para transmitir al EAI de manera previa al inico de la atención

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

PROGRAMA DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL Y SALUD INTEGRAL A VÍCTIMAS - PAPSIVIREGISTRO DE FOCALIZACIÓN, CONTACTO Y OFERTA DE LA ATENCIÓN

DEPARTAMENTO: Cordoba MUNICIPIO: Monteria NOMBRE DE LA ESE: ESE VIDA SIUU Hoja No. __ de __

#	TIPO DOC (seleccione)	NUMERO DE ID.	NOMBRE 1	NOMBRE 2	APELLIDO 1	APELLIDO 2	DIRECCIONES	TELEFONOS DE CONTACTO	FECHA DE FOCALIZACIÓN (DD / MM / AAAA)	FOCALIZADO [1] [Marque X]	RAZÓN DE NO FOCALIZACIÓN [2] [Seleccione opción]	TIPO DE ATENCIÓN A LA QUE ACCEDE [3] [Seleccione opción]	RAZÓN POR LA CUAL NO ACCEDE A LA ATENCIÓN (Cuando aplique) [4]	VALIDACIÓN EN RUV / BD SENTENCIAS: [5] [Seleccione opción]	VERIFICACIÓN EN BDUA [6] [Seleccione opción]	CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD [7] [Seleccione opción]	PERTENENCIA ÉTNICA [8] [Seleccione opción]	SEXO [9] [Seleccione opción]	OBSERVACIONES ADICIONALES [10]
1	CE	1.066 568 947	Martha		Pantoja	Carabalo	Barrio Nuevo J.	304 413 1455	04-19-2023	X		1	No tiene tiempo	incluido	1	2	4	F	
2	CE	8188086	Juan	Geronimo	Castillo		Barrio Nueva Jerusalen	300 533 7308	04-19-2023	X		1	No le interesa	1	1	2	4	M	
3	CE.	39.424 893	Rosalba		Mejia	Torrez	Barrio Nueva Jeru.	300 533 7308	04-19-2023	X		1	No le interesa	1	1	2	4	F	
4	CE.	1.067 251 871	Gilberto	Manuel	Tapia	Mestra	Barrio Nueva Jerusalen	300 274 4127	04-19-2023	X		1	No le interesa	1	1	2	4	F	
5	CC	34,976 657	Damit		Diaz	Osorio	B/ Nueva Jerosolen	320 587 0623	04-19-2023	X		1	No le interesa	1	1	2	4	F	
6	CC	15.607 756	Marcos		Sandon	Cantalet	B/ Nueva Jerusalen	311 867 7175	04-19-2023	X		1	No le interesa	1	1	2	4	M	
7	CC	26.212 277	Jeronima		Cuadrado	Montes	B/ Nueva Jerosalen	311 867 7175	04-19-2023	X		1	No le interesa	1	1	2	4	F	
8	CC.	1003735 144	Jhoiner		Sandon	Cuadrado	B/ Nueva Jerosalen	311 867 7175	04-19-2023	X		1	No le interesa	1	1	2	4	M	
9	CC	50 956 625	Maria	Francisca	Atiland	Hernandez	B/ Nueva Jerosalen	314 872 4893	04-19-2023	X		1	No le interesa	1	1	2	4	F	
10	CC	1067916 989	Alba	Luz	Castillo	Govirid	B/ Nueva Jerosalen	321 726 3894	04-19-2023	X		1	No le interesa	1	1	2	4	F	

Nombre y Apellidos de quien diligencia:	
Firma:	Delfina Viloria Benitez
CC:	25356117
Municipio / Ciudad y Departamento:	Monteria - Cordoba
Fecha de entrega a la ESE:	DD / MM / AAAA 14/05/23

Nota: Al firmar esta planilla, el/la Gestor/a comunitario/a en salud y/o la persona delegada por la ESE, declaran bajo la gravedad del juramento que los datos consignados por el/ella son verdaderos y que se hace responsable de su contenido como parte de sus obligaciones contractuales.

Nota: Al recibir este documento, el/la Gestor/a comunitario/a en salud y/o la persona delegada por la ESE, se obliga a garantizar la reserva de la información, por lo que se responsabiliza de usarla para los fines exclusivos para lo cual está destianda. Por lo anterior, el/ella se compromete a conservar y mantener de manera estrictamente confidencial y no revelar su contenido a terceros, toda la información aquí contenida y toda aquella que llegaren a conocer en la ejecución o en ejercicio de sus actividades. Esta obligación se mantendrá, inclusive, despues de finalizada su relación con alguna de sus actividades contractuales. Está prohibida la reproducción parcial o total del contenido mediante cualquier medio.-

	SIGA LAS SIGUIENTES INSTRUCCIONES PARA SU DILIGENCIAMIENTO
1	FOCALIZADO: Marque con una X sólo si logra establecer contacto con la persona y esta se encuentra interesada en recibir al equipo PAPSIVI
2	RAZON DE NO FOCALIZACIÓN: En caso que no logre establecer contacto, selecciones alguna de las siguientes opciones. Para ello anote el número que le corresponde: 1. Dato de contacto errado 2. Fallecido 3. No vive en el Municipio 4. No esta interesado en recibir atención psicosocial
3	TIPO DE ATENCIÓN A LA QUE ACCEDE: Seleccione alguna de las siguiente opciones: 1.Atención en salud y atención psicosocial 2. Solo atención en salud. 3. Solo atención psicosocial 4. Ninguna de las atenciones
4	RAZÓN POR LA CUAL NO ACCEDE A LA ATENCIÓN: Indique las razones por las cuales la persona decide no aceptar la oferta de atención
5	VALIDACIÓN EN RUV/ BD SENTENCIAS: Seleccione alguna de las siguiente opciones: 1. Incluido . 2 No incluido
6	VALIDACIÓN EN BDUA: Seleccione alguna de las siguiente opciones: 1. Afiliado activo régimen subsidiado 2. Afiliado activo régimen contributivo 3. Afiliado no activo 4. No afiliado
7	CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD: Seleccione alguna de las siguiente opciones: 1. Si 2. No
8	PERTENENCIA ÉTNICA: Seleccione alguna de las siguiente opciones: 1. Afro, raizal o palenquero 2. Indigena 3. Room 4. Ninguna de las anteriores
9	SEXO: Seleccione alguna de las siguiente opciones: 1. Hombre 2. Mujer 3. Intersexual 4. No informa
10	OBSERVACIONES ADICIONALES: Registre información que considere relevante para transmitir al EAI de manera previa al inico de la atención

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

PROGRAMA DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL Y SALUD INTEGRAL A VÍCTIMAS - PAPSIVIREGISTRO DE FOCALIZACIÓN, CONTACTO Y OFERTA DE LA ATENCIÓN

DEPARTAMENTO: Cordoba MUNICIPIO: Montería. NOMBRE DE LA ESE: ESE Vida Sinú Hoja No. __ de __

#	TIPO DOC (seleccione)	NUMERO DE ID.	NOMBRE 1	NOMBRE 2	APELLIDO 1	APELLIDO 2	DIRECCIONES	TELEFONOS DE CONTACTO	FECHA DE FOCALIZACIÓN (DD / MM / AAAA)	FOCALIZADO [1] [Marque X]	RAZÓN DE NO FOCALIZACIÓN [2] [Seleccione opción]	TIPO DE ATENCIÓN A LA QUE ACCEDE [3] [Seleccione opción]	RAZÓN POR LA CUAL NO ACCEDE A LA ATENCIÓN (Cuando aplique) [4]	VALIDACIÓN EN RUV / BD SENTENCIAS: [5] [Seleccione opción]	VERIFICACIÓN EN BDUA [6] [Seleccione opción]	CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD [7] [Seleccione opción]	PERTENENCIA ÉTNICA [8] [Seleccione opción]	SEXO [9] [Seleccione opción]	OBSERVACIONES ADICIONALES [10]
1	TI	1073470500	Brayerstiven		Silva	Perez	B/ Mi Ranchito		12-05-23	X		1		1	1	2	4	M	
2	TI	1068418691	Jaime	Luis	Ramirez	Perez	B/ Mi Ranchito		12-05-23	X		1		1	1	2	4	M	
3	CC	1003[illegible]136	Josue	Miguel	Guerra	Velez	B/ Mi rancho	3108981243	12-05-23	X		1		1	1	2	4	M	
4	CC	26.177371	Gigia	Maria	Padron	Rojas	B/ Mi Ranchito	3108981248	12-05-23	X		1		1	1	2	4	F	
5	CC	34957242	Gigia	Isabel	Velez	Padron	B/ Mi Ranchito	3108981243	12-05-23	X		1		1	1	2	4	F	
6	CC	1067800790	Sayuris	Paola	Paxcara	Murillo	B/ Mi Ranchito	3006706291	12-05-23	X		1		1	1	2	4	F	
7	CC	1010117473	Koren	Milena	Pescaca	Murillo	B/ Mi Ranchito	3006706291	10-05-23	X		1		1	1	2	4	F	
8	TI	1067900272	Yeiner	Miguel	Cogollo	Pescaco	B/ Mi Ranchito	3006706291	10-05-23	X		1		1	1	2	4	M	
9	TI	1067869692	Doris	Estela	Borgo	Galvan	B/ Rancho grande	3249717317	10-05-23	X		1		1	1	2	4	F	
10	TI	1068181478	Estiven		Borgo	Galvan	B/ Rancho grande	3249717317	12-05-23	X		1		1	1	2	4	M	

Nombre y Apellidos de quien diligencia:	
Firma:	Delkna Viloria Benitez
CC:	23900117
Municipio / Ciudad y Departamento:	Montería- cordoba
Fecha de entrega a la ESE:	DD / MM / AAAA 14/05/23

Nota: Al firmar esta planilla, el/la Gestor/a comunitario/a en salud y/o la persona delegada por la ESE, declaran bajo la gravedad del juramento que los datos consignados por el/ella son verdaderos y que se hace responsable de su contenido como parte de sus obligaciones contractuales.

Nota: Al recibir este documento, el/la Gestor/a comunitario/a en salud y/o la persona delegada por la ESE, se obliga a garantizar la reserva de la información, por lo que se responsabiliza de usarla para los fines exclusivos para lo cual está destianda. Por lo anterior, el/ella se compromete a conservar y mantener de manera estrictamente confidencial y no revelar su contenido a terceros, toda la información aquí contenida y toda aquella que llegaren a conocer en la ejecución o en ejercicio de sus actividades. Esta obligación se mantendrá, inclusive, despues de finalizada su relación con alguna de sus actividades contractuales. Está prohibida la reproducción parcial o total del contenido mediante cualquier medio.

	SIGA LAS SIGUIENTES INSTRUCCIONES PARA SU DILIGENCIAMIENTO
1	FOCALIZADO: Marque con una X sólo si logra establecer contacto con la persona y esta se encuentra interesada en recibir al equipo PAPSIVI
2	RAZON DE NO FOCALIZACIÓN: En caso que no logre establecer contacto, selecciones alguna de las siguientes opciones. Para ello anote el número que le corresponde: 1. Dato de contacto errado 2. Fallecido 3. No vive en el Municipio 4. No esta interesado en recibir atención psicosocial
3	TIPO DE ATENCIÓN A LA QUE ACCEDE: Seleccione alguna de las siguiente opciones: 1.Atención en salud y atención psicosocial 2. Solo atención en salud. 3. Solo atención psicosocial 4. Ninguna de las atenciones
4	RAZÓN POR LA CUAL NO ACCEDE A LA ATENCIÓN: Indique las razones por las cuales la persona decide no aceptar la oferta de atención
5	VALIDACIÓN EN RUV/ BD SENTENCIAS: Seleccione alguna de las siguiente opciones: 1. Incluido . 2 No incluido
6	VALIDACIÓN EN BDUA: Seleccione alguna de las siguiente opciones: 1. Afiliado activo régimen subsidiado 2. Afiliado activo régimen contributivo 3. Afiliado no activo 4. No afiliado
7	CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD: Seleccione alguna de las siguiente opciones: 1. Si 2. No
8	PERTENENCIA ÉTNICA: Seleccione alguna de las siguiente opciones: 1. Afro, raizal o palenquero 2. Indigena 3. Room 4. Ninguna de las anteriores
9	SEXO: Seleccione alguna de las siguiente opciones: 1. Hombre 2. Mujer 3. Intersexual 4. No informa
10	OBSERVACIONES ADICIONALES: Registre información que considere relevante para transmitir al EAI de manera previa al inico de la atención

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

PROGRAMA DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL Y SALUD INTEGRAL A VÍCTIMAS - PAPSIVIREGISTRO DE FOCALIZACIÓN, CONTACTO Y OFERTA DE LA ATENCIÓN

DEPARTAMENTO: Cordoba MUNICIPIO: Montería NOMBRE DE LA ESE: ESE Vida Sinú

Hoja No. __ de ___

#	TIPO DOC (seleccione)	NUMERO DE ID.	NOMBRE 1	NOMBRE 2	APELLIDO 1	APELLIDO 2	DIRECCIONES	TELEFONOS DE CONTACTO	FECHA DE FOCALIZACIÓN (DD / MM / AAAA)	FOCALIZADO [1] [Marque X]	RAZÓN DE NO FOCALIZACIÓN [2] [Seleccione opción]	TIPO DE ATENCIÓN A LA QUE ACCEDE [3] [Seleccione opción]	RAZÓN POR LA CUAL NO ACCEDE A LA ATENCIÓN (Cuando aplique) [4]	VALIDACIÓN EN RUV / BD SENTENCIAS: [5] [Seleccione opción]	VERIFICACIÓN EN BDUA [6] [Seleccione opción]	CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD [7] [Seleccione opción]	PERTENENCIA ÉTNICA [8] [Seleccione opción]	SEXO [9] [Seleccione opción]	OBSERVACIONES ADICIONALES [10]
1	CC	50 413 172	Sofia	Sofia	Sierra	Harker	B/ La Palma	323 495 9867	10-05-23	X		1		1	1	2	4	F	
2	CC	70 574 673	Guidio	Manuel	Avila		B/ La palma	323 495 9867	10-05-23	X		1		1	1	2	4	M	
3	TI	1067 964 63	Shirly		Avila	Sierra	B/ La Palma	323 495 9867	10-05-23	X		1		1	1	2	4	F	
4	TI	1041 164 356	Oscar	David	Avila	Sierra	B/ La Palma	323 495 9867	10-05-23	X		1		1	1	2	4	M	
5	CC	34 994 612	Beinio	B/ Carmen	Chaves	Espitia	B/ La palma	300 234 96 30	10-05-23	X		1		1	1	2	4	F	
6	CC	1067 914 341	Alba		Espitia	Vatel	B/ La palma		10-05-23	X		1		1	1	2	4	F	
7	CC	1.067 853 514	Rosa		Bercal	Heredia	B/ La palma	312 280 7495	10-05-23	X		1		1	1	2	4	F	
8	CC	39156 007	Vilma		Sanchez	Hernadez	B/ La Palma	321 553 5182	10-05-23	X		1		1	1	2	4	F	
9	CC	1.040 739 369	Dalis	Paola	Cabaid	Sanchez	B/ La palma	321 553 5182	10-05-23	X		1		1	1	2	4	F	
10	TI	1.042 973 543	Shary	Paola	Salcedo	Cabaid	B/ La palma	321 553 5182	10-05-23	X		1		1	1	2	4	F	

Nombre y Apellidos de quien diligencia: Delfina Vilora Benitez

Firma:

CC: 25500117

Municipio / Ciudad y Departamento: Montería - Cordoba

Fecha de entrega a la ESE: DD / MM / AAAA 14/05/23

Nota: Al firmar esta planilla, el/la Gestor/a comunitario/a en salud y/o la persona delegada por la ESE, declaran bajo la gravedad del juramento que los datos consignados por el/ella son verdaderos y que se hace responsable de su contenido como parte de sus obligaciones contractuales.

Nota: Al recibir este documento, el/la Gestor/a comunitario/a en salud y/o la persona delegada por la ESE, se obliga a garantizar la reserva de la información, por lo que se responsabiliza de usarla para los fines exclusivos para lo cual está destinada. Por lo anterior, el/ella se compromete a conservar y mantener de manera estrictamente confidencial y no revelar su contenido a terceros, toda la información aquí contenida y toda aquella que llegaren a conocer en la ejecución o en ejercicio de sus actividades. Esta obligación se mantendrá, inclusive, despues de finalizada su relación con alguna de sus actividades contractuales. Está prohibida la reproducción parcial o total del contenido mediante cualquier medio.-

SIGA LAS SIGUIENTES INSTRUCCIONES PARA SU DILIGENCIAMIENTO	
1	FOCALIZADO: Marque con una X sólo si logra establecer contacto con la persona y esta se encuentra interesada en recibir al equipo PAPSIVI
2	RAZON DE NO FOCALIZACIÓN: En caso que no logre establecer contacto, selecciones alguna de las siguientes opciones. Para ello anote el número que le corresponde: 1. Dato de contacto errado 2. Fallecido 3. No vive en el Municipio 4. No esta interesado en recibir atención psicosocial
3	TIPO DE ATENCIÓN A LA QUE ACCEDE: Seleccione alguna de las siguiente opciones: 1.Atención en salud y atención psicosocial 2. Solo atención en salud. 3. Solo atención psicosocial 4. Ninguna de las atenciones
4	RAZÓN POR LA CUAL NO ACCEDE A LA ATENCIÓN: Indique las razones por las cuales la persona decide no aceptar la oferta de atención
5	VALIDACIÓN EN RUV/ BD SENTENCIAS: Seleccione alguna de las siguiente opciones: 1. Incluido . 2 No incluido
6	VALIDACIÓN EN BDUA: Seleccione alguna de las siguiente opciones: 1. Afiliado activo régimen subsidiado 2. Afiliado activo régimen contributivo 3. Afiliado no activo 4. No afiliado
7	CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD: Seleccione alguna de las siguiente opciones: 1. Si 2. No
8	PERTENENCIA ÉTNICA: Seleccione alguna de las siguiente opciones: 1. Afro, raizal o palenquero 2. Indigena 3. Room 4. Ninguna de las anteriores
9	SEXO: Seleccione alguna de las siguiente opciones: 1. Hombre 2. Mujer 3. Intersexual 4. No informa
10	OBSERVACIONES ADICIONALES: Registre información que considere relevante para transmitir al EAI de manera previa al inico de la atención

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

PROGRAMA DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL Y SALUD INTEGRAL A VÍCTIMAS - PAPSIVIREGISTRO DE FOCALIZACIÓN, CONTACTO Y OFERTA DE LA ATENCIÓN

DEPARTAMENTO: Cordoba MUNICIPIO: Monteria NOMBRE DE LA ESE: ESE Hospital Sinú Hoja No. __ de __

#	TIPO DOC (seleccione)	NUMERO DE ID.	NOMBRE 1	NOMBRE 2	APELLIDO 1	APELLIDO 2	DIRECCIONES	TELEFONOS DE CONTACTO	FECHA DE FOCALIZACIÓN (DD / MM / AAAA)	FOCALIZADO [1] [Marque X]	RAZÓN DE NO FOCALIZACIÓN [2] [Seleccione opción]	TIPO DE ATENCIÓN A LA QUE ACCEDE [3] [Seleccione opción]	RAZÓN POR LA CUAL NO ACCEDE A LA ATENCIÓN (Cuando aplique) [4]	VALIDACIÓN EN RUV / BD SENTENCIAS: [5] [Seleccione opción]	VERIFICACIÓN EN BDUA [6] [Seleccione opción]	CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD [7] [Seleccione opción]	PERTENENCIA ÉTNICA [8] [Seleccione opción]	SEXO [9] [Seleccione opción]	OBSERVACIONES ADICIONALES [10]
1	CC	34155 831	Sisona	Edith	Paria	Vega	Bl La palma	312 694 0838	08-05-23	X		1		1	1	2	4	F	
2	CC	25767 786	Esmeralda	Rosa	Colmona	Lobort	Bl La palma	313534 5430	08-05-23	X		1		1	1	2	4	F	
3	CC	1000835 697	Coord	Co	Cortes	Coronel	Bl La palma	314529 5782	08-05-23	X		1		1	1	2	4	F	
4	CC	30695 468	Zoila	Maria	Velasquez	Arrieta	Bl La palma	310701 5500	08-05-23	X		1		1	1	2	4	F	
5	CC	39414 455	Carmen	Isabel	Arroyo	Petrona	Bl La palma	3127931010	08-05-23	X		1		1	1	2	4	F	
6	CC	78745 713	Luis	Antonio	Romero	Lopez	Bl La Palma	3143734714	08-05-23	X		1		1	1	2	4	M	
7	CC	6872 149	Luis	Francisco	Galindo	Cordoba	Bl La palma	320625 6632	08-05-23	X		1		1	1	2	4	M	
8	CC	50939 212	Yuliana	Isabel	Vasquez	Arrieta	Bl La palma	3148539880	08-05-23	X		1		1	1	2	4	F	
9	CC	35010 693	Gladys	Maria	Arrieta	Vega	Bl El nispero	302719 9965	08-05-23	X		1		1	1	2	4	F	
10	CC	25767 317	Francisca	Isabel	Lopez	Guzman	Bl El nispero	301735 8171	08-05-23	X		1		1	1	2	4	F	

Nombre y Apellidos de quien diligencia:	
Firma:	Delfina Viloria Benitez
CC:	23300117
Municipio / Ciudad y Departamento:	Montería - cordoba
Fecha de entrega a la ESE:	DD / MM / AAAA 14/05/23

Nota: Al firmar esta planilla, el/la Gestor/a comunitario/a en salud y/o la persona delegada por la ESE, declaran bajo la gravedad del juramento que los datos consignados por el/ella son verdaderos y que se hace responsable de su contenido como parte de sus obligaciones contractuales.

Nota: Al recibir este documento, el/la Gestor/a comunitario/a en salud y/o la persona delegada por la ESE, se obliga a garantizar la reserva de la información, por lo que se responsabiliza de usarla para los fines exclusivos para lo cual está destianda. Por lo anterior, el/ella se compromete a conservar y mantener de manera estrictamente confidencial y no revelar su contenido a terceros, toda la información aquí contenida y toda aquella que llegaren a conocer en la ejecución o en ejercicio de sus actividades. Esta obligación se mantendrá, inclusive, despues de finalizada su relación con alguna de sus actividades contractuales. Está prohibida la reproducción parcial o total del contenido mediante cualquier medio.-

	SIGA LAS SIGUIENTES INSTRUCCIONES PARA SU DILIGENCIAMIENTO
1	FOCALIZADO: Marque con una X sólo si logra establecer contacto con la persona y esta se encuentra interesada en recibir al equipo PAPSIVI
2	RAZON DE NO FOCALIZACIÓN: En caso que no logre establecer contacto, selecciones alguna de las siguientes opciones. Para ello anote el número que le corresponde: 1. Dato de contacto errado 2. Fallecido 3. No vive en el Municipio 4. No esta interesado en recibir atención psicosocial
3	TIPO DE ATENCIÓN A LA QUE ACCEDE: Seleccione alguna de las siguiente opciones: 1.Atención en salud y atención psicosocial 2. Solo atención en salud. 3. Solo atención psicosocial 4. Ninguna de las atenciones
4	RAZÓN POR LA CUAL NO ACCEDE A LA ATENCIÓN: Indique las razones por las cuales la persona decide no aceptar la oferta de atención
5	VALIDACIÓN EN RUV/ BD SENTENCIAS: Seleccione alguna de las siguiente opciones: 1. Incluido . 2 No incluido
6	VALIDACIÓN EN BDUA: Seleccione alguna de las siguiente opciones: 1. Afiliado activo régimen subsidiado 2. Afiliado activo régimen contributivo 3. Afiliado no activo 4. No afiliado
7	CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD: Seleccione alguna de las siguiente opciones: 1. Si 2. No
8	PERTENENCIA ÉTNICA: Seleccione alguna de las siguiente opciones: 1. Afro, raizal o palenquero 2. Indigena 3. Room 4. Ninguna de las anteriores
9	SEXO: Seleccione alguna de las siguiente opciones: 1. Hombre 2. Mujer 3. Intersexual 4. No informa
10	OBSERVACIONES ADICIONALES: Registre información que considere relevante para transmitir al EAI de manera previa al inico de la atención

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

PROGRAMA DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL Y SALUD INTEGRAL A VÍCTIMAS - PAPSIVIREGISTRO DE FOCALIZACIÓN, CONTACTO Y OFERTA DE LA ATENCIÓN

DEPARTAMENTO: Cordoba MUNICIPIO: Montería NOMBRE DE LA ESE: ESE Hospital Sinú. Hoja No. __ de __

#	TIPO DOC (seleccione)	NUMERO DE ID.	NOMBRE 1	NOMBRE 2	APELLIDO 1	APELLIDO 2	DIRECCIONES	TELEFONOS DE CONTACTO	FECHA DE FOCALIZACIÓN (DD / MM / AAAA)	FOCALIZADO [1] [Marque X]	RAZÓN DE NO FOCALIZACIÓN [2] [Seleccione opción]	TIPO DE ATENCIÓN A LA QUE ACCEDE [3] [Seleccione opción]	RAZÓN POR LA CUAL NO ACCEDE A LA ATENCIÓN (Cuando aplique) [4]	VALIDACIÓN EN RUV / BD SENTENCIAS: [5] [Seleccione opción]	VERIFICACIÓN EN BDUA [6] [Seleccione opción]	CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD [7] [Seleccione opción]	PERTENENCIA ÉTNICA [8] [Seleccione opción]	SEXO [9] [Seleccione opción]	OBSERVACIONES ADICIONALES [10]
1	CC	8515 896	Edison	Manuel	Osorio	Caosil	Bl Mi Rancho	315775 4307	07-05-23	X		1		1	1	2	4	M	
2	CC.	50970 743	Delcy	Edith	Osorio	Gallego	Bl Mi Rancho	315 775 4307	07-05-23	X		1		1	1	2	4	F	
3	CC	1003432 278	Jesus	David	Torres	Osorio	Bl Mi Rancito	315 775 4307	07-05-23	X		1		1	1	2	4	M	
4	CC.	1067960 575	José	Almondo	Torres	Osorio	Bl Mi Rancito	315 775 4307	07.05-23	X		1		1	1	2	4	M	
5	CC	50924 246	Sery	Sofia	Abiran	Romo?	Bl el nispero	314 846 954	07-05-23	X		1		1	1	2	4	F	
6	CC.	1.003430 973	Sandy	Sofia	Caosil	Alarcon	Bl el Nispero	314 846 954	07-05-23	X		1		1	1	2	4	F	
7	CC.	1.067913 639	Sergio	Luis	Caosil	Alarcon	Bl el Nispero	314 846 954	07-05-23	X		1		1	1	2	4	M	
8	TI	1035066 433	Yolanda		Alvarez	Vazquez	Bl el Nispero	314 846 954	07-05-23	X		1		1	1	2	4	F	
9	CC.	1003466 660	Miguel	David	Bedoya	Pelton	Bl el Nispero	314 946 921	07-05-23	X		1		1	1	2	4	M	
10	CC.	50891 691	Ubarina	Del Carmen	Olea	Morales	Bl el Nispero	322 425 7242	07-05-23	X		1		1	1	2	4	M	

Nombre y Apellidos de quien diligencia:	
Firma:	Delina Viloria Benitez
CC:	25800119
Municipio / Ciudad y Departamento:	Montería - Cordoba
Fecha de entrega a la ESE:	DD / MM / AAAA 14/05/23

Nota: Al firmar esta planilla, el/la Gestor/a comunitario/a en salud y/o la persona delegada por la ESE, declaran bajo la gravedad del juramento que los datos consignados por el/ella son verdaderos y que se hace responsable de su contenido como parte de sus obligaciones contractuales.

Nota: Al recibir este documento, el/la Gestor/a comunitario/a en salud y/o la persona delegada por la ESE, se obliga a garantizar la reserva de la información, por lo que se responsabiliza de usarla para los fines exclusivos para lo cual está destianda. Por lo anterior, el/ella se compromete a conservar y mantener de manera estrictamente confidencial y no revelar su contenido a terceros, toda la información aquí contenida y toda aquella que llegaren a conocer en la ejecución o en ejercicio de sus actividades. Esta obligación se mantendrá, inclusive, despues de finalizada su relación con alguna de sus actividades contractuales. Está prohibida la reproducción parcial o total del contenido mediante cualquier medio.-

	SIGA LAS SIGUIENTES INSTRUCCIONES PARA SU DILIGENCIAMIENTO
1	**FOCALIZADO:** Marque con una X sólo si logra establecer contacto con la persona y esta se encuentra interesada en recibir al equipo PAPSIVI
2	**RAZON DE NO FOCALIZACIÓN:** En caso que no logre establecer contacto, selecciones alguna de las siguientes opciones. Para ello anote el número que le corresponde: 1. Dato de contacto errado 2. Fallecido 3. No vive en el Municipio 4. No esta interesado en recibir atención psicosocial
3	**TIPO DE ATENCIÓN A LA QUE ACCEDE:** Seleccione alguna de las siguiente opciones: 1.Atención en salud y atención psicosocial 2. Solo atención en salud. 3. Solo atención psicosocial 4. Ninguna de las atenciones
4	**RAZÓN POR LA CUAL NO ACCEDE A LA ATENCIÓN:** Indique las razones por las cuales la persona decide no aceptar la oferta de atención
5	**VALIDACIÓN EN RUV/ BD SENTENCIAS:** Seleccione alguna de las siguiente opciones: 1. Incluido . 2 No incluido
6	**VALIDACIÓN EN BDUA:** Seleccione alguna de las siguiente opciones: 1. Afiliado activo régimen subsidiado 2. Afiliado activo régimen contributivo 3. Afiliado no activo 4. No afiliado
7	**CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD:** Seleccione alguna de las siguiente opciones: 1. Si 2. No
8	**PERTENENCIA ÉTNICA:** Seleccione alguna de las siguiente opciones: 1. Afro, raizal o palenquero 2. Indigena 3. Room 4. Ninguna de las anteriores
9	**SEXO:** Seleccione alguna de las siguiente opciones: 1. Hombre 2. Mujer 3. Intersexual 4. No informa
10	**OBSERVACIONES ADICIONALES:** Registre información que considere relevante para transmitir al EAI de manera previa al inico de la atención

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

PROGRAMA DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL Y SALUD INTEGRAL A VÍCTIMAS - PAPSIVIREGISTRO DE FOCALIZACIÓN, CONTACTO Y OFERTA DE LA ATENCIÓN

DEPARTAMENTO: Cordoba MUNICIPIO: Montelibano NOMBRE DE LA ESE: ESE Vida Sinú Hoja No. __ de ___

#	TIPO DOC (seleccione)	NUMERO DE ID.	NOMBRE 1	NOMBRE 2	APELLIDO 1	APELLIDO 2	DIRECCIONES	TELEFONOS DE CONTACTO	FECHA DE FOCALIZACIÓN (DD / MM / AAAA)	FOCALIZADO [1] [Marque X]	RAZÓN DE NO FOCALIZACIÓN [2] [Seleccione opción]	TIPO DE ATENCIÓN A LA QUE ACCEDE [3] [Seleccione opción]	RAZÓN POR LA CUAL NO ACCEDE A LA ATENCIÓN (Cuando aplique) [4]	VALIDACIÓN EN RUV / BD SENTENCIAS: [5] [Seleccione opción]	VERIFICACIÓN EN BDUA [6] [Seleccione opción]	CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD [7] [Seleccione opción]	PERTENENCIA ÉTNICA [8] [Seleccione opción]	SEXO [9] [Seleccione opción]	OBSERVACIONES ADICIONALES [10]
1	CC	1003645546	Yuliela	Patricia	Beltran	Rosario	Bl el Progreso	3127856708	04-05-23	X		1		1	1	2	4	F	
2	CC	26201138 26	Horelys	del Carmen	Gomez	Castillo	Bl el Progreso	3127256768	04-05-23	X		1		1	1	2	4	F	
3	CC	25768114	Claribel	Vanessa	Perez	Osorio	Bl Ca Cid.	3203349677	07-05-23	X		1		1	1	2	4	F	
4	CC	1062434805	Yeny	Marcela	Jaramillo	Torres	Bl Ca Cid.	3203599677	07-05-23	X		1		1	1	2	4	F	
5	CC	34936499	Dori	Mavis	Rubio	Mora	Bl Mi Ranchito	3235242095	07-05-23	X		1		1	1	2	4	F	
6	CC	1028031 43	Mara	De los Reyes	Mendoza	Rubio	Bl Mi Ranchito	3235242095	07-05-23	X		1		1	1	2	4	F	
7	CC	1028003147	Darios	Antonio	Mendoza	Rubio	Bl Mi Ranchito	3235242095	07-05-23	X		1		1	1	2	4	M	
8	CC	1003405823	Isaac	David	Rubio	Mora	Bl Mi Ranchito	3235242095	07-05-23	X		1		1	1	2	4	M	
9	TI	1233334 96	Sara	P	Beltran	Mendoza	Bl Mi Ranchito	3235242095	07-05-23	X		1		1	1	2	4	F	
10	CC	42652198	Catalina		Gallego	Gomez	Bl Mi Ranchito		07-05-23	X		1		1	1	2	4	M	

Nombre y Apellidos de quien diligencia:	
Firma:	Delfina Vilora Benitez
CC:	25900117
Municipio / Ciudad y Departamento:	Montelibano - Cordoba
Fecha de entrega a la ESE:	DD / MM / AAAA 14/05/23

Nota: Al firmar esta planilla, el/la Gestor/a comunitario/a en salud y/o la persona delegada por la ESE, declaran bajo la gravedad del juramento que los datos consignados por el/ella son verdaderos y que se hace responsable de su contenido como parte de sus obligaciones contractuales.

Nota: Al recibir este documento, el/la Gestor/a comunitario/a en salud y/o la persona delegada por la ESE, se obliga a garantizar la reserva de la información, por lo que se responsabiliza de usarla para los fines exclusivos para lo cual está destianda. Por lo anterior, el/ella se compromete a conservar y mantener de manera estrictamente confidencial y no revelar su contenido a terceros, toda la información aquí contenida y toda aquella que llegaren a conocer en la ejecución o en ejercicio de sus actividades. Esta obligación se mantendrá, inclusive, despues de finalizada su relación con alguna de sus actividades contractuales. Está prohibida la reproducción parcial o total del contenido mediante cualquier medio.-

	SIGA LAS SIGUIENTES INSTRUCCIONES PARA SU DILIGENCIAMIENTO
1	FOCALIZADO: Marque con una X sólo si logra establecer contacto con la persona y esta se encuentra interesada en recibir al equipo PAPSIVI
2	RAZON DE NO FOCALIZACIÓN: En caso que no logre establecer contacto, selecciones alguna de las siguientes opciones. Para ello anote el número que le corresponde: 1. Dato de contacto errado 2. Fallecido 3. No vive en el Municipio 4. No esta interesado en recibir atención psicosocial
3	TIPO DE ATENCIÓN A LA QUE ACCEDE: Seleccione alguna de las siguiente opciones: 1.Atención en salud y atención psicosocial 2. Solo atención en salud. 3. Solo atención psicosocial 4. Ninguna de las atenciones
4	RAZÓN POR LA CUAL NO ACCEDE A LA ATENCIÓN: Indique las razones por las cuales la persona decide no aceptar la oferta de atención
5	VALIDACIÓN EN RUV/ BD SENTENCIAS: Seleccione alguna de las siguiente opciones: 1. Incluido . 2 No incluido
6	VALIDACIÓN EN BDUA: Seleccione alguna de las siguiente opciones: 1. Afiliado activo régimen subsidiado 2. Afiliado activo régimen contributivo 3. Afiliado no activo 4. No afiliado
7	CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD: Seleccione alguna de las siguiente opciones: 1. Si 2. No
8	PERTENENCIA ÉTNICA: Seleccione alguna de las siguiente opciones: 1. Afro, raizal o palenquero 2. Indigena 3. Room 4. Ninguna de las anteriores
9	SEXO: Seleccione alguna de las siguiente opciones: 1. Hombre 2. Mujer 3. Intersexual 4. No informa
10	OBSERVACIONES ADICIONALES: Registre información que considere relevante para transmitir al EAI de manera previa al inico de la atención

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

PROGRAMA DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL Y SALUD INTEGRAL A VÍCTIMAS - PAPSIVIREGISTRO DE FOCALIZACIÓN, CONTACTO Y OFERTA DE LA ATENCIÓN

DEPARTAMENTO: Córdoba MUNICIPIO: Montería NOMBRE DE LA ESE: ESE Vida Sinú Hoja No. __ de ___

#	TIPO DOC (seleccione)	NUMERO DE ID.	NOMBRE 1	NOMBRE 2	APELLIDO 1	APELLIDO 2	DIRECCIONES	TELEFONOS DE CONTACTO	FECHA DE FOCALIZACIÓN (DD / MM / AAAA)	FOCALIZADO [1] [Marque X]	RAZÓN DE NO FOCALIZACIÓN [2] [Seleccione opción]	TIPO DE ATENCIÓN A LA QUE ACCEDE [3] [Seleccione opción]	RAZÓN POR LA CUAL NO ACCEDE A LA ATENCIÓN (Cuando aplique) [4]	VALIDACIÓN EN RUV / BD SENTENCIAS: [5] [Seleccione opción]	VERIFICACIÓN EN BDUA [6] [Seleccione opción]	CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD [7] [Seleccione opción]	PERTENENCIA ÉTNICA [8] [Seleccione opción]	SEXO [9] [Seleccione opción]	OBSERVACIONES ADICIONALES [10]
1	TI	1138075781	Kelly	Johana	Morales	Ramos	casa Finca	323317 6263	04-05-23	X		1		1	1	2	4	F	
2	CC	1067859752	Ingrid	Paola	Esquivel	Ramos	Casa Finca	323 317 6263	04-05-23	X		1		1	1	2	4	F	
3	TI	1138018298	Luis	David	Esquivel	Ramos	Casa Finca	323317 6263	04-05-23	X		1		1	1	2	4	M	
4	TI	1138076297	Luis	Carlos	Esquivel	Ramos	Casa Finca	323 317 6263	04-05-23	X		1		1	1	2	4	M	
5	TI	1067902065	Joseph	David	Bjos	Esquivel	Casa Finca	323317 6263	04-05 23	X		1		1	1	2	4	M	
6	CC	1067935725	Yesica	Patricia	Esquivel	Ramos	Casa Finca.	323317 6263	04-05-23	X		1		1	1	2	4	F	
7	CC	71980193	Luis	Manuel	Hernandez	Hernandez	El el Ingenio	320644 0667	04-05-23	X		1		1	1	2	4	M	
8	CC	50893178	Nuvia	Ester	Grandett	Espitia	El el bispo	320 644 6601	04-05-23	X		1		1	1	2	4	F	
9	TI	1062436156	Carolina	Sibaja	Aparicio		El el bispo	320 644 0601	04-05-23	X		1		1	1	2	4	F	
10	TI	1062439917	Karen	Yulieth	Sibaja	Grandett	El el bispo	320 644 0601	04-05-23	X		1		1	1	2	4	F	

Nombre y Apellidos de quien diligencia:	
Firma:	Delfina Vilora Benitez
CC:	25900117
Municipio / Ciudad y Departamento:	Montería- Córdoba
Fecha de entrega a la ESE:	DD / MM / AAAA 14/05/23

Nota: Al firmar esta planilla, el/la Gestor/a comunitario/a en salud y/o la persona delegada por la ESE, declaran bajo la gravedad del juramento que los datos consignados por el/ella son verdaderos y que se hace responsable de su contenido como parte de sus obligaciones contractuales.

Nota: Al recibir este documento, el/la Gestor/a comunitario/a en salud y/o la persona delegada por la ESE, se obliga a garantizar la reserva de la información, por lo que se responsabiliza de usarla para los fines exclusivos para lo cual está destinada. Por lo anterior, el/ella se compromete a conservar y mantener de manera estrictamente confidencial y no revelar su contenido a terceros, toda la información aquí contenida y toda aquella que llegaren a conocer en la ejecución o en ejercicio de sus actividades. Esta obligación se mantendrá, inclusive, despues de finalizada su relación con alguna de sus actividades contractuales. Está prohibida la reproducción parcial o total del contenido mediante cualquier medio.-

	SIGA LAS SIGUIENTES INSTRUCCIONES PARA SU DILIGENCIAMIENTO
1	**FOCALIZADO:** Marque con una X sólo si logra establecer contacto con la persona y esta se encuentra interesada en recibir al equipo PAPSIVI
2	**RAZON DE NO FOCALIZACIÓN:** En caso que no logre establecer contacto, selecciones alguna de las siguientes opciones. Para ello anote el número que le corresponde: 1. Dato de contacto errado 2. Fallecido 3. No vive en el Municipio 4. No esta interesado en recibir atención psicosocial
3	**TIPO DE ATENCIÓN A LA QUE ACCEDE:** Seleccione alguna de las siguiente opciones: 1.Atención en salud y atención psicosocial 2. Solo atención en salud. 3. Solo atención psicosocial 4. Ninguna de las atenciones
4	**RAZÓN POR LA CUAL NO ACCEDE A LA ATENCIÓN:** Indique las razones por las cuales la persona decide no aceptar la oferta de atención
5	**VALIDACIÓN EN RUV/ BD SENTENCIAS:** Seleccione alguna de las siguiente opciones: 1. Incluido . 2 No incluido
6	**VALIDACIÓN EN BDUA:** Seleccione alguna de las siguiente opciones: 1. Afiliado activo régimen subsidiado 2. Afiliado activo régimen contributivo 3. Afiliado no activo 4. No afiliado
7	**CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD:** Seleccione alguna de las siguiente opciones: 1. Si 2. No
8	**PERTENENCIA ÉTNICA:** Seleccione alguna de las siguiente opciones: 1. Afro, raizal o palenquero 2. Indigena 3. Room 4. Ninguna de las anteriores
9	**SEXO:** Seleccione alguna de las siguiente opciones: 1. Hombre 2. Mujer 3. Intersexual 4. No informa
10	**OBSERVACIONES ADICIONALES:** Registre información que considere relevante para transmitir al EAI de manera previa al inico de la atención

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

PROGRAMA DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL Y SALUD INTEGRAL A VÍCTIMAS - PAPSIVIREGISTRO DE FOCALIZACIÓN, CONTACTO Y OFERTA DE LA ATENCIÓN

DEPARTAMENTO: Cordoba MUNICIPIO: Monteria NOMBRE DE LA ESE: ESE Vida. Sino

Hoja No. __ de ___

#	TIPO DOC (seleccione)	NUMERO DE ID.	NOMBRE 1	NOMBRE 2	APELLIDO 1	APELLIDO 2	DIRECCIONES	TELEFONOS DE CONTACTO	FECHA DE FOCALIZACIÓN (DD / MM / AAAA)	FOCALIZADO [1] [Marque X]	RAZÓN DE NO FOCALIZACIÓN [2] [Seleccione opción]	TIPO DE ATENCIÓN A LA QUE ACCEDE [3] [Seleccione opción]	RAZÓN POR LA CUAL NO ACCEDE A LA ATENCIÓN (Cuando aplique) [4]	VALIDACIÓN EN RUV / BD SENTENCIAS: [5] [Seleccione opción]	VERIFICACIÓN EN BDUA [6] [Seleccione opción]	CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD [7] [Seleccione opción]	PERTENENCIA ÉTNICA [8] [Seleccione opción]	SEXO [9] [Seleccione opción]	OBSERVACIONES ADICIONALES [10]
1	TI	1138081921	Alejandro	José	Silgol	Granados	Bl el dispen	320644 0604	04-05-23	X		1		1	1	2	4	M	
2	CC	42653150	Margarita	Maria	Toblecillo	Escobar	Bl el dispen	314532 3990	04-05-23	X		1		1	1	2	4	F	
3	CC	1.192731738	Mary	Johana	Agudelo	Olivares	Bl el dispen	314532 3990	04-05-23	X		1		1	1	2	4	F	
4	TI	1233334458	Sary	Juliana	Toblecillo	Agudelo	Bl El nispero	314532 3990	04-05-23	X		1		1	1	2	4	F	
5	CC	1067905747	Aldair	Jo	Toblecillo	Escobar	Bl el nispero	314532 3990	04-05-23	X		1		1	1	2	4	M	
6	CC	1.133776968	Liciana	Milena	Gomez	Castillo	Bl el nispero	312785 6708	04-05-23	X		1		1	1	2	4	F	
7	CC	6877300	Mariano	Antonio	Gomez	Polo	Bl el nispero	312785 6708	04-05-23	X		1		1	1	2	4	M	
8	TI	1062974351	Johan	Caleth	Romero	Gomez	Bl el dispen	312785 6708	04-05-23	X		1		1	1	2	4	M	
9	TI	1067920573	Mariano	Milena	Lopez	Gomez	Bl el nispero	312785 6708	04-05-23	X		1		1	1	2	4	F	
10	CC	1067856277	Mariano	Lucia	Gomez	Castillo	Bl el dispen	312785 6708	04-05-23	X		1		1	1	2	4	F	

Nombre y Apellidos de quien diligencia:	
Firma:	Delfina Vilora Benitez
CC:	25300[illegible]
Municipio / Ciudad y Departamento:	Monteria- Cordoba
Fecha de entrega a la ESE:	DD / MM / AAAA 14/05/23

Nota: Al firmar esta planilla, el/la Gestor/a comunitario/a en salud y/o la persona delegada por la ESE, declaran bajo la gravedad del juramento que los datos consignados por el/ella son verdaderos y que se hace responsable de su contenido como parte de sus obligaciones contractuales.

Nota: Al recibir este documento, el/la Gestor/a comunitario/a en salud y/o la persona delegada por la ESE, se obliga a garantizar la reserva de la información, por lo que se responsabiliza de usarla para los fines exclusivos para lo cual está destinada. Por lo anterior, el/ella se compromete a conservar y mantener de manera estrictamente confidencial y no revelar su contenido a terceros, toda la información aquí contenida y toda aquella que llegaren a conocer en la ejecución o en ejercicio de sus actividades. Esta obligación se mantendrá, inclusive, despues de finalizada su relación con alguna de sus actividades contractuales. Está prohibida la reproducción parcial o total del contenido mediante cualquier medio.-

SIGA LAS SIGUIENTES INSTRUCCIONES PARA SU DILIGENCIAMIENTO	
1	FOCALIZADO: Marque con una X sólo si logra establecer contacto con la persona y esta se encuentra interesada en recibir al equipo PAPSIVI
2	RAZON DE NO FOCALIZACIÓN: En caso que no logre establecer contacto, selecciones alguna de las siguientes opciones. Para ello anote el número que le corresponde: 1. Dato de contacto errado 2. Fallecido 3. No vive en el Municipio 4. No esta interesado en recibir atención psicosocial
3	TIPO DE ATENCIÓN A LA QUE ACCEDE: Seleccione alguna de las siguiente opciones: 1.Atención en salud y atención psicosocial 2. Solo atención en salud. 3. Solo atención psicosocial 4. Ninguna de las atenciones
4	RAZÓN POR LA CUAL NO ACCEDE A LA ATENCIÓN: Indique las razones por las cuales la persona decide no aceptar la oferta de atención
5	VALIDACIÓN EN RUV/ BD SENTENCIAS: Seleccione alguna de las siguiente opciones: 1. Incluido . 2 No incluido
6	VALIDACIÓN EN BDUA: Seleccione alguna de las siguiente opciones: 1. Afiliado activo régimen subsidiado 2. Afiliado activo régimen contributivo 3. Afiliado no activo 4. No afiliado
7	CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD: Seleccione alguna de las siguiente opciones: 1. Si 2. No
8	PERTENENCIA ÉTNICA: Seleccione alguna de las siguiente opciones: 1. Afro, raizal o palenquero 2. Indigena 3. Room 4. Ninguna de las anteriores
9	SEXO: Seleccione alguna de las siguiente opciones: 1. Hombre 2. Mujer 3. Intersexual 4. No informa
10	OBSERVACIONES ADICIONALES: Registre información que considere relevante para transmitir al EAI de manera previa al inico de la atención

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

PROGRAMA DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL Y SALUD INTEGRAL A VÍCTIMAS - PAPSIVIREGISTRO DE FOCALIZACIÓN, CONTACTO Y OFERTA DE LA ATENCIÓN

DEPARTAMENTO: Cordoba MUNICIPIO: Monteria NOMBRE DE LA ESE: ESE Viola Sinú Hoja No. __ de __

#	TIPO DOC (seleccione)	NUMERO DE ID.	NOMBRE 1	NOMBRE 2	APELLIDO 1	APELLIDO 2	DIRECCIONES	TELEFONOS DE CONTACTO	FECHA DE FOCALIZACIÓN (DD / MM / AAAA)	FOCALIZADO [1] [Marque X]	RAZÓN DE NO FOCALIZACIÓN [2] [Seleccione opción]	TIPO DE ATENCIÓN A LA QUE ACCEDE [3] [Seleccione opción]	RAZÓN POR LA CUAL NO ACCEDE A LA ATENCIÓN (Cuando aplique) [4]	VALIDACIÓN EN RUV / BD SENTENCIAS: [5] [Seleccione opción]	VERIFICACIÓN EN BDUA [6] [Seleccione opción]	CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD [7] [Seleccione opción]	PERTENENCIA ÉTNICA [8] [Seleccione opción]	SEXO [9] [Seleccione opción]	OBSERVACIONES ADICIONALES [10]
1	CC	1067956245	Maria	Fernanda	Arrieta	Cabrales	Bl La Palma	301227 2285	03-05-23	X		1		1	1	2	4	F	
2	CC	1067929501	Hernan	José	Fuente	Sibaja	Bl La Palma	301227 2285	03-05-23	X		1		1	1	2	4	M	
3	CC	1062957347	Adriana	Sofia	Herrera	Fuente	Bl La Palma	301227 2285	03-05-23	X		1		1	1	2	4	F	
4	CC	1067962048	Juan	Daniel	Aparicio	Doronejo	Bl La Palma	301227 2285	03-05-23	X		1		1	1	2	4	M	
5	CC	26248959	Mercedes	Del Carmen	Alegria	Cora	Bl El Nispero	320500 5172	03-05-23	X		1		1	1	2	4	F	
6	CC	1067930990	Juan	Andres	Camargo	Guerra	Bl El Nispero	320500 5172	03-05-23	X		1		1	1	2	4	M	
7	TI	1062930990	Maria	Paz	Lora	Camargo	Barrio El Nispero	320500 5172	03-05-23	X		1		1	1	2	4	F	
8	CC	1067889338	Delvi	Enrique	Cora	Alegria	Bl El Nispero	320500 5172	03-0523	X		1		1	1	2	4	M	
9	CC	1063716924	Yurley	Fernando	Tookalo	Cabarcas	Bl El Nispero	320500 5172	03-05-23	X		1		1	1	2	4	F	
10	CC	50899179	Ana	Milena	Ramos	Alcala	Casa Finca	3233176263	04-05-23	X		1		1	1	2	4	F	

Nombre y Apellidos de quien diligencia: Delfina Vilora Benitez

Firma:

CC: 23806117

Municipio / Ciudad y Departamento: Monteria - Cordoba

Fecha de entrega a la ESE: DD / MM / AAAA 14/05/23

Nota: Al firmar esta planilla, el/la Gestor/a comunitario/a en salud y/o la persona delegada por la ESE, declaran bajo la gravedad del juramento que los datos consignados por el/ella son verdaderos y que se hace responsable de su contenido como parte de sus obligaciones contractuales.

Nota: Al recibir este documento, el/la Gestor/a comunitario/a en salud y/o la persona delegada por la ESE, se obliga a garantizar la reserva de la información, por lo que se responsabiliza de usarla para los fines exclusivos para lo cual está destianda. Por lo anterior, el/ella se compromete a conservar y mantener de manera estrictamente confidencial y no revelar su contenido a terceros, toda la información aquí contenida y toda aquella que llegaren a conocer en la ejecución o en ejercicio de sus actividades. Esta obligación se mantendrá, inclusive, despues de finalizada su relación con alguna de sus actividades contractuales. Está prohibida la reproducción parcial o total del contenido mediante cualquier medio.-

SIGA LAS SIGUIENTES INSTRUCCIONES PARA SU DILIGENCIAMIENTO	
1	FOCALIZADO: Marque con una X sólo si logra establecer contacto con la persona y esta se encuentra interesada en recibir al equipo PAPSIVI
2	RAZON DE NO FOCALIZACIÓN: En caso que no logre establecer contacto, selecciones alguna de las siguientes opciones. Para ello anote el número que le corresponde: 1. Dato de contacto errado 2. Fallecido 3. No vive en el Municipio 4. No esta interesado en recibir atención psicosocial
3	TIPO DE ATENCIÓN A LA QUE ACCEDE: Seleccione alguna de las siguiente opciones: 1.Atención en salud y atención psicosocial 2. Solo atención en salud. 3. Solo atención psicosocial 4. Ninguna de las atenciones
4	RAZÓN POR LA CUAL NO ACCEDE A LA ATENCIÓN: Indique las razones por las cuales la persona decide no aceptar la oferta de atención
5	VALIDACIÓN EN RUV/ BD SENTENCIAS: Seleccione alguna de las siguiente opciones: 1. Incluido . 2 No incluido
6	VALIDACIÓN EN BDUA: Seleccione alguna de las siguiente opciones: 1. Afiliado activo régimen subsidiado 2. Afiliado activo régimen contributivo 3. Afiliado no activo 4. No afiliado
7	CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD: Seleccione alguna de las siguiente opciones: 1. Si 2. No
8	PERTENENCIA ÉTNICA: Seleccione alguna de las siguiente opciones: 1. Afro, raizal o palenquero 2. Indigena 3. Room 4. Ninguna de las anteriores
9	SEXO: Seleccione alguna de las siguiente opciones: 1. Hombre 2. Mujer 3. Intersexual 4. No informa
10	OBSERVACIONES ADICIONALES: Registre información que considere relevante para transmitir al EAI de manera previa al inico de la atención

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

PROGRAMA DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL Y SALUD INTEGRAL A VÍCTIMAS - PAPSIVIREGISTRO DE FOCALIZACIÓN, CONTACTO Y OFERTA DE LA ATENCIÓN

DEPARTAMENTO: Cordoba MUNICIPIO: Monteria NOMBRE DE LA ESE: ESE Vida Sinú Hoja No. __ de __

#	TIPO DOC (seleccione)	NUMERO DE ID.	NOMBRE 1	NOMBRE 2	APELLIDO 1	APELLIDO 2	DIRECCIONES	TELEFONOS DE CONTACTO	FECHA DE FOCALIZACIÓN (DD / MM / AAAA)	FOCALIZADO [1] [Marque X]	RAZÓN DE NO FOCALIZACIÓN [2] [Seleccione opción]	TIPO DE ATENCIÓN A LA QUE ACCEDE [3] [Seleccione opción]	RAZÓN POR LA CUAL NO ACCEDE A LA ATENCIÓN (Cuando aplique) [4]	VALIDACIÓN EN RUV / BD SENTENCIAS: [5] [Seleccione opción]	VERIFICACIÓN EN BDUA [6] [Seleccione opción]	CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD [7] [Seleccione opción]	PERTENENCIA ÉTNICA [8] [Seleccione opción]	SEXO [9] [Seleccione opción]	OBSERVACIONES ADICIONALES [10]
1	CC	78 713 749	Mario	José	Pereira	Peto	B/ Mi Ranchito	320 648 6002	01-05-23	X		1		1	1	2	4	M	
2	TI	1068 429 685	Jairo	Elias	Pereira	Izquierdo	B/ Mi Ranchito	320 648 6002	01-05-23	X		1		1	1	2	4	M	
3	TI	1.067 409.531	Valentina	Pereira	Izquierdo		B/ Mi Ranchito	320 648 6002	01-05-23	X		1		1	1	2	4	F	
4	CC	1040 373 243	Paula	Andrea	Jimenez	Izquierdo	B/ Mi Ranchito	320 628 6002	01-05-23	X		1		1	1	2	4	F	
5	CC	34 998 842	Luz	Marina	Coronado	Pacheco	B/ Mi Ranchito	320 534 9482	01-05-23	X		1		1	1	2	4	F	
6	CC	1067 937 447	Libardo	Enrique	Ramo	Coronado	B/ Mi Ranchito	320 534 9482	02-05-23	X		1		1	1	2	4	M	
7	CC	1067 917 277	Luis	Miguel	Coronado	Pacheco	B/ Mi Ranchito	320 534 9482	01-05-23	X		1		1	1	2	4	M	
8	CC	1003 401 918	Luz	Piedad	Mendoz	Coronado	B/ Mi Ranchito	320 534 9482	01-05-23	X		1		1	1	2	4	F	
9	CC	6.388 559	Leonardo		Guerra	Galeano	B/ Mi Ranchito	314 892 3513	01-05-23	X		1		1	1	2	4	M	
10	CC	50 403 770	Luz	Melvira	Soto	Alarcon	B/ La Palma	50 403 770	01-05-23	X		1		1	1	2	4	F	

Nombre y Apellidos de quien diligencia:	
Firma:	Delfina Vilora Benitez
CC:	25 350 117
Municipio / Ciudad y Departamento:	Monteria - cordoba
Fecha de entrega a la ESE:	DD / MM / AAAA 14/05/23

Nota: Al firmar esta planilla, el/la Gestor/a comunitario/a en salud y/o la persona delegada por la ESE, declaran bajo la gravedad del juramento que los datos consignados por el/ella son verdaderos y que se hace responsable de su contenido como parte de sus obligaciones contractuales.

Nota: Al recibir este documento, el/la Gestor/a comunitario/a en salud y/o la persona delegada por la ESE, se obliga a garantizar la reserva de la información, por lo que se responsabiliza de usarla para los fines exclusivos para lo cual está destianda. Por lo anterior, el/ella se compromete a conservar y mantener de manera estrictamente confidencial y no revelar su contenido a terceros, toda la información aquí contenida y toda aquella que llegaren a conocer en la ejecución o en ejercicio de sus actividades. Esta obligación se mantendrá, inclusive, despues de finalizada su relación con alguna de sus actividades contractuales. Está prohibida la reproducción parcial o total del contenido mediante cualquier medio.-

	SIGA LAS SIGUIENTES INSTRUCCIONES PARA SU DILIGENCIAMIENTO
1	**FOCALIZADO:** Marque con una X sólo si logra establecer contacto con la persona y esta se encuentra interesada en recibir al equipo PAPSIVI
2	**RAZON DE NO FOCALIZACIÓN:** En caso que no logre establecer contacto, selecciones alguna de las siguientes opciones. Para ello anote el número que le corresponde: 1. Dato de contacto errado 2. Fallecido 3. No vive en el Municipio 4. No esta interesado en recibir atención psicosocial
3	**TIPO DE ATENCIÓN A LA QUE ACCEDE:** Seleccione alguna de las siguiente opciones: 1.Atención en salud y atención psicosocial 2. Solo atención en salud. 3. Solo atención psicosocial 4. Ninguna de las atenciones
4	**RAZÓN POR LA CUAL NO ACCEDE A LA ATENCIÓN:** Indique las razones por las cuales la persona decide no aceptar la oferta de atención
5	**VALIDACIÓN EN RUV/ BD SENTENCIAS:** Seleccione alguna de las siguiente opciones: 1. Incluido . 2 No incluido
6	**VALIDACIÓN EN BDUA:** Seleccione alguna de las siguiente opciones: 1. Afiliado activo régimen subsidiado 2. Afiliado activo régimen contributivo 3. Afiliado no activo 4. No afiliado
7	**CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD:** Seleccione alguna de las siguiente opciones: 1. Si 2. No
8	**PERTENENCIA ÉTNICA:** Seleccione alguna de las siguiente opciones: 1. Afro, raizal o palenquero 2. Indigena 3. Room 4. Ninguna de las anteriores
9	**SEXO:** Seleccione alguna de las siguiente opciones: 1. Hombre 2. Mujer 3. Intersexual 4. No informa
10	**OBSERVACIONES ADICIONALES:** Registre información que considere relevante para transmitir al EAI de manera previa al inico de la atención

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

PROGRAMA DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL Y SALUD INTEGRAL A VÍCTIMAS - PAPSIVIREGISTRO DE FOCALIZACIÓN, CONTACTO Y OFERTA DE LA ATENCIÓN

DEPARTAMENTO: Cordoba MUNICIPIO: Monteria NOMBRE DE LA ESE: ESE Vida Sinú Hoja No. __ de __

#	TIPO DOC (seleccione)	NUMERO DE ID.	NOMBRE 1	NOMBRE 2	APELLIDO 1	APELLIDO 2	DIRECCIONES	TELEFONOS DE CONTACTO	FECHA DE FOCALIZACIÓN (DD / MM / AAAA)	FOCALIZADO [1] [Marque X]	RAZÓN DE NO FOCALIZACIÓN [2] [Seleccione opción]	TIPO DE ATENCIÓN A LA QUE ACCEDE [3] [Seleccione opción]	RAZÓN POR LA CUAL NO ACCEDE A LA ATENCIÓN (Cuando aplique) [4]	VALIDACIÓN EN RUV / BD SENTENCIAS: [5] [Seleccione opción]	VERIFICACIÓN EN BDUA [6] [Seleccione opción]	CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD [7] [Seleccione opción]	PERTENENCIA ÉTNICA [8] [Seleccione opción]	SEXO [9] [Seleccione opción]	OBSERVACIONES ADICIONALES [10]
1	CC	25.786 060	Yulis	Judith	Yanes	Yanes	Bl el nispero	322425 7242	07-05-23	X		1		1	1	2	4	F	
2	CC	1003348 872	Yorgelis	Paso	Olea	Morales	Bl el nispero	322425 7242	07-05-23	X		1		1	1	2	4	F	
3	TI	1062454 471	Yolio	Camila	Sicbol	Yanes	Bl el nispero	322425 7242	07-05-23	X		1		1	1	2	4	F	
4	CC	26.224 201	Cielo		Berrio	Guzman	Bl 41 Rancho	31656 54147	09-05-23	X		1		1	1	2	4	F	
5	CC	1067.907 083	Julia	Elena	Bolaño	Montz	Bl 41 Rancho	31656 54147	04-05-23	X		1		1	1	2	4	F	
6	TI	1067.939 078	Matias		Ramirez	Bolaño	Bl 41 Rancho	31656 54147	04-05-23	X		1		1	1	2	4	M	
7	CC	25.209 433	Juana	Delgado	Gomez	Madera	Bl Lavid	318 384 0245	07-05-23	X		1		1	1	2	4	F	
8	CC	34.993 475	Argenida	Maria	Triana	Aparicio	Bl Lavid	322550 3994	07-05-23	X		1		1	1	2	4	F	
9	CC	1.067.958 751	Yesica	Paola	Ramos	Robledo	Bl Lavid	322600 7178	07-05-23	X		1		1	1	2	4	F	
10	CC	50372 497	Yonca	Delgado	Gonzalez		Bl Lavid.	314786 3388	07-05-23	X		1		1	1	2	4	F	

Nombre y Apellidos de quien diligencia:	
Firma:	Delfina Wilora Benitez
CC:	25860117
Municipio / Ciudad y Departamento:	Montelibano - Cordoba
Fecha de entrega a la ESE:	DD / MM / AAAA 14/05/23

Nota: Al firmar esta planilla, el/la Gestor/a comunitario/a en salud y/o la persona delegada por la ESE, declaran bajo la gravedad del juramento que los datos consignados por el/ella son verdaderos y que se hace responsable de su contenido como parte de sus obligaciones contractuales.

Nota: Al recibir este documento, el/la Gestor/a comunitario/a en salud y/o la persona delegada por la ESE, se obliga a garantizar la reserva de la información, por lo que se responsabiliza de usarla para los fines exclusivos para lo cual está destinada. Por lo anterior, el/ella se compromete a conservar y mantener de manera estrictamente confidencial y no revelar su contenido a terceros, toda la información aquí contenida y toda aquella que llegaren a conocer en la ejecución o en ejercicio de sus actividades. Esta obligación se mantendrá, inclusive, despues de finalizada su relación con alguna de sus actividades contractuales. Está prohibida la reproducción parcial o total del contenido mediante cualquier medio.-

	SIGA LAS SIGUIENTES INSTRUCCIONES PARA SU DILIGENCIAMIENTO
1	FOCALIZADO: Marque con una X sólo si logra establecer contacto con la persona y esta se encuentra interesada en recibir al equipo PAPSIVI
2	RAZON DE NO FOCALIZACIÓN: En caso que no logre establecer contacto, selecciones alguna de las siguientes opciones. Para ello anote el número que le corresponde: 1. Dato de contacto errado 2. Fallecido 3. No vive en el Municipio 4. No esta interesado en recibir atención psicosocial
3	TIPO DE ATENCIÓN A LA QUE ACCEDE: Seleccione alguna de las siguiente opciones: 1.Atención en salud y atención psicosocial 2. Solo atención en salud. 3. Solo atención psicosocial 4. Ninguna de las atenciones
4	RAZÓN POR LA CUAL NO ACCEDE A LA ATENCIÓN: Indique las razones por las cuales la persona decide no aceptar la oferta de atención
5	VALIDACIÓN EN RUV/ BD SENTENCIAS: Seleccione alguna de las siguiente opciones: 1. Incluido . 2 No incluido
6	VALIDACIÓN EN BDUA: Seleccione alguna de las siguiente opciones: 1. Afiliado activo régimen subsidiado 2. Afiliado activo régimen contributivo 3. Afiliado no activo 4. No afiliado
7	CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD: Seleccione alguna de las siguiente opciones: 1. Si 2. No
8	PERTENENCIA ÉTNICA: Seleccione alguna de las siguiente opciones: 1. Afro, raizal o palenquero 2. Indigena 3. Room 4. Ninguna de las anteriores
9	SEXO: Seleccione alguna de las siguiente opciones: 1. Hombre 2. Mujer 3. Intersexual 4. No informa
10	OBSERVACIONES ADICIONALES: Registre información que considere relevante para transmitir al EAI de manera previa al inico de la atención

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

PROGRAMA DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL Y SALUD INTEGRAL A VÍCTIMAS - PAPSIVIREGISTRO DE FOCALIZACIÓN, CONTACTO Y OFERTA DE LA ATENCIÓN

DEPARTAMENTO: Cordoba MUNICIPIO: Montería NOMBRE DE LA ESE: ESE Vida Sinú Hoja No. __ de __

#	TIPO DOC (seleccione)	NUMERO DE ID.	NOMBRE 1	NOMBRE 2	APELLIDO 1	APELLIDO 2	DIRECCIONES	TELEFONOS DE CONTACTO	FECHA DE FOCALIZACIÓN (DD / MM / AAAA)	FOCALIZADO [1] [Marque X]	RAZÓN DE NO FOCALIZACIÓN [2] [Seleccione opción]	TIPO DE ATENCIÓN A LA QUE ACCEDE [3] [Seleccione opción]	RAZÓN POR LA CUAL NO ACCEDE A LA ATENCIÓN (Cuando aplique) [4]	VALIDACIÓN EN RUV / BD SENTENCIAS: [5] [Seleccione opción]	VERIFICACIÓN EN BDUA [6] [Seleccione opción]	CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD [7] [Seleccione opción]	PERTENENCIA ÉTNICA [8] [Seleccione opción]	SEXO [9] [Seleccione opción]	OBSERVACIONES ADICIONALES [10]
1	CC.	32.445 484	Ana	Victoria	Bolaño	Cabrera	Bl Ca Vid.	316352 2216	12-05-23	X		1		1	1	2	4	F	
2	CC.	1138.000 462	Alfonso		Alvarez	Mora	Bl Ca Vid.	316352 2216	16-05-23	X		1		1	1	2	4	M	
3	TI	1068 435 375	Sara	Sofia	Alvarez	Pacheco	Bl Ca Vid.	316352 2216	16-05-23	X		1		1	1	2	4	F	
4	TI	1.062 921 358	Victoria		Alvarez	Pacheco	Bl Ca Vid.	316.216 2216	16-05-23	X		1		1	1	2	4	F	
5	CC.	1064 313 900	Yirley	Loreth	Pacheco	Cogollo	Bl. Ca Vid.	316.216 2216	8-05-23	X		1		1	1	2	4	F	
6	CC.	1060 914 412	Rocio	Betzabet	Beltran	Rojas	Cabo Final	321 277 3575	8-05-23	X		1		1	1	2	4	F	
7	TI	1068 258 258	Valery	Sofia	Ramos	Beltran	Casa final	321 277 3575	05-05-23	X		1		1	1	2	4	F	
8	TI	1.018 86 958	Juan	Daniel	Ramos	Beltran	Casa final	321 277 3575	2-05-23	X		1		1	1	2	4	M	
9	TI	1068 261 266	Alan	Santiago	Ramos	Beltran.	Casa final	321 277 3575	05-05-23	X		1		1	1	2	4	M	
10	CC.	50912 180	Yoan	Eva	Contreras	Espitia	Bl Divino Belen	312 607 2378	12-05-23	X		1		1	1	2	4	F	

Nombre y Apellidos de quien diligencia:	
Firma:	Deliana Viloria Benitez
CC:	25800117
Municipio / Ciudad y Departamento:	Montelo - Cordoba
Fecha de entrega a la ESE:	DD / MM / AAAA 14/05/23

Nota: Al firmar esta planilla, el/la Gestor/a comunitario/a en salud y/o la persona delegada por la ESE, declaran bajo la gravedad del juramento que los datos consignados por el/ella son verdaderos y que se hace responsable de su contenido como parte de sus obligaciones contractuales.

Nota: Al recibir este documento, el/la Gestor/a comunitario/a en salud y/o la persona delegada por la ESE, se obliga a garantizar la reserva de la información, por lo que se responsabiliza de usarla para los fines exclusivos para lo cual está destianda. Por lo anterior, el/ella se compromete a conservar y mantener de manera estrictamente confidencial y no revelar su contenido a terceros, toda la información aquí contenida y toda aquella que llegaren a conocer en la ejecución o en ejercicio de sus actividades. Esta obligación se mantendrá, inclusive, despues de finalizada su relación con alguna de sus actividades contractuales. Está prohibida la reproducción parcial o total del contenido mediante cualquier medio.-

	SIGA LAS SIGUIENTES INSTRUCCIONES PARA SU DILIGENCIAMIENTO
1	FOCALIZADO: Marque con una X sólo si logra establecer contacto con la persona y esta se encuentra interesada en recibir al equipo PAPSIVI
2	RAZON DE NO FOCALIZACIÓN: En caso que no logre establecer contacto, selecciones alguna de las siguientes opciones. Para ello anote el número que le corresponde: 1. Dato de contacto errado 2. Fallecido 3. No vive en el Municipio 4. No esta interesado en recibir atención psicosocial
3	TIPO DE ATENCIÓN A LA QUE ACCEDE: Seleccione alguna de las siguiente opciones: 1.Atención en salud y atención psicosocial 2. Solo atención en salud. 3. Solo atención psicosocial 4. Ninguna de las atenciones
4	RAZÓN POR LA CUAL NO ACCEDE A LA ATENCIÓN: Indique las razones por las cuales la persona decide no aceptar la oferta de atención
5	VALIDACIÓN EN RUV/ BD SENTENCIAS: Seleccione alguna de las siguiente opciones: 1. Incluido . 2 No incluido
6	VALIDACIÓN EN BDUA: Seleccione alguna de las siguiente opciones: 1. Afiliado activo régimen subsidiado 2. Afiliado activo régimen contributivo 3. Afiliado no activo 4. No afiliado
7	CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD: Seleccione alguna de las siguiente opciones: 1. Si 2. No
8	PERTENENCIA ÉTNICA: Seleccione alguna de las siguiente opciones: 1. Afro, raizal o palenquero 2. Indigena 3. Room 4. Ninguna de las anteriores
9	SEXO: Seleccione alguna de las siguiente opciones: 1. Hombre 2. Mujer 3. Intersexual 4. No informa
10	OBSERVACIONES ADICIONALES: Registre información que considere relevante para transmitir al EAI de manera previa al inico de la atencion

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

PROGRAMA DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL Y SALUD INTEGRAL A VÍCTIMAS - PAPSIVIREGISTRO DE FOCALIZACIÓN, CONTACTO Y OFERTA DE LA ATENCIÓN

DEPARTAMENTO: Cordoba MUNICIPIO: Monteria NOMBRE DE LA ESE: ESE Vida Sinú Hoja No.__ de___

#	TIPO DOC (seleccione)	NUMERO DE ID.	NOMBRE 1	NOMBRE 2	APELLIDO 1	APELLIDO 2	DIRECCIONES	TELEFONOS DE CONTACTO	FECHA DE FOCALIZACIÓN (DD / MM / AAAA)	FOCALIZADO [1] [Marque X]	RAZÓN DE NO FOCALIZACIÓN [2] [Seleccione opción]	TIPO DE ATENCIÓN A LA QUE ACCEDE [3] [Seleccione opción]	RAZÓN POR LA CUAL NO ACCEDE A LA ATENCIÓN (Cuando aplique) [4]	VALIDACIÓN EN RUV / BD SENTENCIAS: [5] [Seleccione opción]	VERIFICACIÓN EN BDUA [6] [Seleccione opción]	CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD [7] [Seleccione opción]	PERTENENCIA ÉTNICA [8] [Seleccione opción]	SEXO [9] [Seleccione opción]	OBSERVACIONES ADICIONALES [10]
1	CC	32292 712	Eradis	Edith	Marquez	Mestra	Bl La Palma	310 602 9978	03-05-2023	X		1		1	1	2	4	F	
2	CC	78710 305	Libardo	Jose	Polo	Deberquez	Bl La Palma	310 602 9978	03-05-23	X		1		1	1	2	4	M	
3	CC	1003354 371	Kalinar		Polo	Marquez	Bl La palma	310602 9978	03-05-23	X		1		1	1	2	4	F	
4	CC	1003481 101	Katerine		Polo	Marquez	Bl La palma	310 602 9978	03-05-23	X		1		1	1	2	4	F	
5	CC	50 902 763	Estela		Godoy	Cogollo	Bl La Palma	310660 4546	03-05-23	X		1		1	1	2	4	F	
6	CC	1003204 332	Karen	Lorena	Rodecilla	Lovera	Bl La Vid	322644 7567	03-05-23	X		1		1	1	2	4	F	
7	CC	1067878 139	Alexander		Bru	Moñoz	Bl La Vid	312431 6382	03-05-23	X		1		1	1	2	4	F	
8	CC	1233394 439	Adriana		Solano	Bru	Bl La Vid	312431 6382	03-05-23	X		1		1	1	2	4	F	
9	CC	50892 757	Yurieth	Maria	Fuente	Siloga	Bl La Palma	301 227 2285	03-05-23	X		1		1	1	2	4	F	
10	CC	34966 818	Francisca		Siloga	Fuentes	Bl La Palma	301 227 2285	03-05-23	X		1		1	1	2	4	F	

Nombre y Apellidos de quien diligencia:	
Firma:	Delfina Yilova Benitez
CC:	25300117
Municipio / Ciudad y Departamento:	Monteria-Cordoba
Fecha de entrega a la ESE:	DD / MM / AAAA 14/05/23

Nota: Al firmar esta planilla, el/la Gestor/a comunitario/a en salud y/o la persona delegada por la ESE, declaran bajo la gravedad del juramento que los datos consignados por el/ella son verdaderos y que se hace responsable de su contenido como parte de sus obligaciones contractuales.

Nota: Al recibir este documento, el/la Gestor/a comunitario/a en salud y/o la persona delegada por la ESE, se obliga a garantizar la reserva de la información, por lo que se responsabiliza de usarla para los fines exclusivos para lo cual está destianda. Por lo anterior, el/ella se compromete a conservar y mantener de manera estrictamente confidencial y no revelar su contenido a terceros, toda la información aquí contenida y toda aquella que llegaren a conocer en la ejecución o en ejercicio de sus actividades. Esta obligación se mantendrá, inclusive, despues de finalizada su relación con alguna de sus actividades contractuales. Está prohibida la reproducción parcial o total del contenido mediante cualquier medio.-

SIGA LAS SIGUIENTES INSTRUCCIONES PARA SU DILIGENCIAMIENTO	
1	FOCALIZADO: Marque con una X sólo si logra establecer contacto con la persona y esta se encuentra interesada en recibir al equipo PAPSIVI
2	RAZON DE NO FOCALIZACIÓN: En caso que no logre establecer contacto, selecciones alguna de las siguientes opciones. Para ello anote el número que le corresponde: 1. Dato de contacto errado 2. Fallecido 3. No vive en el Municipio 4. No esta interesado en recibir atención psicosocial
3	TIPO DE ATENCIÓN A LA QUE ACCEDE: Seleccione alguna de las siguiente opciones: 1.Atención en salud y atención psicosocial 2. Solo atención en salud. 3. Solo atención psicosocial 4. Ninguna de las atenciones
4	RAZÓN POR LA CUAL NO ACCEDE A LA ATENCIÓN: Indique las razones por las cuales la persona decide no aceptar la oferta de atención
5	VALIDACIÓN EN RUV/ BD SENTENCIAS: Seleccione alguna de las siguiente opciones: 1. Incluido . 2 No incluido
6	VALIDACIÓN EN BDUA: Seleccione alguna de las siguiente opciones: 1. Afiliado activo régimen subsidiado 2. Afiliado activo régimen contributivo 3. Afiliado no activo 4. No afiliado
7	CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD: Seleccione alguna de las siguiente opciones: 1. Si 2. No
8	PERTENENCIA ÉTNICA: Seleccione alguna de las siguiente opciones: 1. Afro, raizal o palenquero 2. Indigena 3. Room 4. Ninguna de las anteriores
9	SEXO: Seleccione alguna de las siguiente opciones: 1. Hombre 2. Mujer 3. Intersexual 4. No informa
10	OBSERVACIONES ADICIONALES: Registre información que considere relevante para transmitir al EAI de manera previa al inico de la atención

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

PROGRAMA DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL Y SALUD INTEGRAL A VÍCTIMAS - PAPSIVIREGISTRO DE FOCALIZACIÓN, CONTACTO Y OFERTA DE LA ATENCIÓN

DEPARTAMENTO: _____ MUNICIPIO: _____ NOMBRE DE LA ESE: _____ Hoja No. __ de ___

#	TIPO DOC (seleccione)	NUMERO DE ID.	NOMBRE 1	NOMBRE 2	APELLIDO 1	APELLIDO 2	DIRECCIONES	TELEFONOS DE CONTACTO	FECHA DE FOCALIZACIÓN (DD / MM / AAAA)	FOCALIZADO [1] [Marque X]	RAZÓN DE NO FOCALIZACIÓN [2] [Seleccione opción]	TIPO DE ATENCIÓN A LA QUE ACCEDE [3] [Seleccione opción]	RAZÓN POR LA CUAL NO ACCEDE A LA ATENCIÓN (Cuando aplique) [4]	VALIDACIÓN EN RUV / BD SENTENCIAS: [5] [Seleccione opción]	VERIFICACIÓN EN BDUA [6] [Seleccione opción]	CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD [7] [Seleccione opción]	PERTENENCIA ÉTNICA [8] [Seleccione opción]	SEXO [9] [Seleccione opción]	OBSERVACIONES ADICIONALES [10]
1	CC	10.780260	Fanio	Antonio	Alpon	Cosino	B/ La vid.	312 805 45.03	12-05-23	X		1		1	1	2	4	M	
2	CC	25.774 471	Rosa	Maria	Gnocho	Reyes	B/ La vid.		12-05-23	X		1		1	1	2	4	F	
3	CC	25.774 447	Luz	Mary	Alpan	Gnocho	B/ La vid.		12-05-23	X		1		1	1	2	4	F	
4	CC	15.157 156	Angel	Manuel	Pereira	Lopez	B/ La palma	312 805 45 03	12-05-23	X		1		1	1	2	4	M	
5	CC	50.911 161	Yasmin	Navidad	Barrera	Hoyos	B/ La palma		12-05-23	X		1		1	1	2	4	F	
6	CC	1062 986 440	Esteban	Andres	Vargas	Pereira	B/ La palma		12-05-23	X		1		1	1	2	4	M	
7	TI	1062 434 432	Sergio	Andres	Vargas	Pereira	B/ La palma		12-05-23	X		1		1	1	2	4	M	
8	TI	1.062 437 367	Mario	Angel	Ruiz	Pereira	B/ La palma		12-05-23	X		1		1	1	2	4	F	
9	TI	1062 438 933	Alex	David	Ruiz	Pereira	B/ La palma		12-05-23	X		1		1	1	2	4	M	
10	TI	1.138 647 631	Alex	Ronsel	Silva	Pereira	B/ La palma		12-05-23	X		1		1	1	2	4	M	

Nombre y Apellidos de quien diligencia:	
Firma:	Delfina Vilora Benitez
CC:	25800117
Municipio / Ciudad y Departamento:	Montería - Cordoba
Fecha de entrega a la ESE:	DD / MM / AAAA 14/05/23

Nota: Al firmar esta planilla, el/la Gestor/a comunitario/a en salud y/o la persona delegada por la ESE, declaran bajo la gravedad del Juramento que los datos consignados por el/ella son verdaderos y que se hace responsable de su contenido como parte de sus obligaciones contractuales.

Nota: Al recibir este documento, el/la Gestor/a comunitario/a en salud y/o la persona delegada por la ESE, se obliga a garantizar la reserva de la información, por lo que se responsabiliza de usarla para los fines exclusivos para lo cual está destinada. Por lo anterior, el/ella se compromete a conservar y mantener de manera estrictamente confidencial y no revelar su contenido a terceros, toda la información aquí contenida y toda aquella que llegaren a conocer en la ejecución o en ejercicio de sus actividades. Esta obligación se mantendrá, inclusive, despues de finalizada su relación con alguna de sus actividades contractuales. Está prohibida la reproducción parcial o total del contenido mediante cualquier medio.-

SIGA LAS SIGUIENTES INSTRUCCIONES PARA SU DILIGENCIAMIENTO	
1	FOCALIZADO: Marque con una X sólo si logra establecer contacto con la persona y esta se encuentra interesada en recibir al equipo PAPSIVI
2	RAZON DE NO FOCALIZACIÓN: En caso que no logre establecer contacto, selecciones alguna de las siguientes opciones. Para ello anote el número que le corresponde: 1. Dato de contacto errado 2. Fallecido 3. No vive en el Municipio 4. No esta interesado en recibir atención psicosocial
3	TIPO DE ATENCIÓN A LA QUE ACCEDE: Seleccione alguna de las siguiente opciones: 1.Atención en salud y atención psicosocial 2. Solo atención en salud. 3. Solo atención psicosocial 4. Ninguna de las atenciones
4	RAZÓN POR LA CUAL NO ACCEDE A LA ATENCIÓN: Indique las razones por las cuales la persona decide no aceptar la oferta de atención
5	VALIDACIÓN EN RUV/ BD SENTENCIAS: Seleccione alguna de las siguiente opciones: 1. Incluido . 2 No incluido
6	VALIDACIÓN EN BDUA: Seleccione alguna de las siguiente opciones: 1. Afiliado activo régimen subsidiado 2. Afiliado activo régimen contributivo 3. Afiliado no activo 4. No afiliado
7	CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD: Seleccione alguna de las siguiente opciones: 1. Si 2. No
8	PERTENENCIA ÉTNICA: Seleccione alguna de las siguiente opciones: 1. Afro, raizal o palenquero 2. Indigena 3. Room 4. Ninguna de las anteriores
9	SEXO: Seleccione alguna de las siguiente opciones: 1. Hombre 2. Mujer 3. Intersexual 4. No informa
10	OBSERVACIONES ADICIONALES: Registre información que considere relevante para transmitir al EAI de manera previa al inico de la atención

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

PROGRAMA DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL Y SALUD INTEGRAL A VÍCTIMAS - PAPSIVIREGISTRO DE FOCALIZACIÓN, CONTACTO Y OFERTA DE LA ATENCIÓN

DEPARTAMENTO: Cordoba MUNICIPIO: Montería NOMBRE DE LA ESE: ESE Vida Sinú Hoja No. __ de __

#	TIPO DOC (seleccione)	NUMERO DE ID.	NOMBRE 1	NOMBRE 2	APELLIDO 1	APELLIDO 2	DIRECCIONES	TELEFONOS DE CONTACTO	FECHA DE FOCALIZACIÓN (DD / MM / AAAA)	FOCALIZADO [1] [Marque X]	RAZÓN DE NO FOCALIZACIÓN [2] [Seleccione opción]	TIPO DE ATENCIÓN A LA QUE ACCEDE [3] [Seleccione opción]	RAZÓN POR LA CUAL NO ACCEDE A LA ATENCIÓN (Cuando aplique) [4]	VALIDACIÓN EN RUV / BD SENTENCIAS: [5] [Seleccione opción]	VERIFICACIÓN EN BDUA [6] [Seleccione opción]	CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD [7] [Seleccione opción]	PERTENENCIA ÉTNICA [8] [Seleccione opción]	SEXO [9] [Seleccione opción]	OBSERVACIONES ADICIONALES [10]
1	CC	6 687 332	Alberto	Miguel	Pope	Quintero	Bl La palma	321 546 9904	12-05-23	X		1		1	1	2	4	M	
2	CC	50 962 666	Cristina	Isabel	Quintero	Urango	Bl La palma	314 517 5932	12-05-23	X		1		1	1	2	4	F	
3	CC	35.010 093	Gladys	Maria	Arrieta	Vega	Bl el imperio	321 719 9365	12-05-23	X		1		1	1	2	4	F	
4	CC	1.067 458 156	Carly	Tatiana	Guardela	Fuentes	Bl el imperio	314 296 9342	12-05-23	X		1		1	1	2	4	F	
5	CC	1067 337 402	Cirbaldo	Enrique	Ramos	Coronado	Bl La Ranchita	310 704 3959	12-05-23	X		1		1	1	2	4	M	
6	CC	1.067 9AT 277	Luis	Miguel	Coronado	Pacheco	Bl mi Ranchito	3253.7 67 13	12-05-23	X		1		1	1	2	4	M	
7	CC	1003 401 918	Luz	Pueblo	Monroy	Coronado	Bl mi Ranchito	320 564 9983	12-05-23	X		1		1	1	2	4	F	
8	CC	26.203 146	Zoila	Elena	Madera	Correa	Bl La palma	317 617 3157	12-05-23	X		1		1	1	2	4	F	
9	CC	1067 383 180	Vanesa	Del Carmen	Ariz	Hernandez	Bl La palma	317 617 3157	12-05-23	X		1		1	1	2	4	F	
10	TI	1.133 697 726	Sorey		Madera	Ariz	Bl La palma	317 617 3457	12-05-23	X		1		1	1	2	4	F	

Nombre y Apellidos de quien diligencia:	
Firma:	Delkna Vilora Benitez
CC:	25900117
Municipio / Ciudad y Departamento:	Montería - Cordoba
Fecha de entrega a la ESE:	DD / MM / AAAA 14/05/23

Nota: Al firmar esta planilla, el/la Gestor/a comunitario/a en salud y/o la persona delegada por la ESE, declaran bajo la gravedad del juramento que los datos consignados por el/ella son verdaderos y que se hace responsable de su contenido como parte de sus obligaciones contractuales.

Nota: Al recibir este documento, el/la Gestor/a comunitario/a en salud y/o la persona delegada por la ESE, se obliga a garantizar la reserva de la información, por lo que se responsabiliza de usarla para los fines exclusivos para lo cual está destianda. Por lo anterior, el/ella se compromete a conservar y mantener de manera estrictamente confidencial y no revelar su contenido a terceros, toda la información aquí contenida y toda aquella que llegaren a conocer en la ejecución o en ejercicio de sus actividades. Esta obligación se mantendrá, inclusive, despues de finalizada su relación con alguna de sus actividades contractuales. Está prohibida la reproducción parcial o total del contenido mediante cualquier medio.-

	SIGA LAS SIGUIENTES INSTRUCCIONES PARA SU DILIGENCIAMIENTO
1	FOCALIZADO: Marque con una X sólo si logra establecer contacto con la persona y esta se encuentra interesada en recibir al equipo PAPSIVI
2	RAZON DE NO FOCALIZACIÓN: En caso que no logre establecer contacto, selecciones alguna de las siguientes opciones. Para ello anote el número que le corresponde: 1. Dato de contacto errado 2. Fallecido 3. No vive en el Municipio 4. No esta interesado en recibir atención psicosocial
3	TIPO DE ATENCIÓN A LA QUE ACCEDE: Seleccione alguna de las siguiente opciones: 1.Atención en salud y atención psicosocial 2. Solo atención en salud. 3. Solo atención psicosocial 4. Ninguna de las atenciones
4	RAZÓN POR LA CUAL NO ACCEDE A LA ATENCIÓN: Indique las razones por las cuales la persona decide no aceptar la oferta de atención
5	VALIDACIÓN EN RUV/ BD SENTENCIAS: Seleccione alguna de las siguiente opciones: 1. Incluido . 2 No incluido
6	VALIDACIÓN EN BDUA: Seleccione alguna de las siguiente opciones: 1. Afiliado activo régimen subsidiado 2. Afiliado activo régimen contributivo 3. Afiliado no activo 4. No afiliado
7	CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD: Seleccione alguna de las siguiente opciones: 1. Si 2. No
8	PERTENENCIA ÉTNICA: Seleccione alguna de las siguiente opciones: 1. Afro, raizal o palenquero 2. Indigena 3. Room 4. Ninguna de las anteriores
9	SEXO: Seleccione alguna de las siguiente opciones: 1. Hombre 2. Mujer 3. Intersexual 4. No informa
10	OBSERVACIONES ADICIONALES: Registre información que considere relevante para transmitir al EAI de manera previa al inico de la atención

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

PROGRAMA DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL Y SALUD INTEGRAL A VÍCTIMAS - PAPSIVIREGISTRO DE FOCALIZACIÓN, CONTACTO Y OFERTA DE LA ATENCIÓN

DEPARTAMENTO: Cordoba MUNICIPIO: Montería NOMBRE DE LA ESE: ESE Vida Sinú Hoja No. __ de __

#	TIPO DOC (seleccione)	NUMERO DE ID.	NOMBRE 1	NOMBRE 2	APELLIDO 1	APELLIDO 2	DIRECCIONES	TELEFONOS DE CONTACTO	FECHA DE FOCALIZACIÓN (DD / MM / AAAA)	FOCALIZADO [1] [Marque X]	RAZÓN DE NO FOCALIZACIÓN [2] [Seleccione opción]	TIPO DE ATENCIÓN A LA QUE ACCEDE [3] [Seleccione opción]	RAZÓN POR LA CUAL NO ACCEDE A LA ATENCIÓN (Cuando aplique) [4]	VALIDACIÓN EN RUV / BD SENTENCIAS: [5] [Seleccione opción]	VERIFICACIÓN EN BDUA [6] [Seleccione opción]	CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD [7] [Seleccione opción]	PERTENENCIA ÉTNICA [8] [Seleccione opción]	SEXO [9] [Seleccione opción]	OBSERVACIONES ADICIONALES [10]
1	CC	1067.853 156	Cerly	Tatiana	Grandett	Fuente.	B/ el mopeo.	314 896 9352.	08-05-23	X		1		1	1	2	4	F	
2	CC.	34.977 351	Ana	Clara	Poet	Perez	B/ La palmol.	313 624 4951	08-05-23	X		1		1	1	2	4	F	
3	CC	1003804 332	Karen	Lorena	Tordecilla	Bueno	B/ La vid.	322624 7567.	08-05-23	X		1		1	1	2	4	F	
4	CC.	50902 763	Estela		Gobin	Cogollo	B/ Corazón	310660 4596.	08-05-23	X		1		1	1	2	4	F	
5	CC.	32062 537	Doris	Isabel	Jaraba	Gonzalez	B/ La palmd.	301303 6228.	08-05-23	X		1		1	1	2	4	F	
6	CC.	78709 916	Miguel	Vicente	Padilla	Romero	B/ La palmd.	310731 5652	08-05-23	X		1		1	1	2	4	M	
7	CC.	23062 537	Doris	Isabel	Jaraba	Gonzalez	B/ La palmd	301303 6228	08-05-23	X		1		1	1	2	4	F	
8	CC	1.0866 789	Karen	Katerine	Contreras	Herazo	B/ La palmd	320337 2618	08-05-23	X		1		1	1	2	4	F	
9	TI	1039044 556	Jhon	Alexander	Espinosa	Madrid	B/ Mi barrito		08-05-23	X		1		1	1	2	4	M	
10	CC.	1.093 980 845	Robyth		Madrid	Mestra	B/ Mi ranchito		08-05-23	X		1		1	1	2	4	F	

Nombre y Apellidos de quien diligencia: Delkis Yilard Benitez

Firma:

CC: 23808114

Municipio / Ciudad y Departamento: Montería - Cordoba

Fecha de entrega a la ESE: DD / MM / AAAA 14/05/23

Nota: Al firmar esta planilla, el/la Gestor/a comunitario/a en salud y/o la persona delegada por la ESE, declaran bajo la gravedad del juramento que los datos consignados por el/ella son verdaderos y que se hace responsable de su contenido como parte de sus obligaciones contractuales.

Nota: Al recibir este documento, el/la Gestor/a comunitario/a en salud y/o la persona delegada por la ESE, se obliga a garantizar la reserva de la información, por lo que se responsabiliza de usarla para los fines exclusivos para lo cual está destinada. Por lo anterior, el/ella se compromete a conservar y mantener de manera estrictamente confidencial y no revelar su contenido a terceros, toda la información aquí contenida y toda aquella que llegaren a conocer en la ejecución o en ejercicio de sus actividades. Esta obligación se mantendrá, inclusive, despues de finalizada su relación con alguna de sus actividades contractuales. Está prohibida la reproducción parcial o total del contenido mediante cualquier medio.-

SIGA LAS SIGUIENTES INSTRUCCIONES PARA SU DILIGENCIAMIENTO	
1	FOCALIZADO: Marque con una X sólo si logra establecer contacto con la persona y esta se encuentra interesada en recibir al equipo PAPSIVI
2	RAZON DE NO FOCALIZACIÓN: En caso que no logre establecer contacto, selecciones alguna de las siguientes opciones. Para ello anote el número que le corresponde: 1. Dato de contacto errado 2. Fallecido 3. No vive en el Municipio 4. No esta interesado en recibir atención psicosocial
3	TIPO DE ATENCIÓN A LA QUE ACCEDE: Seleccione alguna de las siguiente opciones: 1.Atención en salud y atención psicosocial 2. Solo atención en salud. 3. Solo atención psicosocial 4. Ninguna de las atenciones
4	RAZÓN POR LA CUAL NO ACCEDE A LA ATENCIÓN: Indique las razones por las cuales la persona decide no aceptar la oferta de atención
5	VALIDACIÓN EN RUV/ BD SENTENCIAS: Seleccione alguna de las siguiente opciones: 1. Incluido . 2 No incluido
6	VALIDACIÓN EN BDUA: Seleccione alguna de las siguiente opciones: 1. Afiliado activo régimen subsidiado 2. Afiliado activo régimen contributivo 3. Afiliado no activo 4. No afiliado
7	CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD: Seleccione alguna de las siguiente opciones: 1. Si 2. No
8	PERTENENCIA ÉTNICA: Seleccione alguna de las siguiente opciones: 1. Afro, raizal o palenquero 2. Indigena 3. Room 4. Ninguna de las anteriores
9	SEXO: Seleccione alguna de las siguiente opciones: 1. Hombre 2. Mujer 3. Intersexual 4. No informa
10	OBSERVACIONES ADICIONALES: Registre información que considere relevante para transmitir al EAI de manera previa al inico de la atención

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

PROGRAMA DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL Y SALUD INTEGRAL A VÍCTIMAS - PAPSIVIREGISTRO DE FOCALIZACIÓN, CONTACTO Y OFERTA DE LA ATENCIÓN

DEPARTAMENTO: Cordoba MUNICIPIO: Montería NOMBRE DE LA ESE: ESE Vida Sinú Hoja No. __ de ___

#	TIPO DOC (seleccione)	NUMERO DE ID.	NOMBRE 1	NOMBRE 2	APELLIDO 1	APELLIDO 2	DIRECCIONES	TELEFONOS DE CONTACTO	FECHA DE FOCALIZACIÓN (DD / MM / AAAA)	FOCALIZADO [1] [Marque X]	RAZÓN DE NO FOCALIZACIÓN [2] [Seleccione opción]	TIPO DE ATENCIÓN A LA QUE ACCEDE [3] [Seleccione opción]	RAZÓN POR LA CUAL NO ACCEDE A LA ATENCIÓN (Cuando aplique) [4]	VALIDACIÓN EN RUV / BD SENTENCIAS: [5] [Seleccione opción]	VERIFICACIÓN EN BDUA [6] [Seleccione opción]	CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD [7] [Seleccione opción]	PERTENENCIA ÉTNICA [8] [Seleccione opción]	SEXO [9] [Seleccione opción]	OBSERVACIONES ADICIONALES [10]
1	CC.	1007859746	Liciona	Maria	Goluan	Jimenez	B/ Rincon grande	3244717317	120503	X		1		1	1	2	4	F	
2	TI	1007896120	Jose	David	Burgos	Goluan	B/ Rincon grande	3244717317	1205-23	X		1		1	1	2	4	M	
3	CC.	78750823	Eustagio	Emilio	Burgos	Charrasquiel	B/ Rincon grande	3244717317	1205-23	X		1		1	1	2	4	M	
4																			
5																			
6																			
7																			
8																			
9																			
10																			

Nombre y Apellidos de quien diligencia: Delfina Viloña Benitez

Firma:

CC: 23866117

Municipio / Ciudad y Departamento: Montería - Cordoba.

Fecha de entrega a la ESE: DD/ MM / AAAA 14/05/23

Nota: Al firmar esta planilla, el/la Gestor/a comunitario/a en salud y/o la persona delegada por la ESE, declaran bajo la gravedad del juramento que los datos consignados por el/ella son verdaderos y que se hace responsable de su contenido como parte de sus obligaciones contractuales.

Nota: Al recibir este documento, el/la Gestor/a comunitario/a en salud y/o la persona delegada por la ESE, se obliga a garantizar la reserva de la información, por lo que se responsabiliza de usarla para los fines exclusivos para lo cual está destianda. Por lo anterior, el/ella se compromete a conservar y mantener de manera estrictamente confidencial y no revelar su contenido a terceros, toda la información aquí contenida y toda aquella que llegaren a conocer en la ejecución o en ejercicio de sus actividades. Esta obligación se mantendrá, inclusive, despues de finalizada su relación con alguna de sus actividades contractuales. Está prohibida la reproducción parcial o total del contenido mediante cualquier medio.-

	SIGA LAS SIGUIENTES INSTRUCCIONES PARA SU DILIGENCIAMIENTO
1	FOCALIZADO: Marque con una X sólo si logra establecer contacto con la persona y esta se encuentra interesada en recibir al equipo PAPSIVI
2	RAZON DE NO FOCALIZACIÓN: En caso que no logre establecer contacto, selecciones alguna de las siguientes opciones. Para ello anote el número que le corresponde: 1. Dato de contacto errado 2. Fallecido 3. No vive en el Municipio 4. No esta interesado en recibir atención psicosocial
3	TIPO DE ATENCIÓN A LA QUE ACCEDE: Seleccione alguna de las siguiente opciones: 1.Atención en salud y atención psicosocial 2. Solo atención en salud. 3. Solo atención psicosocial 4. Ninguna de las atenciones
4	RAZÓN POR LA CUAL NO ACCEDE A LA ATENCIÓN: Indique las razones por las cuales la persona decide no aceptar la oferta de atención
5	VALIDACIÓN EN RUV/ BD SENTENCIAS: Seleccione alguna de las siguiente opciones: 1. Incluido . 2 No Incluido
6	VALIDACIÓN EN BDUA: Seleccione alguna de las siguiente opciones: 1. Afiliado activo régimen subsidiado 2. Afiliado activo régimen contributivo 3. Afiliado no activo 4. No afiliado
7	CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD: Seleccione alguna de las siguiente opciones: 1. Si 2. No
8	PERTENENCIA ÉTNICA: Seleccione alguna de las siguiente opciones: 1. Afro, raizal o palenquero 2. Indigena 3. Room 4. Ninguna de las anteriores
9	SEXO: Seleccione alguna de las siguiente opciones: 1. Hombre 2. Mujer 3. Intersexual 4. No informa
10	OBSERVACIONES ADICIONALES: Registre información que considere relevante para transmitir al EAI de manera previa al inico de la atención

OBLIGACIÓN NO. 01

Subactividad (e)

Subactividad e) REALIZAR UNA VALORACIÓN INICIAL POR EL EAI, a cada una de las CIENTO CUARENTA Y OCHO (148) victimas, estas valoraciones deben ser realizadas por el equipo de atención integral de PAPSIVI, conforme a los lineamientos para la ejecución de los recursos destinados a cofinanciar la implementación del PROGRAMA DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL Y SALUD INTEGRAL A VICTIMAS DEL CONFLICTO ARMADO

OBLIGACIÓN NO. 03

OBLIGACION # 3: Garantizar la atención integral en salud, centrada en la atención de la salud física y mental a través de (asistencia en salud, Rehabilitación física y mental y Promoción y prevención). de acuerdo al protocolo de atención integral en salud con enfoque psicosocial, a de cada una de las CIENTO CUARENTA Y OCHO (148) víctimas priorizadas del municipio

Entidad: E.S.E VIDASINU	**Acta No. 05**
Objetivo de la Reunión: Realización del diagnóstico en salud de las víctimas participantes en el programa	**Fecha:** 10 de mayo de 2023
Enlace de Victima del Programa Papsivi: Francisco Franco	**Hora inicio:** 8:00 a.m. **Fin:** 12:00 p.m**.**
Cargo en la E.S.E: Médico –subdirector científico.	**Lugar:** ESE Camú Vida Sinú**.**

PARTICIPANTES			
No.	**Nombre**	**Cargo**	**Teléfono**
1	Francisco Franco Bedoya	Referente Victimas del Conflicto Armado- Ese Vida Sinú	3005545621
2	Luisa Noriega	Enfermera asigna para Programa Papsivi	304058743

PUNTOS DE DISCUSION	
1	Realización del diagnóstico en salud de los participantes.
2	Análisis en salud y las afectaciones que sufren las víctimas.
3	Observaciones

DESARROLLO DE LA REUNIÓN

El día 10 de mayo del año en curso, se realiza reunión en las instalaciones de la ESE con el fin de realizar un diagnóstico general de las víctimas que recibieron la medida de Rehabilitación, mediante el programa Papsivi, los cuales fueron valorada por el profesional en salud con enfoque psicosocial, lo cual fue de vital importancia porque se pudo realizar un análisis detallado de la situación en salud que padecen las víctimas por el conflicto armado

Este análisis arrojo un dato importante ya que se activaron rutas de atención, para que puedan acceder a todas ellas.

Los lineamientos del Ministerio de la Protección Social relaciona la atención psicosocial y de salud, como voluntaria, por lo que no se le puede exigir a la víctima su participación, durante esta vigencia se da la opción de acceder a los dos enfoques de manera integral, pero son las victimas las que manifiestan que si requieren la atención o no.

En cuanto al análisis se pudo identificar casos que requieren de atención prioritaria o de urgencias, para un segundo nivel de atención, ya que muchas víctimas por sus patologías encontradas se realizaron remisión a un segundo nivel de atención.

1.2.2.5 VALORACIÓN INICIAL POR PARTE DEL EQUIPO DE ATENCIÓN INTEGRAL - EAI

Objetivo: Evaluar e identificar las condiciones de salud y psicosociales, los factores de riesgo, las afectaciones físicas, emocionales y psicosociales, así como la disposición de recursos para el apoyo, personales, familiares y comunitarios, con el fin de determinar las necesidades para la atención integral que contribuyan a la mitigación de los daños derivados de las violaciones a los DDHH y al DIH, en el marco del conflicto armado.

Tabla No. 9. Procedimientos y responsables en la valoración inicial.

Actividad/ procedimiento	Quiénes intervienen	Resultados	Instrumento de referencia
a) Valoración por medicina general. Se lleva a cabo el proceso de valoración médica con un enfoque psicosocial mediante comunicación empática, respetuosa, comprendiendo y adecuando su práctica a las características diferenciales del o la consultante. Medicina evalúa, condición de salud, factores de riesgo físico y de riesgo de problemas mentales mediante herramientas de tamización, y de diagnóstico como el MHGAP [8].	Profesional de Medicina.	Valoración médica realizada con información sobre condición de salud, factores de riesgo físicos, y de problemas mentales, estimación de afectaciones por hechos victimizantes, diagnóstico y plan de manejo médico. Registro en la historia clínica. Derivación a atención especializada y/o a la ruta de promoción y mantenimiento de la salud.	Historia Clínica
Concluida la valoración se informa a la persona sobre hallazgos y las acciones a seguir, asegurándose que hay comprensión de esta información, dentro de la cual está la indicación de la derivación a la ruta de promoción y mantenimiento de la salud.[9]			
b) Valoración psicosocial Es el proceso mediante el cual el profesional psicosocial realiza un acercamiento a las condiciones psicosociales de afectación por los hechos victimizantes, identificando sus recursos, capacidades y estado de funcionamiento mental. Se lleva a cabo mediante comunicación empática, respetuosa, comprendiendo y adecuando su práctica a las características diferenciales del o la consultante El(la) profesional de Psicología, podrá realizar tamizajes para identificar problemas o trastornos mentales[10]. En esta misma valoración se realizará la verificación de la información recopilada en el momento de la focalización y georreferenciación.	Profesionales de Psicología y Trabajo Social.	Valoración interdisciplinaria con información acerca de las afectaciones personales y sociales de los hechos victimizantes. Identificación de factores de riesgo de problemas mentales, y vinculados con sus redes sociales. Realización de análisis de hallazgos y propuesta de plan de manejo por psicología, por trabajo Social o de forma integral psicosocial.	Instrumento de valoración psicosocial.
C) Programación de la atención. En este momento se realiza el procedimiento para la asignación de la fecha y lugar de las citas para el servicio requerido y se realizará el seguimiento a las mismas.	Profesional de enfermería o el personal designado por IPS	Registro de la asignación de las citas con fecha y profesionales que realizarán la atención solicitada.	Instrumento establecido por la ESE para el registro de la programación de valoraciones y citas.

Es importante mencionar que cuando una persona víctima no desee recibir alguno de los dos componentes de la atención integral, se llevará a cabo la valoración por el profesional que tiene a cargo el componente solicitado y este seguirá el proceso de acuerdo con sus hallazgos. En caso de no ser aceptada la atención psicosocial,

Se anexa el análisis en salud, una vez las víctimas haber pasado por medicina general, lo cual se relaciona:

IDENTIFICACIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, ENCONTRADOS EN EL DIAGNÓSTICO, A TRAVÉS DE LA CONSULTA MÉDICA REALIZADA A LA FAMILIA QUE ESTÁN RECIBIENDO LA ATENCIÓN PSICOSOCIAL.	PRIORIZACIÓN DE LOS PROBLEMAS DE SALUD QUE SE IDENTIFICÓ EN LA CONSULTA MÉDICA. (SALUD FÍSICA Y MENTAL).	ENFERMEDADES IDENTIFICADAS EN SALUD FÍSICA Y MENTAL.	LAS VÍCTIMAS QUE FUERON ENVIADAS A SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN.	ENFERMEDADES QUE IDENTIFICARON DE SALUD PÚBLICA, SEGÚN LA ATENCIÓN EN SALUD A LAS FAMILIAS.
Durante el proceso de atención en salud brindado a las familias beneficiarias del Programa PAPSIVI, por la ESE VIDA SINU en el municipio de Montería se encontraron los siguientes riesgos en salud: • La inactividad física, sedentarismo • Consumo de alimentos y dietas no saludables carentes de nutrientes. • Carencia de salud visual y auditiva. • Enfermedades de salud mental. • Debilidad y cansancio en el cuerpo. • problemas visuales • problemas auditivos.	• Hipertensión • Diabetes • Cataratas • Hiperhidrosis localizada. • Dermatitis atópica. • Dispepsia. • Dorsalgia no especificada. • Trastorno de ansiedad. • Insuficiencia venosa. • Hipertensión arterial. • Rinofaringitis aguda. • Obesidad no especificada. • Hernia Umbilical. • Hernia Inguinal. • Detención de cáncer de mama. • Desnutrición Proteico calórico. • Cefalea • Artrosis • Colostomía • Síndrome de Steven Johnson • Microcefalia	• 17 pacientes identificados con enfermedades de morbilidad. • 9 pacientes identificados con cáncer, de los cuales 1 en etapa terminal. • 1 paciente Trastorno del sueño. • 1 paciente con Ansiedad • 1 paciente con Depresión	En el Municipio de Montería fueron valoradas por medicina general 160 víctimas del conflicto armado, las cuales se encuentran vinculadas al programa PAPSIVI, estas personas Fueron arrutados a los diferentes programas de atención en salud según la edad y diagnostico establecido por el médico, Encontrando que esta población se dio la necesidad de remitir a un segundo nivel de atención a un 60% de las 33 víctimas que después de haber realizado el diagnostico por el medico se dio la necesidad de remitir a: • 2 pacientes remitidos a cirugía general. • 7 pacientes remitidos a medicina interna • 7 pacientes remitidas a odontología • 2 pacientes remitidos a pediatría. • 2 pacientes en atención de Ginecología • 1 pacientes en atención para urología. • 3 pacientes remitidos a nutricionista. • 3 pacientes remitidos a dermatología. • 4 pacientes remitidos a optometría. 2 casos de salud mental, los cuales presentan trastorno bipolar y están controlados y en seguimiento con especialista por su EPS	• No se identificaron casos de salud pública.

Se da por terminado la reunión a las 12:00 p.m., después de haber realizado el análisis en salud.

CONCLUSIONES				
No	**Tarea**	**Responsable**	**Período de cumplimiento**	**Observaciones**
1				

Firma Profesionales que diligencian

c.c. 1067487304 c.c.

OBLIGACIÓN NO. 01

Subactividad (f)

Subactividad f) DEFINIR UN PLAN DE ATENCIÓN. La Junta inicial del EAI, deberá garantizar la definición, socialización y concertación del Plan de Atención Integral, conforme a los lineamientos para la ejecución de los recursos destinados a cofinanciar la implementación del PROGRAMA DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL Y SALUD INTEGRAL A VICTIMAS DEL CONFLICTO ARMADO.

Entidad: E.S.E VIDASINU	**Acta No. 06**
Objetivo de la Reunión: Definición del plan de atención integral. (Juntas)	**Fecha:** 16 y 17 de mayo de 2023
Enlace de víctimas del programa Papsivi: Francisco Franco.	**Hora inicio:** 9:00 a.m. **Fin:** 12:00 p.m**.**
Cargo en la ESE: Médico- Subdirector Científico	**Lugar:** ESE VidaSinú - Montería

PARTICIPANTES			
No.	**Nombre**	**Cargo**	**Teléfono**
1	Francisco Franco Bedoya	Referente Victimas del Conflicto Armado- Ese Vida Sinú	3005545621
2	Luisa Noriega	Enfermera asigna para Programa Papsivi	
3	Nelsy López Carmona	Profesional Psicosocial Ese Vida Sinú	3145801542
4	Angélica Lambertinez	Profesional Psicosocial Ese Vida Sinú	312 6270840

PUNTOS DE DISCUSION	
1	Definición del plan de atención integral. (Juntas)
2	Elaboración de 56 planes de atención
3	Observaciones

DESARROLLO DE LA REUNIÓN

Los días 16 y 17 de mayo de 2023, se reúnen en la ESE VIDA SINU, el Equipo de Atención Integral, que está implementando el programa Papsivi en el municipio de Montería, con el fin de realizar el PLAN DE ATENCION, a través de las Juntas de los 56 planes tanto familiares como individuales que están siendo intervenidos tanto psicosocial como en salud, esto correspondiente a los 148 víctimas del conflicto armado.

Estos planes fueron realizados teniendo en cuenta los Lineamientos de la Resolución 1739 de 222 emitida por el MPS, lo cual se relaciona así:

1.2.2.6 DEFINICIÓN DEL PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL

Objetivo: Determinar y concertar el conjunto de acciones integradas e integrales para atender los hallazgos y necesidades identificadas desde el ámbito de la salud y psicosocial.

Tabla No. 10. Procedimientos y responsables en la definición del plan de atención integral

Actividad/ procedimiento	Quiénes intervienen	Resultados	Instrumento de referencia
a) Realización de la junta de equipo del Equipo de Atención Integral - EAI. Se constituye un espacio de encuentro de los integrantes del equipo de atención integral en el que comparten y discuten los hallazgos de las valoraciones de cada uno de los integrantes y se identifican de manera coordinada y participativa las indicaciones y recomendaciones para atender las necesidades de cada uno de los casos valorados en términos de atención integral en salud y atención psicosocial. Este ejercicio trata de potenciar los esfuerzos de cada campo disciplinar en pro de la mitigación de las afectaciones del bienestar y aporte a la reparación integral de las víctimas. Finalmente se delega un representante que socializará estos resultados a las personas víctimas sujeto de atención.	Equipo de Atención Integral: Participan en la junta los profesionales de Medicina, Psicología, Trabajo Social y Enfermería.	Plan de atención integral con metas, propuesta de procedimientos. y profesionales involucrados.	Formato formulación y aprobación Plan de Atención Integral. Aplicativo Web PAPSIVI.
b) Socialización y concertación de Plan de Atención Integral propuesto. Mediante una reunión con las personas víctimas valoradas se presentarán de forma clara, empática, y acorde a las particularidades diferenciales, los principales hallazgos y recomendaciones para la atención. Con ello se realizan las aclaraciones y precisiones requeridas para así de manera conjunta concertar el plan de atención, sus alcances y temporalidad.	Cualquier profesional designado por el Equipo de Atención Integral - EAI, quien informará la propuesta de plan de atención integral. Personas víctimas sujeto de atención.	Consentimiento informado firmado por las personas víctimas a atender. Plan de Atención Integral socializado y concertado con las personas víctimas, aclarando inquietudes y dudas y se cuenta con la aprobación para dar inicio a las acciones propuestas.	Fichas PAP

Actividad/ procedimiento	Quiénes intervienen	Resultados	Instrumento de referencia
		Expedición de las órdenes y remisiones necesarias para dar inicio al desarrollo del plan de atención integral.	
c) Registro de información. Una vez se ha concertado el Plan de Atención Integral con la persona víctima, se deberá realizar la apertura del plan en el Web PAPSIVI junto con la aprobación del Plan, resultado de la junta del Equipo de Atención Integral - EAI[11].	Profesional Psicosocial del EAI.	Registro de información realizado en el Aplicativo Web PAPSIVI, con evidencia de aprobación por parte de la junta.	Aplicativo Web PAPSIVI

La definición del Plan de Atención Integral implica tanto la realización de la Junta del Equipo de Atención Integral - EAI, como el registro de las conclusiones de ésta, a través del diligenciamiento del formato establecido para tal fin. La Junta se llevará a cabo de manera intramural.

Se dio inicio de la atención mediante la realización de estas 56 Juntas realizadas, con el aporte del equipo en salud y equipo psicosocial, que fue fundamental para conocer detalladamente las afectaciones tanto en salud como psicosocial de la víctima y tener una radiografía de sus afectaciones, y mirando esta atención desde el enfoque psicosocial.

Se da por terminada la reunión durante los días que se realizaron estas Juntas, teniendo un panorama claro sobre cada familia y sobre cada individuo.

CONCLUSIONES				
No	**Tarea**	**Responsable**	**Período de cumplimiento**	**Observaciones**
1	Seguimiento al plan de atención	Equipo de Atención Integral Papsivi	Durante el periodo de ejecución.	Ninguna

Firma Profesionales que diligencian

C.C. 1068148730

C.C.

C.C. 34 996 044

C.C.

C.C. 35012104

OBLIGACIÓN NO. 01

Subactividad (g)

Subactividad g) DESARROLLAR EL PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL APROBADO POR LA JUNTA EAI, a través de la realización de acciones en Salud física y mental y el desarrollo de acciones psicosociales, conforme a los lineamientos para la ejecución de los recursos destinados a cofinanciar la implementación del PROGRAMA DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL Y SALUD INTEGRAL A VICTIMAS DEL CONFLICTO ARMADO y la Rutas de Promoción y mantenimiento de la salud y otras definidas por el Ministerio de Salud y Protección Social.

CONSOLIDADO DE JUNTAS DE LOS 56 PLANES DE ATENCIONES PSICOSOCIALES, EN LAS MODALIDADES DE ATENCION INDIVIDUAL Y FAMILIAR.

MODALIDAD INDIVIDUAL – EQUIPO DE SALUD
PROFESIONAL PSICOSOCIAL – ANGELICA LAMBERTINEZ

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL	Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas – Papsivi **JUNTA EQUIPO DE ATENCIÓN INTEGRAL**	vidasinú

1. Datos de identificación

Karen Lorena Tordecilla Bueno

2. Documentos de identidad de la o las personas atendidas.

Tipo documento de identidad: CC X TI__ RC__ No. 1.003.004 332
Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. _____
Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. _____
Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. _____
Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. _____
Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. _____

3. Descripción de la situación en salud física y mental.	4. Descripción de la situación en afectación psicosocial. (Daño)
Paciente sano y sin patologías aparentes tanto a nivel físico como mental. Con atención integral dentro de la ruta de adultos.	Afectación en resolución de Problemas.
5. Descripción del plan de atención en salud física y mental	**6. Descripción del plan de atención psicosocial. (Modalidad, nivel, tema.)**
Atención integral en promoción y mantenimiento de la salud.	Individual. Consejería y apoyo Solución de Problemas
7. Remisiones: **Especialidad:** _____ **Ruta de atención:** P y M	**8. Recomendaciones en salud y bienestar psicosocial. (Cuidado propio)** - Ejercicios de relajación - Higiene mental - Adecuada utilización del tiempo libre

Firma Profesionales que diligencian

Leidy Yanitza Camargo
C.C. 1069487304

C.C. 2757987

Angelambg
C.C. 25502109

C.C.

Fecha: 16-05-2023

MODALIDAD INDIVIDUAL – EQUIPO DE SALUD
PROFESIONAL PSICOSOCIAL – ANGELICA LAMBERTINEZ

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL	Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas – Papsivi JUNTA EQUIPO DE ATENCIÓN INTEGRAL	Vidasinú

1. Datos de identificación

Lenis Esther Martinez Velasquez

2. Documentos de identidad de la o las personas atendidas.

Tipo documento de identidad: CC X TI__ RC__ No. 1.067.900.456
Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. _____
Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. _____
Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. _____
Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. _____
Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. _____

3. Descripción de la situación en salud física y mental.	4. Descripción de la situación en afectación psicosocial. (Daño)
Adulto aparentemente sano y sin patologías diagnosticadas	Dificultad para reaccionar adecuadamente cuando la embargan emociones de tristeza, frustración, enojo y miedo
5. Descripción del plan de atención en salud física y mental	**6. Descripción del plan de atención psicosocial. (Modalidad, nivel, tema.)**
-Se capta para planificacion familiar	Individual. Consejeria y Apoyo. Habilidades para el fortalecimiento en emociones
7. Remisiones: **Especialidad:** _____ **Ruta de atención:** P y M Ruta de promoción y mantenimiento de la Salud	**8. Recomendaciones en salud y bienestar psicosocial. (Cuidado propio)** -Orientación psicosocial -Habitos de vida saludables -Terapia de relajación

Firma Profesionales que diligencian

Jenisa Noriega Caicedo.
C.C. 1067487304

C.C. 2757987

Angelambs
C.C. 35012109

C.C.

Fecha: 18-05-2023

MODALIDAD INDIVIDUAL – EQUIPO DE SALUD
PROFESIONAL PSICOSOCIAL – ANGELICA LAMBERTINEZ

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL	Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas – Papsivi JUNTA EQUIPO DE ATENCIÓN INTEGRAL	vidasinú

1. **Datos de identificación**

Miguel Vicente Padilla Romero

2. Documentos de identidad de la o las personas atendidas.

Tipo documento de identidad: CCX TI__ RC__ No. 78.709.916
Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. _____
Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. _____
Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. _____
Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. _____
Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. _____

3. Descripción de la situación en salud física y mental.	4. Descripción de la situación en afectación psicosocial. (Daño)
- Se le realiza monitoreo de hipertensión arterial y se descarta hipertensión - Se capta para ruta de PyM	- Ansiedad - Frustración
5. Descripción del plan de atención en salud física y mental	**6. Descripción del plan de atención psicosocial. (Modalidad, nivel, tema.)**
- Paciente captado para ruta de adultez	Individual. Consejería y Apoyo Habilidades para Reconstruir su Proyecto de Vida
7. Remisiones: Especialidad: _____ Ruta de atención: PyM	**8. Recomendaciones en salud y bienestar psicosocial. (Cuidado propio)** - Higiene mental - Ejercicio físico - Actividades en las que le generen bienestar

Firma Profesionales que diligencian

Luisa Monsalve Camargo.
C.C. 1069487308

C.C. 2757787

C.C. 35.012.109

C.C.

Fecha: 09-05-2023

MODALIDAD INDIVIDUAL – EQUIPO DE SALUD
PROFESIONAL PSICOSOCIAL – ANGELICA LAMBERTINEZ

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL	Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Victimas – Papsivi JUNTA EQUIPO DE ATENCIÓN INTEGRAL	Vidasinú

1. Datos de identificación

Rubystey Madrid Madera

2. Documentos de identidad de la o las personas atendidas.

Tipo documento de identidad: CC X TI__ RC__ No. 10.739.808.45
Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. _____
Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. _____
Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. _____
Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. _____
Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. _____

3. Descripción de la situación en salud física y mental.	4. Descripción de la situación en afectación psicosocial. (Daño)
Adulto aparentemente sano	Afectación para el adecuado funcionamiento del sistema de triple respuesta ante el entorno
5. Descripción del plan de atención en salud física y mental	6. Descripción del plan de atención psicosocial. (Modalidad, nivel, tema.)
Se capta para ruta de adultos	Individual, Consejeria y apoyo Solucion de Problemas
7. Remisiones: Especialidad: _____ Ruta de atención: P y M	8. Recomendaciones en salud y bienestar psicosocial. (Cuidado propio) - Terapias de relajación - Autocuidado - Tiempo de calidad en familia

Firma Profesionales que diligencian

Luisa Monsalve Cavarfo.
C.C. 1069487304

C.C. 25787887

Angie Lambertinez
C.C. 35012109

C.C.

Fecha: 09-05-2023

MODALIDAD INDIVIDUAL – EQUIPO DE SALUD
PROFESIONAL PSICOSOCIAL – ANGELICA LAMBERTINEZ

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL	Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas – Papsivi **JUNTA EQUIPO DE ATENCIÓN INTEGRAL**	vidasinú

1. Datos de identificación

Nori Isabel Jaraba Gonzalez

2. Documentos de identidad de la o las personas atendidas.

Tipo documento de identidad: CC X TI__ RC__ No. 23.062.537
Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. _____
Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. _____
Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. _____
Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. _____
Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. _____

3. Descripción de la situación en salud física y mental.	4. Descripción de la situación en afectación psicosocial. (Daño)
-Se encuentra en regla con la atención Paciente que asiste a controles de ruta cardio-cerebro-vascular y metabolica. Hipertensa y Diabetico que asiste a control.	Nostalgia, duelo no resuelto por las perdidas economicas, Pocos recursos emocionales ante la perdida.
5. Descripción del plan de atención en salud física y mental	**6. Descripción del plan de atención psicosocial. (Modalidad, nivel, tema.)**
Continuar con sus controles dentro de la ruta	Modalidad Individual. Nivel consejeria y Apoyo Tema: Habilidades en manejo de emociones
7. Remisiones: **Especialidad:** _____ **Ruta de atención:** P y M	**8. Recomendaciones en salud y bienestar psicosocial. (Cuidado propio)**
	-Realizar actividades que le generen bienestar, por ejemplo: Jardineria, costura, manualidades -Salir a caminar a diario

Firma Profesionales que diligencian

C.C. 1050121084 C.C. 23.062.537

C.C. 1065873044 C.C.

Fecha: 10-05-2023

MODALIDAD INDIVIDUAL – EQUIPO DE SALUD
PROFESIONAL PSICOSOCIAL – ANGELICA LAMBERTINEZ

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL	Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas – Papsivi **JUNTA EQUIPO DE ATENCIÓN INTEGRAL**	vidasinú

1. Datos de identificación

Saitfi Sofia Sierra

2. Documentos de identidad de la o las personas atendidas.

Tipo documento de identidad: CC X TI__ RC__ No. 50.913.172
Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. _____
Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. _____
Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. _____
Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. _____
Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. _____

3. Descripción de la situación en salud física y mental.

No se encuentra en base de datos, se informa a su Eps para que se le preste atención integral en salud en su Ips asignada

4. Descripción de la situación en afectación psicosocial. (Daño)

Con dificultad para una adecuada resolución de problemas y expresión asertiva de pensamientos

5. Descripción del plan de atención en salud física y mental

- Se informa a Eps para que le preste atención integral, incluyendo seguimiento en su ruta de salud

6. Descripción del plan de atención psicosocial. (Modalidad, nivel, tema.)

Individual. Consejería y apoyo
Solución de Problemas

7. Remisiones:

Especialidad: _____

Ruta de atención: _____

8. Recomendaciones en salud y bienestar psicosocial. (Cuidado propio)

- Ejercicios de relajación
- Higiene mental
- Autocuidado

Firma Profesionales que diligencian

Luisa Maria Amaro
C.C. 1069.437.309

C.C. 2357987

Angelambz
C.C.

C.C.

Fecha: 16-05-2023

MODALIDAD INDIVIDUAL – EQUIPO DE SALUD
PROFESIONAL PSICOSOCIAL – ANGELICA LAMBERTINEZ

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL	Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas – Papsivi JUNTA EQUIPO DE ATENCIÓN INTEGRAL	Vidasinú

1. Datos de identificación

Yuliana Martinez Velasquez

2. Documentos de identidad de la o las personas atendidas.

Tipo documento de identidad: CC X TI__ RC__ No. 1067843026
Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. _____
Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. _____
Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. _____
Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. _____
Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. _____

3. Descripción de la situación en salud física y mental.	4. Descripción de la situación en afectación psicosocial. (Daño)
- Adulto joven que se capta para ingreso, en ruta de planificacion familiar	Afectación en la Percepción de autoconfianza, auto-estima y autoesquemas
5. Descripción del plan de atención en salud física y mental	**6. Descripción del plan de atención psicosocial. (Modalidad, nivel, tema.)**
Captado para ingreso a ruta de P y M	Individual. Consejería y Apoyo: fortalecimiento de la autoestima
7. Remisiones: **Especialidad:** _____ **Ruta de atención:** P y M Ruta de Promoción y mantenimiento de la salud	**8. Recomendaciones en salud y bienestar psicosocial. (Cuidado propio)** - Orientación Psicosocial - Habitos de vida saludable

Firma Profesionales que diligencian

Angelica Monroy Camargo.
C.C. 1069487304

C.C.

C.C. 35502109

C.C.

Fecha: 18-05-2023

MODALIDAD INDIVIDUAL – EQUIPO DE SALUD
PROFESIONAL PSICOSOCIAL – ANGELICA LAMBERTINEZ

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL	Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas – Papsivi JUNTA EQUIPO DE ATENCIÓN INTEGRAL	vidasinú

1. Datos de identificación

Ana Beatriz Palmera Hernandez

2. Documentos de identidad de la o las personas atendidas.

Tipo documento de identidad: CC X TI__ RC__ No. 50.927.542
Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. _____
Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. _____
Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. _____
Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. _____
Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No _____

3. Descripción de la situación en salud física y mental.

No se encuentra en base de datos, se contactó con aseguradora para que inicien la respectiva atención en salud integral

4. Descripción de la situación en afectación psicosocial. (Daño)

Paciente que expresa intenso dolor y al cual se le realiza contención emocional, todo ello generado a causa de que testigo del asesinato de su pareja

5. Descripción del plan de atención en salud física y mental

Se realizara orientación y acompañamiento para afrontar la perdida y el dolor emocional

6. Descripción del plan de atención psicosocial. (Modalidad, nivel, tema.)

Individual. Atención terapeutica
Atención en duelo y recuperación en perdidas.

7. Remisiones:

Especialidad: _____

Ruta de atención: _____

8. Recomendaciones en salud y bienestar psicosocial. (Cuidado propio)

Se recomienda practicar Mindfulness.
- Arteterapia para canalizar y poder expresar el dolor a través del arte o de una actividad que genere paz

Firma Profesionales que diligencian

Luisa Horizfa Camargo.
C.C. 1069487304

C.C. 2757787

Angelica Lambertinez
C.C. 33012109

C.C.

Fecha: 18/05/2023

MODALIDAD INDIVIDUAL – EQUIPO DE SALUD
PROFESIONAL PSICOSOCIAL – ANGELICA LAMBERTINEZ

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL	Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas – Papsivi **JUNTA EQUIPO DE ATENCIÓN INTEGRAL**	vidasinú

1. Datos de identificación

Bernil del Carmen Chaves Espitia

2. Documentos de identidad de la o las personas atendidas.

Tipo documento de identidad: CC X TI__ RC__ No. 34.974.612
Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. _____
Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. _____
Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. _____
Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. _____
Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. _____

3. Descripción de la situación en salud física y mental.	4. Descripción de la situación en afectación psicosocial. (Daño)
Adulto mayor que asiste regularmente a su control de ruta cardio-cerebrovascular y metabolico	Afectación economica, pobreza extrema, baja autoestima
5. Descripción del plan de atención en salud física y mental	**6. Descripción del plan de atención psicosocial. (Modalidad, nivel, tema.)**
Ingreso a ruta de vejez y continuar asistiendo a los controles	Individual. Consejeria y apoyo fortalecimiento de la autoestima
7. Remisiones: **Especialidad:** _____ **Ruta de atención:** PyM	**8. Recomendaciones en salud y bienestar psicosocial. (Cuidado propio)**
	Se recomienda articular con gestion social y mitigar la condición de pobreza extrema, en la cual se encuentra este adulto mayor.

Firma Profesionales que diligencian

Luisa Monsalve Chaverra.
C.C. 1.069.487.364

C.C. 2757987

Angelombg
C.C. 35012604

C.C.

Fecha: 16-05-2023

MODALIDAD INDIVIDUAL – EQUIPO DE SALUD
PROFESIONAL PSICOSOCIAL – ANGELICA LAMBERTINEZ

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL	Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Victimas – Papsivi JUNTA EQUIPO DE ATENCIÓN INTEGRAL	Vidasinú

1. **Datos de identificación**

Cristina Isabel Quintana Lorango

2. Documentos de identidad de la o las personas atendidas.

Tipo documento de identidad: CC X TI__ RC__ No. 50.902.666
Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. _____
Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. _____
Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. _____
Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. _____
Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. _____

3. Descripción de la situación en salud física y mental.	4. Descripción de la situación en afectación psicosocial. (Daño)
Paciente en ruta cerebro vascular y metabolica Asiste a sus controles regularmente	Afectacion emocional a nivel de autoestima
5. Descripción del plan de atención en salud física y mental	**6. Descripción del plan de atención psicosocial. (Modalidad, nivel, tema.)**
- Capacitacion para la ruta de Vejez	Individual. Consejeria y Apoyo Fortalecimiento de la autoestima
7. Remisiones: Especialidad: _____ Ruta de atención: P y M	**8. Recomendaciones en salud y bienestar psicosocial. (Cuidado propio)** - Atencion Psicosocial en Higiene mental

Firma Profesionales que diligencian

Luisa Monsalve Camargo. — C.C. 1065.987.304

C.C. 27579871

Angelica

C.C. 35612104 — C.C.

Fecha: 15/05/2023

MODALIDAD INDIVIDUAL – EQUIPO DE SALUD
PROFESIONAL PSICOSOCIAL – ANGELICA LAMBERTINEZ

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL	Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas – Papsivi **JUNTA EQUIPO DE ATENCIÓN INTEGRAL**	vidasinú

1. Datos de identificación

Estela Galvis Cogollo

2. Documentos de identidad de la o las personas atendidas.

Tipo documento de identidad: CC X TI__ RC__ No. 50.902.763
Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. _____
Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. _____
Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. _____
Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. _____
Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. _____

3. Descripción de la situación en salud física y mental.	4. Descripción de la situación en afectación psicosocial. (Daño)
Paciente que presenta afectación en piel, usuario de morbilidad no se encuentra contratado con vidasinú; por lo que se informa a su aseguradora: Mutual Ser.	- Baja autoestima - Nostalgia
5. Descripción del plan de atención en salud física y mental	**6. Descripción del plan de atención psicosocial. (Modalidad, nivel, tema.)**
Captación para ruta de adultos	Atención Individual. Nivel: Consejería y Apoyo. Tema: Fortalecimiento de Autoestima
7. Remisiones: **Especialidad:** _____ **Ruta de atención:** P y M	**8. Recomendaciones en salud y bienestar psicosocial. (Cuidado propio)** - Higiene mental - Practicar actividades sanas que generen bienestar - Hacer actividad física 2 veces x semana

Firma Profesionales que diligencian

Luisa Maria Camargo.
C.C. 1064.487.304

C.C. 27578[illegible]

C.C. 3580121104

C.C.

Fecha: 09-05-2023

MODALIDAD INDIVIDUAL – EQUIPO DE SALUD
PROFESIONAL PSICOSOCIAL – ANGELICA LAMBERTINEZ

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL	Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas – Papsivi JUNTA EQUIPO DE ATENCIÓN INTEGRAL	vidasinú

1. Datos de identificación

Siciliano Suarez Vidal

2. Documentos de identidad de la o las personas atendidas.

Tipo documento de identidad: CC X TI__ RC__ No. 15.010.186
Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. _____
Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. _____
Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. _____
Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. _____
Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. _____

3. Descripción de la situación en salud física y mental.

Paciente que no se encuentra contratado en Vida Sinú para atención medica ya que presenta antecedentes de Hipertension y diabetes y se encuentra incluido en ruta de adultez

4. Descripción de la situación en afectación psicosocial. (Daño)

Afectacion emocional por perdida económica y separacion de la madre de sus hijos. Nostalgia por su antiguo vivir laboral.

5. Descripción del plan de atención en salud física y mental

Se contacta con mutual ser para que reciba atención integral. Desde Vida Sinú continuar en ruta cerebrovascular y metabolica

6. Descripción del plan de atención psicosocial. (Modalidad, nivel, tema.)

Individual. Consejeria y Apoyo proyecto de Reconstruccion del proyecto de vida.

7. Remisiones:

Especialidad: _____

Ruta de atención: PyM

8. Recomendaciones en salud y bienestar psicosocial. (Cuidado propio)

- Hygiene mental
- Ejercicio fisico
- Alimentarse Saludablemente

Firma Profesionales que diligencian

Luisa Monsalve Cavarcas
C.C. 1065487304

C.C. 2757987

Angelambg
C.C. 35512109

C.C. _____

Fecha: 09-05-2023

MODALIDAD FAMILIAR (PEREZ IZQUIERDO) – EQUIPO DE SALUD
PROFESIONAL PSICOSOCIAL – ANGELICA LAMBERTINEZ

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL	Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas – Papsivi **JUNTA EQUIPO DE ATENCIÓN INTEGRAL**	vidasinú

1. Datos de identificación

Familia Perez Izquierdo

2. Documentos de identidad de la o las personas atendidas.

Tipo documento de identidad: CC X TI__ RC__ No. 1.067.914.291
Tipo documento de identidad: CC__ TI X RC__ No. 1.065.924.709
Tipo documento de identidad: CC__ TI X RC__ No. 1.062.982.278
Tipo documento de identidad: CC__ TI X RC__ No. 1.067.375.743
Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. _____
Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. _____

3. Descripción de la situación en salud física y mental.	**4. Descripción de la situación en afectación psicosocial. (Daño)**
Personas sin patologias diagnosticadas. Afectaciones psicosociales por Pobreza multidimensional	-Dificultad para comunicarse se enfoca en lo religioso al punto que es dificil sostener la conversación
5. Descripción del plan de atención en salud física y mental	**6. Descripción del plan de atención psicosocial. (Modalidad, nivel, tema.)**
Se captan y se orientan a las rutas de P y M acordes a la edad de cada uno	familias. Consejeria y Apoyo Mejoramiento Comunicación familiar
7. Remisiones: **Especialidad:** _____ **Ruta de atención:** P y M	**8. Recomendaciones en salud y bienestar psicosocial. (Cuidado propio)** -Hacer algo en familia, distinto a lo religioso; por ejemplo caminata, jardineria, cocinaren flia.

Firma Profesionales que diligencian

Luisa Noriega Navarro.
C.C. 1065.487.309

C.C. 2[illegible]

C.C. 3501209

C.C.

Fecha: 19-05-2023

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL	Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas – Papsivi **JUNTA EQUIPO DE ATENCIÓN INTEGRAL**	vidasinú

En esta familia, una menor de 7 años identificada con R.C # 1233344211, identificada como Yesica Perez Izquierdo y con sospecha de TDAH y comorbilidad de TOD con dificultad y barreras de acceso en segundo nivel.
Ademas la madre de la menor expresa que tiene una pierna más larga que la otra, que Vidasinú los atiende muy bien, Pero cuando van a solicitar las citas con medicina especializada y terapias, la oportunidad en la atención esta a mas de un mes, o que le cancelan la atención unos dias antes, no pudiendo acceder a atención multidisciplinar.
La menor no es agregada al plan familiar Porque es menor de 7 años y estudia en la jornada de la mañana, mientras sus hermanos estudian en la jornada de la tarde

MODALIDAD FAMILIAR (ALEAN ENSUNCHO) – EQUIPO DE SALUD
PROFESIONAL PSICOSOCIAL – ANGELICA LAMBERTINEZ

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL	Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas – Papsivi JUNTA EQUIPO DE ATENCIÓN INTEGRAL	Vidasinú

1. Datos de identificación

Familia Alean Ensuncho

2. Documentos de identidad de la o las personas atendidas.

Tipo documento de identidad: CC X TI__ RC__ No. 10.780.260
Tipo documento de identidad: CC X TI__ RC__ No. 25.774.471
Tipo documento de identidad: CC X TI__ RC__ No. 25 774. 442
Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. _____
Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. _____
Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. _____

3. Descripción de la situación en salud física y mental.

10.780260.3 en el acercamiento me refieren que hace 18 meses le realizaron colostomia y que en la Clinica San Sebastian se niegan a formularle las guias para cambiar las sondas de colostomia

4. Descripción de la situación en afectación psicosocial. (Daño)

El jefe de hogar y su fliq tienen desesperanza, tristeza e impotencia Por la larga espera para atención especializada.

5. Descripción del plan de atención en salud física y mental

Se captan para Rutas de P y M

6. Descripción del plan de atención psicosocial. (Modalidad, nivel, tema.)

Familiar. Consejeria y Apoyo Trabajo en Seguridad y autoprotección

7. Remisiones:

Especialidad: _____

Ruta de atención: P y M.

8. Recomendaciones en salud y bienestar psicosocial. (Cuidado propio)

- Se propone realizar una huerta casera
- Atencion psicosocial
- Comunicación asertiva.

Firma Profesionales que diligencian

Leidy Yeripsa Carvajal.
C.C. 1.069.487.304

C.C. 25779874

C.C. 35012109

C.C. _____

Fecha: 15-05-2023

MODALIDAD FAMILIAR (AVILA SIERRA) – EQUIPO DE SALUD
PROFESIONAL PSICOSOCIAL – ANGELICA LAMBERTINEZ

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL	Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas – Papsivi JUNTA EQUIPO DE ATENCIÓN INTEGRAL	vidasinú

1. Datos de identificación

Familia Ávila Sierra

2. Documentos de identidad de la o las personas atendidas.

Tipo documento de identidad: CC X TI__ RC__ No. 70.524.073
Tipo documento de identidad: CC__ TI X RC__ No. 1.238.349.193
Tipo documento de identidad: CC__ TI X RC__ No. 1.041.264.356
Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. _____
Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. _____
Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No _____

3. Descripción de la situación en salud física y mental.

- Adulto aparentemente sano
- Niño aparentemente sano
- Adolescente aparentemente sano

4. Descripción de la situación en afectación psicosocial. (Daño)

Sin afectaciones emocionales del hecho victimizante. Problemas relacionados al detrimiento ambiental y poca estimulación e inadecuados modelos en habilidades sociales

5. Descripción del plan de atención en salud física y mental

- Adulto no se encuentra en B.D se informa a su Eps para que continue con la atención integral

6. Descripción del plan de atención psicosocial. (Modalidad, nivel, tema.)

Familiar. Consejería y Apoyo Habilidades para la expresión emocional

7. Remisiones:

Especialidad: _____

Ruta de atención: P y M

8. Recomendaciones en salud y bienestar psicosocial. (Cuidado propio)

- Realizar actividades de ocio en familia
- Propiciar espacios para el dialogo abierto y respetuoso
- Disminuir refuerzos negativos

Firma Profesionales que diligencian

Luisa Mestra Caicedo.
C.C. 1061487304

C.C. 2757887

Angie Lambertinez
C.C. 35012109

C.C.

Fecha: 15-05-2023

MODALIDAD FAMILIAR (BELTRAN RAVE) – EQUIPO DE SALUD
PROFESIONAL PSICOSOCIAL – ANGELICA LAMBERTINEZ

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL	Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas – Papsivi JUNTA EQUIPO DE ATENCIÓN INTEGRAL	Victimas

1. Datos de identificación

Familia Beltran Rave

2. Documentos de identidad de la o las personas atendidas.

Tipo documento de identidad: CC X TI__ RC__ No. 1040491412
Tipo documento de identidad: CC__ TI X RC__ No. 1018256858
Tipo documento de identidad: CC__ TI X RC__ No. 1018249298
Tipo documento de identidad: CC__ TI X RC__ No. 1018769866
Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No.
Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No.

3. Descripción de la situación en salud física y mental.	4. Descripción de la situación en afectación psicosocial. (Daño)
Familia aparentemente sana Asisten puntual a las atenciones en salud que tienen, acordes a la etapa del desarrollo en que se encuentran	Viven en un sitio de pobreza extrema, hacinados y con poca ventilación. En los alrededores se expenden drogas y es común la prostitución
5. Descripción del plan de atención en salud física y mental	6. Descripción del plan de atención psicosocial. (Modalidad, nivel, tema.)
-Continua en ruta de PyM -Los menores de edad son asignados a consulta medica general	Familiar. Atención Terapeutica Protección y cuidado intrafamiliar
7. Remisiones: Especialidad: _____ Ruta de atención: PyM	8. Recomendaciones en salud y bienestar psicosocial. (Cuidado propio)
	-Actividades extracurriculares que fortalezcan autoestima personales, disminuyendo así ella la influencia negativa del entorno en que viven

Firma Profesionales que diligencian

Luisa Montes Caicedo
C.C. 1061948304

C.C. 27577

C.C. 35012109

C.C.

Fecha: 15-05-2023

MODALIDAD FAMILIAR (BOLAÑO CALDERIN) – EQUIPO DE SALUD
PROFESIONAL PSICOSOCIAL – ANGELICA LAMBERTINEZ

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL	Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas – Papsivi **JUNTA EQUIPO DE ATENCIÓN INTEGRAL**	vidasinú

1. Datos de identificación

Familia Bolaño Calderín

2. Documentos de identidad de la o las personas atendidas.

Tipo documento de identidad: CC X TI__ RC__ No. 322 454 84
Tipo documento de identidad: CC X TI__ RC__ No. 1.064.313.966
Tipo documento de identidad: CC__ TI X RC__ No. 1.138.080.462
Tipo documento de identidad: CC__ TI X RC__ No. 1.068.635.375
Tipo documento de identidad: CC__ TI X RC__ No. 1.062.981.888
Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. _____

3. Descripción de la situación en salud física y mental.	**4. Descripción de la situación en afectación psicosocial. (Daño)**
Personas sanas físicas y mentalmente. Sin patologías diagnosticadas. Adulto mayor no se encuentra en B.D	Dolor emocional por pérdidas económicas y asesinato de una hija en el Valle. El hijo se encuentra en la cárcel. Siente impotencia y abandono por su estado de miseria.
5. Descripción del plan de atención en salud física y mental	**6. Descripción del plan de atención psicosocial. (Modalidad, nivel, tema.)**
Adulto joven captado para ruta de atención en PyM, el lugar que menores de edad	Familiar. Atención terapéutica Atención en procesos de duelo
7. Remisiones: **Especialidad:** _____ **Ruta de atención:** P y M	**8. Recomendaciones en salud y bienestar psicosocial. (Cuidado propio)**
	Articular con secretaría de educación y garantizar el transporte de los menores al centro escolar. Articular con gestión social un apoyo que garantice el sustento mínimo de esta familia

Firma Profesionales que diligencian

Luisa Montejo Camargo.
C.C. 1064.487.304

C.C. 22577987

Angie Bombal
C.C. 35012104

C.C. _____

Fecha: 17-05-2023

MODALIDAD FAMILIAR (BURGOS GALVAN) – EQUIPO DE SALUD
PROFESIONAL PSICOSOCIAL – ANGELICA LAMBERTINEZ

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL	Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas – Papsivi JUNTA EQUIPO DE ATENCIÓN INTEGRAL	vidasinú

1. **Datos de identificación**

Familia Burgos Galvan

2. Documentos de identidad de la o las personas atendidas

Tipo documento de identidad: CC__ TI X RC__ No. 1067869692
Tipo documento de identidad: CC__ TI X RC__ No. 1068451478
Tipo documento de identidad: CC__ TI X RC__ No. 1067896120
Tipo documento de identidad: CC X TI__ RC__ No. 1067839746
Tipo documento de identidad: CC X TI__ RC__ No. 78750223
Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. _____

3. Descripción de la situación en salud física y mental.	4. Descripción de la situación en afectación psicosocial. (Daño)
-1067839746-78750223 adultos aparentemente sanos que se captan para ruta de adultez -1068451478 Niño aparentemente sano -1067896120-1067869692. TDD.	Afectaciones para resolución de problemas e inadecuados estilos de crianza Familia disfuncional
5. Descripción del plan de atención en salud física y mental	6. Descripción del plan de atención psicosocial. (Modalidad, nivel, tema.)
Se les agenda cita para medicina general AM PM	Modalidad familiar Consejeria y Apoyo Solucion Problemas Intrafamiliar
7. Remisiones: Especialidad: _____ Ruta de atención: _____	8. Recomendaciones en salud y bienestar psicosocial. (Cuidado propio) -Disminuir tiempo frente a las Pantallas - Higiene mental - Ejercicio físico 2x semana

Firma Profesionales que diligencian

Luisa Monroy Cavarfo.
C.C. 1069487304

C.C. 2787987

Ang Lambe
C.C. 35012109

C.C. _____

Fecha: 16-05-2023

MODALIDAD FAMILIAR (FURNIELES LOPEZ) – EQUIPO DE SALUD
PROFESIONAL PSICOSOCIAL – ANGELICA LAMBERTINEZ

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL	Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas – Papsivi JUNTA EQUIPO DE ATENCIÓN INTEGRAL	Vidasinú

1. Datos de identificación

2. Documentos de identidad de la o las personas atendidas.

Tipo documento de identidad: CC X TI__ RC__ No. 50935 827
Tipo documento de identidad: CC X TI__ RC__ No. 15614 206
Tipo documento de identidad: CC X TI__ RC__ No. 1003049904
Tipo documento de identidad: CC__ TI X RC__ No. 1067940331
Tipo documento de identidad: CC X TI__ RC__ No. 1192914862
Tipo documento de identidad: CC X TI__ RC__ No. 1065417736

3. Descripción de la situación en salud física y mental.	4. Descripción de la situación en afectación psicosocial. (Daño)
Familias sin afectaciones físicas aparentes, En salud mental experimentan dolor y nostalgia por el reciente fallecimiento de un ser querido	familias que se encuentre en proceso de duelo por la muerte reciente de un ser querido.
5. Descripción del plan de atención en salud física y mental	**6. Descripción del plan de atención psicosocial. (Modalidad, nivel, tema.)**
Captados para rutas de atención en PyM	Familias. Atención Terapéutica Atención en Procesos de duelo
7. Remisiones: **Especialidad:** _____ **Ruta de atención:** PyM	**8. Recomendaciones en salud y bienestar psicosocial. (Cuidado propio)** -Caminatas 2 veces x semana -Practicar Yoga risa como terapia del duelo -Atención psicosocial.

Firma Profesionales que diligencian

Luisa Montoya Cavarco.
C.C. 1067.487.304

C.C. 23578877

Angy Lambertinez
C.C. 35012109

C.C.

Fecha: 18-05-2023

MODALIDAD FAMILIAR (MADERA CORREA) – EQUIPO DE SALUD
PROFESIONAL PSICOSOCIAL – ANGELICA LAMBERTINEZ

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL	Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas – Papsivi JUNTA EQUIPO DE ATENCIÓN INTEGRAL	vidasinú

1. Datos de identificación

Familia Madera Correa

2. Documentos de identidad de la o las personas atendidas.

Tipo documento de identidad: CC X TI__ RC__ No. 26.203.446
Tipo documento de identidad: CC X TI__ RC__ No. 1.067.853.780
Tipo documento de identidad: CC__ TI X RC__ No. 1.138.087.726
Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. _____
Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. _____
Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. _____

3. Descripción de la situación en salud física y mental.

- Paciente que asiste puntual a su control de vejez
- Paciente que se capta para ruta de planificación familiar
- Paciente que se capta para control de crecimiento, ya que no asistio

4. Descripción de la situación en afectación psicosocial. (Daño)

Familia con afectaciones Psicosociales generadas Por la pobreza y desigualdad, con necesidades basicas Insatisfechas

5. Descripción del plan de atención en salud física y mental

- 26.203.446; adulto mayor con atencion al dia
- Adulto con discapacidad, cita con medicina gral

6. Descripción del plan de atención psicosocial. (Modalidad, nivel, tema.)

familiar
Atención Terapeutico
Atención efectos transgeneracionales

7. Remisiones:

Especialidad: _____

Ruta de atención: P y M

8. Recomendaciones en salud y bienestar psicosocial. (Cuidado propio)

- Habitos de vida saludable
- Practicar una actividad fisica en familia
- Atencion Psicosocial

Firma Profesionales que diligencian

Laura Moreno Chaparro
C.C. 1067.487.304

C.C. 28799?

C.C. 3502109

C.C.

Fecha: 15-05-2023

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL	Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas – Papsivi JUNTA EQUIPO DE ATENCIÓN INTEGRAL	vidasinú

Familia en condición de pobreza extrema y pobreza multidimensional
Necesidades básicas insatisfechas; no comen tres comidas diarias, la alimentación no es balanceada.
No cuentan con implementos de aseo personal
La sra Zoila que es un adulto mayor duerme en una cama sin colchon, con tablas duras que le causan dolor en la columna.
En varias ocasiones han dejado de lavar la ropa por no contar con detergente.

Resalto la importancia de la atención psicosocial; pero igualmente recuerdo que esta familia necesita vivir dignamente y alimentarse bien, sino como pueden asimilar los temas tratados?

MODALIDAD FAMILIAR (MULASCO DEL CASTILLO) – EQUIPO DE SALUD
PROFESIONAL PSICOSOCIAL – ANGELICA LAMBERTINEZ

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL	Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas – Papsivi **JUNTA EQUIPO DE ATENCIÓN INTEGRAL**	vidasinú

1. Datos de identificación

Familia Mulasco del Castillo

2. Documentos de identidad de la o las personas atendidas.

Tipo documento de identidad: CC X TI__ RC__ No. 50906555
Tipo documento de identidad: CC X TI__ RC__ No. 8320654
Tipo documento de identidad: CC X TI__ RC__ No. 1003450611
Tipo documento de identidad: CC X TI__ RC__ No. 1003450612
Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. 1062959105
Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. _____

3. Descripción de la situación en salud física y mental.	**4. Descripción de la situación en afectación psicosocial. (Daño)**
-50906555: No se encuentra en nuestra Base de datos, por lo tanto se reporta a su EPS, para que se le preste la atención integral en salud en donde lo tengan contratado -8320654: Adulto mayor sin patologías aparentes, se capta para continuar en ruta de vejez	Presentan daños emocionales al enfrentar la realidad vs lo que perdieron
5. Descripción del plan de atención en salud física y mental	**6. Descripción del plan de atención psicosocial. (Modalidad, nivel, tema.)**
Captados para las distintas rutas de atención en P y M	Familiar: Consejería y Apoyo Habilidades para favorecer la expresión y canalización emocional
7. Remisiones: **Especialidad:** _____ **Ruta de atención:** P y M	**8. Recomendaciones en salud y bienestar psicosocial. (Cuidado propio)**
	Atención psicosocial Higiene mental, habitos de vida saludable.

Firma Profesionales que diligencian

C.C. 1.067.187.304
C.C. 27279871
C.C. 35012109
C.C.

Fecha: 18-05-2023

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL | Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas – Papsivi | JUNTA EQUIPO DE ATENCIÓN INTEGRAL | vidasinú

-1003450611: se capta para promoción y mantenimiento de la salud
-1003450612: se capta para promoción y mantenimiento de la salud; planificación familiar
-1062959105: se capta para promoción y mantenimiento de la salud; planificación familiar

En este hogar se encuentra una menor de 18 meses identificada con R.C 1062548142, la cual estaba inasistente en los controles de crecimiento y desarrollo, la madre de la menor explica que no han asistido a los controles porque la atención cita se la asignaban al hospital la Gloria y no tiene los ingresos para costear los pasajes hasta allá, motivo por el cual se realiza la gestión y se le asigna la atención en el CAMU de Contadero.

MODALIDAD FAMILIAR (PASCASIO MURILLO) – EQUIPO DE SALUD
PROFESIONAL PSICOSOCIAL – ANGELICA LAMBERTINEZ

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL	Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas – Papsivi JUNTA EQUIPO DE ATENCIÓN INTEGRAL	vidasinú

1. Datos de identificación
Pascasio Murillo

2. Documentos de identidad de la o las personas atendidas.

Tipo documento de identidad: CC X TI__ RC__ No. 1.067.898.790
Tipo documento de identidad: CC X TI__ RC__ No. 1.019.117.473
Tipo documento de identidad: CC__ TI X RC__ No. 1.067.900.272
Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. _____
Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. _____
Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. _____

3. Descripción de la situación en salud física y mental.
familia con un integrante dx con Sindrome de Turner, el cual no tiene acceso a educación, porque en el colegio no le exigen un docente sombra para ser escolarizado, y la familia no cuenta con capacidad económica para costearlo.

4. Descripción de la situación en afectación psicosocial. (Daño)
familia revictimizada por el sistema público en salud y educación

5. Descripción del plan de atención en salud física y mental
- adultos aparentemente sanos
- se captan para rutas de adultos
- adolescentes asignación para medicina general y acceso a ruta de PyM

6. Descripción del plan de atención psicosocial. (Modalidad, nivel, tema.)
familiar. Consejería y apoyo. Habilidades para favorecer la expresión emocional

7. Remisiones:
Especialidad: _____
Ruta de atención: PyM

8. Recomendaciones en salud y bienestar psicosocial. (Cuidado propio)

Firma Profesionales que diligencian

C.C. 1061.487.304 — C.C. 27579??
C.C. 25012104 — C.C.
Fecha: 16-05-2023

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL	Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas – Papsivi JUNTA EQUIPO DE ATENCIÓN INTEGRAL	vidasinú

La jefe de hogar necesita apoyo con acciones de cuidado al cuidador, su hija menor de edad esta diagnosticada con sindrome de turner y no asiste a alguna Institución educativa debido a que le exigen un docente sombra; es una flia de escasos recursos que no devenga un salario minimo y el mismo sistema público les revictimiza al exigirles un docente sombra, por que no cuentan con recursos para costear educación inclusiva.
De igual forma fueron trasladados a la Eps familiar de Colombia, donde han encontrado múltiples barreras de acceso y a que esta Eps no cuenta con la debida red de atención especializada que necesita la menor con Sindrome de Turner.
Se orienta a la flia sobre el derecho que tienen a educación y salud de calidad y se explica como interponer una queja ante la Super salud, con el fin de que la Eps familiar de Colombia garantice atención multidisciplinar en salud a la niña con Sindrome de turner

MODALIDAD FAMILIAR (PEREIRA BARRERA) – EQUIPO DE SALUD
PROFESIONAL PSICOSOCIAL – ANGELICA LAMBERTINEZ

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL	Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas – Papsivi JUNTA EQUIPO DE ATENCIÓN INTEGRAL	vidasinú

1. Datos de identificación

Familia Pereira Barrera

2. Documentos de identidad de la o las personas atendidas.

Tipo documento de identidad: CC X TI__ RC__ No. 1.157 156
Tipo documento de identidad: CC X TI__ RC__ No. 50.911 161
Tipo documento de identidad: CC__ TI X RC__ No. 1062 986 2140
Tipo documento de identidad: CC__ TI X RC__ No. 1.062 434 432
Tipo documento de identidad: CC__ TI X RC__ No. 1.062 408 932
Tipo documento de identidad: CC__ TI X RC__ No. 1.062.408.932

3. Descripción de la situación en salud física y mental.

- Adultos sin Patologías aparentes
- Niños, adolescentes y jovenes aparentemente sanos
- 1062.408.932 Microcefalia. RM

4. Descripción de la situación en afectación psicosocial. (Daño)

Presentan conflictos emocionales, comparan su vida antes y ahora; el como en su parcela tenían la comida garantizada y en la ciudad todo es costoso

5. Descripción del plan de atención en salud física y mental

Se captan para rutas de promoción y mantenimiento de la salud

6. Descripción del plan de atención psicosocial. (Modalidad, nivel, tema.)

Modalidad familiar
Nivel: Consejería y Apoyo
Mejoramiento comunicacion familiar

7. Remisiones:

Especialidad: _____

Ruta de atención: Ruta de P y M.

8. Recomendaciones en salud y bienestar psicosocial. (Cuidado propio)

- Habitos de vida saludable
- Compartir tiempo de calidad en familia.
- Atencion psicosocial

Firma Profesionales que diligencian

Yeiris Mariesa Chaparro
C.C. 1069 187.304

C.C. 22578[illegible]

Angelica Lambertinez
C.C. 35042109

C.C. _____

Fecha: 15-05-2023

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL	Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas – Papsivi JUNTA EQUIPO DE ATENCIÓN INTEGRAL	vidasinú

Familia Pereira Barrera

T.I 1.138077.634
C.C 1.073.970.500
T.I 1068418691

T.I 1067890651
T.I 1068432392

Familia extensa, sin patologías aparentes a excepción de T.I 1.062.408.932 Alex David Ruiz Pereira con Dx de microcefalia y Retardo Mental,
Angel David tiene 15 años asiste al colegio y su familia lo apoya para que tenga una vida lo más funcional posible

MODALIDAD FAMILIAR (SANDON CUADRADO) – EQUIPO DE SALUD
PROFESIONAL PSICOSOCIAL – ANGELICA LAMBERTINEZ

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL	Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas – Papsivi **JUNTA EQUIPO DE ATENCIÓN INTEGRAL**	vidasinú

1. Datos de identificación

Familia Sandon Cuadrado

2. Documentos de identidad de la o las personas atendidas.

Tipo documento de identidad: CC X TI__ RC__ No. 26.212.271
Tipo documento de identidad: CC X TI__ RC__ No. 15.607.756
Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. _____
Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. _____
Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. _____
Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. _____

3. Descripción de la situación en salud física y mental.

26.212.271: Paciente que presenta patología relacionada con problemas articulares

15.607.756: paciente que presenta patología relacionada con problemas de columna.

4. Descripción de la situación en afectación psicosocial. (Daño)

- Tristeza por la perdida de los bienes materiales y por matrimonio precoz y frustrado de la hija mayor.
- Ideas irracionales acerca del matrimonio y del rol de la mujer en el hogar

5. Descripción del plan de atención en salud física y mental

- Se inicia ruta de atención desde medicina general, para evaluar estado de salud, determinar tratamiento y examenes necesarios

6. Descripción del plan de atención psicosocial. (Modalidad, nivel, tema.)

- Modalidad familiar
- Nivel: consejeria y Apoyo
- Afrontamiento en la reestructuración de roles

7. Remisiones:

Especialidad: _____

Ruta de atención: Se inicia atención desde medicina general, Ruta de P y M

8. Recomendaciones en salud y bienestar psicosocial. (Cuidado propio)

- Propiciar el dialogo con la hija, con el fin de sanar heridas emocionales
- Higiene mental
- Practicar una actividad de Ocio

Firma Profesionales que diligencian

Julia Noriega Cavarfo.
C.C. 1068.487.304

C.C. 2757987

C.C. 35012109

C.C.

Fecha: 09/05/2023

MODALIDAD FAMILIAR (VELEZ PADRON) – EQUIPO DE SALUD
PROFESIONAL PSICOSOCIAL – ANGELICA LAMBERTINEZ

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL	Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas – Papsivi **JUNTA EQUIPO DE ATENCIÓN INTEGRAL**	vidasinú

1. Datos de identificación

Familia Velez Padron

2. Documentos de identidad de la o las personas atendidas.

Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. _____
Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. _____
Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. _____
Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. _____
Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. _____
Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. _____

3. Descripción de la situación en salud física y mental.	4. Descripción de la situación en afectación psicosocial. (Daño)
Adultos mayores captados para ruta de adultos mayor - Adulto joven con Sindrome de steven Jhonson	Afectación emocional por el cuidado y tiempo que exige su único hijo.
5. Descripción del plan de atención en salud física y mental	**6. Descripción del plan de atención psicosocial. (Modalidad, nivel, tema.)**
Se desarrolla plan de atención y se continua con la atención en ruta de P y H	Familiar. Atencion terapeutica. Proteccion y Apoyo
7. Remisiones: **Especialidad:** _____ **Ruta de atención:** P y H	**8. Recomendaciones en salud y bienestar psicosocial. (Cuidado propio)**
	Articulacion con Sec de Salud y EPS para que su hijo reciba terapias complementarias o en su defecto le colaboren con el transporte

Firma Profesionales que diligencian

Luisa Maria Lamarto.
C.C. 1064.487.304

C.C. 2757987

drayhambe
C.C. 35812104

C.C.

Fecha: 16/05/2023

MODALIDAD FAMILIAR (YANEZ CONTRERAS) – EQUIPO DE SALUD
PROFESIONAL PSICOSOCIAL – ANGELICA LAMBERTINEZ

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL	Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas – Papsivi **JUNTA EQUIPO DE ATENCIÓN INTEGRAL**	vidasinú

1. Datos de identificación

Familia Yanes Contreras

2. Documentos de identidad de la o las personas atendidas.

Tipo documento de identidad: CC X TI__ RC__ No. 50.912.180
Tipo documento de identidad: CC x TI__ RC__ No. 78.709.916
Tipo documento de identidad: CC__ TI x RC__ No. 1.067.890.952
Tipo documento de identidad: CC__ TI x RC__ No. 1.062.965.765
Tipo documento de identidad: CC__ TI x RC__ No. 1.068.420.182
Tipo documento de identidad: CC__ TI x RC__ No. 1.068.421.862

3. Descripción de la situación en salud física y mental.	4. Descripción de la situación en afectación psicosocial. (Daño)
1. Se capta para ingreso a ruta de adultez 2. Se capta para ingreso a ruta de adultez. 3. Se orienta para ingreso a	-La pobreza extrema y multidimensional en la cual viven -Inadecuados estrategias emocionales para afrontar las dificultades
5. Descripción del plan de atención en salud física y mental	**6. Descripción del plan de atención psicosocial. (Modalidad, nivel, tema.)**
-Articulación con los distintos actores para mitigar las necesidades básicas insatisfechas.	Modalidad familiar, Consejería y Apoyo/ Atención Terapeutica-solución problemas Intrafamiliares. Protección y cuidado Intrafamiliar.
7. Remisiones: **Especialidad:** _____ **Ruta de atención:** PYM	**8. Recomendaciones en salud y bienestar psicosocial. (Cuidado propio)** -Autocuidado emocional -No exceder las horas de trabajo en el jefe del hogar -Asistir a los controles medicos -Hacer ejercicio como camina, trotar bici, por lo menos 2 veces a la semana

Firma Profesionales que diligencian

C.C. 25.902.109 C.C. 275.7987

C.C. 1069487.3011 C.C.

Fecha: 09/05/2023

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL	Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas – Papsivi **JUNTA EQUIPO DE ATENCIÓN INTEGRAL**	vidasinú

T.I 1.138.088.869
T.I 1.138.090.487.
Descripción salud física y mental
3- Programa de adolescencia
4-5 Ingreso a programas de P y M, se les asigna citas con medicina general
6-7- Se continua con el programa de crecimiento y desarrollo
8 Atención en ruta de infancia, cita con medicina general
5 Plan de atención en Salud Física y mental,
-Salud física: se les capta segun la edad del desarrollo en que se encuentren y son ingresados a los distintos programas de P y M
-Salud mental: familia disfuncional y en condición de pobreza extrema y alto riesgo, se desarrollara sensibilización para la resolución de problemas, recomendando el Programa Empecemos, el cual esta cientificamente validado. Los hechos victimizantes no estan afectando a la familia en gran proporción, las dificultades son causadas por las necesidades basicas insatisfechas. VIVEN EN HACINAMIENTO
-Las remisiones en salud, seran determinadas por el medico y solo despues de valorar concienzudamente al paciente.

MODALIDAD INDIVIDUAL – EQUIPO DE SALUD
PROFESIONAL PSICOSOCIAL – NELCY LOPEZ

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL	Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas – Papsivi **JUNTA EQUIPO DE ATENCIÓN INTEGRAL**	vidasinú

1. Datos de identificación

Argenida Triana

2. Documentos de identidad de la o las personas atendidas.

Tipo documento de identidad: CC X TI__ RC__ No. 84 993 475
Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. _____
Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. _____
Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. _____
Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. _____
Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. _____

3. Descripción de la situación en salud física y mental.	4. Descripción de la situación en afectación psicosocial. (Daño)
Paciente sin antecedentes de importancia	Daño: La perdida de vivienda y elementos materiales en el suceso de la violencia, le aflige, porque hoy no puede ofrecer una calidad de vida favorable a su familia. Se refleja mucha tristeza y sufrimiento.
5. Descripción del plan de atención en salud física y mental	**6. Descripción del plan de atención psicosocial. (Modalidad, nivel, tema.)**
Debe ser captado por el programa de la ruta de promoción y mantenimiento de adultez.	Individual Atención en consejería / Apoyo Reconstrucción en proyecto de vida.
7. Remisiones: Especialidad: _____ Ruta de atención: Adultez	**8. Recomendaciones en salud y bienestar psicosocial. (Cuidado propio)** Se recomienda continuar con la atención psicosocial y salud.

Firma Profesionales que diligencian

Luisa Monroy Chaparro. — C.C. 1.069487364.
C.C. — C.C. 2757982
C.C. 84 996 044 — C.C.

Fecha: 16 – 05 – 2023

MODALIDAD INDIVIDUAL – EQUIPO DE SALUD
PROFESIONAL PSICOSOCIAL – NELCY LOPEZ

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL	Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas – Papsivi **JUNTA EQUIPO DE ATENCIÓN INTEGRAL**	vidasinú

1. Datos de identificación

Cerly Grandett

2. Documentos de identidad de la o las personas atendidas.

Tipo documento de identidad: CC X TI__ RC__ No. 1067853156
Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. _____
Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. _____
Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. _____
Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. _____
Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. _____

3. Descripción de la situación en salud física y mental.	4. Descripción de la situación en afectación psicosocial. (Daño)
Paciente no aparece en la base de datos de la Ese Vida Sinú.	Daño: se identifica que aún hay afectación en la señora cuando trae a la memoria recuerdo de sus seres queridos fallecidos en la guerra le genera tristeza y melancolía.
5. Descripción del plan de atención en salud física y mental	**6. Descripción del plan de atención psicosocial. (Modalidad, nivel, tema.)**
	Individual consejería y Apoyo fortalecimiento manejo de Emociones
7. Remisiones: **Especialidad:** _____ **Ruta de atención:** _____	**8. Recomendaciones en salud y bienestar psicosocial. (Cuidado propio)**
	Se recomienda seguir con la atención Psicosocial.

Firma Profesionales que diligencian

Luisa Maria Camargo. — C.C. 1069.487.304
C.C. 34 996 044 — C.C. 2155981

Fecha: 17 - 05 - 2023

MODALIDAD INDIVIDUAL – EQUIPO DE SALUD
PROFESIONAL PSICOSOCIAL – NELCY LOPEZ

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL	Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas – Papsivi JUNTA EQUIPO DE ATENCIÓN INTEGRAL	vidasinú

1. Datos de identificación

Esmeralda Carmona

2. Documentos de identidad de la o las personas atendidas.

Tipo documento de identidad: CC X TI__ RC__ No. 25767786
Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. _____
Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. _____
Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. _____
Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. _____
Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. _____

3. Descripción de la situación en salud física y mental.	4. Descripción de la situación en afectación psicosocial. (Daño)
Paciente sin antecedentes Patologicos conocidos.	Daño: se identifica que la señora la aflige la inestabilidad economica no se ha podido reponer lo perdido todo en los hechos de violencia y se siente frustrada por no poder ofrecer una mejor vida a su familia.
5. Descripción del plan de atención en salud física y mental	**6. Descripción del plan de atención psicosocial. (Modalidad, nivel, tema.)**
Paciente se deriva a la ruta de promoción y mantenimiento (Adultez) Paciente se deriva a su EPS (sanidad Militar)	Individual consejeria y Apoyo fortalecimiento Autoestima adecuada
7. Remisiones: **Especialidad:** _____ **Ruta de atención:** Adultez	**8. Recomendaciones en salud y bienestar psicosocial. (Cuidado propio)**
	Se recomienda continuar con la atención psicosocial.

Firma Profesionales que diligencian

Luisa Noriega Cavorso
C.C. 1069487309

C.C. 2757987

Nelcy
C.C. 34996044

C.C.

Fecha: 17-05-2023

MODALIDAD INDIVIDUAL – EQUIPO DE SALUD
PROFESIONAL PSICOSOCIAL – NELCY LOPEZ

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL	Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Victimas – Papsivi JUNTA EQUIPO DE ATENCIÓN INTEGRAL	Vidasinú

1. Datos de identificación

Franaisca Lopez

2. Documentos de identidad de la o las personas atendidas.

Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. 25767317
Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. _____
Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. _____
Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. _____
Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. _____
Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. _____

3. Descripción de la situación en salud física y mental.	4. Descripción de la situación en afectación psicosocial. (Daño)
Paciente con antecedentes de Artrosis. La señora viene con su tratamiento.	Daño: se identifica afectacion de sentimientos de tristeza, angustia y le viene el llanto; Estas Manifestaciones se le presentan constantemente, secuelas causadas por la guerra.
5. Descripción del plan de atención en salud física y mental	**6. Descripción del plan de atención psicosocial. (Modalidad, nivel, tema.)**
Debe ser captada para ruta de promocion y Mantenimiento de Vejez.	Individual consejeria y Apoyo Habilidades para el fortalecimiento en Manejo de Emociones
7. Remisiones: Especialidad: _____ Ruta de atención: Promoción y Vejez	**8. Recomendaciones en salud y bienestar psicosocial. (Cuidado propio)** - se recomienda seguir con la atención psicosocial - Atención con Profesional Especializado (psicologa clinica).

Firma Profesionales que diligencian

Luisa Moreno Campo.
C.C. 1069487-304

C.C. 27...

C.C. 34 996 044

C.C.

Fecha: 17 - 05 - 2023

MODALIDAD INDIVIDUAL – EQUIPO DE SALUD
PROFESIONAL PSICOSOCIAL – NELCY LOPEZ

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL	Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas – Papsivi JUNTA EQUIPO DE ATENCIÓN INTEGRAL	vidasinú

1. Datos de identificación

Gladys Arrieta

2. Documentos de identidad de la o las personas atendidas.

Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. 35010093
Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. _____
Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. _____
Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. _____
Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. _____
Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. _____

3. Descripción de la situación en salud física y mental.	4. Descripción de la situación en afectación psicosocial. (Daño)
Paciente aparentemente sana	Daño: Afectación que persiste en la señora, socio-económica por no poseer una vivienda y estabilidad económica. El conflicto armado les ocasionó esas dificultades
5. Descripción del plan de atención en salud física y mental	**6. Descripción del plan de atención psicosocial. (Modalidad, nivel, tema.)**
Se capta para ruta de Vejez	Individual Consejería y Apoyo Reconstrucción en proyecto de vida
7. Remisiones: Especialidad: _____ Ruta de atención: Vejez	**8. Recomendaciones en salud y bienestar psicosocial. (Cuidado propio)** Se recomienda Atención Psicosocial y Salud.

Firma Profesionales que diligencian

Luisa Noriega Casarqo.
C.C. 1069.487.304.

C.C. 2X7987

RUPSO
C.C. 34.996044

C.C.

Fecha: 17-05-2023

MODALIDAD INDIVIDUAL – EQUIPO DE SALUD
PROFESIONAL PSICOSOCIAL – NELCY LOPEZ

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL	Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas – Papsivi JUNTA EQUIPO DE ATENCIÓN INTEGRAL	Vidasinú

1. Datos de identificación

Juana Gomez

2. Documentos de identidad de la o las personas atendidas.

Tipo documento de identidad: CC X TI__ RC__ No. 25809433
Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. _____
Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. _____
Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. _____
Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. _____
Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. _____

3. Descripción de la situación en salud física y mental.	4. Descripción de la situación en afectación psicosocial. (Daño)
Paciente sin antecedentes patologico de importancia	Daño: Los hechos de violencia ocasionaron que la familia quedara sin nada la señora Juana, no cuenta con estabilidad economica, no ha podido reconstruir su vida por tal motivo sufre de emociones de Tristeza, dolor y angustia.
5. Descripción del plan de atención en salud física y mental	**6. Descripción del plan de atención psicosocial. (Modalidad, nivel, tema.)**
Debe ser ingresada a la ruta de promocion y Mantenimiento (adultez)	Individual consejeria y Apoyo Reconstruccion en proyecto de vida
7. Remisiones: **Especialidad:** _____ **Ruta de atención:** Adultez	**8. Recomendaciones en salud y bienestar psicosocial. (Cuidado propio)** Se recomienda continuar con la atencion en: Psicosocial y Salud.

Firma Profesionales que diligencian

Luisa Monsalve Cuadros.
C.C. 1.061.487.304

C.C. 25 7987

C.C. 34 996-044

C.C.

Fecha: 16 - 05 - 2023

MODALIDAD INDIVIDUAL – EQUIPO DE SALUD
PROFESIONAL PSICOSOCIAL – NELCY LOPEZ

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL	Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas – Papsivi JUNTA EQUIPO DE ATENCIÓN INTEGRAL	Vidasinú

1. Datos de identificación

Jaun Cortes

2. Documentos de identidad de la o las personas atendidas.

Tipo documento de identidad: CC X TI__ RC__ No. 1000085687
Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. _____
Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. _____
Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. _____
Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. _____
Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. _____

3. Descripción de la situación en salud física y mental.	4. Descripción de la situación en afectación psicosocial. (Daño)
Paciente Sin antecedentes Patologico.	Daño: Se verifica que la joven no vivio el conflicto armado Por ser muy bebe, pero siente desanimo, tristeza porque la guerra persudeco a su familia, no han logrado estabilidad economica.
5. Descripción del plan de atención en salud física y mental	**6. Descripción del plan de atención psicosocial. (Modalidad, nivel, tema.)**
Se le debe captar para la ruta de juventud.	Individual consejeria y Apoyo fortalecimiento de la autoestima y autoconfianza.
7. Remisiones: Especialidad: _____ Ruta de atención: Juventud.	**8. Recomendaciones en salud y bienestar psicosocial. (Cuidado propio)** Se recomienda Seguir con la atención Psicosocial y salud.

Firma Profesionales que diligencian

Luisa Monroy Chaparro
C.C. 1.064.477.304

C.C. 2757982

C.C. 34.996.044

C.C.

Fecha: 17-05-2023

MODALIDAD INDIVIDUAL – EQUIPO DE SALUD
PROFESIONAL PSICOSOCIAL – NELCY LOPEZ

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL	Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas – Papsivi **JUNTA EQUIPO DE ATENCIÓN INTEGRAL**	Vidasinú

1. Datos de identificación

Luis Ramos

2. Documentos de identidad de la o las personas atendidas.

Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. 78745743
Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. _____
Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. _____
Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. _____
Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. _____
Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. _____

3. Descripción de la situación en salud física y mental.

Paciente con Antecedentes Sin Importancia

4. Descripción de la situación en afectación psicosocial. (Daño)

Daño: Se evidencia que Presenta afectaciones emocionales reflejado en sentimientos de angustia y dolor al recordar familiares en el conflicto armado.

5. Descripción del plan de atención en salud física y mental

Debe captarse para ingreso a ruta de promocion y Adultez

6. Descripción del plan de atención psicosocial. (Modalidad, nivel, tema.)

Individual consejeria y Apoyo Habilidades para el fortalecimiento en Manejo de Emociones

7. Remisiones:

Especialidad: _____

Ruta de atención: Adultez

8. Recomendaciones en salud y bienestar psicosocial. (Cuidado propio)

Se recomienda seguir con la atencion psicosocial y Salud.

Firma Profesionales que diligencian

Juan Norberto Camargo
C.C. 1.069.487.304

C.C. 2751987

C.C. 34996044

C.C.

Fecha: 17 – 05 – 2023

MODALIDAD INDIVIDUAL – EQUIPO DE SALUD
PROFESIONAL PSICOSOCIAL – NELCY LOPEZ

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL	Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas – Papsivi **JUNTA EQUIPO DE ATENCIÓN INTEGRAL**	vidasinú

1. Datos de identificación

Luis Salinas

2. Documentos de identidad de la o las personas atendidas.

Tipo documento de identidad: CC X TI__ RC__ No. 6872149
Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. _____
Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. _____
Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. _____
Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. _____
Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. _____

3. Descripción de la situación en salud física y mental.	4. Descripción de la situación en afectación psicosocial. (Daño)
Paciente con antecedentes de fija osteosintesis tibia izquierda	Daño: Se verifica que el señor luis, manifiesta sentimientos de tristeza angustia y daño moral, ocasionado por accidente, impidiendo trabajar y de esa forma contribuir al sustento económico familiar.
5. Descripción del plan de atención en salud física y mental	**6. Descripción del plan de atención psicosocial. (Modalidad, nivel, tema.)**
Debe ser canalizado Para ruta de Vejez	Individual conserjeria y Apoyo fortalecimiento de la autoestima, confianza y de los recursos.
7. Remisiones: **Especialidad:** _____ **Ruta de atención:** Vejez	**8. Recomendaciones en salud y bienestar psicosocial. (Cuidado propio)** Se recomienda Atención Psicosocial salud.

Firma Profesionales que diligencian

Luisa Monroy Camargo.
C.C. 1069487304.

C.C. 2757987

C.C. 34 996 044

C.C.

Fecha: 17-05-2023

MODALIDAD INDIVIDUAL – EQUIPO DE SALUD
PROFESIONAL PSICOSOCIAL – NELCY LOPEZ

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL	Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas – Papsivi JUNTA EQUIPO DE ATENCIÓN INTEGRAL	vidasinú

1. Datos de identificación

Nancy Gonzalez

2. Documentos de identidad de la o las personas atendidas.

Tipo documento de identidad: CC X TI__ RC__ No. 50872497
Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. _____
Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. _____
Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. _____
Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. _____
Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. _____

3. Descripción de la situación en salud física y mental.	4. Descripción de la situación en afectación psicosocial. (Daño)
Paciente con antecedentes de Hipertensión arterial y diabetes	Daño: Se verifica que persiste la afectación emocional (tristeza, Angustia) ocasionado por el conflicto armado también se identifica duelo del duelo por el fallecimiento de su ser querido recientemente.
5. Descripción del plan de atención en salud física y mental	**6. Descripción del plan de atención psicosocial. (Modalidad, nivel, tema.)**
Debe ser colpfoda para la toma de prueba y Mantenimiento y adultez, verificar con su EPS si asiste a los controles ruta CVA.	Individual Atención Terapeutica Atención en duelo y re-experimentación de Pérdida.
7. Remisiones: **Especialidad:** _____ **Ruta de atención:** Adultez y PYP.	**8. Recomendaciones en salud y bienestar psicosocial. (Cuidado propio)** . Se recomienda Seguir con la atención Psicosocial

Firma Profesionales que diligencian

Luisa Monroy Cavorso.
C.C. 1069487304.

C.C. 27579P1

C.C. 34996044

C.C.

Fecha: 16-05-2023

MODALIDAD INDIVIDUAL – EQUIPO DE SALUD
PROFESIONAL PSICOSOCIAL – NELCY LOPEZ

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL	Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas – Papsivi JUNTA EQUIPO DE ATENCIÓN INTEGRAL	vidasinú

1. Datos de identificación

Omaira Araujo

2. Documentos de identidad de la o las personas atendidas.

Tipo documento de identidad: CC X TI__ RC__ No. 39414455
Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. _____
Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. _____
Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. _____
Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. _____
Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. _____
Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. _____

3. Descripción de la situación en salud física y mental.

Paciente sin antecedentes Patologico sin importancia

4. Descripción de la situación en afectación psicosocial. (Daño)

Daño: Se identifica a la paciente que persiste en el tiempo Manifestaciones de sentimientos de tristeza, dolor y le llega el llanto ocasionado por el conflicto armado.

5. Descripción del plan de atención en salud física y mental

Paciente de acuerdo al grupo ETARIO debe ser captada a la ruta de ADULTEZ (Promoción y Mantenimiento)

6. Descripción del plan de atención psicosocial. (Modalidad, nivel, tema.)

Individual consejeria y Apoyo Habilidades para el fortalecimiento en Manejo de Emociones.

7. Remisiones:

Especialidad: _____

Ruta de atención: Promoción y Adultez

8. Recomendaciones en salud y bienestar psicosocial. (Cuidado propio)

Se recomienda continuar con la atención Psicosocial y salud.

Firma Profesionales que diligencian

Luisa Noreña Camacho.
C.C. 1069487304

C.C. 2757984

C.C. 34 996 044

C.C.

Fecha: 17-05-2023

MODALIDAD INDIVIDUAL – EQUIPO DE SALUD
PROFESIONAL PSICOSOCIAL – NELCY LOPEZ

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL	Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas – Papsivi JUNTA EQUIPO DE ATENCIÓN INTEGRAL	vidasinú

1. Datos de identificación

Susana Parra

2. Documentos de identidad de la o las personas atendidas.

Tipo documento de identidad: CC X TI__ RC__ No. 39155831
Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. _____
Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. _____
Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. _____
Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. _____
Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. _____

3. Descripción de la situación en salud física y mental.	4. Descripción de la situación en afectación psicosocial. (Daño)
Paciente quien requiere atención dentro de la ruta de promoción y mantenimiento (vejez) Por Parte de su aseguradora.	Daño: Se identifica que la paciente sufre reflejado en sentimientos de tristeza y dolor por desintegración familiar ocasionado por la guerra.
5. Descripción del plan de atención en salud - física y mental	**6. Descripción del plan de atención psicosocial. (Modalidad, nivel, tema.)**
Paciente no se encuentra contratado por la ESE Vida Sinu.	Individual consejería / Apoyo Habilidades para el fortalecimiento en manejo de emociones
7. Remisiones: **Especialidad:** _____ **Ruta de atención:** _____	**8. Recomendaciones en salud y bienestar psicosocial. (Cuidado propio)** Se recomienda seguir con el proceso de atención psicosocial

Firma Profesionales que diligencian

Luisa Monsalve Camargo.
C.C. 1069.487.804

C.C. 2757987

C.C. 34.996.044

C.C.

Fecha: 17-05-2023

MODALIDAD INDIVIDUAL – EQUIPO DE SALUD
PROFESIONAL PSICOSOCIAL – NELCY LOPEZ

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL	Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas – Papsivi JUNTA EQUIPO DE ATENCIÓN INTEGRAL	Vidasinú

1. Datos de identificación

Yesica Romero

2. Documentos de identidad de la o las personas atendidas.

Tipo documento de identidad: CC X TI__ RC__ No. 1067958751
Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. _____
Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. _____
Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. _____
Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. _____
Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. _____

3. Descripción de la situación en salud física y mental.	4. Descripción de la situación en afectación psicosocial. (Daño)
Paciente sin antecedentes patologico de importancia	Daño: Se identifica que Persiste afectación emocional de sentimientos de Hiboritrista y nostalgia ocasionados por el conflicto armado
5. Descripción del plan de atención en salud física y mental	**6. Descripción del plan de atención psicosocial. (Modalidad, nivel, tema.)**
captacion para ruta de juventud.	Individual consejeria / Apoyo Habilidades al fortalecimiento en Manejo de Emociones
7. Remisiones: **Especialidad:** _____ **Ruta de atención:** Juventud	**8. Recomendaciones en salud y bienestar psicosocial. (Cuidado propio)** - Se recomienda seguir con el proceso de Atencion Psicosocial y salud.

Firma Profesionales que diligencian

Yesica Romero Chaverra. — C.C. 1067487341
C.C. — C.C. 21[illegible]981
C.C. 34.996044 — C.C.

Fecha: 16-05-2023

MODALIDAD INDIVIDUAL – EQUIPO DE SALUD
PROFESIONAL PSICOSOCIAL – NELCY LOPEZ

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL	Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas – Papsivi JUNTA EQUIPO DE ATENCIÓN INTEGRAL	vidasinú

1. Datos de identificación

Yuliana Vasquez

2. Documentos de identidad de la o las personas atendidas.

Tipo documento de identidad: CC X TI__ RC__ No. 50939212
Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. _____
Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. _____
Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. _____
Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. _____
Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. _____

3. Descripción de la situación en salud física y mental.	4. Descripción de la situación en afectación psicosocial. (Daño)
Paciente sin Antecedentes de importancia.	Daño: Se identifica que persiste afectación en la paciente, no se reponen de la situación vivida en los hechos de violencia, dejaron todo, vivienda, animales y pertenencia hoy al no poder ofrecer una vida digna a los hijos, la llena de tristeza y dolor.
5. Descripción del plan de atención en salud física y mental	**6. Descripción del plan de atención psicosocial. (Modalidad, nivel, tema.)**
Debe ser direccionada a la ruta de adultez	Individual consejeria y Apoyo habilidades, plan fortalecimiento emociones
7. Remisiones: Especialidad: _____ Ruta de atención: _____	**8. Recomendaciones en salud y bienestar psicosocial. (Cuidado propio)** Se recomienda Seguir con la atencion psicosocial.

Firma Profesionales que diligencian

Luisa Maria Lavarfo.
C.C. 1.069.487.304

C.C. 27577987

C.C. 34'996.046

C.C.

Fecha: 17 - 05 - 2023

MODALIDAD INDIVIDUAL – EQUIPO DE SALUD
PROFESIONAL PSICOSOCIAL – NELCY LOPEZ

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL	Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Victimas – Papsivi JUNTA EQUIPO DE ATENCIÓN INTEGRAL	vidasinú

1. Datos de identificación

Zoila Velasquez

2. Documentos de identidad de la o las personas atendidas.

Tipo documento de identidad: CC X TI__ RC__ No. 30 685 968
Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. _____
Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. _____
Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. _____
Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. _____
Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. _____

3. Descripción de la situación en salud física y mental.	4. Descripción de la situación en afectación psicosocial. (Daño)
Paciente Sin antecedentes Patologico de importancia	Daño: Se identifica que la señora ha logrado superar algunas afectaciones ocasionada por la guerra; Pero desea que la atiendan con atención Psicosocial.
5. Descripción del plan de atención en salud física y mental	**6. Descripción del plan de atención psicosocial. (Modalidad, nivel, tema.)**
Paciente se debe direccional a la rola de promocion y Mantenimiento de vejez.	Individual consejeria y Apoyo Fortalecimiento autoestima, autoconfianza
7. Remisiones: Especialidad: _____ Ruta de atención: Vejez	**8. Recomendaciones en salud y bienestar psicosocial. (Cuidado propio)** Se recomienda seguir con Atencion Psicosocial Salud.

Firma Profesionales que diligencian

Nelcy Monroy Campo.
C.C. 1069487304

C.C. 2479PL

C.C. 34 996 044

C.C. _____

Fecha: 17-05-2023

MODALIDAD FAMILIAR (ANA RAMOS) – EQUIPO DE SALUD
PROFESIONAL PSICOSOCIAL – NELCY LOPEZ

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL	Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas – Papsivi JUNTA EQUIPO DE ATENCIÓN INTEGRAL	vidasinú

1. Datos de identificación

Familia Ana Ramos

2. Documentos de identidad de la o las personas atendidas.

Tipo documento de identidad: CC X TI__ RC__ No. 50899719
Tipo documento de identidad: CC__ TI X RC__ No. 1138075781
Tipo documento de identidad: CC X TI__ RC__ No. 1067859752
Tipo documento de identidad: CC__ TI X RC__ No. 1138076297
Tipo documento de identidad: CC__ TI X RC__ No. 1067902065
Tipo documento de identidad: CC X TI__ RC__ No. 1067935725
TI 1138076298

3. Descripción de la situación en salud física y mental.	4. Descripción de la situación en afectación psicosocial. (Daño)
CC 50899719 Ana Ramos, paciente aparentemente sano T.I 1138075781 Kelly Morales, Paciente no aparece en base de datos de vida Sinu.	Afectación: Persiste en la familia Sentimientos de Miedo, por amenazas recibidas en el Suceso del conflicto armado
5. Descripción del plan de atención en salud física y mental	**6. Descripción del plan de atención psicosocial. (Modalidad, nivel, tema.)**
Ana Ramos, se deriva a la ruta Tamizaje de cancer de mama.	Familiar Atención Psicosocial terapeutico Afrontamiento del Miedo.
7. Remisiones: **Especialidad:** _____ **Ruta de atención:** Adultez y planificación familiar.	**8. Recomendaciones en salud y bienestar psicosocial. (Cuidado propio)** Se recomienda continuar con el proceso de Atención psicosocial y salud.

Firma Profesionales que diligencian

C.C. 1067487301 C.C. 2[illegible]

C.C. 34 996 044 C.C.

Fecha: 15 - 05 - 2023

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL	Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas – Papsivi JUNTA EQUIPO DE ATENCIÓN INTEGRAL	vidasinú

Ana Ramos

3. Descripcion de la situacion en Salud Fisica y Mental.

CC. 1067859752 Ingrid Esquivel, paciente aparentemente sano.
Paciente se deriva a la ruta del Programa planificación familiar

T.L. 1138076298 Luis Esquivel, paciente sin antecedentes patologico conocido.
Paciente se deriva a la ruta de planificación familiar.

T.I 1138076297 Luis carlos Esquivel, paciente aparentemente sano.
Paciente se deriva a la ruta de planificación familiar

C.C. 1067935725 Yesica Esquivel, paciente no esta afiliada en la ese vida Sinu.

MODALIDAD FAMILIAR (CIELO BERRIO) – EQUIPO DE SALUD
PROFESIONAL PSICOSOCIAL – NELCY LOPEZ

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL	Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas – Papsivi JUNTA EQUIPO DE ATENCIÓN INTEGRAL	Vidasinú

1. Datos de identificación

Familiar: Cielo Berrio

2. Documentos de identidad de la o las personas atendidas.

Tipo documento de identidad: CC x TI__ RC__ No. 26229201
Tipo documento de identidad: CC x TI__ RC__ No. 25787538
Tipo documento de identidad: CC x TI__ RC__ No. 1067907183
Tipo documento de identidad: CC__ TI x RC__ No. 1067938026
Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. _____
Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. _____

3. Descripción de la situación en salud física y mental.

Cielo Berrio, paciente con antecedente de cancer y esta al dia en la ruta cc 25787538, 1067907183 y 1067938026 (no estan en la base de datos de vida Sinu.

4. Descripción de la situación en afectación psicosocial. (Daño)

Daño: Persiste en finca constante la afectacion de sentimientos negativos y tambien afectacion socio-fuliar Porque gracias a la guerra el padre abandono la familia.

5. Descripción del plan de atención en salud física y mental

La paciente Cielo Berrio, esta ingresada en la ruta de Prevención y Mantenimiento y esta al dia con cada control en la salud.

6. Descripción del plan de atención psicosocial. (Modalidad, nivel, tema.)

Familiar
consejeria y Apoyo familiar
canalización Emocional

7. Remisiones:

Especialidad: _____

Ruta de atención: Adultez

8. Recomendaciones en salud y bienestar psicosocial. (Cuidado propio)

Se recomienda Atencion psicosocial y Salud.

Firma Profesionales que diligencian

Julian Moreno Camargo.
C.C. 1069487304.

C.C. 25787538

C.C. 34996041

C.C.

Fecha: 16-05-2023

MODALIDAD FAMILIAR (PEREZ) – EQUIPO DE SALUD
PROFESIONAL PSICOSOCIAL – NELCY LOPEZ

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL	Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas – Papsivi JUNTA EQUIPO DE ATENCIÓN INTEGRAL	vidasinú

1. Datos de identificación

Familia: claribel Banessa Perez

2. Documentos de identidad de la o las personas atendidas.

Tipo documento de identidad: CC X TI__ RC__ No. 25768119
Tipo documento de identidad: CC X TI__ RC__ No. 1062434805
Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. _____
Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. _____
Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. _____
Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. _____

3. Descripción de la situación en salud física y mental.	4. Descripción de la situación en afectación psicosocial. (Daño)
cc 25768119 claribel Perez, paciente sin antecedentes patologico de importancia cc 1062434805 Yenny Jaramillo, Paciente no se encuentra en la base de datos vidasinu, se direcciona a la ruta de su EPS	Daño: Se evidencia que persiste Emociones negativas como la trisleza y Melancolia cuando recuerdan los hechos de violencia
5. Descripción del plan de atención en salud física y mental	**6. Descripción del plan de atención psicosocial. (Modalidad, nivel, tema.)**
Paciente claribel, se direcciona a la ruta de adultez.	Familiar consejeria y Apoyo familiar Habilidades para favorecer la expresión y canalización Emocional.
7. Remisiones: Especialidad: _____ Ruta de atención: Adultez	**8. Recomendaciones en salud y bienestar psicosocial. (Cuidado propio)** - Recomendación Atención Psicosocial y salud.

Firma Profesionales que diligencian

Luisa Maria Lamarfo.
C.C. 1069487.904.

C.C. 27797

Rubiso
C.C. 34986044

C.C.

Fecha: 15 - 05 - 2023

MODALIDAD FAMILIAR (RUBIO) – EQUIPO DE SALUD
PROFESIONAL PSICOSOCIAL – NELCY LOPEZ

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL	Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas – Papsivi JUNTA EQUIPO DE ATENCIÓN INTEGRAL	vidasinú

1. Datos de identificación

Familia: Doris Rubio

2. Documentos de identidad de la o las personas atendidas.

Tipo documento de identidad: CC✓ TI__ RC__ No. 34 986 499
Tipo documento de identidad: CC✓ TI__ RC__ No. 1028003148
Tipo documento de identidad: CC✓ TI__ RC__ No. 1028003147
Tipo documento de identidad: CC✓ TI__ RC__ No. 1003405823
Tipo documento de identidad: CC__ TI✓ RC__ No. 1233339016
Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. _____

3. Descripción de la situación en salud física y mental.	4. Descripción de la situación en afectación psicosocial. (Daño)
Paciente sin comorbilidad, se capta para ruta de adultez (Doris Rubio) 2- Paciente aparentemente sana.	Daño: la familia al dejar todo lo adquirido en la vida como casa, trabajo, animales no se reponen de su situación socio-economica causado por el conflicto armado.
5. Descripción del plan de atención en salud física y mental	**6. Descripción del plan de atención psicosocial. (Modalidad, nivel, tema.)**
	Familiar · consejeria y Apoyo familiar Afrontamiento frente a la re-estructuracion de roles.
7. Remisiones: **Especialidad:** _____ **Ruta de atención:** Vejez y Adultez	**8. Recomendaciones en salud y bienestar psicosocial. (Cuidado propio)** · Se recomienda Atenciones en Psicosocial Salud.

Firma Profesionales que diligencian

Leisa Monroy Romero.
C.C. 1.067.487.364.

C.C. 2[illegible]

C.C. 84996044

C.C.

Fecha: 16-05-2023

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL	Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas – Papsivi JUNTA EQUIPO DE ATENCIÓN INTEGRAL	vidasinú

Doris Rubio

3. Descripcion de la situación en salud física y Mental.

CC 1028003147 Isaias Mendoza, paciente aparentement sano.
Paciente debe ser captado para el Programa de planificacion familiar.

CC 1003405823 Isaac Rubio, paciente aparentment Sano.
Paciente debe ser captado para el programa planificacion familiar y Juventud.

T.I 1233339016 Saray Beltran, paciente aparentement Sano.
Paciente debe Ser direccionado para el programa infancia.

MODALIDAD FAMILIAR (HERNANDEZ) – EQUIPO DE SALUD
PROFESIONAL PSICOSOCIAL – NELCY LOPEZ

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL	Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas – Papsivi JUNTA EQUIPO DE ATENCIÓN INTEGRAL	vidasinú

1. Datos de identificación

Familia: Ever Hernandez

2. Documentos de identidad de la o las personas atendidas.

Tipo documento de identidad: CC X TI__ RC__ No. 71980193
Tipo documento de identidad: CC X TI__ RC__ No. 50893178
Tipo documento de identidad: CC__ TI X RC__ No. 1062436156
Tipo documento de identidad: CC__ TI X RC__ No. 1062439917
Tipo documento de identidad: CC__ TI X RC__ No. 1138081921
Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. _____

3. Descripción de la situación en salud física y mental.

CC 71980193 Ever Hernandez Paciente sin antecedentes de importancia CC 50893178 Nubia Guardela, paciente no aparece en la base de datos de la ESE Vida Sinu.

4. Descripción de la situación en afectación psicosocial. (Daño)

Afectación: se identifica fallas en una buena comunicación intrafamiliar, por problemas de el jefe no suplir las necesidades básicas familiar, no han podido reponerse económicamente por el conflicto armado

5. Descripción del plan de atención en salud física y mental

Ever Hernandez, Debe direccionarse a la ruta de planificación familiar

6. Descripción del plan de atención psicosocial. (Modalidad, nivel, tema.)

Familiar
consejeria y Apoyo familiar
Mejoramiento de la comunicación intrafamiliar

7. Remisiones:

Especialidad: _____

Ruta de atención: Adultez, planificación familiar y Adolescencia

8. Recomendaciones en salud y bienestar psicosocial. (Cuidado propio)

Se recomienda Atención: Psicosocial y Salud.

Firma Profesionales que diligencian

Luisa Noriega Navarro. C.C. 1.069487.384.

C.C. 2372981

C.C. 34.996.044

C.C. _____

Fecha: 15 – 05 – 2023

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL	Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas – Papsivi JUNTA EQUIPO DE ATENCIÓN INTEGRAL	vidasinú

Ever Hernandez

3. Descripcion de la Situacion en salud fisica y Mental.

T.I 1062436156 carolina sibaja, paciente sin antecedentes de importancia patologica. Paciente debe ser direccionado a la ruta de planificación familiar

T.I 1062439917 Karen sibaja, paciente sin antecedentes de importancia patologica. paciente debe ser captado para el ingreso a la ruta de planificacion familiar

T.I 1138081921 Alejandro sibaja, paciente sin antecedentes de importancia patologica. Paciente debe ser ingresado a la ruta de adolescencia.

MODALIDAD FAMILIAR (FUENTES) – EQUIPO DE SALUD
PROFESIONAL PSICOSOCIAL – NELCY LOPEZ

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL	Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas – Papsivi JUNTA EQUIPO DE ATENCIÓN INTEGRAL	vidasinú

1. Datos de identificación

Familia: Julieth fuentes

2. Documentos de identidad de la o las personas atendidas.

Tipo documento de identidad: CC X TI__ RC__ No. 50892757
Tipo documento de identidad: CC X TI__ RC__ No. 34966818
Tipo documento de identidad: CC X TI__ RC__ No. 1067956245
Tipo documento de identidad: CC X TI__ RC__ No. 1067929501
Tipo documento de identidad: CC X TI__ RC__ No. 1062957347
Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. 10796
CC X 1067962048

3. Descripción de la situación en salud física y mental.

CC50892757 Julieth fuentes, paciente sin antecedentes patologicos de importancia.
CC34966818 Francisca Sibaja, paciente sin antecedentes patologicos de importancia.

4. Descripción de la situación en afectación psicosocial. (Daño)

Afectacion. Se identifica que la familia tiene consecuencia constante de sentimientos negativos a causa de los hechos de violencia.

5. Descripción del plan de atención en salud física y mental

Paciente al dia con todos sus controles. (Julieth)
Francisca sibaja, direccionada a la ruta de la joven

6. Descripción del plan de atención psicosocial. (Modalidad, nivel, tema.)

Familiar
- consejeria y Apoyo familiar
- Habilidades para favorecer la expresión y canalización Emocional.

7. Remisiones:

Especialidad: _____

Ruta de atención: odontologia y juventud

8. Recomendaciones en salud y bienestar psicosocial. (Cuidado propio)

- Se recomienda seguir con la atencion psicosocial y A. salud.

Firma Profesionales que diligencian

Luisa Maria Arroyo.
C.C. 1064187304.

C.C. 2757987

C.C. 34996044

C.C.

Fecha: 15 - 05 - 2023

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL	Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas – Papsivi JUNTA EQUIPO DE ATENCIÓN INTEGRAL	vidasinú

Julieth fuentes

3. Descripcion de la Situacion en salud Fisica y Mental.

CC 1067956245 Maria Arrieta, paciente sin antecedentes patologico de importancia.
Paciente esta al dia en todos sus controles Medicos.

CC1067929501 Hernan fuentes, paciente sin antecedentes patologico de importancia paciente con todos los controles Correspondiente a la salud al dia.

CC1062957347 Adriana Herrera, paciente sin antecedentes patologico de importancia paciente con todos los controles correspondiente a la salud al dia.

CC1067962048 Juan Aparicio, paciente sin antecedentes patologico de importancia, paciente Se direcciona a la ruta de la juventud.

MODALIDAD FAMILIAR (RAMOS) – EQUIPO DE SALUD
PROFESIONAL PSICOSOCIAL – NELCY LOPEZ

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL	Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas – Papsivi JUNTA EQUIPO DE ATENCIÓN INTEGRAL	vidasinú

1. **Datos de identificación**

Familia: Libardo Ramos

2. **Documentos de identidad de la o las personas atendidas.**

Tipo documento de identidad: CC X TI__ RC__ No. 1067837447
Tipo documento de identidad: CC X TI__ RC__ No. 1067917277
Tipo documento de identidad: CC X TI__ RC__ No. 10034019 18
Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. _____
Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. _____
Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. _____

3. Descripción de la situación en salud física y mental.	4. Descripción de la situación en afectación psicosocial. (Daño).
cc 1067837447 Libardo Ramos, paciente aparentemente sano. cc 1067917277 Luis coronado, paciente no presenta antecedentes patologico conocido. cc 10034019 18 Luz Muñoz, Paciente no presenta antecedentes patologico conocido	Daño: se evidencia afectación en uno de los integrantes de la familia Libardo, es Tímido, callado, introvertido, todo lo anterior, lo ocasiona la perdida de su padre en el conflicto armado.
5. Descripción del plan de atención en salud física y mental Los tres pacientes cuentan con todos los controles Medicos al dia.	6. Descripción del plan de atención psicosocial. (Modalidad, nivel, tema.) Familiar. Consejeria y Apoyo familiar Mejoramiento de la comunicación intrafamiliar
7. Remisiones: Especialidad: _____ Ruta de atención: Adultez y Juventud	8. Recomendaciones en salud y bienestar psicosocial. (Cuidado propio) -Se recomienda continuar con la atención psicosocial y salud. - se recomienda atención con Profesional especializado a la joven Luz piedad C-C 10034 1918

Firma Profesionales que diligencian

Leidy Moreno Camargo. _____
C.C. 1067 487 304. C.C. 2757987

Nelcy.
C.C. 34 996 044 C.C.

Fecha: 15 - 05 - 2023

MODALIDAD FAMILIAR (GOMEZ) – EQUIPO DE SALUD
PROFESIONAL PSICOSOCIAL – NELCY LOPEZ

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL	Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Victimas – Papsivi JUNTA EQUIPO DE ATENCIÓN INTEGRAL	vidasinú

1. Datos de identificación

Familia Lilian Gómez

2. Documentos de identidad de la o las personas atendidas.

Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. 1133796968
Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. 6877300
Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. 1062974851
Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. 1067920573
Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. 1067856277
Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. 1003645546
CC NO 26 20113826

3. Descripción de la situación en salud física y mental.

CC 1133796968 Lilian Gómez Paciente, no esta en la base de datos vida sinu.
CC 6877300 Mariana Gómez, no esta en la base de datos de vida sinu.

4. Descripción de la situación en afectación psicosocial. (Daño)

Daño: Se evidencia afectaciones Persistentes de tipo emocional sentimientos (dolor, rabia y angustia) lo perdieron todo no cuentan con estabilidad economica no se han podido reponer el daño dejado por la guerra.

5. Descripción del plan de atención en salud física y mental

Pacientes Ser direccionau a las EPS donde estan afiliados Nutual ser y salud Total.

6. Descripción del plan de atención psicosocial. (Modalidad, nivel, tema.)

Familiar
consejeria y Apoyo familiar, Habilidades Para favorecer la expresion y canalizacion Emocional.

7. Remisiones:

Especialidad: _____

Ruta de atención: Infancia, Adolescencia y planificación familiar

8. Recomendaciones en salud y bienestar psicosocial. (Cuidado propio)

Se recomienda continuar con la atencion psicosocial y salud.

Firma Profesionales que diligencian

Luisa Noriega Camargo.
C.C. 1081487304.

C.C.

Ramos.
C.C. 34.996044

C.C.

Fecha: 15 - 05 - 2023

MODALIDAD FAMILIAR (TORDECILLA) – EQUIPO DE SALUD

PROFESIONAL PSICOSOCIAL – NELCY LOPEZ

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL	Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas – Papsivi JUNTA EQUIPO DE ATENCIÓN INTEGRAL	Vidasinú

1. Datos de identificación

Familia s Margarita Tordecilla

2. Documentos de identidad de la o las personas atendidas.

Tipo documento de identidad: CC X TI__ RC__ No. 42653150
Tipo documento de identidad: CC X TI__ RC__ No. 1192737 38
Tipo documento de identidad: CC__ TI X RC__ No. 1233340458
Tipo documento de identidad: CC X TI__ RC__ No. 1067905747
Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. _____
Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. _____

3. Descripción de la situación en salud física y mental.

CC 42653150 Margarita Tordecilla Paciente sin antecedentes patologico de importancia
CC 1192737738 Harly Aguilar. Paciente sin antecedentes patologico de importancia

4. Descripción de la situación en afectación psicosocial. (Daño)

Daño: Se Verifica en la familia que persiste en la familia afectación Emocional (sentimientos de dolor y tristeza ocasionado por los hechos de violencia.

5. Descripción del plan de atención en salud física y mental

Margarita, captacion Ruta ruta adultez
Harly al dia con todas las rutas a direccional.

6. Descripción del plan de atención psicosocial. (Modalidad, nivel, tema.)

Familias.
Consejeria y Apoyo familiar Habilidades para fortalecer la expresion y confianza Emocional.

7. Remisiones:

Especialidad: _____

Ruta de atención: Adultez e infancia.

8. Recomendaciones en salud y bienestar psicosocial. (Cuidado propio)

Se recomiendo seguimiento en atencion psicosocial y Salud.

Firma Profesionales que diligencian

Luisa Patricia Zamarra
C.C. 1069.487.304.

C.C. 22577921

Daniela
C.C. 34996044

C.C. _____

Fecha: 15 – 05 – 2023

Margarita Tordecilla

3. Descripcion de la situacion en salud fisica y Mental.

T. I 1233340458 samy Tordecilla, paciente sin antecedentes patologicos de importancia. paciente con los controles en la salud al dia.

CC 1067905747 Adair Tordecilla, paciente sin antecedentes patologicos de importancia. Paciente direccionado para la ruta de adultez.

MODALIDAD FAMILIAR (ALEGRIA) – EQUIPO DE SALUD

PROFESIONAL PSICOSOCIAL – NELCY LOPEZ

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL	Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas – Papsivi JUNTA EQUIPO DE ATENCIÓN INTEGRAL	vidasinú

1. Datos de identificación

Familia S Mercedes Alegria

2. Documentos de identidad de la ~~s~~les personas atendidas.

Tipo documento de identidad: CC X TI__ RC__ No. 26248959
Tipo documento de identidad: CC X TI__ RC__ No. 1067930990
Tipo documento de identidad: CC__ TI X RC__ No. 1062979222
Tipo documento de identidad: CC X TI__ RC__ No. 1067889338
Tipo documento de identidad: CC X TI__ RC__ No. 1063716924
Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. _____

3. Descripción de la situación en salud física y mental.	4. Descripción de la situación en afectación psicosocial. (Daño)
CC 26248959 Mercedes Alegria Paciente sin antecedentes patologicos de importancia CC 1067930990 Ivon camargo, no esta en la base de datos de la ESE vida sino -	Daño: Se conoció que aun persiste afectaciones de índole emocional sentimientos (tristeza y dolor) al recordar personas que fallecieron en el conflicto armado.
5. Descripción del plan de atención en salud física y mental	**6. Descripción del plan de atención psicosocial. (Modalidad, nivel, tema.)**
Mercedes, se debe direccionar a la ruta de promoción y Mantenimiento	Familiar Consejeria y Apoyo familiar Habilidades para proyectar la expresion y canalizacion Emocional.
7. Remisiones: **Especialidad:** _____ **Ruta de atención:** ~~Vejez y su ventud~~ E infancia	**8. Recomendaciones en salud y bienestar psicosocial. (Cuidado propio)** Se recomienda continuar con el proceso de atención psicosocial y salud.

Firma Profesionales que diligencian

Luisa Moreno Camargo. — c.c. 1.069.187.304.
c.c. 34996044 — c.c. 2757987

Fecha: 15 – 05 – 2023

Ficha de registro junio EAI Página 1 de 1

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL	Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas – Papsivi JUNTA EQUIPO DE ATENCIÓN INTEGRAL	vidasinú

Mercedes Alegria
3. Descripcion de la situacion en salud fisica x Mental
T. I 1062979222 Maria Lara, Paciente sin antecedentes patologicos de importancia.
Paciente esta al dia con todos sus controles de acuerdo a su edad.

CC 1067889338 Deivi Lara, paciente sin antecedentes patologicos de importancia.
Paciente se direcciona a la ruta de planificacion familiar

CC. 1063716924 Yulisa Tordecilla, paciente sin antecedentes patologicos de importancia, paciente gestante con todos sus Controles al dia.

MODALIDAD FAMILIAR (GALLEGO) – EQUIPO DE SALUD

PROFESIONAL PSICOSOCIAL – NELCY LOPEZ

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL	Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas – Papsivi JUNTA EQUIPO DE ATENCIÓN INTEGRAL	vidasinú

1. Datos de identificación

Familias Osorio Gallego

2. Documentos de identidad de la o las personas atendidas.

Tipo documento de identidad: CC x TI__ RC__ No. 42652198
Tipo documento de identidad: CC x TI__ RC__ No. 85150 96
Tipo documento de identidad: CC x TI__ RC__ No. 50970743
Tipo documento de identidad: CC x TI__ RC__ No. 1003432278
Tipo documento de identidad: CC x TI__ RC__ No. 1067960575
Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. _____

3. Descripción de la situación en salud física y mental.	4. Descripción de la situación en afectación psicosocial. (Daño)
CC 42652198 catalina Gallego, paciente sin antecedentes patologicos conocido CC 85150 96 Edinsón osorio, paciente sin antecedentes conocido.	Daño: Se evidencia que la familia tiene secuelas persistente Emocional sentimientos de tristeza, Melancolia causado por el conflicto armado.
5. Descripción del plan de atención en salud física y mental	**6. Descripción del plan de atención psicosocial. (Modalidad, nivel, tema.)**
Pacientes catalina y Edinson, se derivan a la ruta de promocion y Mantenimiento.	- Familias - consejeria y apoyo familiar - Habilidades para favorecer la expresión y canalizacion Emocional.
7. Remisiones: **Especialidad:** _____ **Ruta de atención:** Adultez, Juventud y planificacion familiar	**8. Recomendaciones en salud y bienestar psicosocial. (Cuidado propio)** Se recomienda la Atencion Psicosocial y salud.

Firma Profesionales que diligencian

Luisa Monsalve Gamarra.
C.C. 1069.487.304.

C.C. 27779??

C.C. 34996 044

C.C.

Fecha: 16 - 05 - 2023

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL	Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas – Papsivi JUNTA EQUIPO DE ATENCIÓN INTEGRAL	vidasinú

Osorio Gallego

3. Descripcion de la Situacion en salud fisica y Mental.

CC 50 970 743 Nelcy osorio, paciente aparentemente sano
paciente se debe direccional a la ruta de planificacion.

CC 1003 432 278 Jesus David torres, paciente aparentemente sano, se debe direccional a la ruta de planificacion

CC 1067960575 Jose Torres osorio, paciente aparentemente sano y que asiste a sus controles puntuales.
Ruta: Juventud.

MODALIDAD FAMILIAR (IZQUIERDO) – EQUIPO DE SALUD

PROFESIONAL PSICOSOCIAL – NELCY LOPEZ

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL	Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas – Papsivi JUNTA EQUIPO DE ATENCIÓN INTEGRAL	vidasinú

1. Datos de Identificación

Familia: Pereira Izquierdo

2. Documentos de identidad de la o las personas atendidas.

Tipo documento de identidad: CC X TI__ RC__ No. 50933229
Tipo documento de identidad: CC X TI__ RC__ No. 1040373243
Tipo documento de identidad: CC X TI__ RC__ No. 78713749
Tipo documento de identidad: CC__ TI X RC__ No. 1067909531
Tipo documento de identidad: CC__ TI X RC__ No. 1068429695
Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. _____

3. Descripción de la situación en salud física y mental.

CC 50933229 Ana Izquierdo, paciente sin antecedentes patologico de importancia
CC 1040373243 Paula Jimenez, No esta en la base de datos de la ese Vida Sinu.

4. Descripción de la situación en afectación psicosocial. (Daño)

Afectación: conflicto intrafamiliar Sienten malestar por no contar con estabilidad economica, los genera, enojo, angustia y muchas veces rabia, todas esas situación que viven es generado por el conflicto armado.

5. Descripción del plan de atención en salud física y mental

Señora Ana, coptación para la ruta de Planificación familiar.

6. Descripción del plan de atención psicosocial. (Modalidad, nivel, tema.)

Modalidad Familiar consejeria y Apoyo Familiar Soluciones de problema Intrafamiliar

7. Remisiones:

Especialidad: _____

Ruta de atención: Planificacion Fliar

8. Recomendaciones en salud y bienestar psicosocial. (Cuidado propio)

Se recomienda seguir con la Atencion psicosocial y salud.

Firma Profesionales que diligencian

Luisa Noriega Camargo.
C.C. 1069 487.304.

C.C. 2757982

RDB
C.C 34.996 044

C.C.

Fecha: 15-05-2023

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL	Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas – Papsivi JUNTA EQUIPO DE ATENCIÓN INTEGRAL	vidasinú

Pereira Izquierdo

3. Descripcion de la situacion en Salud fisica y Mental.

CC 78713749 Hilario Pereira, Paciente sin antecedentes patologica de importancia.
Paciente recibe actualmente todos los controles correspondiente a la salud al dia

T.I 1067909531 valentina Pereira, paciente sin antecedentes patologica de importancia.
Paciente esta al dia con todos los controles medicos

T.I 1068429695 Jairo Pereira, paciente sin antecedentes patologica de importancia, paciente se enrola al programa de infancia

MODALIDAD FAMILIAR (POLO MARQUEZ) – EQUIPO DE SALUD

PROFESIONAL PSICOSOCIAL – NELCY LOPEZ

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL	Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas – Papsivi JUNTA EQUIPO DE ATENCIÓN INTEGRAL	vidasinú

1. Datos de identificación

Familia Polo Marquez

2. Documentos de identidad de la o las personas atendidas.

Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. 32292712
Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. 78710805
Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. 1009399371
Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. 1003434101
Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. _____
Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. _____

3. Descripción de la situación en salud física y mental.

CC 32292712 Enodis Marquez, Paciente sin antecedentes patologico conocido.

CC 78710805 Libardo polo, paciente sin antecedentes patologico conocido.

4. Descripción de la situación en afectación psicosocial. (Daño)

Daño persiste en la familia de Manera constante emociones negativas (rabia y angustia) cuando viene a la memoria los hechos de violencia.

5. Descripción del plan de atención en salud física y mental

Enodis, se deriva a la ruta de planificacion familiar y tamizaje de cancer
Libardo polo, se deriva a la ruta de planificacion familiar.

6. Descripción del plan de atención psicosocial. (Modalidad, nivel, tema.)

Familiar
Consejeria y Apoyo familiar
Habilidades para favorecer la expresión y canalización Emocional.

7. Remisiones:

Especialidad: _____

Ruta de atención: Tamizaje cancer y Planificacion familiar.

8. Recomendaciones en salud y bienestar psicosocial. (Cuidado propio)

Se recomienda continuar con la atención psicosocial y salud.

Firma Profesionales que diligencian

Luisa Monterroza Camargo.
C.C. 1069.487.304

C.C. 2479 PJ

C.C. 34 996 044

C.C. _____

Fecha: 19 - 05 - 2023

MODALIDAD FAMILIAR (ALARCON) – EQUIPO DE SALUD

PROFESIONAL PSICOSOCIAL – NELCY LOPEZ

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL	Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas – Papsivi **JUNTA EQUIPO DE ATENCIÓN INTEGRAL**	vidasinú

1. Datos de identificación

Familia: Sery Alarcón

2. Documentos de identidad de la o las personas atendidas.

Tipo documento de identidad: CC X TI__ RC__ No. 50924244
Tipo documento de identidad: CC X TI__ RC__ No. 1003430973
Tipo documento de identidad: CC X TI__ RC__ No. 1067943039
Tipo documento de identidad: CC__ TI X RC__ No. 1035066483
Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. _____
Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. _____

3. Descripción de la situación en salud física y mental.	4. Descripción de la situación en afectación psicosocial. (Daño)
CC 50924244 Sery Alarcon Paciente sin antecedentes Patologico de importancia	Daño: Emocional reflejado en sentimientos de miedo, rabia y tristeza Se hace constante en esta familia cuando recuerdan las amenazas y lo que perdieron por los hechos de violencia
5. Descripción del plan de atención en salud física y mental	**6. Descripción del plan de atención psicosocial. (Modalidad, nivel, tema.)**
Paciente se capta para tamizaje acorde a su etapa del desarrollo	Familiar consejeria y Apoyo familiar Habilidades para favorecer la expresion y canalizacion Emocional.
7. Remisiones: **Especialidad:** _____ **Ruta de atención:** Adultez y juventud	**8. Recomendaciones en salud y bienestar psicosocial. (Cuidado propio)** Se recomienda seguir con las Atenciones en: Psicosocial y salud.

Firma Profesionales que diligencian

Luisa Tompsa Camargo.
C.C. 1.069487804

C.C. 2757787

C.C. 34946044

C.C.

Fecha: 16-05-2023

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL	Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas – Papsivi **JUNTA EQUIPO DE ATENCIÓN INTEGRAL**	vidasinú

Sery Alarcon

3- Descripción de la Situación en salud física y Mental

cc 50924244 Sery Alarcón

cc - 1003430973 Sandy causil: Paciente sin antecedentes Patologico

5. Descripcion Plan de Atencion en salud fisica y Mental Sandy causil: captacion para ruta de Juventud.

CC 1067943039 sergio causil: Paciente no se encuentra en base de datos de vida sino y se direcciona a su EPS.

T.I. 1055664483 valentina Alvarez: Paciente no se encuentra en base de datos de Vida sino y se envia asu respectiva EPS.

C.C. 1003466660 Miguel Baloya: Paciente no se encuentra en base de datos vida sino y se direcciona a su EPS

MODALIDAD FAMILIAR (OLEA) – EQUIPO DE SALUD

PROFESIONAL PSICOSOCIAL – NELCY LOPEZ

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL	Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas – Papsivi JUNTA EQUIPO DE ATENCIÓN INTEGRAL	vidasinú

1. Datos de identificación

Uberlina olea

2. Documentos de identidad de la o las personas atendidas.

Tipo documento de identidad: CC X TI__ RC__ No. 50891691
Tipo documento de identidad: CC X TI__ RC__ No. 25786060
Tipo documento de identidad: CC X TI__ RC__ No. 1003398872
Tipo documento de identidad: CC__ TI X RC__ No. 1062959471
Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. _____
Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. _____

3. Descripción de la situación en salud física y mental.	4. Descripción de la situación en afectación psicosocial. (Daño)
CC 50891691 Uberlina olea, paciente sin antecedentes de importancia.	Daño: En la familia Persiste el daño Emocional como es sentimiento de rabia, tristeza y Melancolía ocasionado por los hechos de violencia.
5. Descripción del plan de atención en salud física y mental	**6. Descripción del plan de atención psicosocial. (Modalidad, nivel, tema.)**
Debe ser direccionada a la ruta de Adultez	Modalidad familiar - consejería y Apoyo familias Habilidades para fortalecer la expresión y canalización Emocional.
7. Remisiones:	**8. Recomendaciones en salud y bienestar psicosocial. (Cuidado propio)**
Especialidad: _____	- Se recomienda Seguir con la Atención Psicosocial.
Ruta de atención: Adultez y Juventud	

Firma Profesionales que diligencian

Luisa Maritza Camargo.
C.C. 1.069487304.

C.C.

C.C. 34996044

C.C.

Fecha: 16-05-2023

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL	Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas – Papsivi JUNTA EQUIPO DE ATENCIÓN INTEGRAL	vidasinú

Uberlina olea

Descripcion de la Situacion en salud fisica y Mental

CC 25786060 yulis yanes: Usuario no aparece en la base de datos de vida Sinú, se direcciona a su EPS.

CC 1003398872 Margarita olea: Paciente sin antecedentes Patologico de importancia

Descripcion del plan de Atencion en salud fisica y Mental

Margarita olea: El Paciente se direcciona al programa de la juventud

CC 1062959471 Maria Escobar: Usuario no aparece en base de datos de vida Sinú y se direcciona a su EPS

OBLIGACIÓN NO. 01

Subactividad (h)

Subactividad h) GARANTIZAR EL SEGUIMIENTO DEL PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL, a través de Consultas de seguimiento realizadas por el EAI, para conocer el avance del proceso respecto a los objetivos del Plan de Atención Integral, conforme a los lineamientos para la ejecución de los recursos destinados a cofinanciar la implementación del PROGRAMA DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL Y SALUD INTEGRAL A VICTIMAS DEL CONFLICTO ARMADO.

Primer seguimiento a los 56 planes de atenciones por enfermería

Mes de mayo de 2023

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL	**Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas – PAPSIVI** **FORMATO DE REPORTE DE LAS ACCIONES DE ENFERMERÍA**	vidasinú

1. Datos de identificación
Nombre que identifique a la persona o grupo familiar: ALBERTO MIGUEL PAEZ Modalidad de atención: INDIVIDUAL X FAMILIAR__ 1. Tipo documento de identidad: CCX__ TI__ RC__ No. 6687332 2. Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. _____ 3. Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. _____ 4. Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. _____ 5. Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. _____ Fecha de inicio del Plan de Atención Integral: 15/ 05 / 2023 Fecha del seguimiento por enfermería: 29/ 05 / 2023 ESE /IPS: ESE VIDASINÚ

2. Seguimiento al Plan de Atención Integral				
Acciones	**Seguimiento**	**Servicios o tecnologías recibidas individual** (señale con una X)	**Servicios o tecnologías recibidas familiar** (señale el número de la persona que recibió el servicio, conforme a la numeración asignada en el ítem 1. "datos de identificación")	**Observaciones** (señale la información adicional que considere relevante)
Desarrollo de acciones en salud	Asistencia a citas de acuerdo con el estado de salud de la persona o familia atendida.	Crónico__ Materno Infantil __ Terapias __ Salud Visual _X_ Salud Bucal __ Salud metal___ Otro:_____	Crónico_ Materno Infantil __ Terapias __ Salud Visual __ Salud Bucal __ Salud metal___ Otro:_____	SE VERIFICA CUMPLIMIENTO DE CITA RUTA PYM VEJEZ
	Asistencia a servicios de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación en el marco de las Rutas de Atención Integral en Salud (RIAS). (tenga en cuenta que	Vacunación __ Planificación Familiar _X_ Salud Visual _X_ Salud Bucal __ Otro:_____	Vacunación _ Planificación Familiar __ Salud Visual __ Salud Bucal __ Otro:_____	

	para todos los casos se deberá remitir mínimo a la Ruta de promoción y mantenimiento de la salud)			
	Asistencia a servicios de atención integral por otras disciplinas y especialidades (cuando aplique)	Servicio/atención: ___OFTALMOLOGIA_ _____ Cumplimiento: Sí ___ No ___	Servicio/atención: _____ Cumplimiento: Sí ___ No ___	

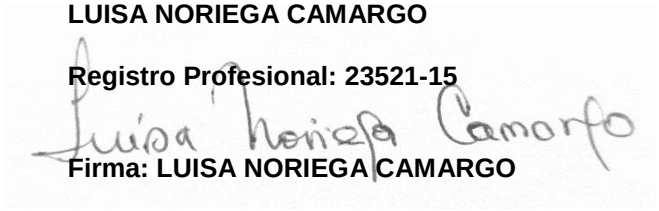
Acciones	**Seguimiento**	**Servicios o tecnologías recibidas individual** (señale con una X)	**Observaciones** (señale la información adicional que considere relevante
Desarrollo de acciones psicosociales	Periodicidad planeada de las sesiones de atención psicosocial en el Plan de Atención Integral.	Semanal _X_ Quincenal __ Mensual __	
	Número de sesiones de atención psicosocial del plan de atención integral.	Sesiones planeadas: _8__ Sesiones realizadas a la fecha: _____2_____	
	Fechas programadas de siguientes sesiones psicosociales:	Fecha: _30/05/2023__	

3. Resultados del seguimiento
• **Cumplimiento de periodicidad de las sesiones psicosociales del Plan de Atención Integral planeadas (señale con una X):** Sí _X__ No ___ En caso de no cumplimiento, indique la razón:
• **Acciones y gestiones pendientes a realizar de acuerdo a las observaciones:** **PENDIENTE GESTIÓN DE CITA OPTOMETRIA** **SE VERIFICA CUMPLIMIENTO DE PROGRAMA SEGÚN CURSO DE VIDA VEJEZ**

Nombre del Profesional que diligencia:

LUISA NORIEGA CAMARGO

Registro Profesional: 23521-15



Firma: LUISA NORIEGA CAMARGO

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL	**Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas – PAPSIVI** **FORMATO DE REPORTE DE LAS ACCIONES DE ENFERMERÍA**	**Logo Institucional** vidasinú

1. Datos de identificación
Nombre que identifique a la persona o grupo familiar: ANA BEATRIZ PALMERA Modalidad de atención: INDIVIDUAL X FAMILIAR__ 1. Tipo documento de identidad: CC_X_ TI__ RC__ No. 50927542 2. Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. _____ 3. Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. _____ 4. Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. _____ 5. Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. _____ Fecha de inicio del Plan de Atención Integral: 18/ 05 / 2023 Fecha del seguimiento por enfermería: 31/ 05 / 2023 ESE /IPS: ESE VIDASINÚ

2. Seguimiento al Plan de Atención Integral				
Acciones	**Seguimiento**	**Servicios o tecnologías recibidas individual** (señale con una X)	**Servicios o tecnologías recibidas familiar** (señale el número de la persona que recibió el servicio, conforme a la numeración asignada en el ítem 1. "datos de identificación")	**Observaciones** (señale la información adicional que considere relevante)
Desarrollo de acciones en salud	Asistencia a citas de acuerdo con el estado de salud de la persona o familia atendida.	Crónico__ Materno Infantil __ Terapias __ Salud Visual __ Salud Bucal __ Salud metal___ Otro:_____	Crónico_ Materno Infantil __ Terapias __ Salud Visual __ Salud Bucal __ Salud metal___ Otro:_____	*USUARIA CON ANTECEDENTES DE NO ACEPTAR ATENCIONES
	Asistencia a servicios de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación en el marco de las Rutas de Atención Integral en Salud (RIAS). (tenga en cuenta que	Vacunación __ Planificación Familiar __ Salud Visual __ Salud Bucal __ Otro:_____	Vacunación _ Planificación Familiar __ Salud Visual __ Salud Bucal __ Otro:_____	

	para todos los casos se deberá remitir mínimo a la Ruta de promoción y mantenimiento de la salud)			
	Asistencia a servicios de atención integral por otras disciplinas y especialidades (cuando aplique)	Servicio/atención: _____ Cumplimiento: Sí ___ No ___	Servicio/atención: _____ Cumplimiento: Sí ___ No ___	

Acciones	Seguimiento	Servicios o tecnologías recibidas individual (señale con una X)	Observaciones (señale la información adicional que considere relevante
Desarrollo de acciones psicosociales	Periodicidad planeada de las sesiones de atención psicosocial en el Plan de Atención Integral.	Semanal _X_ Quincenal __ Mensual __	
	Número de sesiones de atención psicosocial del plan de atención integral.	Sesiones planeadas: _8__ Sesiones realizadas a la fecha: _____2_____	
	Fechas programadas de siguientes sesiones psicosociales:	Fecha: Se han acordado fechas y la Sra. Palmera ha incumplido. Se asigna sesión nuevamente para 01/06/2023	

3. Resultados del seguimiento

- **Cumplimiento de periodicidad de las sesiones psicosociales del Plan de Atención Integral planeadas (señale con una X):**

Sí ___
No __x_

En caso de no cumplimiento, indique la razón: Se han acordado fechas y cuando llego a la vivienda nadie abre la puerta o me dicen que la Sra. no se encuentra, la llamo y no responde, le escribo y me deja en visto

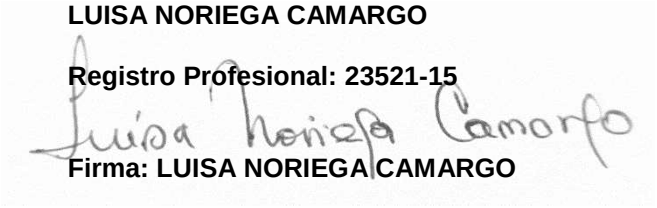
- **Acciones y gestiones pendientes a realizar de acuerdo a las observaciones:**

*USUARIA CON ANTECEDENTES DE NO ACEPTAR ATENCIONES

Nombre del Profesional que diligencia:

LUISA NORIEGA CAMARGO

Registro Profesional: 23521-15



Firma: LUISA NORIEGA CAMARGO

1. Datos de identificación

Nombre que identifique a la persona o grupo familiar: ARGENIDA MARIA TRIANA

Modalidad de atención: INDIVIDUAL _X_ FAMILIAR__

1. Tipo documento de identidad: CC_X_ TI__ RC__ No. 34993475
2. Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. _____
3. Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. _____
4. Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. _____
5. Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. _____

Fecha de inicio del Plan de Atención Integral: 16/ 05 / 2023
Fecha del seguimiento por enfermería: 30/ 05 / 2023

ESE /IPS: ESE VIDASINÚ

2. Seguimiento al Plan de Atención Integral				
Acciones	**Seguimiento**	**Servicios o tecnologías recibidas individual** (señale con una X)	**Servicios o tecnologías recibidas familiar** (señale el número de la persona que recibió el servicio, conforme a la numeración asignada en el ítem 1. “datos de identificación”)	**Observaciones** (señale la información adicional que considere relevante)
Desarrollo de acciones en salud	Asistencia a citas de acuerdo con el estado de salud de la persona o familia atendida.	Crónico__ Materno Infantil __ Terapias __ Salud Visual __ Salud Bucal __ Salud metal___ Otro:_____	Crónico_ Materno Infantil __ Terapias __ Salud Visual __ Salud Bucal __ Salud metal___ Otro:_____	REFIERE SENTIRSE BIEN, CUMPLIMIENTO DE CITA PENDIENTE AUTORIZACIÓN PARA INTERCONSULTA POR DERMATOLOGIA Y OPTOMETRÍA. SE LE EDUCA SOBRE ESTILOS DE VIDA SALUDABLE Y SE REALIZA DEMANDA INDUCIDA PARA ODONTOLOGÍA.

				P/ CITA
	Asistencia a servicios de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación en el marco de las Rutas de Atención Integral en Salud (RIAS). (tenga en cuenta que para todos los casos se deberá remitir mínimo a la Ruta de promoción y mantenimiento de la salud)	Vacunación __ Planificación Familiar __ Salud Visual __ Salud Bucal X__ Otro:_____	Vacunación _ Planificación Familiar __ Salud Visual __ Salud Bucal __ Otro:_____	
	Asistencia a servicios de atención integral por otras disciplinas y especialidades (cuando aplique)	Servicio/atención: ___DERMATOLOGIA-OPTOMETRIA Cumplimiento: Sí ___ No _X__	Servicio/atención: _____ Cumplimiento: Sí ___ No ___	

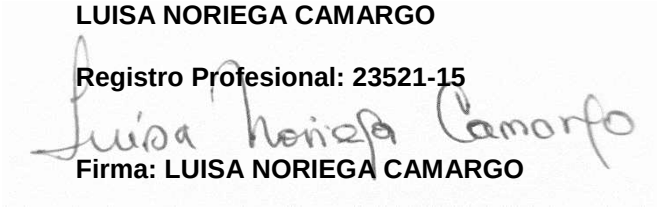
Acciones	**Seguimiento**	**Servicios o tecnologías recibidas individual** (señale con una X)	**Observaciones** (señale la información adicional que considere relevante
Desarrollo de acciones psicosociales	Periodicidad planeada de las sesiones de atención psicosocial en el Plan de Atención Integral.	Semanal _X_ Quincenal __ Mensual __	
	Número de sesiones de atención psicosocial del plan de atención integral.	Sesiones planeadas: _8__ Sesiones realizadas a la fecha: _____2_____	
	Fechas programadas de siguientes sesiones psicosociales:	Fecha: _07/06/2023_	

3. Resultados del seguimiento
• **Cumplimiento de periodicidad de las sesiones psicosociales del Plan de Atención Integral planeadas (señale con una X):** Sí _X_ No ___ En caso de no cumplimiento, indique la razón:
• **Acciones y gestiones pendientes a realizar de acuerdo a las observaciones:** **PENDIENTE AUTORIZACIÓN PARA INTERCONSULTA POR DERMATOLOGIA Y OPTOMETRÍA.** **SE REALIZA DEMANDA INDUCIDA PARA ODONTOLOGÍA. P/ CITA**

Nombre del Profesional que diligencia:

LUISA NORIEGA CAMARGO

Registro Profesional: 23521-15



Firma: LUISA NORIEGA CAMARGO

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL	**Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas – PAPSIVI** **FORMATO DE REPORTE DE LAS ACCIONES DE ENFERMERÍA**	**Logo Institucional** vidasinú

1. Datos de identificación
Nombre que identifique a la persona o grupo familiar: BERNUIL DEL CARMEN CHAVEZ ESPITIA Modalidad de atención: INDIVIDUAL X FAMILIAR__ 1. Tipo documento de identidad: CCX__ TI__ RC__ No. 34974612 2. Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. _____ 3. Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. _____ 4. Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. _____ 5. Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. _____ Fecha de inicio del Plan de Atención Integral: 16/ 05 / 2023 Fecha del seguimiento por enfermería: 31/ 05 / 2023 ESE /IPS: ESE VIDASINÚ

2. Seguimiento al Plan de Atención Integral				
Acciones	**Seguimiento**	**Servicios o tecnologías recibidas individual** (señale con una X)	**Servicios o tecnologías recibidas familiar** (señale el número de la persona que recibió el servicio, conforme a la numeración asignada en el ítem 1. "datos de identificación")	**Observaciones** (señale la información adicional que considere relevante)
Desarrollo de acciones en salud	Asistencia a citas de acuerdo con el estado de salud de la persona o familia atendida.	Crónico__X Materno Infantil __ Terapias __ Salud Visual __ Salud Bucal __ Salud metal___ Otro:_____	Crónico_ Materno Infantil __ Terapias __ Salud Visual __ Salud Bucal __ Salud metal___ Otro:_____	SE VERIFICA INGRESO A RUTA SEGÚN CICLO DE VIDA VEJEZ. USUARIO EN RUTA CCVM ADHERENTE
	Asistencia a servicios de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación en el marco de las Rutas de Atención	Vacunación __ Planificación Familiar __ Salud Visual __ Salud Bucal __ Otro:_____	Vacunación _ Planificación Familiar __ Salud Visual __ Salud Bucal __ Otro:_____	

	Integral en Salud (RIAS). (tenga en cuenta que para todos los casos se deberá remitir mínimo a la Ruta de promoción y mantenimiento de la salud)			
	Asistencia a servicios de atención integral por otras disciplinas y especialidades (cuando aplique)	Servicio/atención: _____ Cumplimiento: Sí ___ No ___	Servicio/atención: _____ Cumplimiento: Sí ___ No ___	

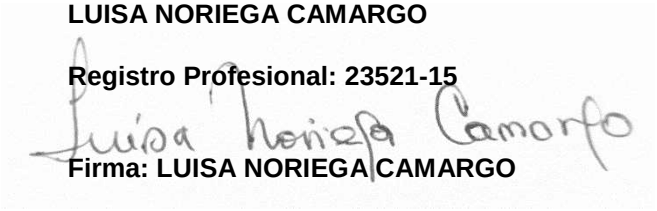
Acciones	**Seguimiento**	**Servicios o tecnologías recibidas individual** (señale con una X)	**Observaciones** (señale la información adicional que considere relevante
Desarrollo de acciones psicosociales	Periodicidad planeada de las sesiones de atención psicosocial en el Plan de Atención Integral.	Semanal _x_ Quincenal __ Mensual __	
	Número de sesiones de atención psicosocial del plan de atención integral.	Sesiones planeadas: _8__ Sesiones realizadas a la fecha: _2_	
	Fechas programadas de siguientes sesiones psicosociales:	Fecha: 01/06/2023	

3. Resultados del seguimiento
• **Cumplimiento de periodicidad de las sesiones psicosociales del Plan de Atención Integral planeadas (señale con una X):** Sí __X_ No ___ En caso de no cumplimiento, indique la razón:
• **Acciones y gestiones pendientes a realizar de acuerdo a las observaciones:** SE VERIFICA INGRESO A RUTA SEGÚN CICLO DE VIDA VEJEZ. USUARIO EN RUTA CCVM ADHERENTE

Nombre del Profesional que diligencia:

LUISA NORIEGA CAMARGO

Registro Profesional: 23521-15



Firma: LUISA NORIEGA CAMARGO

1. Datos de identificación
Nombre que identifique a la persona o grupo familiar: CERLY GRANDETH FUENTES Modalidad de atención: INDIVIDUAL X FAMILIAR__ 1. Tipo documento de identidad: CC_X_ TI__ RC__ No. 1067853156 2. Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. _____ 3. Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. _____ 4. Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. _____ 5. Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. _____ Fecha de inicio del Plan de Atención Integral: 17/ 05 / 2023 Fecha del seguimiento por enfermería: 31/ 05 / 2023 ESE /IPS:

2. Seguimiento al Plan de Atención Integral				
Acciones	**Seguimiento**	**Servicios o tecnologías recibidas individual** (señale con una X)	**Servicios o tecnologías recibidas familiar** (señale el número de la persona que recibió el servicio, conforme a la numeración asignada en el ítem 1. "datos de identificación")	**Observaciones** (señale la información adicional que considere relevante)
Desarrollo de acciones en salud	Asistencia a citas de acuerdo con el estado de salud de la persona o familia atendida.	Crónico__ Materno Infantil __ Terapias __ Salud Visual __ Salud Bucal __ Salud metal___ Otro:_____	Crónico_ Materno Infantil __ Terapias __ Salud Visual __ Salud Bucal __ Salud metal___ Otro:_____	LLAMADA NO ATENDIDA 3148969342 ADRES SALUD TOTAL SUBSIDIADO
	Asistencia a servicios de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación en el marco de las Rutas de Atención Integral en Salud (RIAS).	Vacunación __ Planificación Familiar __ Salud Visual __ Salud Bucal __ Otro:_____	Vacunación _ Planificación Familiar __ Salud Visual __ Salud Bucal __ Otro:_____	

	(tenga en cuenta que para todos los casos se deberá remitir mínimo a la Ruta de promoción y mantenimiento de la salud)			
	Asistencia a servicios de atención integral por otras disciplinas y especialidades (cuando aplique)	Servicio/atención: _____ Cumplimiento: Sí ___ No ___	Servicio/atención: _____ Cumplimiento: Sí ___ No ___	

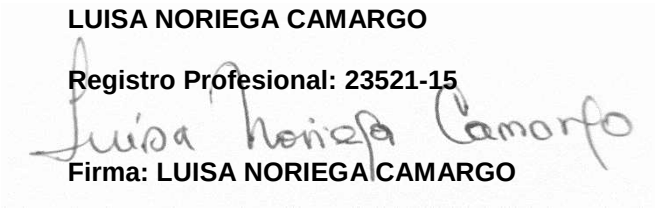
Acciones	Seguimiento	Servicios o tecnologías recibidas individual (señale con una X)	Observaciones (señale la información adicional que considere relevante
Desarrollo de acciones psicosociales	Periodicidad planeada de las sesiones de atención psicosocial en el Plan de Atención Integral.	Semanal _X_ Quincenal __ Mensual __	
	Número de sesiones de atención psicosocial del plan de atención integral.	Sesiones planeadas: _8__ Sesiones realizadas a la fecha: _____2_____	
	Fechas programadas de siguientes sesiones psicosociales:	Fecha: 07/06/2023	

3. Resultados del seguimiento
● **Cumplimiento de periodicidad de las sesiones psicosociales del Plan de Atención Integral planeadas (señale con una X):** Sí _X__ No ___ En caso de no cumplimiento, indique la razón:
● **Acciones y gestiones pendientes a realizar de acuerdo a las observaciones:** **LLAMADA NO ATENDIDA 3148969342 ADRES SALUD TOTAL SUBSIDIADO**

Nombre del Profesional que diligencia:

LUISA NORIEGA CAMARGO

Registro Profesional: 23521-15



Firma: LUISA NORIEGA CAMARGO

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL	**Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas – PAPSIVI** **FORMATO DE REPORTE DE LAS ACCIONES DE ENFERMERÍA**	vidasinú

1. Datos de identificación
Nombre que identifique a la persona o grupo familiar: CRISTINA ISABEL QUINTANA Modalidad de atención: INDIVIDUAL X FAMILIAR__ 1. Tipo documento de identidad: CC_X_ TI__ RC__ No. 50902666 2. Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. _____ 3. Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. _____ 4. Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. _____ 5. Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. _____ Fecha de inicio del Plan de Atención Integral: 15/ 05 / 2023 Fecha del seguimiento por enfermería: 31/ 05 / 2023 ESE /IPS: ESE VIDASINÚ

2. Seguimiento al Plan de Atención Integral				
Acciones	**Seguimiento**	**Servicios o tecnologías recibidas individual** (señale con una X)	**Servicios o tecnologías recibidas familiar** (señale el número de la persona que recibió el servicio, conforme a la numeración asignada en el ítem 1. "datos de identificación")	**Observaciones** (señale la información adicional que considere relevante)
Desarrollo de acciones en salud	Asistencia a citas de acuerdo con el estado de salud de la persona o familia atendida.	Crónico_X_ Materno Infantil __ Terapias __ Salud Visual __ Salud Bucal __ Salud metal___ Otro:NEFROPROTECCIÓN_____	Crónico_ Materno Infantil __ Terapias __ Salud Visual __ Salud Bucal __ Salud metal___ Otro:_____	SE VERIFICA CUMPLIMIENTO DE CITA RUTA SEGÚN CICO DE VIDA: VEJEZ. ADHERENTE A RUTA CCVM CON ATENCIÓN EN EL PROGRAMA DE NEFROPROTECCION
	Asistencia a servicios de promoción, prevención, tratamiento y	Vacunación __ Planificación Familiar __ Salud Visual __ Salud Bucal __	Vacunación _ Planificación Familiar __ Salud Visual __ Salud Bucal __	

	rehabilitación en el marco de las Rutas de Atención Integral en Salud (RIAS). (tenga en cuenta que para todos los casos se deberá remitir mínimo a la Ruta de promoción y mantenimiento de la salud)	Otro:_____	Otro:_____	
	Asistencia a servicios de atención integral por otras disciplinas y especialidades (cuando aplique)	Servicio/atención: _____NEFROPROTECCIÓN____ Cumplimiento: Sí __X_ No ___	Servicio/atención: _____ Cumplimiento: Sí ___ No ___	

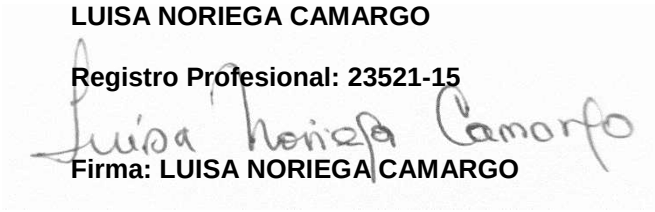
Acciones	Seguimiento	Servicios o tecnologías recibidas individual (señale con una X)	Observaciones (señale la información adicional que considere relevante
Desarrollo de acciones psicosociales	Periodicidad planeada de las sesiones de atención psicosocial en el Plan de Atención Integral.	Semanal _x_ Quincenal __ Mensual __	
	Número de sesiones de atención psicosocial del plan de atención integral.	Sesiones planeadas: __8_ Sesiones realizadas a la fecha: _____2_____	
	Fechas programadas de siguientes sesiones psicosociales:	Fecha: 05/06/2023	

3. Resultados del seguimiento
• **Cumplimiento de periodicidad de las sesiones psicosociales del Plan de Atención Integral planeadas (señale con una X):** Sí _x__ No ___ En caso de no cumplimiento, indique la razón:
• **Acciones y gestiones pendientes a realizar de acuerdo a las observaciones:** **SE VERIFICA CUMPLIMIENTO DE ATENCIÓN DE VEJEZ, RUTA CCVM Y NEFROPROTECCIÓN Y REALIZACIÓN DE EKG**

Nombre del Profesional que diligencia:

LUISA NORIEGA CAMARGO

Registro Profesional: 23521-15



Firma: LUISA NORIEGA CAMARGO

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL	**Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas – PAPSIVI**	vidasinú
	FORMATO DE REPORTE DE LAS ACCIONES DE ENFERMERÍA	

1. Datos de identificación
Nombre que identifique a la persona o grupo familiar: ESMERALDA ROSA CARMONA ALVAREZ Modalidad de atención: INDIVIDUAL _X_ FAMILIAR__ 1. Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. _25767786 2. Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. _____ 3. Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. _____ 4. Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. _____ 5. Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. _____ Fecha de inicio del Plan de Atención Integral:17/ 05 / 2023 Fecha del seguimiento por enfermería: 31/ 05 / 2023 ESE /IPS: _____

2. Seguimiento al Plan de Atención Integral				
Acciones	**Seguimiento**	**Servicios o tecnologías recibidas individual** (señale con una X)	**Servicios o tecnologías recibidas familiar** (señale el número de la persona que recibió el servicio, conforme a la numeración asignada en el ítem 1. "datos de identificación")	**Observaciones** (señale la información adicional que considere relevante)
Desarrollo de acciones en salud	Asistencia a citas de acuerdo con el estado de salud de la persona o familia atendida.	Crónico__ Materno Infantil __ Terapias __ Salud Visual __ Salud Bucal __ Salud metal___ Otro:_____	Crónico_ Materno Infantil __ Terapias __ Salud Visual __ Salud Bucal __ Salud metal___ Otro:_____	3135345930 LLAMADA NO ATENDIDA (6 INTENTOS) USUARIA NO ESTA EN BASE DE DATOS (ADRES EAPB EMNSANAR PALMIRA VALLE ESTADO RETIRADO)
	Asistencia a servicios de promoción, prevención,	Vacunación __ Planificación Familiar __ Salud Visual __	Vacunación _ Planificación Familiar __ Salud Visual __	

	tratamiento y rehabilitación en el marco de las Rutas de Atención Integral en Salud (RIAS). (tenga en cuenta que para todos los casos se deberá remitir mínimo a la Ruta de promoción y mantenimiento de la salud)	Salud Bucal __ Otro:_____	Salud Bucal __ Otro:_____	
	Asistencia a servicios de atención integral por otras disciplinas y especialidades (cuando aplique)	Servicio/atención: _____ Cumplimiento: Sí ___ No ___	Servicio/atención: _____ Cumplimiento: Sí ___ No ___	

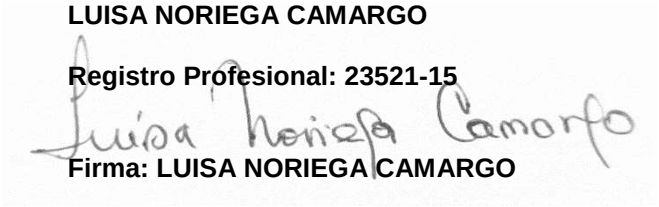
Acciones	**Seguimiento**	**Servicios o tecnologías recibidas individual** (señale con una X)	**Observaciones** (señale la información adicional que considere relevante
Desarrollo de acciones psicosociales	Periodicidad planeada de las sesiones de atención psicosocial en el Plan de Atención Integral.	Semanal _X_ Quincenal __ Mensual __	
	Número de sesiones de atención psicosocial del plan de atención integral.	Sesiones planeadas: _8__ Sesiones realizadas a la fecha: _____2_____	
	Fechas programadas de siguientes sesiones psicosociales:	Fecha: _05/06/2023	

3. Resultados del seguimiento
• **Cumplimiento de periodicidad de las sesiones psicosociales del Plan de Atención Integral planeadas (señale con una X):** Sí __X__ No ___ En caso de no cumplimiento, indique la razón:
• **Acciones y gestiones pendientes a realizar de acuerdo a las observaciones:** 3135345930 LLAMADA NO ATENDIDA (6 INTENTOS) USUARIA NO ESTA EN BASE DE DATOS (ADRES EAPB EMNSANAR PALMIRA VALLE ESTADO RETIRADO)

Nombre del Profesional que diligencia:

LUISA NORIEGA CAMARGO

Registro Profesional: 23521-15



Firma: LUISA NORIEGA CAMARGO

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL	**Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas – PAPSIVI** **FORMATO DE REPORTE DE LAS ACCIONES DE ENFERMERÍA**	**Logo Institucional** vidasinú

1. Datos de identificación
Nombre que identifique a la persona o grupo familiar: ESTELA GALVIS COGOLLO Modalidad de atención: INDIVIDUAL X FAMILIAR__ 1. Tipo documento de identidad: CC_X_ TI__ RC__ No. 50902763 2. Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. _____ 3. Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. _____ 4. Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. _____ 5. Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. _____ Fecha de inicio del Plan de Atención Integral: 09/ 05 / 2023 Fecha del seguimiento por enfermería: 24/ 05 / 2023 ESE /IPS: ESE VIDASINÚ

2. Seguimiento al Plan de Atención Integral				
Acciones	**Seguimiento**	**Servicios o tecnologías recibidas individual** (señale con una X)	**Servicios o tecnologías recibidas familiar** (señale el número de la persona que recibió el servicio, conforme a la numeración asignada en el ítem 1. "datos de identificación")	**Observaciones** (señale la información adicional que considere relevante)
Desarrollo de acciones en salud	Asistencia a citas de acuerdo con el estado de salud de la persona o familia atendida.	Crónico__ Materno Infantil __ Terapias __ Salud Visual __ Salud Bucal X__ Salud metal___ Otro:_____	Crónico_ Materno Infantil __ Terapias __ Salud Visual __ Salud Bucal __ Salud metal___ Otro:_____	. SE REALIZA DEMANDA INDUCIDA: - ODONTOLOGIA SE VERIFICA CUMPLIMIENTO DE RUTA SEGÚN CICLO DE VIDA:ADULTEZ Y DTA CA DE MAMA
	Asistencia a servicios de promoción,	Vacunación __ Planificación Familiar __	Vacunación _ Planificación Familiar __	

	prevención, tratamiento y rehabilitación en el marco de las Rutas de Atención Integral en Salud (RIAS). (tenga en cuenta que para todos los casos se deberá remitir mínimo a la Ruta de promoción y mantenimiento de la salud)	Salud Visual __ Salud Bucal __ Otro: DTA CA DE MAMA ADULTEZ	Salud Visual __ Salud Bucal __ Otro:_____	
	Asistencia a servicios de atención integral por otras disciplinas y especialidades (cuando aplique)	Servicio/atención: _____ Cumplimiento: Sí ___ No ___	Servicio/atención: _____ Cumplimiento: Sí ___ No ___	

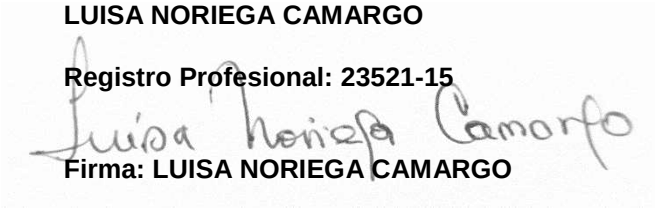
Acciones	Seguimiento	Servicios o tecnologías recibidas individual (señale con una X)	Observaciones (señale la información adicional que considere relevante
Desarrollo de acciones psicosociales	Periodicidad planeada de las sesiones de atención psicosocial en el Plan de Atención Integral.	Semanal _x_ Quincenal __ Mensual __	
	Número de sesiones de atención psicosocial del plan de atención integral.	Sesiones planeadas: _8__ Sesiones realizadas a la fecha: _2_____	
	Fechas programadas de siguientes sesiones psicosociales:	Fecha:02/06/2023	

3. Resultados del seguimiento
• **Cumplimiento de periodicidad de las sesiones psicosociales del Plan de Atención Integral planeadas (señale con una X):** Sí _x__ No ___ En caso de no cumplimiento, indique la razón:
• **Acciones y gestiones pendientes a realizar de acuerdo a las observaciones:** **SE REALIZA DEMANDA INDUCIDA:** **-ODONTOLOGIA** **P/ ASIGNAR CITA (CS RANCHO GRANDE)** **NOTA: SE VERIFICA CUMPLIMIENTO DE INGRESO A ADULTEZ SEGÚN CICLO DE VIDA Y DTA CA DE MAMA**

Nombre del Profesional que diligencia:

LUISA NORIEGA CAMARGO

Registro Profesional: 23521-15



Firma: LUISA NORIEGA CAMARGO

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL	**Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas – PAPSIVI** **FORMATO DE REPORTE DE LAS ACCIONES DE ENFERMERÍA**	**Logo Institucional** vidasinú

1. Datos de identificación
Nombre que identifique a la persona o grupo familiar: FAMILIA ALEAN ENSUNCHO Modalidad de atención: INDIVIDUAL- FAMILIAR_X_ 1. Tipo documento de identidad: CC_X_ TI__ RC__ No. 10780260 2. Tipo documento de identidad: CC_X_ TI__ RC__ No. 25774471 3. Tipo documento de identidad: CC_X_ TI__ RC__ No. 25774447 4. Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. _____ 5. Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. _____ Fecha de inicio del Plan de Atención Integral: 09/ 05 / 2023 Fecha del seguimiento por enfermería: 30/ 05 / 2023 ESE /IPS: ESE VIDASINÚ

2. Seguimiento al Plan de Atención Integral				
Acciones	**Seguimiento**	**Servicios o tecnologías recibidas individual** (señale con una X)	**Servicios o tecnologías recibidas familiar** (señale el número de la persona que recibió el servicio, conforme a la numeración asignada en el ítem 1. "datos de identificación")	**Observaciones** (señale la información adicional que considere relevante)
Desarrollo de acciones en salud	Asistencia a citas de acuerdo con el estado de salud de la persona o familia atendida.	Crónico__ Materno Infantil __ Terapias __ Salud Visual __ Salud Bucal __ Salud metal___ Otro: _____	Crónico1 Materno Infantil __ Terapias __ Salud Visual __ Salud Bucal __ Salud metal___ Otro: _____	1 TTO ONCOLOGICO RUTA CCVM 2 SE REALIZA DEMANDA INDUCIDA PAI ESQUEMA INFLUENZA P/ REALIZACIÓN DE MAMOGRAFÍA ORDENADA EN ÚLTIMA ATENCIÓN 3 LIMITACIONES COGNITIVAS P/ REALIZACIÓN DE MAMOGRAFIA
	Asistencia a servicios de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación	Vacunación __ Planificación Familiar __ Salud Visual __ Salud Bucal __ Otro:	Vacunación _2 Planificación Familiar __ Salud Visual __ Salud Bucal __ Otro:2-3MAMOGRAFÍA	

	en el marco de las Rutas de Atención Integral en Salud (RIAS). (tenga en cuenta que para todos los casos se deberá remitir mínimo a la Ruta de promoción y mantenimiento de la salud)			
	Asistencia a servicios de atención integral por otras disciplinas y especialidades (cuando aplique)	Servicio/atención: _____ Cumplimiento: Sí ___ No ___	Servicio/atención: _____ Cumplimiento: Sí ___ No ___	

Acciones	Seguimiento	Servicios o tecnologías recibidas individual (señale con una X)	Observaciones (señale la información adicional que considere relevante
Desarrollo de acciones psicosociales	Periodicidad planeada de las sesiones de atención psicosocial en el Plan de Atención Integral.	Semanal __ Quincenal __X Mensual __	Se planea realizar la próxima atención en 15 días, debido a que el jefe del hogar será hospitalizado en IMAT para realizarle exámenes especializados
	Número de sesiones de atención psicosocial del plan de atención integral.	Sesiones planeadas: _8__ Sesiones realizadas a la fecha: _____2_____	

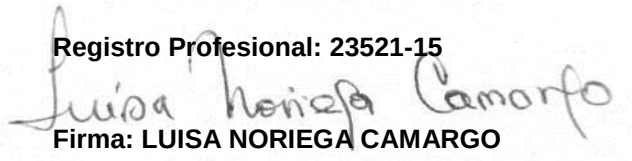
	Fechas programadas de siguientes sesiones psicosociales:	Fecha: 07/06/2023	

3. Resultados del seguimiento
• **Cumplimiento de periodicidad de las sesiones psicosociales del Plan de Atención Integral planeadas (señale con una X):** Sí _X__ No ___ En caso de no cumplimiento, indique la razón:
• **Acciones y gestiones pendientes a realizar de acuerdo a las observaciones:** 1 TTO ONCOLOGICO RUTA CCVM ADHERENTE, SE VERIFICAN ATENCIONES Y SEGUIMIENTO 2 SE REALIZA DEMANDA INDUCIDA PAI ESQUEMA INFLUENZA P/ REALIZACIÓN DE MAMOGRAFÍA ORDENADA EN ÚLTIMA ATENCIÓN 3 LIMITACIONES COGNITIVAS P/ REALIZACIÓN DE MAMOGRAFIA P/REALIZACIÓN DE MAMOGRAFÍA ORDENADA EN ÚLTIMA ATENCIÓN

Nombre del Profesional que diligencia:

LUISA NORIEGA CAMARGO

Registro Profesional: 23521-15



Firma: LUISA NORIEGA CAMARGO

1. Datos de identificación
Nombre que identifique a la persona o grupo familiar: FAMILIA ANA RAMOS Modalidad de atención: INDIVIDUAL FAMILIAR_X_ 1. Tipo documento de identidad: CC X TI__ RC__ No. 50899719 2. Tipo documento de identidad: CC__ TI X RC__ No. 1138075781 3. Tipo documento de identidad: CC X TI_ RC__ No. 1067859752 4. Tipo documento de identidad: CC__ TI X RC__ No. 1138076297 5. Tipo documento de identidad: CC__ TI X RC__ No. 10679012065 6. Tipo documento de identidad: CC X TI__ RC__ No. 1067935725 7. Tipo documento de identidad: CC__ TI X RC__ No. 1138076298 Fecha de inicio del Plan de Atención Integral:15/ 05 / 2023 Fecha del seguimiento por enfermería: 31/ 05 / 2023 ESE /IPS: ESE VIDASINÚ

2. Seguimiento al Plan de Atención Integral				
Acciones	**Seguimiento**	**Servicios o tecnologías recibidas individual** (señale con una X)	**Servicios o tecnologías recibidas familiar** (señale el número de la persona que recibió el servicio, conforme a la numeración asignada en el ítem 1. "datos de identificación")	**Observaciones** (señale la información adicional que considere relevante)
Desarrollo de acciones en salud	Asistencia a citas de acuerdo con el estado de salud de la persona o familia atendida.	Crónico__ Materno Infantil __ Terapias __ Salud Visual __ Salud Bucal __ Salud metal___ Otro:_____	Crónico_ Materno Infantil __ Terapias __ Salud Visual __ Salud Bucal __ Salud metal___ Otro:_____	1 INDICACIONES DE AUTOCUIDADO 2-3-4-5 ODONTOLOGIA ADULTEZ 6 ADRES ACTIVO S. TOTAL SUBSIDIADO 7 NEGACION A D. INDUCIDA ODONTOLOGIA
	Asistencia a servicios de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación	Vacunación __ Planificación Familiar __ Salud Visual __ Salud Bucal __ Otro:_____	Vacunación _ Planificación Familiar X Salud Visual __ Salud Bucal X Otro:ADULTEZ	

	en el marco de las Rutas de Atención Integral en Salud (RIAS). (tenga en cuenta que para todos los casos se deberá remitir mínimo a la Ruta de promoción y mantenimiento de la salud)			
	Asistencia a servicios de atención integral por otras disciplinas y especialidades (cuando aplique)	Servicio/atención: _____ Cumplimiento: Sí ___ No ___	Servicio/atención: _____ Cumplimiento: Sí ___ No ___	

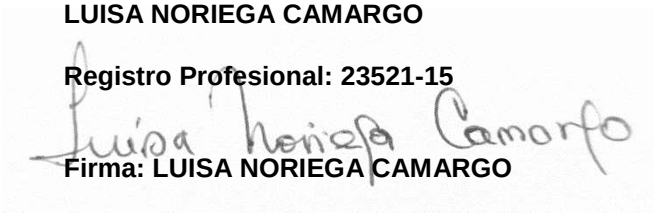
Acciones	Seguimiento	Servicios o tecnologías recibidas individual (señale con una X)	Observaciones (señale la información adicional que considere relevante
Desarrollo de acciones psicosociales	Periodicidad planeada de las sesiones de atención psicosocial en el Plan de Atención Integral.	Semanal _X_ Quincenal __ Mensual __	.
	Número de sesiones de atención psicosocial del plan de atención integral.	Sesiones planeadas: _8__ Sesiones realizadas a la fecha: _____2_____	
	Fechas programadas de siguientes sesiones psicosociales:	Fecha:03/06/2023	

3. Resultados del seguimiento
• **Cumplimiento de periodicidad de las sesiones psicosociales del Plan de Atención Integral planeadas (señale con una X):** Sí _X__ No ___ En caso de no cumplimiento, indique la razón:
• **Acciones y gestiones pendientes a realizar de acuerdo a las observaciones:** 1 INDICACIONES DE AUTOCUIDADO 2-3-4-5 ODONTOLOGIA ADULTEZ 6 ADRES ACTIVO S. TOTAL SUBSIDIADO 7 NEGACION A D. INDUCIDA ODONTOLOGIA

Nombre del Profesional que diligencia:

LUISA NORIEGA CAMARGO

Registro Profesional: 23521-15



Firma: LUISA NORIEGA CAMARGO

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL	**Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas – PAPSIVI** **FORMATO DE REPORTE DE LAS ACCIONES DE ENFERMERÍA**	**Logo Institucional** vidasinú

1. Datos de identificación
Nombre que identifique a la persona o grupo familiar: FAMILIA AVILA SIERRA Modalidad de atención: INDIVIDUAL -- FAMILIAR_X_ 1. Tipo documento de identidad: CC_X_ TI__ RC__ No. 70524073 2. Tipo documento de identidad: CC__ TI_X_ RC__ No. 1238344194 3. Tipo documento de identidad: CC__ TI_X RC__ No. 1041264356 4. Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. _____ 5. Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. _____ Fecha de inicio del Plan de Atención Integral:15/ 05 / 2023 Fecha del seguimiento por enfermería: 31/ 05 / 2023 ESE /IPS: ESE VIDASINÚ

2. Seguimiento al Plan de Atención Integral				
Acciones	**Seguimiento**	**Servicios o tecnologías recibidas individual** (señale con una X)	**Servicios o tecnologías recibidas familiar** (señale el número de la persona que recibió el servicio, conforme a la numeración asignada en el ítem 1. "datos de identificación")	**Observaciones** (señale la información adicional que considere relevante)
Desarrollo de acciones en salud	Asistencia a citas de acuerdo con el estado de salud de la persona o familia atendida.	Crónico__ Materno Infantil __ Terapias __ Salud Visual __ Salud Bucal __ Salud metal___ Otro:_____	Crónico_ Materno Infantil __ Terapias __ Salud Visual __ Salud Bucal __ Salud metal___ Otro:_____	1 ADRES S. TOTAL SUBSIDIADO 2 NO ADRES 3 SE VERIFICA INGRESO A RUTA ADOLESCENCIA
	Asistencia a servicios de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación en el marco de las Rutas de Atención	Vacunación __ Planificación Familiar __ Salud Visual __ Salud Bucal __ Otro:_____	Vacunación _ Planificación Familiar __ Salud Visual __ Salud Bucal __ Otro:_3_ADOLESCENCIA_	

	Integral en Salud (RIAS). (tenga en cuenta que para todos los casos se deberá remitir mínimo a la Ruta de promoción y mantenimiento de la salud)			
	Asistencia a servicios de atención integral por otras disciplinas y especialidades (cuando aplique)	Servicio/atención: _____ Cumplimiento: Sí ___ No ___	Servicio/atención: _____ Cumplimiento: Sí ___ No ___	

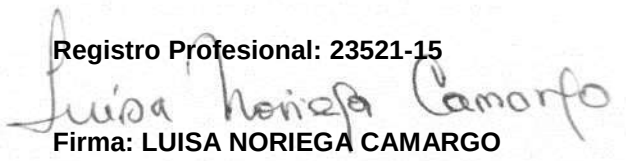
Acciones	**Seguimiento**	**Servicios o tecnologías recibidas individual** (señale con una X)	**Observaciones** (señale la información adicional que considere relevante
Desarrollo de acciones psicosociales	Periodicidad planeada de las sesiones de atención psicosocial en el Plan de Atención Integral.	Semanal __X Quincenal __X Mensual __	Se programa intervenciones quincenales, de acuerdo a la disponibilidad de tiempo de los miembros del hogar
	Número de sesiones de atención psicosocial del plan de atención integral.	Sesiones planeadas: __8_ Sesiones realizadas a la fecha: _____2_____	
	Fechas programadas de siguientes sesiones psicosociales:	Fecha: 03/06/2023	

3. Resultados del seguimiento
• **Cumplimiento de periodicidad de las sesiones psicosociales del Plan de Atención Integral planeadas (señale con una X):** Sí ___X No ___ Las intervenciones psicosociales se realizan, no completándose la atención en salud, ya que algunos miembros de esta familia no tienen atención en Vida SINÚ En caso de no cumplimiento, indique la razón: 1 ADRES . TOTAL SUBSIDIADO 2 NO ADRES 3 3234958867 LLAMADA NO ATENDIDA (5 INTENTOS)
• **Acciones y gestiones pendientes a realizar de acuerdo a las observaciones:** 1 ADRES S. TOTAL SUBSIDIADO 2 NO ADRES 3 SE VERIFICA ATENCION EN RUTA SEGÚN CURSO DE VIDA: ADOLESCENCIA

Nombre del Profesional que diligencia:

LUISA NORIEGA CAMARGO

Registro Profesional: 23521-15



Firma: LUISA NORIEGA CAMARGO

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL	**Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas – PAPSIVI** **FORMATO DE REPORTE DE LAS ACCIONES DE ENFERMERÍA**	**Logo Institucional** vidasinú

1. Datos de identificación
Nombre que identifique a la persona o grupo familiar: FAMILIA BELTRAN RAVE Modalidad de atención: INDIVIDUAL - FAMILIAR_X_ 1. Tipo documento de identidad: CC_X_ TI__ RC__ No. 1040491412 2. Tipo documento de identidad: CC__ TI_X_ RC__ No. 1018256858 3. Tipo documento de identidad: CC__ TI_X RC__ No. 1018249298 4. Tipo documento de identidad: CC__ TI_X_ RC__ No. 1018261866 5. Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. _____ Fecha de inicio del Plan de Atención Integral:15/ 05 / 2023 Fecha del seguimiento por enfermería: 31/ 05 / 2023 ESE /IPS: ESE VIDASINÚ

2. Seguimiento al Plan de Atención Integral				
Acciones	**Seguimiento**	**Servicios o tecnologías recibidas individual** (señale con una X)	**Servicios o tecnologías recibidas familiar** (señale el número de la persona que recibió el servicio, conforme a la numeración asignada en el ítem 1. "datos de identificación")	**Observaciones** (señale la información adicional que considere relevante)
Desarrollo de acciones en salud	Asistencia a citas de acuerdo con el estado de salud de la persona o familia atendida.	Crónico__ Materno Infantil __ Terapias __ Salud Visual __ Salud Bucal __ Salud metal___ Otro: _____	Crónico_ Materno Infantil __ Terapias __ Salud Visual __ Salud Bucal __ Salud metal___ Otro: _____	1,3 INGRESO A RUTA ADULTEZ 2,4ADHERENTE A RUTA DE INFANCIA
	Asistencia a servicios de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación en el marco de las Rutas de Atención Integral en Salud (RIAS). (tenga en cuenta que	Vacunación __ Planificación Familiar __ Salud Visual __ Salud Bucal __ Otro: _____	Vacunación _ Planificación Familiar __ Salud Visual __ Salud Bucal __ Otro:1,3 ADULTEZ 2.4 INFANCIA	

	para todos los casos se deberá remitir mínimo a la Ruta de promoción y mantenimiento de la salud)			
	Asistencia a servicios de atención integral por otras disciplinas y especialidades (cuando aplique)	Servicio/atención: _____ Cumplimiento: Sí ___ No ___	Servicio/atención: _____ Cumplimiento: Sí ___ No ___	

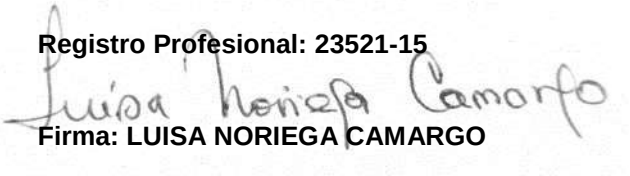
Acciones	Seguimiento	Servicios o tecnologías recibidas individual (señale con una X)	Observaciones (señale la información adicional que considere relevante
Desarrollo de acciones psicosociales	Periodicidad planeada de las sesiones de atención psicosocial en el Plan de Atención Integral.	Semanal __ Quincenal __x Mensual __	Se planean realizar intervenciones quincenales, por poca disponibilidad de tiempo de la jefe del hogar
	Número de sesiones de atención psicosocial del plan de atención integral.	Sesiones planeadas: _8__ Sesiones realizadas a la fecha: 2	
	Fechas programadas de siguientes sesiones psicosociales:	Fecha: 07/06/2023	

3. Resultados del seguimiento
• **Cumplimiento de periodicidad de las sesiones psicosociales del Plan de Atención Integral planeadas (señale con una X):** Sí _x__ No ___ En caso de no cumplimiento, indique la razón:
• **Acciones y gestiones pendientes a realizar de acuerdo a las observaciones:** SE VERIFICA CUMPLIMIENTO 1,3 INGRESO A RUTA ADULTEZ 2,4ADHERENTE A RUTA DE INFANCIA

Nombre del Profesional que diligencia:

LUISA NORIEGA CAMARGO

Registro Profesional: 23521-15



Firma: LUISA NORIEGA CAMARGO

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL	**Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas – PAPSIVI** **FORMATO DE REPORTE DE LAS ACCIONES DE ENFERMERÍA**	**Logo Institucional** vidasinú

1. Datos de identificación
Nombre que identifique a la persona o grupo familiar: FAMILIA BOLAÑO CALDERÍN Modalidad de atención: INDIVIDUAL - FAMILIAR_X_ 1. Tipo documento de identidad: CC_X_ TI__ RC__ No. 32245484 2. Tipo documento de identidad: CC_X_ TI__ RC__ No. 1064313960 3. Tipo documento de identidad: CC__ TI_X RC__ No. 1138080462 4. Tipo documento de identidad: CC__ TI_X_ RC__ No. 1062981888 5. Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. _____ Fecha de inicio del Plan de Atención Integral:17/ 05 / 2023 Fecha del seguimiento por enfermería: 31/ 05 / 2023 ESE /IPS: ESE VIDASINÚ

2. Seguimiento al Plan de Atención Integral				
Acciones	**Seguimiento**	**Servicios o tecnologías recibidas individual** (señale con una X)	**Servicios o tecnologías recibidas familiar** (señale el número de la persona que recibió el servicio, conforme a la numeración asignada en el ítem 1. "datos de identificación")	**Observaciones** (señale la información adicional que considere relevante)
Desarrollo de acciones en salud	Asistencia a citas de acuerdo con el estado de salud de la persona o familia atendida.	Crónico__ Materno Infantil __ Terapias __ Salud Visual __ Salud Bucal __ Salud metal___ Otro:_____	Crónico_ Materno Infantil __ Terapias __ Salud Visual __ Salud Bucal __ Salud metal___ Otro:__MORBILIDAD_ _____	1 ADRES N. EPS NECOCLI ANTIOQUIA 3168522216-3244723825 FUERA DE SERVICIO 2,3,4 USUARIOS CON CITA ASIGNADA LA CUAL NO CUMPLIERON Y NO HA SIDO POSIBLE CONTACTARLOS PARA REPROGRAMAR
	Asistencia a servicios de promoción, prevención, tratamiento y	Vacunación __ Planificación Familiar __ Salud Visual __ Salud Bucal __	Vacunación _ Planificación Familiar __ Salud Visual __ Salud Bucal __	

	rehabilitación en el marco de las Rutas de Atención Integral en Salud (RIAS). (tenga en cuenta que para todos los casos se deberá remitir mínimo a la Ruta de promoción y mantenimiento de la salud)	Otro:_____	Otro: _2,3,4 ADOLESCENCIA	
	Asistencia a servicios de atención integral por otras disciplinas y especialidades (cuando aplique)	Servicio/atención: _____ Cumplimiento: Sí ___ No ___	Servicio/atención: _____ Cumplimiento: Sí ___ No ___	

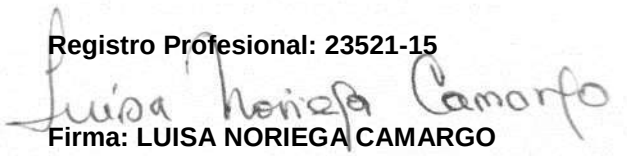
Acciones	Seguimiento	Servicios o tecnologías recibidas individual (señale con una X)	Observaciones (señale la información adicional que considere relevante
Desarrollo de acciones psicosociales	Periodicidad planeada de las sesiones de atención psicosocial en el Plan de Atención Integral.	Semanal __x Quincenal __ Mensual __	
	Número de sesiones de atención psicosocial del plan de atención integral.	Sesiones planeadas: x Sesiones realizadas a la fecha: ___2_____	
	Fechas programadas de siguientes sesiones psicosociales:	Fecha: 07/06/2023	

3. Resultados del seguimiento
• **Cumplimiento de periodicidad de las sesiones psicosociales del Plan de Atención Integral planeadas (señale con una X):** Sí _x__ No ___ En caso de no cumplimiento, indique la razón: Se realizan intervención psicosociales, mas no la atención completa en salud, ya que el adulto mayor tiene Adres asignado en Antioquia y los otros miembros faltan a las citas médicas asignadas
• **Acciones y gestiones pendientes a realizar de acuerdo a las observaciones:** 1 ADRES N. EPS NECOCLI ANTIOQUIA 3168522216- 3244723825 FUERA DE SERVICIO 2,3,4 USUARIOS CONCITA ASIGNADA LA CUAL NO CUMPLIERON Y NO HA SIDO POSIBLE CONTACTARLOS PARA REPROGRAMAR

Nombre del Profesional que diligencia:

LUISA NORIEGA CAMARGO

Registro Profesional: 23521-15



Firma: LUISA NORIEGA CAMARGO

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL	**Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas – PAPSIVI** **FORMATO DE REPORTE DE LAS ACCIONES DE ENFERMERÍA**	**Logo Institucional** vidasinú

1. Datos de identificación
Nombre que identifique a la persona o grupo familiar: FAMILIA BURGOS GALVÁN Modalidad de atención: INDIVIDUAL - FAMILIAR_X_ 1. Tipo documento de identidad: CC__ TI_X_ RC__ No. 1067869692 2. Tipo documento de identidad: CC__ TI_X_ RC__ No. 1068431478 3. Tipo documento de identidad: CC__ TI_X RC__ No. 1067896120 4. Tipo documento de identidad: CC_X_ TI__ RC__ No. 1067839746 5. Tipo documento de identidad: CC_X_ TI__ RC__ No. 78750223 Fecha de inicio del Plan de Atención Integral:**16/ 05 / 2023** Fecha del seguimiento por enfermería:**31/ 05 / 2023** ESE /IPS: ESE VIDASINÚ

2. Seguimiento al Plan de Atención Integral				
Acciones	**Seguimiento**	**Servicios o tecnologías recibidas individual** (señale con una X)	**Servicios o tecnologías recibidas familiar** (señale el número de la persona que recibió el servicio, conforme a la numeración asignada en el ítem 1. "datos de identificación")	**Observaciones** (señale la información adicional que considere relevante)
Desarrollo de acciones en salud	Asistencia a citas de acuerdo con el estado de salud de la persona o familia atendida.	Crónico__ Materno Infantil __ Terapias __ Salud Visual __ Salud Bucal __ Salud metal___ Otro:_____	Crónico_ Materno Infantil __ Terapias __ Salud Visual __ Salud Bucal __ Salud metal___ Otro:_____	1 D. INDUCIDA P. FAMILIAR+ODONTOLOGIA+ADOLESCENCIA ENFERMERIA P/CITAS 2,3,4, 5 D. INDUCIDA ODONTOLOGIA P/CITA
	Asistencia a servicios de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación en el marco de las Rutas de	Vacunación __ Planificación Familiar __ Salud Visual __ Salud Bucal __ Otro:_____	Vacunación _ Planificación Familiar _1 Salud Visual __ Salud Bucal _2,3,4,5_ Otro:1 ADOLESCENCIA	

	Atención Integral en Salud (RIAS). (tenga en cuenta que para todos los casos se deberá remitir mínimo a la Ruta de promoción y mantenimiento de la salud)			
	Asistencia a servicios de atención integral por otras disciplinas y especialidades (cuando aplique)	Servicio/atención: _____ Cumplimiento: Sí ___ No ___	Servicio/atención: _____ Cumplimiento: Sí ___ No ___	

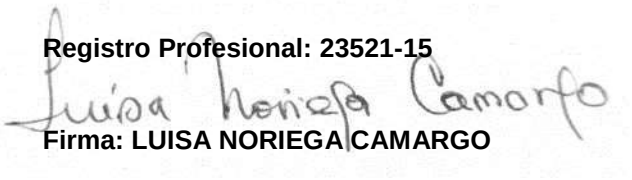
Acciones	**Seguimiento**	**Servicios o tecnologías recibidas individual** (señale con una X)	**Observaciones** (señale la información adicional que considere relevante)
Desarrollo de acciones psicosociales	Periodicidad planeada de las sesiones de atención psicosocial en el Plan de Atención Integral.	Semanal __ Quincenal __x Mensual __	
	Número de sesiones de atención psicosocial del plan de atención integral.	Sesiones planeadas: __8_ Sesiones realizadas a la fecha: 2	
	Fechas programadas de siguientes sesiones psicosociales:	Fecha: 03/06/2023	

3. Resultados del seguimiento
• **Cumplimiento de periodicidad de las sesiones psicosociales del Plan de Atención Integral planeadas (señale con una X):** Sí x No ___ En caso de no cumplimiento, indique la razón:
• **Acciones y gestiones pendientes a realizar de acuerdo a las observaciones:** SE VERIFICA CUMPLIMIENTO DE CITAS A PROGRAMAS: PLANIFICACION FAMILIAR Y ADOLESCENCIA P/ ASIGNACION DE CITAS ODONTOLOGIA

Nombre del Profesional que diligencia:

LUISA NORIEGA CAMARGO

Registro Profesional: 23521-15



Firma: LUISA NORIEGA CAMARGO

1. Datos de identificación
Nombre que identifique a la persona o grupo familiar: FAMILIA EVER HERNÁNDEZ Modalidad de atención: INDIVIDUAL FAMILIAR X 1. Tipo documento de identidad: CC X TI__ RC__ No. 71980193 2. Tipo documento de identidad: CC X TI__ RC__ No. 50893178 3. Tipo documento de identidad: CC__ TIX RC__ No. 1062436156 4. Tipo documento de identidad: CC__ TIX RC__ No. 1062439917 5. Tipo documento de identidad: CC__ TIX RC__ No. 1132081921 Fecha de inicio del Plan de Atención Integral:15 / 05 / 2023 Fecha del seguimiento por enfermería: 29/ 05 / 2023 ESE /IPS: ESE VIDASINÚ

2. Seguimiento al Plan de Atención Integral				
Acciones	**Seguimiento**	**Servicios o tecnologías recibidas individual** (señale con una X)	**Servicios o tecnologías recibidas familiar** (señale el número de la persona que recibió el servicio, conforme a la numeración asignada en el ítem 1. “datos de identificación”)	**Observaciones** (señale la información adicional que considere relevante)
Desarrollo de acciones en salud	Asistencia a citas de acuerdo con el estado de salud de la persona o familia atendida.	Crónico__ Materno Infantil __ Terapias __ Salud Visual __ Salud Bucal __ Salud metal___ Otro:_____	CrónicoX Materno Infantil __ Terapias __ Salud Visual __ Salud Bucal __ Salud metal___ Otro:_____	1 HTA ADHERENTE A RUTA. 2 ADRES ACTIVO NUEVA EPS CONTRIBUTIVO (BENEFICIARIO) 1-3-4-5 D. INDUCIDA ODONTOLOGIA P/ GESTIONAR CITA
	Asistencia a servicios de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación en el marco de las Rutas de Atención Integral en Salud (RIAS).	Vacunación __ Planificación Familiar __ Salud Visual __ Salud Bucal __ Otro:_____	Vacunación _ Planificación Familiar __ Salud Visual __ Salud Bucal X Otro:_____	

	(tenga en cuenta que para todos los casos se deberá remitir mínimo a la Ruta de promoción y mantenimiento de la salud)			
	Asistencia a servicios de atención integral por otras disciplinas y especialidades (cuando aplique)	Servicio/atención: _____ Cumplimiento: Sí ___ No ___	Servicio/atención: _____ Cumplimiento: Sí ___ No ___	

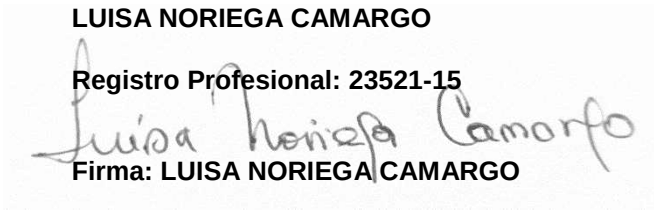
Acciones	Seguimiento	Servicios o tecnologías recibidas individual (señale con una X)	Observaciones (señale la información adicional que considere relevante
Desarrollo de acciones psicosociales	Periodicidad planeada de las sesiones de atención psicosocial en el Plan de Atención Integral.	Semanal _X_ Quincenal __ Mensual __	
	Número de sesiones de atención psicosocial del plan de atención integral.	Sesiones planeadas: _8__ Sesiones realizadas a la fecha:2	.
	Fechas programadas de siguientes sesiones psicosociales:	Fecha: __:02/06/2023	.

3. Resultados del seguimiento
• **Cumplimiento de periodicidad de las sesiones psicosociales del Plan de Atención Integral planeadas (señale con una X):** Sí _X__ No ___ En caso de no cumplimiento, indique la razón:
• **Acciones y gestiones pendientes a realizar de acuerdo a las observaciones:** 1 HTA ADHERENTE A RUTA 2 ADRES ACTIVO NUEVA EPS CONTRIBUTIVO (BENEFICIARIO) 1-3-4-5 D. INDUCIDA ODONTOLOGIA P CITA

Nombre del Profesional que diligencia:

LUISA NORIEGA CAMARGO

Registro Profesional: 23521-15



Firma: LUISA NORIEGA CAMARGO

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL	**Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas – PAPSIVI** **FORMATO DE REPORTE DE LAS ACCIONES DE ENFERMERÍA**	**Logo Institucional** vidasinú

1. Datos de identificación
Nombre que identifique a la persona o grupo familiar: FAMILIA FURNIELES LOPEZ Modalidad de atención: INDIVIDUAL - FAMILIAR_X_ 1. Tipo documento de identidad: CC_X_ TI__ RC__ No. 50935827 2. Tipo documento de identidad: CC_X_ TI__ RC__ No. 15614206 3. Tipo documento de identidad: CC_X_ TI_ RC__ No. 1003049904 4. Tipo documento de identidad: CC__ TI_X_ RC__ No. 1067940531 5. Tipo documento de identidad: CC_X_ TI__ RC__ No. 1192919862 6. Tipo documento de identidad: CC_X_ TI__ RC__ No. 1068417736 Fecha de inicio del Plan de Atención Integral:18/ 05 / 2023 Fecha del seguimiento por enfermería: 31/ 05 / 2023 ESE /IPS: ESE VIDASINÚ

2. Seguimiento al Plan de Atención Integral				
Acciones	**Seguimiento**	**Servicios o tecnologías recibidas individual** (señale con una X)	**Servicios o tecnologías recibidas familiar** (señale el número de la persona que recibió el servicio, conforme a la numeración asignada en el ítem 1. “datos de identificación”)	**Observaciones** (señale la información adicional que considere relevante)
Desarrollo de acciones en salud	Asistencia a citas de acuerdo con el estado de salud de la persona o familia atendida.	Crónico__ Materno Infantil __ Terapias __ Salud Visual __ Salud Bucal __ Salud metal___ Otro:_____	Crónico_ Materno Infantil __ Terapias __ Salud Visual __ Salud Bucal __ Salud metal___ Otro:_____	1 D. INDUCIDA CCU+DONTOLOGIA +C. ROSADO 2 P/ CITA MORBILIDAD+ ODONTOLOGIA 3 SERVICIO MILITAR MEDELLIN ANTIOQUIA 4 PAI VPH+ODONTOLOGI A P/ CITA 5 ADRES S. TOTAL SUBSIDIADO 6 D. INDUCIDA P. FAMILIAR+ODONT OLOGIA+PAI MEF. P/ CITAS

	Asistencia a servicios de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación en el marco de las Rutas de Atención Integral en Salud (RIAS). (tenga en cuenta que para todos los casos se deberá remitir mínimo a la Ruta de promoción y mantenimiento de la salud)	Vacunación __ Planificación Familiar __ Salud Visual __ Salud Bucal __ Otro:_____	Vacunación 4.6 Planificación Familiar __ Salud Visual __ Salud Bucal 1,2,4,6 Otro: _1_CCU, DTA CA DE MAMA	
	Asistencia a servicios de atención integral por otras disciplinas y especialidades (cuando aplique)	Servicio/atención: _____ Cumplimiento: Sí ___ No ___	Servicio/atención: _____ Cumplimiento: Sí ___ No ___	

Acciones	Seguimiento	Servicios o tecnologías recibidas individual (señale con una X)	Observaciones (señale la información adicional que considere relevante
Desarrollo de acciones psicosociales	Periodicidad planeada de las sesiones de atención psicosocial en el Plan de Atención Integral.	Semanal __x Quincenal __ Mensual __	
	Número de sesiones de atención psicosocial del plan de atención integral.	Sesiones planeadas: _8__ Sesiones realizadas a la fecha: _____2_____	

	Fechas programadas de siguientes sesiones psicosociales:	Fecha: 06/06/2023	

3. Resultados del seguimiento
• **Cumplimiento de periodicidad de las sesiones psicosociales del Plan de Atención Integral planeadas (señale con una X):** Sí X No ___ En caso de no cumplimiento, indique la razón:
• **Acciones y gestiones pendientes a realizar de acuerdo a las observaciones:** 1 D. INDUCIDA CCU+DONTOLOGIA+C. ROSADO 2 P/ CITA MORBILIDAD+ ODONTOLOGIA SE VERIFICA CUMPLIMIENTO DE CITAS DE RUTA ADULTEZ 3 CITAS PENDIENTES POR CUMPLIR 4 PAI VPH+ODONTOLOGIA P/ CITA 5 ADRES S. TOTAL SUBSIDIADO D. INDUCIDA P. FAMILIAR+ODONTOLOGIA+PAI MEF. P/ CITAS PENDIENTE CUMPLIR ODONTOLOGIA

Nombre del Profesional que diligencia:

LUISA NORIEGA CAMARGO

Registro Profesional: 23521-15

Luisa Noriega Camargo

Firma: LUISA NORIEGA CAMARGO

1. Datos de identificación
Nombre que identifique a la persona o grupo familiar: FAMILIA LIBARDO RAMOS Modalidad de atención: INDIVIDUAL FAMILIAR_X_ 1. Tipo documento de identidad: CC X TI__ RC__ No. 1067837447 2. Tipo documento de identidad: CC X TI__ RC__ No. 1067917277 3. Tipo documento de identidad: CC X TI_ RC__ No. 1003401918 4. Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. _____ 5. Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. _____ Fecha de inicio del Plan de Atención Integral:15/ 05 / 2023 Fecha del seguimiento por enfermería: 26/ 05 / 2023 ESE /IPS: ESE VIDASINÚ

2. Seguimiento al Plan de Atención Integral				
Acciones	**Seguimiento**	**Servicios o tecnologías recibidas individual** (señale con una X)	**Servicios o tecnologías recibidas familiar** (señale el número de la persona que recibió el servicio, conforme a la numeración asignada en el ítem 1. "datos de identificación")	**Observaciones** (señale la información adicional que considere relevante)
Desarrollo de acciones en salud	Asistencia a citas de acuerdo con el estado de salud de la persona o familia atendida.	Crónico__ Materno Infantil __ Terapias __ Salud Visual __ Salud Bucal __ Salud metal___ Otro:_____	Crónico_ Materno Infantil __ Terapias __ Salud Visual __ Salud Bucal __ Salud metal___ Otro:_____	1-2-3 PAI INICIO DE ESQUEMA Td + D. INDUCIDA: ODONTOLOGIA
	Asistencia a servicios de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación en el marco de las Rutas de Atención Integral en Salud (RIAS).	Vacunación __ Planificación Familiar __ Salud Visual __ Salud Bucal __ Otro:_____	Vacunación X Planificación Familiar __ Salud Visual __ Salud Bucal X Otro:_____	

	(tenga en cuenta que para todos los casos se deberá remitir mínimo a la Ruta de promoción y mantenimiento de la salud)			
	Asistencia a servicios de atención integral por otras disciplinas y especialidades (cuando aplique)	Servicio/atención: _____ Cumplimiento: Sí ___ No ___	Servicio/atención: _____ Cumplimiento: Sí ___ No ___	

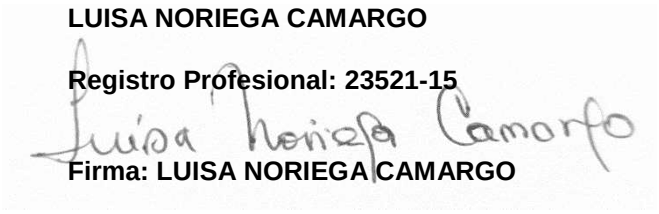
Acciones	**Seguimiento**	**Servicios o tecnologías recibidas individual** (señale con una X)	**Observaciones** (señale la información adicional que considere relevante
Desarrollo de acciones psicosociales	Periodicidad planeada de las sesiones de atención psicosocial en el Plan de Atención Integral.	Semanal _X_ Quincenal __ Mensual __	
	Número de sesiones de atención psicosocial del plan de atención integral.	Sesiones planeadas: _8__ Sesiones realizadas a la fecha: _____2_____	
	Fechas programadas de siguientes sesiones psicosociales:	Fecha: _01/06/2023	

3. Resultados del seguimiento
• **Cumplimiento de periodicidad de las sesiones psicosociales del Plan de Atención Integral planeadas (señale con una X):** Sí _X__ No ___ En caso de no cumplimiento, indique la razón:
• **Acciones y gestiones pendientes a realizar de acuerdo a las observaciones:** 1-2-3 PAI INICIO DE ESQUEMA Td + D. INDUCIDA: ODONTOLOGIA P/ GESTIÓN DE CITA

Nombre del Profesional que diligencia:

LUISA NORIEGA CAMARGO

Registro Profesional: 23521-15



Firma: LUISA NORIEGA CAMARGO

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL	**Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas – PAPSIVI** **FORMATO DE REPORTE DE LAS ACCIONES DE ENFERMERÍA**	**Logo Institucional** vidasinú

1. Datos de identificación
Nombre que identifique a la persona o grupo familiar: FAMILIA MADERA CORREA Modalidad de atención: INDIVIDUAL -- FAMILIAR_X_ 1. Tipo documento de identidad: CC_X_ TI__ RC__ No. 26203446 2. Tipo documento de identidad: CC_X_ TI__ RC__ No. 1067853180 3. Tipo documento de identidad: CC__ TI_X RC__ No. 1138087726 4. Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. _____ 5. Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. _____ Fecha de inicio del Plan de Atención Integral:15/ 05 / 2023 Fecha del seguimiento por enfermería: 31/ 05 / 2023 ESE /IPS: ESE VIDASINÚ

2. Seguimiento al Plan de Atención Integral				
Acciones	**Seguimiento**	**Servicios o tecnologías recibidas individual** (señale con una X)	**Servicios o tecnologías recibidas familiar** (señale el número de la persona que recibió el servicio, conforme a la numeración asignada en el ítem 1. "datos de identificación")	**Observaciones** (señale la información adicional que considere relevante)
Desarrollo de acciones en salud	Asistencia a citas de acuerdo con el estado de salud de la persona o familia atendida.	Crónico__ Materno Infantil __ Terapias __ Salud Visual __ Salud Bucal __ Salud metal___ Otro:_____	Crónico_ Materno Infantil __ Terapias __ Salud Visual __ Salud Bucal __ Salud metal___ Otro:_____	1 D. INDUCIDA ODONTOLOGIA +PAI INFLUENZA+ CITA MED GRAL PENDIENTES 2 D. INDUCIDA PAI MEF+ODONTOLOGIA+P. FAMILIAR+ CCU P/ CITAS 3 D. INDUCIDA ODONTOLOGIA + CITA MED GRAL PENDIENTES
	Asistencia a servicios de	Vacunación __	Vacunación 1,2 Planificación Familiar 2	

	promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación en el marco de las Rutas de Atención Integral en Salud (RIAS). (tenga en cuenta que para todos los casos se deberá remitir mínimo a la Ruta de promoción y mantenimiento de la salud)	Planificación Familiar __ Salud Visual __ Salud Bucal __ Otro:_____	Salud Visual __ Salud Bucal 1,2,3 Otro:2 CCU	
	Asistencia a servicios de atención integral por otras disciplinas y especialidades (cuando aplique)	Servicio/atención: _____ Cumplimiento: Sí ___ No ___	Servicio/atención: _____ Cumplimiento: Sí ___ No ___	

Acciones	Seguimiento	Servicios o tecnologías recibidas individual (señale con una X)	Observaciones (señale la información adicional que considere relevante
Desarrollo de acciones psicosociales	Periodicidad planeada de las sesiones de atención psicosocial en el Plan de Atención Integral.	Semanal __ Quincenal __X Mensual __	
	Número de sesiones de atención psicosocial del plan de atención integral.	Sesiones planeadas: __8_ Sesiones realizadas a la fecha: _____2_____	
	Fechas programadas de siguientes		

	sesiones psicosociales:	Fecha: 02/06/2023	

3. Resultados del seguimiento

- **Cumplimiento de periodicidad de las sesiones psicosociales del Plan de Atención Integral planeadas (señale con una X):**

Sí __X_
No ___

En caso de no cumplimiento, indique la razón:

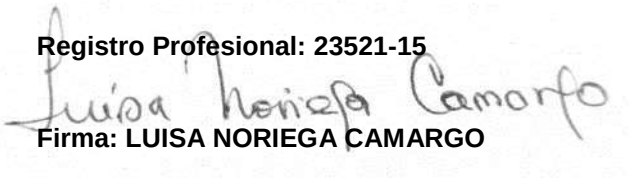
- **Acciones y gestiones pendientes a realizar de acuerdo a las observaciones:**

1 D. INDUCIDA ODONTOLOGIA+PAI INFLUENZA+ CITA MED GRAL PENDIENTES. SE VERIFICA CUMPLIMIENTO DE RUTA DE VEJEZ
2 D. INDUCIDA PAI MEF+ODONTOLOGIA+P. FAMILIAR+ CCU P/ CITAS. CUMPLE CITA DE P. FAMILIAR (SUMINISTRO DE METODO ANTICONCEPTIVO)
3 D. INDUCIDA ODONTOLOGIA+ CITA MED GRAL PENDIENTES. SE VERIFICA CUMPLIMIENTO DE CITA EN RUTA DE INFANCIA

Nombre del Profesional que diligencia:

LUISA NORIEGA CAMARGO

Registro Profesional: 23521-15



Firma: LUISA NORIEGA CAMARGO

1. Datos de identificación
Nombre que identifique a la persona o grupo familiar: FAMILIA MERCEDES ALEGRIA Modalidad de atención: INDIVIDUAL FAMILIAR_X_ 1. Tipo documento de identidad: CC X TI__ RC__ No. 26248959 2. Tipo documento de identidad: CC X TI__ RC__ No. 1067930990 3. Tipo documento de identidad: CC__ TI X RC__ No. 1062979222 4. Tipo documento de identidad: CC X TI__ RC__ No. 1067889338 5. Tipo documento de identidad: CC XTI__ RC__ No. 1063716924 Fecha de inicio del Plan de Atención Integral:15/ 05 / 2023 Fecha del seguimiento por enfermería: 30/ 05 / 2023 ESE /IPS: ESE VIDASINÚ

2. Seguimiento al Plan de Atención Integral				
Acciones	**Seguimiento**	**Servicios o tecnologías recibidas individual** (señale con una X)	**Servicios o tecnologías recibidas familiar** (señale el número de la persona que recibió el servicio, conforme a la numeración asignada en el ítem 1. “datos de identificación”)	**Observaciones** (señale la información adicional que considere relevante)
Desarrollo de acciones en salud	Asistencia a citas de acuerdo con el estado de salud de la persona o familia atendida.	Crónico__ Materno Infantil __ Terapias __ Salud Visual __ Salud Bucal __ Salud metal___ Otro:_____	Crónico_ Materno Infantil __ Terapias __ Salud Visual __ Salud Bucal __ Salud metal___ Otro:_____	1 NEGACION PAI INFLUENZA+ PENDIENTE GESTION DE CITA MORB. 2 ADRES (SALUD TOTAL SUBSIDIADO) 3-5 P/ CITA MORBILIDAD+ ODONTOLOGIA
	Asistencia a servicios de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación en el marco de	Vacunación __ Planificación Familiar __ Salud Visual __ Salud Bucal __ Otro:_____	Vacunación _ Planificación Familiar __ Salud Visual __ Salud Bucal X Otro:_____	

	las Rutas de Atención Integral en Salud (RIAS). (tenga en cuenta que para todos los casos se deberá remitir mínimo a la Ruta de promoción y mantenimiento de la salud)			
	Asistencia a servicios de atención integral por otras disciplinas y especialidades (cuando aplique)	Servicio/atención: _____ Cumplimiento: Sí ___ No ___	Servicio/atención: _____ Cumplimiento: Sí ___ No ___	

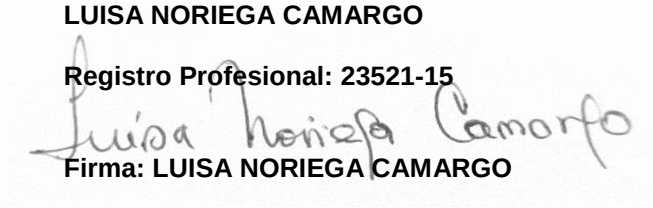
Acciones	**Seguimiento**	**Servicios o tecnologías recibidas individual** (señale con una X)	**Observaciones** (señale la información adicional que considere relevante
Desarrollo de acciones psicosociales	Periodicidad planeada de las sesiones de atención psicosocial en el Plan de Atención Integral.	Semanal _X_ Quincenal __ Mensual __	
	Número de sesiones de atención psicosocial del plan de atención integral.	Sesiones planeadas: _8__ Sesiones realizadas a la fecha: _____2_____	
	Fechas programadas de siguientes sesiones psicosociales:	Fecha: _03/06/2023	

3. Resultados del seguimiento
• **Cumplimiento de periodicidad de las sesiones psicosociales del Plan de Atención Integral planeadas (señale con una X):** Sí _X__ No ___ En caso de no cumplimiento, indique la razón:
• **Acciones y gestiones pendientes a realizar de acuerdo a las observaciones:** 1 NEGACION PAI INFLUENZA+ PENDIENTE GESTION DE CITA MORB. 2 ADRES (SALUD TOTAL SUBSIDIADO) 3-5 P/ CITA MORBILIDAD+ ODONTOLOGIA

Nombre del Profesional que diligencia:

LUISA NORIEGA CAMARGO

Registro Profesional: 23521-15



Firma: LUISA NORIEGA CAMARGO

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL	**Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas – PAPSIVI** **FORMATO DE REPORTE DE LAS ACCIONES DE ENFERMERÍA**	**Logo Institucional** vidasinú

1. Datos de identificación
Nombre que identifique a la persona o grupo familiar: FAMILIA MULASCO DEL CASTILLO Modalidad de atención: INDIVIDUAL -- FAMILIAR_X_ 1. Tipo documento de identidad: CC_X_ TI__ RC__ No. 50906555 2. Tipo documento de identidad: CC_X_ TI__ RC__ No. 8320654 3. Tipo documento de identidad: CC_X_ TI_ RC__ No. 1003450611 4. Tipo documento de identidad: CC_X_ TI__ RC__ No. 1003450612 5. Tipo documento de identidad: CC_X_ TI__ RC__ No. _ 1062959105 Fecha de inicio del Plan de Atención Integral:18/ 05 / 2023 Fecha del seguimiento por enfermería: 31/ 05 / 2023 ESE /IPS: ESE VIDASINÚ

2. Seguimiento al Plan de Atención Integral				
Acciones	**Seguimiento**	**Servicios o tecnologías recibidas individual** (señale con una X)	**Servicios o tecnologías recibidas familiar** (señale el número de la persona que recibió el servicio, conforme a la numeración asignada en el ítem 1. “datos de identificación”)	**Observaciones** (señale la información adicional que considere relevante)
Desarrollo de acciones en salud	Asistencia a citas de acuerdo con el estado de salud de la persona o familia atendida.	Crónico__ Materno Infantil __ Terapias __ Salud Visual __ Salud Bucal __ Salud metal___ Otro:_____	Crónico_ Materno Infantil _5 Terapias __ Salud Visual __ Salud Bucal _X_ Salud metal___ Otro:_____	1 IPS MEDICINA INTEGRAL 2 ADHERENTE A RUTA CCVM 3- 4 D. INDUCIDA P. FAMILIAR 4 MD GENERAL 5 USUARIA GESTANTE ACTIVA EN CONTROL PRENATAL
	Asistencia a servicios de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación en el marco de	Vacunación __ Planificación Familiar __ Salud Visual __ Salud Bucal __ Otro:_____	Vacunación5 Planificación Familiar 3,4 Salud Visual __ Salud Bucal __ Otro:2 VEJEZ 5 CURSO PMYP	

	las Rutas de Atención Integral en Salud (RIAS). (tenga en cuenta que para todos los casos se deberá remitir mínimo a la Ruta de promoción y mantenimiento de la salud)			
	Asistencia a servicios de atención integral por otras disciplinas y especialidades (cuando aplique)	Servicio/atención: _____ Cumplimiento: Sí ___ No ___	Servicio/atención: _____ Cumplimiento: Sí ___ No ___	

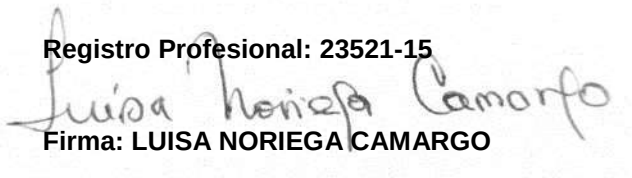
Acciones	Seguimiento	Servicios o tecnologías recibidas individual (señale con una X)	Observaciones (señale la información adicional que considere relevante
Desarrollo de acciones psicosociales	Periodicidad planeada de las sesiones de atención psicosocial en el Plan de Atención Integral.	Semanal _X_ Quincenal __ Mensual __	
	Número de sesiones de atención psicosocial del plan de atención integral.	Sesiones planeadas: _8__ Sesiones realizadas a la fecha: _____2_____	
	Fechas programadas de siguientes sesiones psicosociales:	Fecha: 06/06/2023	

3. Resultados del seguimiento
• **Cumplimiento de periodicidad de las sesiones psicosociales del Plan de Atención Integral planeadas (señale con una X):** Sí x No ___ En caso de no cumplimiento, indique la razón: SE HAN PLANEADO SESIONES SEMANALES, LAS CUALES NO SE HAN REALIZADO CASA 8 DIAS POR COMPROMISOS LABORALES DE LA FAMILIA, POR EJEMPLO LA SRA DEL CASTILLO VENDE ALMUERZOS Y HAY DIAS QUE NO LE DA TIEMPO PARA RECIBIR LA ATENCION Y TOCA POSPONER
• **Acciones y gestiones pendientes a realizar de acuerdo a las observaciones:** 1 IPS MEDICINA INTEGRAL 2 VERIFICACION DE CUMPLIMIENTO DE RUTA CCVM 3,4 EVIDENCIA DE CONTROL DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR 4. SE GETIONA Y VERIFICA CUMPLIMIENTO DE CITA DE MD GENERAL P/ VALORACION POR DERMATOLOGIA 5 USUARIA GESTANTE ACTIVA EN CONTROL PRENATAL, CUMPLE VALORACION POR GINECOBSTETRICIA Y VACUNACIÓN

Nombre del Profesional que diligencia:

LUISA NORIEGA CAMARGO

Registro Profesional: 23521-15



Firma: LUISA NORIEGA CAMARGO

1. Datos de identificación
Nombre que identifique a la persona o grupo familiar: FAMILIA OSORIO GALLEGO Modalidad de atención: INDIVIDUAL FAMILIAR_X_ 1. Tipo documento de identidad: CC_X_ TI__ RC__ No. 42652198 2. Tipo documento de identidad: CC_X_ TI__ RC__ No. 8515096 3. Tipo documento de identidad: CC_X_ TI_ RC__ No. 50970743 4. Tipo documento de identidad: CC_X_ TI__ RC__ No. 1003432278 5. Tipo documento de identidad: CC_X_ TI__ RC__ No. 1067960575 Fecha de inicio del Plan de Atención Integral:16/ 05 / 2023 Fecha del seguimiento por enfermería: 25/ 05 / 2023 ESE /IPS: ESE VIDASINÚ

2. Seguimiento al Plan de Atención Integral				
Acciones	**Seguimiento**	**Servicios o tecnologías recibidas individual** (señale con una X)	**Servicios o tecnologías recibidas familiar** (señale el número de la persona que recibió el servicio, conforme a la numeración asignada en el ítem 1. “datos de identificación”)	**Observaciones** (señale la información adicional que considere relevante)
Desarrollo de acciones en salud	Asistencia a citas de acuerdo con el estado de salud de la persona o familia atendida.	Crónico__ Materno Infantil __ Terapias __ Salud Visual __ Salud Bucal __ Salud metal___ Otro:_____	Crónico_ Materno Infantil __ Terapias __ Salud Visual __ Salud Bucal __ Salud metal___ Otro:_____	1-2 D. INDUCIDA PAI INFLUENZA. ODONTOLOGIA Y C. ROSADO // GESTIONAR CITA 3 P/ CITA PARA REMISION ORTOPEDIA 4 PAI ESQUEMA TD
	Asistencia a servicios de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación en el marco de	Vacunación __ Planificación Familiar __ Salud Visual __ Salud Bucal __ Otro:_____	Vacunación _X Planificación Familiar __ Salud Visual __ Salud Bucal X__ Otro:_DTA CA MAMA	

	las Rutas de Atención Integral en Salud (RIAS). (tenga en cuenta que para todos los casos se deberá remitir mínimo a la Ruta de promoción y mantenimiento de la salud)			
	Asistencia a servicios de atención integral por otras disciplinas y especialidades (cuando aplique)	Servicio/atención: _____ Cumplimiento: Sí ___ No ___	Servicio/atención: ORTOPEDIA Cumplimiento: Sí ___ No X	

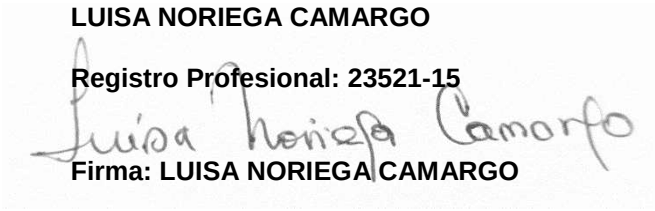
Acciones	**Seguimiento**	**Servicios o tecnologías recibidas individual** (señale con una X)	**Observaciones** (señale la información adicional que considere relevante
Desarrollo de acciones psicosociales	Periodicidad planeada de las sesiones de atención psicosocial en el Plan de Atención Integral.	Semanal _X_ Quincenal __ Mensual __	
	Número de sesiones de atención psicosocial del plan de atención integral.	Sesiones planeadas: _8__ Sesiones realizadas a la fecha: _____2_____	
	Fechas programadas de siguientes sesiones psicosociales:	Fecha: __02/06/2023	

3. Resultados del seguimiento
• **Cumplimiento de periodicidad de las sesiones psicosociales del Plan de Atención Integral planeadas (señale con una X):** Sí _X_ No ___ En caso de no cumplimiento, indique la razón:
• **Acciones y gestiones pendientes a realizar de acuerdo a las observaciones:** 1-2 D. INDUCIDA PAI INFLUENZA. ODONTOLOGIA Y C. ROSADO // GESTIONAR CITA 3 P/ CITA PARA REMISION ORTOPEDIA 4 PAI ESQUEMA TD

Nombre del Profesional que diligencia:

LUISA NORIEGA CAMARGO

Registro Profesional: 23521-15



Firma: LUISA NORIEGA CAMARGO

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL	**Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas – PAPSIVI** **FORMATO DE REPORTE DE LAS ACCIONES DE ENFERMERÍA**	**Logo Institucional** vidasinú

1. Datos de identificación
Nombre que identifique a la persona o grupo familiar: FAMILIA PASCACIO MURILLO Modalidad de atención: INDIVIDUAL -- FAMILIAR_X_ 1. Tipo documento de identidad: CC_X_ TI__ RC__ No. 1067898790 2. Tipo documento de identidad: CC_X_ TI__ RC__ No. 1010117473 3. Tipo documento de identidad: CC__ TI_X RC__ No. 1067900272 4. Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. _____ 5. Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. _____ Fecha de inicio del Plan de Atención Integral:16/ 05 / 2023 Fecha del seguimiento por enfermería: 31/ 05 / 2023 ESE /IPS: ESE VIDASINÚ

2. Seguimiento al Plan de Atención Integral				
Acciones	**Seguimiento**	**Servicios o tecnologías recibidas individual** (señale con una X)	**Servicios o tecnologías recibidas familiar** (señale el número de la persona que recibió el servicio, conforme a la numeración asignada en el ítem 1. "datos de identificación")	**Observaciones** (señale la información adicional que considere relevante)
Desarrollo de acciones en salud	Asistencia a citas de acuerdo con el estado de salud de la persona o familia atendida.	Crónico__ Materno Infantil __ Terapias __ Salud Visual __ Salud Bucal __ Salud metal___ Otro:_____	Crónico_ Materno Infantil __ Terapias __ Salud Visual __ Salud Bucal __ Salud metal___ Otro:_____	1 P/ CITA ODONTOLOGIA + PAI MEF+CCU 2 P/ CITA PRECONCEPCIONAL+ODONTOLOGIA+ PAI MEF 3 ASIGNAR CITA REV LABORATORIOS + ODONTOLOGIA
	Asistencia a servicios de promoción, prevención,	Vacunación __ Planificación Familiar __ Salud Visual __	Vacunación 1,2 Planificación Familiar __ Salud Visual __	

	tratamiento y rehabilitación en el marco de las Rutas de Atención Integral en Salud (RIAS). (tenga en cuenta que para todos los casos se deberá remitir mínimo a la Ruta de promoción y mantenimiento de la salud)	Salud Bucal __ Otro:_____	Salud Bucal 1,2,3 Otro2 PRECONCEPCIONAL 1 CCU	
	Asistencia a servicios de atención integral por otras disciplinas y especialidades (cuando aplique)	Servicio/atención: _____ Cumplimiento: Sí ___ No ___	Servicio/atención: _____ Cumplimiento: Sí ___ No ___	

Acciones	Seguimiento	Servicios o tecnologías recibidas individual (señale con una X)	Observaciones (señale la información adicional que considere relevante
Desarrollo de acciones psicosociales	Periodicidad planeada de las sesiones de atención psicosocial en el Plan de Atención Integral.	Semanal _X_ Quincenal __ Mensual __	
	Número de sesiones de atención psicosocial del plan de atención integral.	Sesiones planeadas: _8__ Sesiones realizadas a la fecha: 2	
	Fechas programadas de siguientes	Fecha:01/06/2023	SE PLANEA LA SIGUIENTE SESION A 15 DIAS, TODO ESTO DEBIDO A QUE LA JEFE

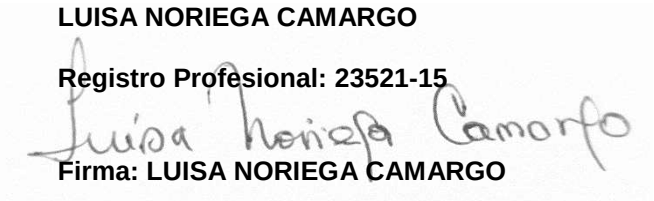
	sesiones psicosociales:		DE HOGAR DEBE HAR TRAITES MEDICOS LOS CUALES LE DEMANDAN MUCHO TIEMPO

3. Resultados del seguimiento
• **Cumplimiento de periodicidad de las sesiones psicosociales del Plan de Atención Integral planeadas (señale con una X):** Sí ___ No ___ En caso de no cumplimiento, indique la razón:
• **Acciones y gestiones pendientes a realizar de acuerdo a las observaciones:** 1 P/ CITA ODONTOLOGIA + PAI MEF+CCU INCUMPLIMIENTO DE INDICACIONES 2 P/ CITA PRECONCEPCIONAL+ODONTOLOGIA+ PAI MEF SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO DE CITAS ASIGNADAS + REALIZACIÓN DE CCU 3 ASIGNAR CITA REV LABORATORIOS + ODONTOLOGIA. EVIDENCIA DE ATENCIÓN SOLICITADA

Nombre del Profesional que diligencia:

LUISA NORIEGA CAMARGO

Registro Profesional: 23521-15



Firma: LUISA NORIEGA CAMARGO

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL	**Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas – PAPSIVI** **FORMATO DE REPORTE DE LAS ACCIONES DE ENFERMERÍA**	**Logo Institucional** vidasinú

1. Datos de identificación
Nombre que identifique a la persona o grupo familiar: FAMILIA PEREIRA BARRERA Modalidad de atención: INDIVIDUAL -- FAMILIAR_X_ 1. Tipo documento de identidad: CC X__ TI__ RC__ No. 15157156 2. Tipo documento de identidad: CC_X_ TI__ RC__ No. 50911161 3. Tipo documento de identidad: CC__ TI_X RC__ No. 1062986440 4. Tipo documento de identidad: CC__ TI_X_ RC__ No. 1062434432 5. Tipo documento de identidad: CC__ TI_X_ RC__ No. 1062439367 6. Tipo documento de identidad: CC__ TI_X_ RC__ No. 1062438932 7. Tipo documento de identidad: CC__ TI_X_ RC__ No. 1138077634 8. Tipo documento de identidad: CC_X_ TI_ _ RC__ No. 1073970500 9. Tipo documento de identidad: CC__ TI_X_ RC__ No. 1068418691 10. Tipo documento de identidad: CC__ TI_X_ RC__ No. 1067890651 11. Tipo documento de identidad: CC__ TI_X_ RC__ No. 1068432332 Fecha de inicio del Plan de Atención Integral:15/ 05 / 2023 Fecha del seguimiento por enfermería: 25/ 05 / 2023 ESE /IPS: ESE VIDASINÚ

2. Seguimiento al Plan de Atención Integral				
Acciones	**Seguimiento**	**Servicios o tecnologías recibidas individual** (señale con una X)	**Servicios o tecnologías recibidas familiar** (señale el número de la persona que recibió el servicio, conforme a la numeración asignada en el ítem 1. “datos de identificación”)	**Observaciones** (señale la información adicional que considere relevante)
Desarrollo de acciones en salud	Asistencia a citas de acuerdo con el estado de salud de la persona o familia atendida.	Crónico__ Materno Infantil __ Terapias __ Salud Visual __ Salud Bucal __ Salud metal___ Otro:_____	Crónico_ Materno Infantil __ Terapias __ Salud Visual __ Salud Bucal __ Salud metal___ Otro:_____	1-2 SALUD TOTAL SUBSIDIADO 3-4 S. TOTAL CONTRIB 5-6.9.10 D. INDUCIDA ADOLESCENCIA+ODONTOLOGIA P/CITAS 7-8 RADICADOS EN TIERRALTA

				11 RUTA INFANCIA
	Asistencia a servicios de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación en el marco de las Rutas de Atención Integral en Salud (RIAS). (tenga en cuenta que para todos los casos se deberá remitir mínimo a la Ruta de promoción y mantenimiento de la salud)	Vacunación __ Planificación Familiar __ Salud Visual __ Salud Bucal __ Otro:_____	Vacunación _ Planificación Familiar __ Salud Visual __ Salud Bucal 5,6,9 Otro:5, 6,9,10 ADOLESCENCIA 11 INFANCIA	
	Asistencia a servicios de atención integral por otras disciplinas y especialidades (cuando aplique)	Servicio/atención: _____ Cumplimiento: Sí ___ No ___	Servicio/atención: DERMATOLOGIA Cumplimiento: Sí ___ No __X_ ABUELA DESCONOCE SI CUMPLIO	

Acciones	**Seguimiento**	**Servicios o tecnologías recibidas individual** (señale con una X)	**Observaciones** (señale la información adicional que considere relevante
Desarrollo de acciones psicosociales	Periodicidad planeada de las sesiones de atención psicosocial en el Plan de Atención Integral.	Semanal __X Quincenal __ Mensual __	

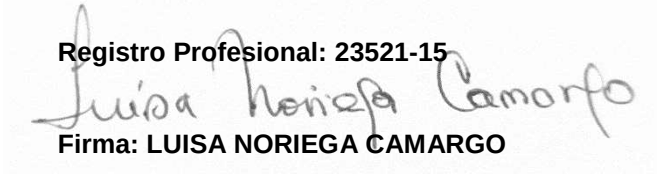
	Número de sesiones de atención psicosocial del plan de atención integral.	Sesiones planeadas: _8__ Sesiones realizadas a la fecha: 2	
	Fechas programadas de siguientes sesiones psicosociales:	Fecha: 03/06/2023	

3. Resultados del seguimiento
• **Cumplimiento de periodicidad de las sesiones psicosociales del Plan de Atención Integral planeadas (señale con una X):** Sí ___ No ___ En caso de no cumplimiento, indique la razón:
• **Acciones y gestiones pendientes a realizar de acuerdo a las observaciones:** 1-2 SALUD TOTAL SUBSIDIADO 3-4 S. TOTAL CONTRIB 5-6-9-10 D. INDUCIDA ADOLESCENCIA+ODONTOLOGIA P/CITAS. SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO DE RUTAS DE ADOLESCENCIA 7-8 RADICADOS EN TIERRALTA 11 PENDIENTE GESTION DE CITA DE INFANCIA AL CUMPLIR RANGO DE EDAD DE ACUERDO A LA ULTIMA ATENCIÓN

Nombre del Profesional que diligencia:

LUISA NORIEGA CAMARGO

Registro Profesional: 23521-15



Firma: LUISA NORIEGA CAMARGO

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL	**Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas – PAPSIVI** **FORMATO DE REPORTE DE LAS ACCIONES DE ENFERMERÍA**	vidasinú

1. Datos de identificación
Nombre que identifique a la persona o grupo familiar: FAMILIA PEREIRA IZQUIERDO Modalidad de atención: INDIVIDUAL FAMILIAR_X_ 1. Tipo documento de identidad: CC X TI__ RC__ No. 50933229 2. Tipo documento de identidad: CC X TI__ RC__ No. 1040373243 3. Tipo documento de identidad: CC__ TI X RC__ No. 1067909531 4. Tipo documento de identidad: CC__ TI X RC__ No. 1068429695 Fecha de inicio del Plan de Atención Integral 15/ 05 / 2023 Fecha del seguimiento por enfermería: 31/ 05 / 2023 ESE /IPS: ESE VIDASINÚ

2. Seguimiento al Plan de Atención Integral				
Acciones	**Seguimiento**	**Servicios o tecnologías recibidas individual** (señale con una X)	**Servicios o tecnologías recibidas familiar** (señale el número de la persona que recibió el servicio, conforme a la numeración asignada en el ítem 1. "datos de identificación")	**Observaciones** (señale la información adicional que considere relevante)
Desarrollo de acciones en salud	Asistencia a citas de acuerdo con el estado de salud de la persona o familia atendida.	Crónico__ Materno Infantil __ Terapias __ Salud Visual __ Salud Bucal __ Salud metal___ Otro:_____	Crónico_ Materno Infantil __ Terapias __ Salud Visual __ Salud Bucal __ Salud metal___ Otro:_____	TEL EQUIVOCADO 2 ADRES SAVIASALUD
	Asistencia a servicios de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación en el marco de las Rutas de Atención Integral en Salud (RIAS).	Vacunación __ Planificación Familiar __ Salud Visual __ Salud Bucal __ Otro:_____	Vacunación _ Planificación Familiar X Salud Visual __ Salud Bucal __ Otro:_____ ___	

	(tenga en cuenta que para todos los casos se deberá remitir mínimo a la Ruta de promoción y mantenimiento de la salud)			
	Asistencia a servicios de atención integral por otras disciplinas y especialidades (cuando aplique)	Servicio/atención: _____ Cumplimiento: Sí ___ No ___	Servicio/atención: _____ Cumplimiento: Sí ___ No ___	

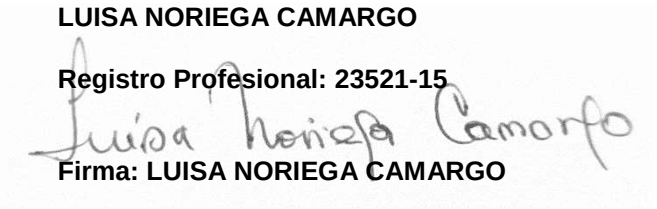
Acciones	Seguimiento	Servicios o tecnologías recibidas individual (señale con una X)	Observaciones (señale la información adicional que considere relevante
Desarrollo de acciones psicosociales	Periodicidad planeada de las sesiones de atención psicosocial en el Plan de Atención Integral.	Semanal _X_ Quincenal __ Mensual __	
	Número de sesiones de atención psicosocial del plan de atención integral.	Sesiones planeadas: _8__ Sesiones realizadas a la fecha: _____2_____	
	Fechas programadas de siguientes sesiones psicosociales:	Fecha: _01/06/2023	

3. Resultados del seguimiento
• **Cumplimiento de periodicidad de las sesiones psicosociales del Plan de Atención Integral planeadas (señale con una X):** Sí _X__ No ___ En caso de no cumplimiento, indique la razón:
• **Acciones y gestiones pendientes a realizar de acuerdo a las observaciones:** TEL EQUIVOCADO 2 ADRES SAVIASALUD SE VERIFICACUMPLIMIENTO DE AENCIONES EN PLANIFICACIÓN FAMILIAR

Nombre del Profesional que diligencia:

LUISA NORIEGA CAMARGO

Registro Profesional: 23521-15



Firma: LUISA NORIEGA CAMARGO

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL	**Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas – PAPSIVI** **FORMATO DE REPORTE DE LAS ACCIONES DE ENFERMERÍA**	**Logo Institucional** vidasinú

1. Datos de identificación
Nombre que identifique a la persona o grupo familiar: FAMILIA PEREZ IZQUIERDO Modalidad de atención: INDIVIDUAL FAMILIAR_X_ 1. Tipo documento de identidad: CC_X_ TI__ RC__ No. 1067914291 2. Tipo documento de identidad: CC__ TI_X_ RC__ No. 1068434706 3. Tipo documento de identidad: CC__ TI_X_ RC__ No. 1062982270 4. Tipo documento de identidad: CC__ TI_X_ RC__ No. 1067875743 5. Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. _____ Fecha de inicio del Plan de Atención Integral: 15/ 05 / 2023 Fecha del seguimiento por enfermería: 31/ 05 / 2023 ESE /IPS: ESE VIDASINÚ

2. Seguimiento al Plan de Atención Integral				
Acciones	**Seguimiento**	**Servicios o tecnologías recibidas individual** (señale con una X)	**Servicios o tecnologías recibidas familiar** (señale el número de la persona que recibió el servicio, conforme a la numeración asignada en el ítem 1. “datos de identificación”)	**Observaciones** (señale la información adicional que considere relevante)
Desarrollo de acciones en salud	Asistencia a citas de acuerdo con el estado de salud de la persona o familia atendida.	Crónico__ Materno Infantil __ Terapias __ Salud Visual __ Salud Bucal __ Salud metal___ Otro:_____	Crónico_ Materno Infantil __ Terapias __ Salud Visual __ Salud Bucal __ Salud metal___ Otro:_____	1. P. FAMILIAR (POMEROY) INGRESO A RUTA SEGÚN CICLO DE VIDA ADULTEZ 2,3 INFANCIA 4 P. FAMILIAR
	Asistencia a servicios de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación en el marco de las Rutas de Atención	Vacunación __ Planificación Familiar __X Salud Visual __ Salud Bucal __ Otro:_____	Vacunación _ Planificación Familiar 1,4 Salud Visual __ Salud Bucal __ Otro:1 ADULTEZ 2,3 INFANCIA	

	Integral en Salud (RIAS). (tenga en cuenta que para todos los casos se deberá remitir mínimo a la Ruta de promoción y mantenimiento de la salud)			
	Asistencia a servicios de atención integral por otras disciplinas y especialidades (cuando aplique)	Servicio/atención: _____ Cumplimiento: Sí ___ No ___	Servicio/atención: _____ Cumplimiento: Sí ___ No ___	

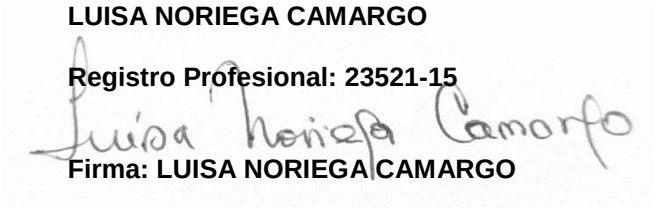
Acciones	**Seguimiento**	**Servicios o tecnologías recibidas individual** (señale con una X)	**Observaciones** (señale la información adicional que considere relevante
Desarrollo de acciones psicosociales	Periodicidad planeada de las sesiones de atención psicosocial en el Plan de Atención Integral.	Semanal __X Quincenal __ Mensual __	
	Número de sesiones de atención psicosocial del plan de atención integral.	Sesiones planeadas: _8__ Sesiones realizadas a la fecha: 2	
	Fechas programadas de siguientes sesiones psicosociales:	Fecha: 03/06/2023	

3. Resultados del seguimiento
• **Cumplimiento de periodicidad de las sesiones psicosociales del Plan de Atención Integral planeadas (señale con una X):** Sí __X_ No ___ En caso de no cumplimiento, indique la razón:
• **Acciones y gestiones pendientes a realizar de acuerdo a las observaciones:** • 1. P. FAMILIAR (POMEROY) INGRESO A RUTA SEGÚN CICLO DE VIDA ADULTEZ 2,3 INFANCIA 4 P. FAMILIAR SE VERIFICA CUMPLIMIENTO DE D. INDUCIDA

Nombre del Profesional que diligencia:

LUISA NORIEGA CAMARGO

Registro Profesional: 23521-15



Firma: LUISA NORIEGA CAMARGO

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL	**Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas – PAPSIVI** **FORMATO DE REPORTE DE LAS ACCIONES DE ENFERMERÍA**	vidasinú

1. Datos de identificación
Nombre que identifique a la persona o grupo familiar: JUANA DEL CARMEN GOMEZ MADERA Modalidad de atención: INDIVIDUAL _X_ FAMILIAR__ 1. Tipo documento de identidad: CC_X_ TI__ RC__ No. 25809433 2. Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. _____ 3. Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. _____ 4. Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. _____ 5. Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. _____ Fecha de inicio del Plan de Atención Integral: 16/ 05 / 2023 Fecha del seguimiento por enfermería:31/ 05 / 2023 ESE /IPS:ESE VIDASINU

2. Seguimiento al Plan de Atención Integral				
Acciones	**Seguimiento**	**Servicios o tecnologías recibidas individual** (señale con una X)	**Servicios o tecnologías recibidas familiar** (señale el número de la persona que recibió el servicio, conforme a la numeración asignada en el ítem 1. "datos de identificación")	**Observaciones** (señale la información adicional que considere relevante)
Desarrollo de acciones en salud	Asistencia a citas de acuerdo con el estado de salud de la persona o familia atendida.	Crónico__ Materno Infantil __ Terapias __ Salud Visual __ Salud Bucal __ Salud metal___ Otro:__ _____	Crónico_ Materno Infantil __ Terapias __ Salud Visual __ Salud Bucal __ Salud metal___ Otro:_____	. SE EDUCA SOBRE ESTILOS DE VIDA SALUDABLE. SE LE DA A CONOCER LA IMPORTANCIA DE LA MAMOGRAFIA Y SE INDUCE A C. ROSADO. P/ ASIGNACIÓN DE CITA AL REGRESAR BDE CAUCASIA
	Asistencia a servicios de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación	Vacunación __ Planificación Familiar __ Salud Visual __ Salud Bucal __ Otro:___DTA CA DE	Vacunación _ Planificación Familiar __ Salud Visual __ Salud Bucal __ Otro:_____	

	en el marco de las Rutas de Atención Integral en Salud (RIAS). (tenga en cuenta que para todos los casos se deberá remitir mínimo a la Ruta de promoción y mantenimiento de la salud)	MAMA_____		
	Asistencia a servicios de atención integral por otras disciplinas y especialidades (cuando aplique)	Servicio/atención: _____ Cumplimiento: Sí ___ No ___	Servicio/atención: _____ Cumplimiento: Sí ___ No ___	

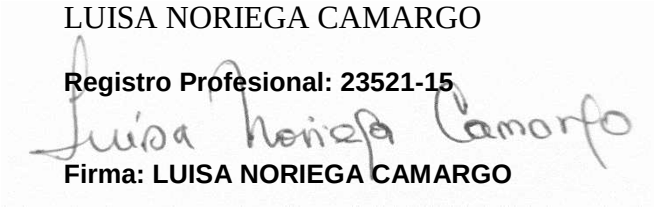
Acciones	Seguimiento	Servicios o tecnologías recibidas individual (señale con una X)	Observaciones (señale la información adicional que considere relevante
Desarrollo de acciones psicosociales	Periodicidad planeada de las sesiones de atención psicosocial en el Plan de Atención Integral.	Semanal _X_ Quincenal __ Mensual __	
	Número de sesiones de atención psicosocial del plan de atención integral.	Sesiones planeadas: _8__ Sesiones realizadas a la fecha: _____2_____	
	Fechas programadas de siguientes sesiones psicosociales:	Fecha: 07/06/2023	

3. Resultados del seguimiento
• **Cumplimiento de periodicidad de las sesiones psicosociales del Plan de Atención Integral planeadas (señale con una X):** Sí __X_ No ___ En caso de no cumplimiento, indique la razón:
• **Acciones y gestiones pendientes a realizar de acuerdo a las observaciones:** **SE EDUCA SOBRE ESTILOS DE VIDA SALUDABLE. SE LE DA A CONOCER LA IMPORTANCIA DE LA MAMOGRAFIA Y SE INDUCE A C. ROSADO. P/ ASIGNACIÓN DE CITA AL REGRESAR DDE CAUCASIA**

Nombre del Profesional que diligencia:

LUISA NORIEGA CAMARGO

Registro Profesional: 23521-15



Firma: LUISA NORIEGA CAMARGO

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL	**Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas – PAPSIVI** **FORMATO DE REPORTE DE LAS ACCIONES DE ENFERMERÍA**	**Logo Institucional** vidasinú

1. Datos de identificación
Nombre que identifique a la persona o grupo familiar: KAREN CONTRERAS HERRAZO Modalidad de atención: INDIVIDUAL X FAMILIAR__ 1. Tipo documento de identidad: CC_X_ TI__ RC__ No. 1068661709 2. Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. _____ 3. Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. _____ 4. Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. _____ 5. Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. _____ Fecha de inicio del Plan de Atención Integral:15/ 05 / 2023 Fecha del seguimiento por enfermería: 28/ 05 / 2023 ESE /IPS: ESE VIDASINÚ

2. Seguimiento al Plan de Atención Integral				
Acciones	**Seguimiento**	**Servicios o tecnologías recibidas individual** (señale con una X)	**Servicios o tecnologías recibidas familiar** (señale el número de la persona que recibió el servicio, conforme a la numeración asignada en el ítem 1. “datos de identificación”)	**Observaciones** (señale la información adicional que considere relevante)
Desarrollo de acciones en salud	Asistencia a citas de acuerdo con el estado de salud de la persona o familia atendida.	Crónico__ Materno Infantil __ Terapias __ Salud Visual __ Salud Bucal __ Salud metal___ Otro:_____	Crónico_ Materno Infantil __ Terapias __ Salud Visual __ Salud Bucal __ Salud metal___ Otro:_____	PESE A REALIZAR LA DEMANDA INDUCIDA SEGÚN CICLO DE VIDA ADULTEZ Y EXPLICAR LA IMPORTANCIA DE ÉSTA, USUARIA NO ACEPTA CITA, SE REALIZA NEGACION DE ATENCIÓN
	Asistencia a servicios de promoción, prevención,	Vacunación __ Planificación Familiar __ Salud Visual __	Vacunación _ Planificación Familiar __ Salud Visual __	

	tratamiento y rehabilitación en el marco de las Rutas de Atención Integral en Salud (RIAS). (tenga en cuenta que para todos los casos se deberá remitir mínimo a la Ruta de promoción y mantenimiento de la salud)	Salud Bucal __ Otro:_ _____	Salud Bucal __ Otro:_____	
	Asistencia a servicios de atención integral por otras disciplinas y especialidades (cuando aplique)	Servicio/atención: _____ Cumplimiento: Sí ___ No ___	Servicio/atención: _____ Cumplimiento: Sí ___ No ___	

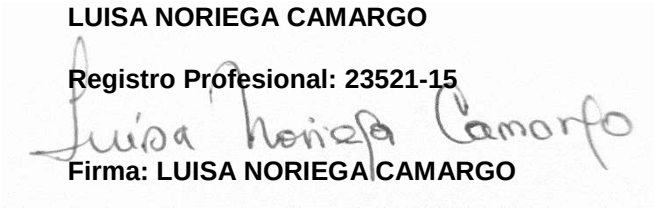
Acciones	Seguimiento	Servicios o tecnologías recibidas individual (señale con una X)	Observaciones (señale la información adicional que considere relevante
Desarrollo de acciones psicosociales	Periodicidad planeada de las sesiones de atención psicosocial en el Plan de Atención Integral.	Semanal _x_ Quincenal __ Mensual __	
	Número de sesiones de atención psicosocial del plan de atención integral.	Sesiones planeadas: _8__ Sesiones realizadas a la fecha: _____12_____	
	Fechas programadas de siguientes sesiones psicosociales:	Fecha: se han fijado distintas fechas y ha faltado a todas	

3. Resultados del seguimiento
• **Cumplimiento de periodicidad de las sesiones psicosociales del Plan de Atención Integral planeadas (señale con una X):** Sí ___ No ___ En caso de no cumplimiento, indique la razón: **Afirma no tener disponibilidad de tiempo para recibir las atenciones psicosociales, argumentando que debe cuidar a su esposo diabético en la clínica**
• **Acciones y gestiones pendientes a realizar de acuerdo a las observaciones:** PESE A REALIZAR LA DEMANDA INDUCIDA SEGÚN CICLO DE VIDA ADULTEZ Y EXPLICAR LA IMPORTANCIA DE ÉSTA, USUARIA NO ACEPTA CITA, SE REALIZA NEGACION DE ATENCIÓN

Nombre del Profesional que diligencia:

LUISA NORIEGA CAMARGO

Registro Profesional: 23521-15



Firma: LUISA NORIEGA CAMARGO

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL	**Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas – PAPSIVI** **FORMATO DE REPORTE DE LAS ACCIONES DE ENFERMERÍA**	Vidasinú

1. Datos de identificación
Nombre que identifique a la persona o grupo familiar: KAREN LORENA TORDECILLA Modalidad de atención: INDIVIDUAL X FAMILIAR__ 1. Tipo documento de identidad: CC_X_ TI__ RC__ No. 1003004332 2. Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. _____ 3. Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. _____ 4. Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. _____ 5. Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. _____ Fecha de inicio del Plan de Atención Integral: 16/ 05 / 2023 Fecha del seguimiento por enfermería: 31/ 05 / 2023 ESE /IPS: ESE VIDASINÚ

2. Seguimiento al Plan de Atención Integral				
Acciones	**Seguimiento**	**Servicios o tecnologías recibidas individual** (señale con una X)	**Servicios o tecnologías recibidas familiar** (señale el número de la persona que recibió el servicio, conforme a la numeración asignada en el ítem 1. "datos de identificación")	**Observaciones** (señale la información adicional que considere relevante)
Desarrollo de acciones en salud	Asistencia a citas de acuerdo con el estado de salud de la persona o familia atendida.	Crónico__ Materno Infantil __ Terapias __ Salud Visual __ Salud Bucal __ Salud metal___ Otro:_____	Crónico_ Materno Infantil __ Terapias __ Salud Visual __ Salud Bucal __ Salud metal___ Otro:_____	SE REALIZA DEMANDA INDUCIDA P. FAMILIAR ODONTOLOGIA PAI MEF
	Asistencia a servicios de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación en el marco de las Rutas de Atención Integral en Salud (RIAS).	Vacunación __ Planificación Familiar _X_ Salud Visual __ Salud Bucal _X_ Otro:_____ PAI MEF	Vacunación _ Planificación Familiar __ Salud Visual __ Salud Bucal __ Otro:_____	

	(tenga en cuenta que para todos los casos se deberá remitir mínimo a la Ruta de promoción y mantenimiento de la salud)			
	Asistencia a servicios de atención integral por otras disciplinas y especialidades (cuando aplique)	Servicio/atención: _____ Cumplimiento: Sí ___ No ___	Servicio/atención: _____ Cumplimiento: Sí ___ No ___	

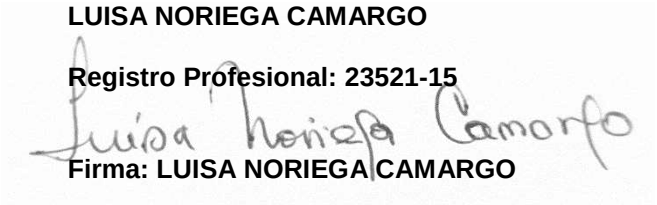
Acciones	**Seguimiento**	**Servicios o tecnologías recibidas individual** (señale con una X)	**Observaciones** (señale la información adicional que considere relevante
Desarrollo de acciones psicosociales	Periodicidad planeada de las sesiones de atención psicosocial en el Plan de Atención Integral.	Semanal __x Quincenal __ Mensual __	
	Número de sesiones de atención psicosocial del plan de atención integral.	Sesiones planeadas: __8_ Sesiones realizadas a la fecha: ___2_____	
	Fechas programadas de siguientes sesiones psicosociales:	Fecha:01/06/2023	

3. Resultados del seguimiento
• **Cumplimiento de periodicidad de las sesiones psicosociales del Plan de Atención Integral planeadas (señale con una X):** Sí _x__ No ___ En caso de no cumplimiento, indique la razón:
• **Acciones y gestiones pendientes a realizar de acuerdo a las observaciones:** **SE EDUCA SOBRE ESTILOS DE VIDA SALUDABLE** **SE REALIZA DEMANDA INDUCIDA** **ODONTOLOGIA PENDIENTE ASIGNAR CITA** **PAI MEF** **SE CONFIRMA ATENCIÓN EN PLANIFICACIÓN FAMILIAR**

Nombre del Profesional que diligencia:

LUISA NORIEGA CAMARGO

Registro Profesional: 23521-15



Firma: LUISA NORIEGA CAMARGO

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL	**Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas – PAPSIVI** **FORMATO DE REPORTE DE LAS ACCIONES DE ENFERMERÍA**	vidasinú

1. Datos de identificación
Nombre que identifique a la persona o grupo familiar: LAURA CORTES CARMONA Modalidad de atención: INDIVIDUAL X__ FAMILIAR__ 1. Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. 1000085687 2. Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. _____ 3. Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. _____ 4. Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. _____ 5. Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. _____ Fecha de inicio del Plan de Atención Integral: 17/ 05 / 2023 Fecha del seguimiento por enfermería: 31/ 05 / 2023 ESE /IPS: ESE VIDASINU

2. Seguimiento al Plan de Atención Integral				
Acciones	**Seguimiento**	**Servicios o tecnologías recibidas individual** (señale con una X)	**Servicios o tecnologías recibidas familiar** (señale el número de la persona que recibió el servicio, conforme a la numeración asignada en el ítem 1. "datos de identificación")	**Observaciones** (señale la información adicional que considere relevante)
Desarrollo de acciones en salud	Asistencia a citas de acuerdo con el estado de salud de la persona o familia atendida.	Crónico__ Materno Infantil __ Terapias __ Salud Visual __ Salud Bucal __ Salud metal___ Otro:_____	Crónico_ Materno Infantil __ Terapias __ Salud Visual __ Salud Bucal __ Salud metal___ Otro:_____	CUMPLIO CITA PENDIENTE GESTIÓN DE VALORACIÓN POR DERMATOLOGÍA, YA CUMPLIÓ CITA ODONTOLÓGICA Y REFIERE HABER RECIBIDO ATENCIÓN EN PLANIFICACIÓN FAMILIAR. SE LE REFUERZA INFORMACIÓN SOBRE ESTILOS DE VIDA SALUDABLE. SE INDUCE A JUVENTUD
	Asistencia a servicios de promoción, prevención,	Vacunación __ Planificación Familiar __ Salud Visual __ Salud Bucal _X_	Vacunación _ Planificación Familiar __ Salud Visual __ Salud Bucal __	

	tratamiento y rehabilitación en el marco de las Rutas de Atención Integral en Salud (RIAS). (tenga en cuenta que para todos los casos se deberá remitir mínimo a la Ruta de promoción y mantenimiento de la salud)	Otro:_JUVENTUD	Otro:_____	
	Asistencia a servicios de atención integral por otras disciplinas y especialidades (cuando aplique)	Servicio/atención: DERMATOLOGIA Cumplimiento: Sí ___ No X	Servicio/atención: _____ Cumplimiento: Sí ___ No ___	

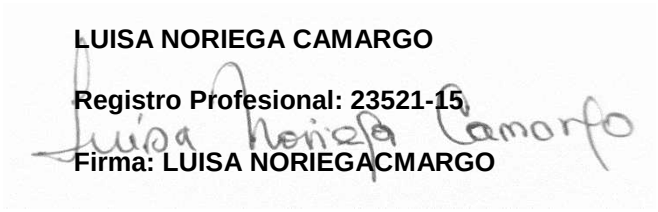
Acciones	**Seguimiento**	**Servicios o tecnologías recibidas individual** (señale con una X)	**Observaciones** (señale la información adicional que considere relevante
Desarrollo de acciones psicosociales	Periodicidad planeada de las sesiones de atención psicosocial en el Plan de Atención Integral.	Semanal _X_ Quincenal __ Mensual __	
	Número de sesiones de atención psicosocial del plan de atención integral.	Sesiones planeadas: _8__ Sesiones realizadas a la fecha: _____2_____	
	Fechas programadas de siguientes sesiones psicosociales:	Fecha: 05/06/2023	

3. Resultados del seguimiento
• **Cumplimiento de periodicidad de las sesiones psicosociales del Plan de Atención Integral planeadas (señale con una X):** Sí _X__ No ___ En caso de no cumplimiento, indique la razón:
• **Acciones y gestiones pendientes a realizar de acuerdo a las observaciones:** **PENDIENTE GESTIÓN DE VALORACIÓN POR DERMATOLOGÍA,** **YA CUMPLIÓ CITA ODONTOLÓGICA Y REFIERE HABER RECIBIDO ATENCIÓN EN PLANIFICACIÓN FAMILIAR.** **SE LE REFUERZA INFORMACIÓN SOBRE ESTILOS DE VIDA SALUDABLE.** **D. INDUCIDA JUVENTUD**

Nombre del Profesional que diligencia:

LUISA NORIEGA CAMARGO

Registro Profesional: 23521-15



Firma: LUISA NORIEGACMARGO

1. Datos de identificación
Nombre que identifique a la persona o grupo familiar: LENIS ESTHER MARTINEZ VELASQUEZ Modalidad de atención: INDIVIDUAL X FAMILIAR__ 1. Tipo documento de identidad: CC_X_ TI__ RC__ No. 1067900456 2. Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. _____ 3. Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. _____ 4. Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. _____ 5. Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. _____ Fecha de inicio del Plan de Atención Integral: 13/ 05 / 2023 Fecha del seguimiento por enfermería: 30/ 05 / 2023 ESE /IPS: ESE VIDASINÚ

2. Seguimiento al Plan de Atención Integral				
Acciones	**Seguimiento**	**Servicios o tecnologías recibidas individual** (señale con una X)	**Servicios o tecnologías recibidas familiar** (señale el número de la persona que recibió el servicio, conforme a la numeración asignada en el ítem 1. "datos de identificación")	**Observaciones** (señale la información adicional que considere relevante)
Desarrollo de acciones en salud	Asistencia a citas de acuerdo con el estado de salud de la persona o familia atendida.	Crónico__ Materno Infantil __ Terapias __ Salud Visual __ Salud Bucal __ Salud metal___ Otro:_____	Crónico_ Materno Infantil __ Terapias __ Salud Visual __ Salud Bucal __ Salud metal___ Otro:_____	SE EVIDENCIA DEMANDA INDUCIDA EFECTIVA EN EL PROGRAMA DE PLANIFICACIÓ N FAMILIAR
	Asistencia a servicios de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación en el marco de las Rutas de Atención	Vacunación __ Planificación Familiar _X_ Salud Visual __ Salud Bucal __ Otro:_____	Vacunación _ Planificación Familiar __ Salud Visual __ Salud Bucal __ Otro:_____	

	Integral en Salud (RIAS). (tenga en cuenta que para todos los casos se deberá remitir mínimo a la Ruta de promoción y mantenimiento de la salud)			
	Asistencia a servicios de atención integral por otras disciplinas y especialidades (cuando aplique)	Servicio/atención: _____ Cumplimiento: Sí ___ No ___	Servicio/atención: _____ Cumplimiento: Sí ___ No ___	

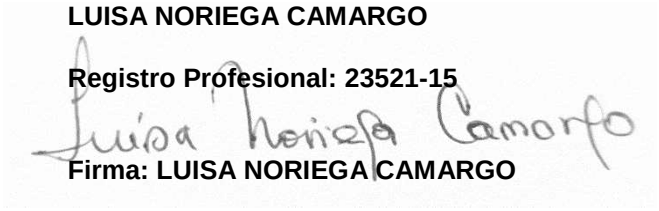
Acciones	**Seguimiento**	**Servicios o tecnologías recibidas individual** (señale con una X)	**Observaciones** (señale la información adicional que considere relevante
Desarrollo de acciones psicosociales	Periodicidad planeada de las sesiones de atención psicosocial en el Plan de Atención Integral.	Semanal _x_ Quincenal __ Mensual __	
	Número de sesiones de atención psicosocial del plan de atención integral.	Sesiones planeadas: _8__ Sesiones realizadas a la fecha: _____2_____	
	Fechas programadas de siguientes sesiones psicosociales:	Fecha: ____31/05/2023____	

3. Resultados del seguimiento
• **Cumplimiento de periodicidad de las sesiones psicosociales del Plan de Atención Integral planeadas (señale con una X):** Sí _x__ No ___ En caso de no cumplimiento, indique la razón:
• **Acciones y gestiones pendientes a realizar de acuerdo a las observaciones:** **SE VERIFICA DEMANDA INDUCIDA EFECTIVA AL PROGRAMA DE P. FAMILIAR**

Nombre del Profesional que diligencia:

LUISA NORIEGA CAMARGO

Registro Profesional: 23521-15



Firma: LUISA NORIEGA CAMARGO

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL	**Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas – PAPSIVI** **FORMATO DE REPORTE DE LAS ACCIONES DE ENFERMERÍA**	vidasinú

1. Datos de identificación
Nombre que identifique a la persona o grupo familiar: LUIS ANTONIO RAMOS Modalidad de atención: INDIVIDUAL _X_ FAMILIAR__ 1. Tipo documento de identidad: CC X TI__ RC__ No. 78745743 2. Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. _____ 3. Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. _____ 4. Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. _____ 5. Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. _____ Fecha de inicio del Plan de Atención Integral: 17/ 05 / 2023 Fecha del seguimiento por enfermería: 30/ 05 / 2023 ESE /IPS: _ESE VIDASINÚ

2. Seguimiento al Plan de Atención Integral				
Acciones	**Seguimiento**	**Servicios o tecnologías recibidas individual** (señale con una X)	**Servicios o tecnologías recibidas familiar** (señale el número de la persona que recibió el servicio, conforme a la numeración asignada en el ítem 1. "datos de identificación")	**Observaciones** (señale la información adicional que considere relevante)
Desarrollo de acciones en salud	Asistencia a citas de acuerdo con el estado de salud de la persona o familia atendida.	Crónico__ Materno Infantil __ Terapias __ Salud Visual __ Salud Bucal __ Salud metal___ Otro:_____	Crónico_ Materno Infantil __ Terapias __ Salud Visual __ Salud Bucal __ Salud metal___ Otro:_____	RESULTADOS DE LABORATORIO YA REVISADOS POR MEDICO. SE DAN INDICACIONES SOBRE ESTILO DE VIDA SALUDABLE SE INDUCE A ODONTOLOGÍA. P/ GESTION DE CITA
	Asistencia a servicios de promoción, prevención,	Vacunación __ Planificación Familiar __ Salud Visual __	Vacunación _ Planificación Familiar __ Salud Visual __	

	tratamiento y rehabilitación en el marco de las Rutas de Atención Integral en Salud (RIAS). (tenga en cuenta que para todos los casos se deberá remitir mínimo a la Ruta de promoción y mantenimiento de la salud)	Salud Bucal _X_ Otro:_ADULTEZ	Salud Bucal __ Otro:_____	
	Asistencia a servicios de atención integral por otras disciplinas y especialidades (cuando aplique)	Servicio/atención: _____ Cumplimiento: Sí ___ No ___	Servicio/atención: _____ Cumplimiento: Sí ___ No ___	

Acciones	**Seguimiento**	**Servicios o tecnologías recibidas individual** (señale con una X)	**Observaciones** (señale la información adicional que considere relevante
Desarrollo de acciones psicosociales	Periodicidad planeada de las sesiones de atención psicosocial en el Plan de Atención Integral.	Semanal _X_ Quincenal __ Mensual __	
	Número de sesiones de atención psicosocial del plan de atención integral.	Sesiones planeadas: _X__ Sesiones realizadas a la fecha: _____2_____	
	Fechas programadas de siguientes sesiones psicosociales:	Fecha: _06/06/2023	

3. Resultados del seguimiento
• **Cumplimiento de periodicidad de las sesiones psicosociales del Plan de Atención Integral planeadas (señale con una X):** Sí _X_ No ___ En caso de no cumplimiento, indique la razón:
• **Acciones y gestiones pendientes a realizar de acuerdo a las observaciones:** **RESULTADOS DE LABORATORIO YA REVISADOS POR MEDICO.** **SE INDUCE A ODONTOLOGÍA. P/ GESTION DE CITA** **SE EVIDENCIA ATENCIÓN EN EL CICLO DE VIDA ADULTEZ**

Nombre del Profesional que diligencia:

LUISA NORIEGA CAMARGO

Registro Profesional: 23521-15

Firma: LUISA NORIEGA CAMARGO

1. Datos de identificación
Nombre que identifique a la persona o grupo familiar: LUIS FRANCISCO GALINDO Modalidad de atención: INDIVIDUAL X FAMILIAR__ 1. Tipo documento de identidad: CC_X_ TI__ RC__ No. 6872149 2. Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. _____ 3. Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. _____ 4. Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. _____ 5. Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. _____ Fecha de inicio del Plan de Atención Integral: 17/ 05 / 2023 Fecha del seguimiento por enfermería: 31/ 05 / 2023 ESE /IPS: ESE VIDASINU

2. Seguimiento al Plan de Atención Integral				
Acciones	**Seguimiento**	**Servicios o tecnologías recibidas individual** (señale con una X)	**Servicios o tecnologías recibidas familiar** (señale el número de la persona que recibió el servicio, conforme a la numeración asignada en el ítem 1. “datos de identificación”)	**Observaciones** (señale la información adicional que considere relevante)
Desarrollo de acciones en salud	Asistencia a citas de acuerdo con el estado de salud de la persona o familia atendida.	Crónico__ Materno Infantil __ Terapias __ Salud Visual __ Salud Bucal __ Salud metal___ Otro:_____	Crónico_ Materno Infantil __ Terapias __ Salud Visual __ Salud Bucal __ Salud metal___ Otro:_____	PENDIENTE RECLAMAR FÓRMULA DE DERMATOLOGÍA SE EDUCA SOBRE ESTILOS DE VIDA SALUDABLE DEMANDA INDUCIDA A ODONTOLOGIA P/ GESTIONAR CITA
	Asistencia a servicios de promoción,	Vacunación __ Planificación Familiar __	Vacunación _ Planificación Familiar __	

	prevención, tratamiento y rehabilitación en el marco de las Rutas de Atención Integral en Salud (RIAS). (tenga en cuenta que para todos los casos se deberá remitir mínimo a la Ruta de promoción y mantenimiento de la salud)	Salud Visual __ Salud Bucal __ Otro VEJEZ	Salud Visual __ Salud Bucal __ Otro:_____	
	Asistencia a servicios de atención integral por otras disciplinas y especialidades (cuando aplique)	Servicio/atención: DERMATOLOGIA Cumplimiento: Sí X No ___	Servicio/atención: _____ Cumplimiento: Sí ___ No ___	

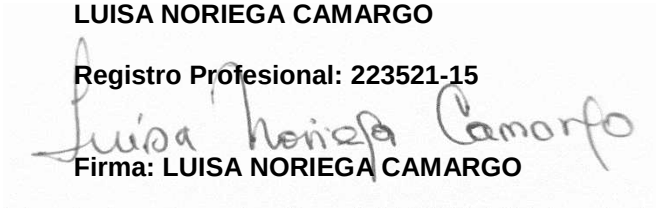
Acciones	Seguimiento	Servicios o tecnologías recibidas individual (señale con una X)	Observaciones (señale la información adicional que considere relevante
Desarrollo de acciones psicosociales	Periodicidad planeada de las sesiones de atención psicosocial en el Plan de Atención Integral.	Semanal _X_ Quincenal __ Mensual __	
	Número de sesiones de atención psicosocial del plan de atención integral.	Sesiones planeadas: _8__ Sesiones realizadas a la fecha: _____2_____	
	Fechas programadas de siguientes sesiones psicosociales:	Fecha: _06/06/2023	

3. Resultados del seguimiento
• **Cumplimiento de periodicidad de las sesiones psicosociales del Plan de Atención Integral planeadas (señale con una X):** Sí _X__ No ___ En caso de no cumplimiento, indique la razón:
• **Acciones y gestiones pendientes a realizar de acuerdo a las observaciones:** **PENDIENTE RECLAMAR FÓRMULA DE DERMATOLOGÍA** **DEMANDA INDUCIDA A ODONTOLOGIA** **P/ GESTIONAR CITA** **SE VERIFICA CUMLIMIENTO DE ATENCIÓN CICLO DE VIDA VEJEZ**

Nombre del Profesional que diligencia:

LUISA NORIEGA CAMARGO

Registro Profesional: 223521-15



Firma: LUISA NORIEGA CAMARGO

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL	**Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas – PAPSIVI** **FORMATO DE REPORTE DE LAS ACCIONES DE ENFERMERÍA**	**Logo Institucional** vidasinú

1. Datos de identificación
Nombre que identifique a la persona o grupo familiar: MIGUEL VICENTE PADILLA ROMERO Modalidad de atención: INDIVIDUAL X FAMILIAR__ 1. Tipo documento de identidad: CC_X_ TI__ RC__ No. 78709916 2. Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. _____ 3. Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. _____ 4. Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. _____ 5. Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. _____ Fecha de inicio del Plan de Atención Integral: 09/ 05 / 2023 Fecha del seguimiento por enfermería: 31/ 05 / 2023 ESE /IPS: ESE VIDASINÚ

2. Seguimiento al Plan de Atención Integral				
Acciones	**Seguimiento**	**Servicios o tecnologías recibidas individual** (señale con una X)	**Servicios o tecnologías recibidas familiar** (señale el número de la persona que recibió el servicio, conforme a la numeración asignada en el ítem 1. "datos de identificación")	**Observaciones** (señale la información adicional que considere relevante)
Desarrollo de acciones en salud	Asistencia a citas de acuerdo con el estado de salud de la persona o familia atendida.	Crónico__ Materno Infantil __ Terapias __ Salud Visual __ Salud Bucal __ Salud metal___ Otro:_____	Crónico_ Materno Infantil __ Terapias __ Salud Visual __ Salud Bucal __ Salud metal___ Otro:_____	SE HA ASIGNADO CITA EN VARIAS OPORTUNIDADES, LAS CUALES NO CUMPLE
	Asistencia a servicios de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación en el marco de las Rutas de Atención Integral en Salud (RIAS).	Vacunación __ Planificación Familiar __ Salud Visual __ Salud Bucal __ Otro:ADULTEZ_____ _____	Vacunación _ Planificación Familiar __ Salud Visual __ Salud Bucal __ Otro:_____	

	(tenga en cuenta que para todos los casos se deberá remitir mínimo a la Ruta de promoción y mantenimiento de la salud)			
	Asistencia a servicios de atención integral por otras disciplinas y especialidades (cuando aplique)	Servicio/atención: _____ Cumplimiento: Sí ___ No ___	Servicio/atención: _____ Cumplimiento: Sí ___ No ___	

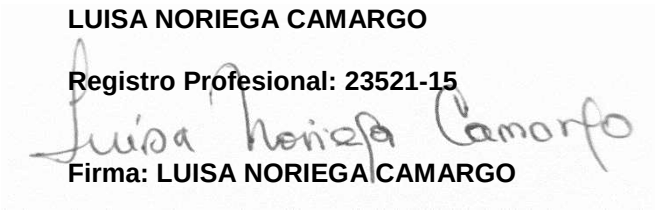
Acciones	Seguimiento	Servicios o tecnologías recibidas individual (señale con una X)	Observaciones (señale la información adicional que considere relevante
Desarrollo de acciones psicosociales	Periodicidad planeada de las sesiones de atención psicosocial en el Plan de Atención Integral.	Semanal _x_ Quincenal __ Mensual __	
	Número de sesiones de atención psicosocial del plan de atención integral.	Sesiones planeadas: _8__ Sesiones realizadas a la fecha: _8__	
	Fechas programadas de siguientes sesiones psicosociales:	Fecha:02/06/2023	

3. Resultados del seguimiento
• **Cumplimiento de periodicidad de las sesiones psicosociales del Plan de Atención Integral planeadas (señale con una X):** Sí __x_ No ___ En caso de no cumplimiento, indique la razón:
• **Acciones y gestiones pendientes a realizar de acuerdo a las observaciones:** SE HA ASIGNADO CITA EN VARIAS OPORTUNIDADES, LAS CUALES NO CUMPLE P/ GESTIONAR NUEVA CITA ADULTEZ

Nombre del Profesional que diligencia:

LUISA NORIEGA CAMARGO

Registro Profesional: 23521-15



Firma: LUISA NORIEGA CAMARGO

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL	**Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas – PAPSIVI** **FORMATO DE REPORTE DE LAS ACCIONES DE ENFERMERÍA**	vidasinú

1. Datos de identificación
Nombre que identifique a la persona o grupo familiar: NANCY DEL CARMEN GONZALEZ DIAZ Modalidad de atención: INDIVIDUAL _X_ FAMILIAR__ 1. Tipo documento de identidad: CC_X_ TI__ RC__ No. _50872497 2. __ 3. Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. _____ 4. Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. _____ 5. Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. _____ 6. Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. _____ Fecha de inicio del Plan de Atención Integral: 16/ 05 / 2023 Fecha del seguimiento por enfermería: 31/ 05 / 2023 ESE /IPS: _____ESE VIDASINU_____

2. Seguimiento al Plan de Atención Integral				
Acciones	**Seguimiento**	**Servicios o tecnologías recibidas individual** (señale con una X)	**Servicios o tecnologías recibidas familiar** (señale el número de la persona que recibió el servicio, conforme a la numeración asignada en el ítem 1. "datos de identificación")	**Observaciones** (señale la información adicional que considere relevante)
Desarrollo de acciones en salud	Asistencia a citas de acuerdo con el estado de salud de la persona o familia atendida.	Crónico__ Materno Infantil __ Terapias __ Salud Visual __ Salud Bucal __ Salud metal___ Otro:_____	Crónico_ Materno Infantil __ Terapias __ Salud Visual __ Salud Bucal __ Salud metal___ Otro:_____	3145863388 (8 INTENTOS)LLAMADA NO ATENDIDA. SE VERIFICA CUMPLIMIENTO DE INGRESO AL PROGRAMA VEJEZ
	Asistencia a servicios de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación en el marco de las Rutas de	Vacunación __ Planificación Familiar __ Salud Visual __ Salud Bucal __ Otro:VEJEZ	Vacunación _ Planificación Familiar __ Salud Visual __ Salud Bucal __ Otro:_____	

	Atención Integral en Salud (RIAS). (tenga en cuenta que para todos los casos se deberá remitir mínimo a la Ruta de promoción y mantenimiento de la salud)			
	Asistencia a servicios de atención integral por otras disciplinas y especialidades (cuando aplique)	Servicio/atención: _____ Cumplimiento: Sí ___ No ___	Servicio/atención: _____ Cumplimiento: Sí ___ No ___	

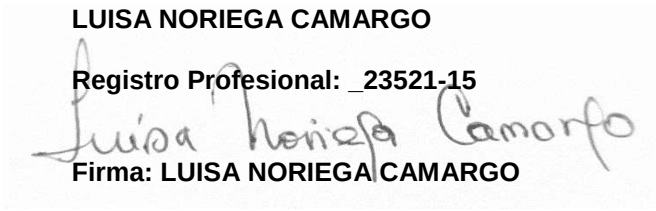
Acciones	**Seguimiento**	**Servicios o tecnologías recibidas individual** (señale con una X)	**Observaciones** (señale la información adicional que considere relevante
Desarrollo de acciones psicosociales	Periodicidad planeada de las sesiones de atención psicosocial en el Plan de Atención Integral.	Semanal _X_ Quincenal __ Mensual __	
	Número de sesiones de atención psicosocial del plan de atención integral.	Sesiones planeadas: _8__ Sesiones realizadas a la fecha: _2_____	
	Fechas programadas de siguientes sesiones psicosociales:	Fecha: _07/06/2023	

3. Resultados del seguimiento
● **Cumplimiento de periodicidad de las sesiones psicosociales del Plan de Atención Integral planeadas (señale con una X):** Sí __X_ No ___ En caso de no cumplimiento, indique la razón:
● **Acciones y gestiones pendientes a realizar de acuerdo a las observaciones:** **SE REALIZA LLAMADA DE SEGUIMIENTO 3145863388 8 INTENTOS LLAMADA NO ATENDIDA. SE VERIFICA CUMPLIMIENTO DE INGRESO AL PROGRAMA VEJEZ**

Nombre del Profesional que diligencia:

LUISA NORIEGA CAMARGO

Registro Profesional: _23521-15



Firma: LUISA NORIEGA CAMARGO

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL	**Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas – PAPSIVI** **FORMATO DE REPORTE DE LAS ACCIONES DE ENFERMERÍA**	vidasinú

1. Datos de identificación
Nombre que identifique a la persona o grupo familiar: NORIS ISABEL JARABA GONZALEZ Modalidad de atención: INDIVIDUAL X FAMILIAR__ 1. Tipo documento de identidad: CC_X_ TI__ RC__ No. 23062537 2. Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. _____ 3. Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. _____ 4. Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. _____ 5. Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. _____ Fecha de inicio del Plan de Atención Integral: 10/ 05 / 2023 Fecha del seguimiento por enfermería: 24/ 05 / 2023 ESE /IPS: ESE VIDASINÚ

2. Seguimiento al Plan de Atención Integral				
Acciones	**Seguimiento**	**Servicios o tecnologías recibidas individual** (señale con una X)	**Servicios o tecnologías recibidas familiar** (señale el número de la persona que recibió el servicio, conforme a la numeración asignada en el ítem 1. "datos de identificación")	**Observaciones** (señale la información adicional que considere relevante)
Desarrollo de acciones en salud	Asistencia a citas de acuerdo con el estado de salud de la persona o familia atendida.	Crónico_X Materno Infantil __ Terapias __ Salud Visual __ Salud Bucal __ Salud metal___ Otro:_NEFROPROTECCIÓN_____	Crónico_ Materno Infantil __ Terapias __ Salud Visual __ Salud Bucal __ Salud metal___ Otro:_____	SE EDUCA SOBRE ESTILOS DE VIDA SALUDABLE. INASISTENTE A RUTA CCVM P/ GESTION DE CITA. CASO NOTIFICADO A ENFERMERA LIDER CS RANCHO GRANDE SE REALIZA DEMANDA

				INDUCIDA A ODONTOLOGIA NEGACIÓN A LA DEMANDA INDUCIDA PAI ESQUEMA INFLUENZA Y CONSULTORIO ROSADO DTA CA DE MAMA
	Asistencia a servicios de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación en el marco de las Rutas de Atención Integral en Salud (RIAS). (tenga en cuenta que para todos los casos se deberá remitir mínimo a la Ruta de promoción y mantenimiento de la salud)	Vacunación X__ Planificación Familiar __ Salud Visual __ Salud Bucal _X_ Otro:_DTA CA DE MAMA_____ _	Vacunación _ Planificación Familiar __ Salud Visual __ Salud Bucal __ Otro:_____	
	Asistencia a servicios de atención integral por otras disciplinas y especialidades (cuando aplique)	Servicio/atención: _____ Cumplimiento: Sí ___ No ___	Servicio/atención: _____ Cumplimiento: Sí ___ No ___	

Acciones	Seguimiento	Servicios o tecnologías recibidas individual (señale con una X)	Observaciones (señale la información adicional que considere relevante
Desarrollo de acciones psicosociales	Periodicidad planeada de las sesiones de atención psicosocial en el Plan de Atención Integral.	Semanal _x_ Quincenal __ Mensual __	
	Número de sesiones de atención psicosocial del plan de atención integral.	Sesiones planeadas: _8__ Sesiones realizadas a la fecha: _____2_____	
	Fechas programadas de siguientes sesiones psicosociales:	Fecha:25/05/2023	

3. Resultados del seguimiento
• **Cumplimiento de periodicidad de las sesiones psicosociales del Plan de Atención Integral planeadas (señale con una X):** Sí _x__ No ___ En caso de no cumplimiento, indique la razón:
• **Acciones y gestiones pendientes a realizar de acuerdo a las observaciones:** **SE EDUCA SOBRE ESTILOS DE VIDA SALUDABLE.** **INASISTENTE A RUTA CCVM** **P/ GESTION DE CITA. CASO NOTIFICADO A ENFERMERA LIDER CS RANCHO GRANDE** **SE REALIZA DEMANDA INDUCIDA A ODONTOLOGIA**

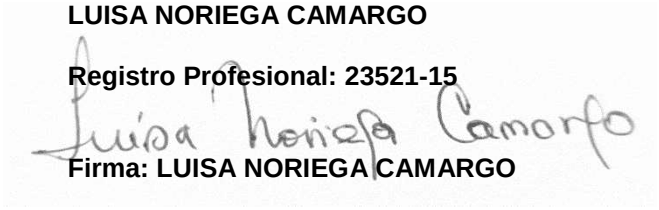
NEGACIÓN A LA DEMANDA INDUCIDA PAI ESQUEMA INFLUENZA
Y CONSULTORIO ROSADO DTA CA DE MAMA

SE VERIFICA CUMPLIMIENTO DE ATENCION EN RUTA CCVM Y NEFROPROTECCIÓN

Nombre del Profesional que diligencia:

LUISA NORIEGA CAMARGO

Registro Profesional: 23521-15



Firma: LUISA NORIEGA CAMARGO

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL	**Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas – PAPSIVI** **FORMATO DE REPORTE DE LAS ACCIONES DE ENFERMERÍA**	vidasinú

1. Datos de identificación
Nombre que identifique a la persona o grupo familiar: OMAIRA ISABEL ARAUJO _____ Modalidad de atención: INDIVIDUAL X__ FAMILIAR__ 1. Tipo documento de identidad: CC X TI__ RC__ No. 39414455 2. Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. _____ 3. Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. _____ 4. Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. _____ 5. Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. _____ Fecha de inicio del Plan de Atención Integral: 17/ 05 / 2023 Fecha del seguimiento por enfermería: 31/ 05 / 2023 ESE /IPS: _ESE VIDASINU

2. Seguimiento al Plan de Atención Integral				
Acciones	**Seguimiento**	**Servicios o tecnologías recibidas individual** (señale con una X)	**Servicios o tecnologías recibidas familiar** (señale el número de la persona que recibió el servicio, conforme a la numeración asignada en el ítem 1. "datos de identificación")	**Observaciones** (señale la información adicional que considere relevante)
Desarrollo de acciones en salud	Asistencia a citas de acuerdo con el estado de salud de la persona o familia atendida.	Crónico__ Materno Infantil __ Terapias __ Salud Visual __ Salud Bucal __ Salud metal___ Otro:_____	Crónico_ Materno Infantil __ Terapias __ Salud Visual __ Salud Bucal __ Salud metal___ Otro:_____	PENDIENTE REALIZACIÓN DE LABORATORIOS ORDENADOS EN CONSULTA. SE BRINDA EDUCACIÓN SOBRE ESTILOS DE VIDA SALUDABLE. SE INDUCE A: -ODONTOLOGÍA -CONSULTORIO ROSADO -PAI MEF -ADULTEZ P/ GESTIÓN DE CITAS
	Asistencia a servicios de promoción, prevención, tratamiento y	Vacunación X Planificación Familiar __ Salud Visual __ Salud Bucal _X_ Otro: ADULTEZ	Vacunación _ Planificación Familiar __ Salud Visual __ Salud Bucal __ Otro:_____	

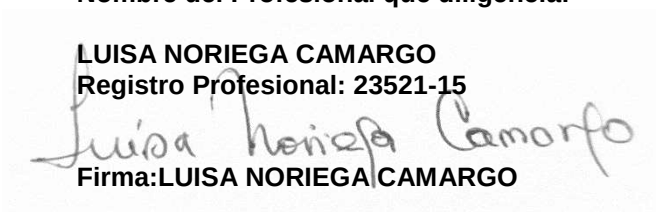
	rehabilitación en el marco de las Rutas de Atención Integral en Salud (RIAS). (tenga en cuenta que para todos los casos se deberá remitir mínimo a la Ruta de promoción y mantenimiento de la salud)	DT CA DE MAMA		
	Asistencia a servicios de atención integral por otras disciplinas y especialidades (cuando aplique)	Servicio/atención: _____ Cumplimiento: Sí ___ No ___	Servicio/atención: _____ Cumplimiento: Sí ___ No ___	

Acciones	**Seguimiento**	**Servicios o tecnologías recibidas individual** (señale con una X)	**Observaciones** (señale la información adicional que considere relevante
Desarrollo de acciones psicosociales	Periodicidad planeada de las sesiones de atención psicosocial en el Plan de Atención Integral.	Semanal _X_ Quincenal __ Mensual __	
	Número de sesiones de atención psicosocial del plan de atención integral.	Sesiones planeadas: _8_ Sesiones realizadas a la fecha: ____2_____	
	Fechas programadas de siguientes sesiones psicosociales:	Fecha: 05/06/2023	

3. Resultados del seguimiento
• **Cumplimiento de periodicidad de las sesiones psicosociales del Plan de Atención Integral planeadas (señale con una X):** Sí _X__ No ___ En caso de no cumplimiento, indique la razón:
• **Acciones y gestiones pendientes a realizar de acuerdo a las observaciones:** **PENDIENTE REALIZACIÓN DE LABORATORIOS ORDENADOS EN CONSULTA** **SE BRINDA EDUCACIÓN SOBRE ESTILOS DE VIDA SALUDABLE.** **SE INDUCE A:** **-ODONTOLOGÍA** **-CONSULTORIO ROSADO** **-PAI MEF** **-ADULTEZ** **P/ GESTIÓN DE CITAS**

Nombre del Profesional que diligencia:

LUISA NORIEGA CAMARGO
Registro Profesional: 23521-15



Firma:LUISA NORIEGA CAMARGO

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL	**Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas – PAPSIVI** **FORMATO DE REPORTE DE LAS ACCIONES DE ENFERMERÍA**	vidasinú

1. Datos de identificación
Nombre que identifique a la persona o grupo familiar: RUBYSTEY MADRID MESTRA Modalidad de atención: INDIVIDUAL X FAMILIAR__ 1. Tipo documento de identidad: CC_X_ TI__ RC__ No. 1073980845 2. Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. _____ 3. Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. _____ 4. Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. _____ 5. Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. _____ Fecha de inicio del Plan de Atención Integral: 09/ 05 / 2023 Fecha del seguimiento por enfermería: 25/ 05 / 2023 ESE /IPS: ESE VIDASINÚ

2. Seguimiento al Plan de Atención Integral				
Acciones	**Seguimiento**	**Servicios o tecnologías recibidas individual** (señale con una X)	**Servicios o tecnologías recibidas familiar** (señale el número de la persona que recibió el servicio, conforme a la numeración asignada en el ítem 1. "datos de identificación")	**Observaciones** (señale la información adicional que considere relevante)
Desarrollo de acciones en salud	Asistencia a citas de acuerdo con el estado de salud de la persona o familia atendida.	Crónico__ Materno Infantil __ Terapias __ Salud Visual __ Salud Bucal __ Salud metal___ Otro:_____	Crónico_ Materno Infantil __ Terapias __ Salud Visual __ Salud Bucal __ Salud metal___ Otro:_____	SE VERIFICA INGRESO A P. FAMILIAR
	Asistencia a servicios de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación en el marco de las Rutas de Atención Integral en Salud (RIAS). (tenga en cuenta que	Vacunación __ Planificación Familiar _X_ Salud Visual __ Salud Bucal __ Otro:ADULTEZ_____ _____	Vacunación _ Planificación Familiar __ Salud Visual __ Salud Bucal __ Otro:_____	

	para todos los casos se deberá remitir mínimo a la Ruta de promoción y mantenimiento de la salud)			
	Asistencia a servicios de atención integral por otras disciplinas y especialidades (cuando aplique)	Servicio/atención: _REVISION DE AYUDAS DX Cumplimiento: Sí _X__ No ___	Servicio/atención: _____ Cumplimiento: Sí ___ No ___	

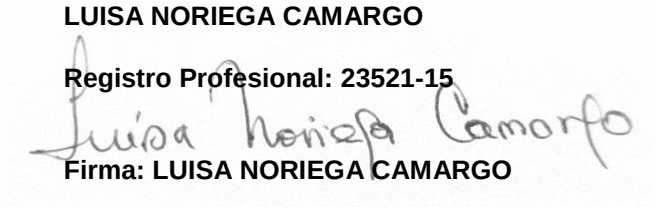
Acciones	**Seguimiento**	**Servicios o tecnologías recibidas individual** (señale con una X)	**Observaciones** (señale la información adicional que considere relevante
Desarrollo de acciones psicosociales	Periodicidad planeada de las sesiones de atención psicosocial en el Plan de Atención Integral.	Semanal _x_ Quincenal __ Mensual __	
	Número de sesiones de atención psicosocial del plan de atención integral.	Sesiones planeadas: __8_ Sesiones realizadas a la fecha: _____2_____	
	Fechas programadas de siguientes sesiones psicosociales:	Fecha:26/05/2023	

3. Resultados del seguimiento
• **Cumplimiento de periodicidad de las sesiones psicosociales del Plan de Atención Integral planeadas (señale con una X):** Sí __x_ No ___ En caso de no cumplimiento, indique la razón:
• **Acciones y gestiones pendientes a realizar de acuerdo a las observaciones:** **SE VERIFICA CUMPLIMIENTO DE CITA ASIGNADA PARA REVISIÓN DE AYUDAS DX P/ GESTION DE CITA JUVENTUD**

Nombre del Profesional que diligencia:

LUISA NORIEGA CAMARGO

Registro Profesional: 23521-15



Firma: LUISA NORIEGA CAMARGO

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL	**Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas – PAPSIVI** **FORMATO DE REPORTE DE LAS ACCIONES DE ENFERMERÍA**	vidasinú

1. Datos de identificación
Nombre que identifique a la persona o grupo familiar: SATIFI SOFIA SIERRA MARTINEZ Modalidad de atención: INDIVIDUAL X FAMILIAR__ 1. Tipo documento de identidad: CC_X_ TI__ RC__ No. 50913172 2. Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. _____ 3. Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. _____ 4. Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. _____ 5. Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. _____ Fecha de inicio del Plan de Atención Integral: 16/ 05 / 2023 Fecha del seguimiento por enfermería: 31/ 05 / 2023 ESE /IPS: ESE VIDASINÚ

2. Seguimiento al Plan de Atención Integral				
Acciones	**Seguimiento**	**Servicios o tecnologías recibidas individual** (señale con una X)	**Servicios o tecnologías recibidas familiar** (señale el número de la persona que recibió el servicio, conforme a la numeración asignada en el ítem 1. "datos de identificación")	**Observaciones** (señale la información adicional que considere relevante)
Desarrollo de acciones en salud	Asistencia a citas de acuerdo con el estado de salud de la persona o familia atendida.	Crónico__ Materno Infantil __ Terapias __ Salud Visual __ Salud Bucal __ Salud metal___ Otro:__NA_____ ___	Crónico_ Materno Infantil __ Terapias __ Salud Visual __ Salud Bucal __ Salud metal___ Otro:_____	ADRES S. TOTAL SUBSIDIADO
	Asistencia a servicios de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación en el marco de las Rutas de Atención Integral en Salud (RIAS). (tenga en cuenta que	Vacunación __ Planificación Familiar __ Salud Visual __ Salud Bucal __ Otro:_____ NA	Vacunación _ Planificación Familiar __ Salud Visual __ Salud Bucal __ Otro:_____	

	para todos los casos se deberá remitir mínimo a la Ruta de promoción y mantenimiento de la salud)			
	Asistencia a servicios de atención integral por otras disciplinas y especialidades (cuando aplique)	Servicio/atención: _____ Cumplimiento: Sí ___ No ___	Servicio/atención: _____ Cumplimiento: Sí ___ No ___	

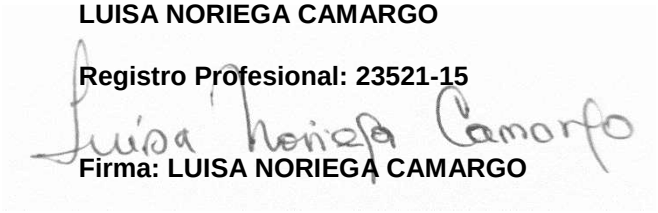
Acciones	**Seguimiento**	**Servicios o tecnologías recibidas individual** (señale con una X)	**Observaciones** (señale la información adicional que considere relevante
Desarrollo de acciones psicosociales	Periodicidad planeada de las sesiones de atención psicosocial en el Plan de Atención Integral.	Semanal _x_ Quincenal __ Mensual __	
	Número de sesiones de atención psicosocial del plan de atención integral.	Sesiones planeadas: _8__ Sesiones realizadas a la fecha: _____0_____	Pasan mas de 15 dias sin realizar atención, debido a que la usuaria se encontraba cuidando a su progenitora en el hospital
	Fechas programadas de siguientes sesiones psicosociales:	Fecha: 02/06/2023	

3. Resultados del seguimiento
• **Cumplimiento de periodicidad de las sesiones psicosociales del Plan de Atención Integral planeadas (señale con una X):** Sí _x__ No ___ En caso de no cumplimiento, indique la razón:
• **Acciones y gestiones pendientes a realizar de acuerdo a las observaciones:** **ADRES S. TOTAL SUBSIDIADO** **CUMPLIMIENTO DE CITAS EN IPS DE RED INTEGRAL DE ATENCIÓN ASIGNADA**

Nombre del Profesional que diligencia:

LUISA NORIEGA CAMARGO

Registro Profesional: 23521-15



Firma: LUISA NORIEGA CAMARGO

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL	**Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas – PAPSIVI** **FORMATO DE REPORTE DE LAS ACCIONES DE ENFERMERÍA**	vidasinú

1. Datos de identificación
Nombre que identifique a la persona o grupo familiar: SICILFREDO SUAREZ VIDAL Modalidad de atención: INDIVIDUAL X FAMILIAR__ 1. Tipo documento de identidad: CC_X_ TI__ RC__ No. 15010186 2. Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. _____ 3. Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. _____ 4. Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. _____ 5. Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. _____ Fecha de inicio del Plan de Atención Integral: 09/ 05 / 2023 Fecha del seguimiento por enfermería: 30/ 05 / 2023 ESE /IPS: ESE VIDASINÚ

2. Seguimiento al Plan de Atención Integral				
Acciones	**Seguimiento**	**Servicios o tecnologías recibidas individual** (señale con una X)	**Servicios o tecnologías recibidas familiar** (señale el número de la persona que recibió el servicio, conforme a la numeración asignada en el ítem 1. "datos de identificación")	**Observaciones** (señale la información adicional que considere relevante)
Desarrollo de acciones en salud	Asistencia a citas de acuerdo con el estado de salud de la persona o familia atendida.	Crónico__ Materno Infantil __ Terapias __ Salud Visual __ Salud Bucal _X_ Salud metal___ Otro:_____	Crónico_ Materno Infantil __ Terapias __ Salud Visual __ Salud Bucal __ Salud metal___ Otro:_____	SE REALIZA DEMANDA INDUCIDA A ODONTOLOGIA
	Asistencia a servicios de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación en el marco de las Rutas de Atención Integral en Salud (RIAS). (tenga en cuenta que	Vacunación __ Planificación Familiar __ Salud Visual __ Salud Bucal __ Otro:_____	Vacunación _ Planificación Familiar __ Salud Visual __ Salud Bucal __ Otro:_____	

	para todos los casos se deberá remitir mínimo a la Ruta de promoción y mantenimiento de la salud)			
	Asistencia a servicios de atención integral por otras disciplinas y especialidades (cuando aplique)	Servicio/atención: _____ Cumplimiento: Sí ___ No ___	Servicio/atención: _____ Cumplimiento: Sí ___ No ___	

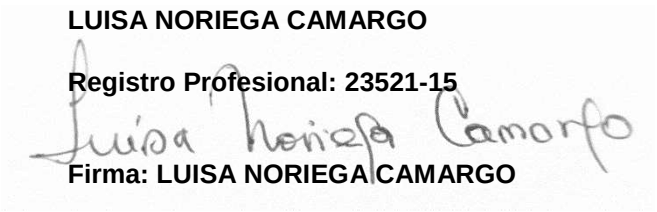
Acciones	**Seguimiento**	**Servicios o tecnologías recibidas individual** (señale con una X)	**Observaciones** (señale la información adicional que considere relevante
Desarrollo de acciones psicosociales	Periodicidad planeada de las sesiones de atención psicosocial en el Plan de Atención Integral.	Semanal _x_ Quincenal __ Mensual __	
	Número de sesiones de atención psicosocial del plan de atención integral.	Sesiones planeadas: _8__ Sesiones realizadas a la fecha: _____2_____	
	Fechas programadas de siguientes sesiones psicosociales:	Fecha: 06/06/2023	Se fija esa fecha porque el individuo se encuentra fuera de la ciudad atendiendo asuntos personales

3. Resultados del seguimiento
• **Cumplimiento de periodicidad de las sesiones psicosociales del Plan de Atención Integral planeadas (señale con una X):** Sí _x__ No ___ En caso de no cumplimiento, indique la razón:
• **Acciones y gestiones pendientes a realizar de acuerdo a las observaciones:** **SE REALIZA DEMANDA INDUCIDA A ODONTOLOGIA P/ ASIGNACIÓN DE CITA** **RUTA CCVM EN OTRA IPS** **SE VERIFICA CUMPLIMIENTO DE ATENCION EN RUTA: VEJEZ**

Nombre del Profesional que diligencia:

LUISA NORIEGA CAMARGO

Registro Profesional: 23521-15



Firma: LUISA NORIEGA CAMARGO

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL	**Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas – PAPSIVI** **FORMATO DE REPORTE DE LAS ACCIONES DE ENFERMERÍA**	vidasinú

1. Datos de identificación
Nombre que identifique a la persona o grupo familiar: SUSANA EDITH PARRA VEGA Modalidad de atención: INDIVIDUAL _X_ FAMILIAR__ 1. Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. 39155831 2. Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. _____ 3. Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. _____ 4. Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. _____ 5. Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. _____ Fecha de inicio del Plan de Atención Integral: 17/ 05 / 2023 Fecha del seguimiento por enfermería: 31/ 05 / 2023 ESE /IPS: _____

2. Seguimiento al Plan de Atención Integral				
Acciones	**Seguimiento**	**Servicios o tecnologías recibidas individual** (señale con una X)	**Servicios o tecnologías recibidas familiar** (señale el número de la persona que recibió el servicio, conforme a la numeración asignada en el ítem 1. "datos de identificación")	**Observaciones** (señale la información adicional que considere relevante)
Desarrollo de acciones en salud	Asistencia a citas de acuerdo con el estado de salud de la persona o familia atendida.	Crónico__ Materno Infantil __ Terapias __ Salud Visual __ Salud Bucal __ Salud metal___ Otro:_____	Crónico_ Materno Infantil __ Terapias __ Salud Visual __ Salud Bucal __ Salud metal___ Otro:_____	ACTUALMENTE AFILIADA A EAPB SALUD TOTAL SUBSIDIADO, RECIBIENDO ATENCIONES EN IPS SALUD TOTAL CENTRO DONDE CUMPLE SEGUIMIENTO POR DERMATOLOGIA. SE LE BRINDA EDUCACION SOBRE ESTILOS DE VIDA SALUDABLE, SE REALIZA DEMANDA INDUCIDA PAI APLICACIÓN DE DOSIS DE

				INFLUENZA Y SE DERIVA PARA EL CS MÁS CERCANO A SU VIVIENDA (RANCHO GRANDE)
	Asistencia a servicios de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación en el marco de las Rutas de Atención Integral en Salud (RIAS). (tenga en cuenta que para todos los casos se deberá remitir mínimo a la Ruta de promoción y mantenimiento de la salud)	Vacunación _X_ Planificación Familiar __ Salud Visual __ Salud Bucal __ Otro:_____	Vacunación _ Planificación Familiar __ Salud Visual __ Salud Bucal __ Otro:_____	
	Asistencia a servicios de atención integral por otras disciplinas y especialidades (cuando aplique)	Servicio/atención: DERMATOLOGIA Cumplimiento: Sí X No ___	Servicio/atención: _____ Cumplimiento: Sí ___ No ___	

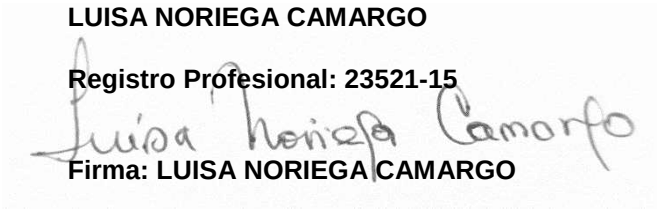
Acciones	Seguimiento	Servicios o tecnologías recibidas individual (señale con una X)	Observaciones (señale la información adicional que considere relevante
Desarrollo de acciones psicosociales	Periodicidad planeada de las sesiones de atención psicosocial en el Plan de Atención Integral.	Semanal _X_ Quincenal __ Mensual __	
	Número de sesiones de atención psicosocial del plan de atención integral.	Sesiones planeadas: _8_ Sesiones realizadas a la fecha: _____2_____	
	Fechas programadas de siguientes sesiones psicosociales:	Fecha: 05/06/2023	

3. Resultados del seguimiento
• **Cumplimiento de periodicidad de las sesiones psicosociales del Plan de Atención Integral planeadas (señale con una X):** Sí _X__ No ___ En caso de no cumplimiento, indique la razón:
• **Acciones y gestiones pendientes a realizar de acuerdo a las observaciones:** **ACTUALMENTE AFILIADA A EAPB SALUD TOTAL SUBSIDIADO, RECIBIENDO ATENCIONES EN IPS SALUD TOTAL CENTRO DONDE CUMPLE SEGUIMIENTO POR DERMATOLOGIA.** **SE LE BRINDA EDUCACION SOBRE ESTILOS DE VIDA SALUDABLE, SE REALIZA DEMANDA INDUCIDA PAI APLICACIÓN DE DOSIS DE INFLUENZA Y SE DERIVA PARA EL CS MÁS CERCANO A SU VIVIENDA (RANCHO GRANDE)**

Nombre del Profesional que diligencia:

LUISA NORIEGA CAMARGO

Registro Profesional: 23521-15



Firma: LUISA NORIEGA CAMARGO

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL	**Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas – PAPSIVI** **FORMATO DE REPORTE DE LAS ACCIONES DE ENFERMERÍA**	vidasinú

1. Datos de identificación
Nombre que identifique a la persona o grupo familiar: YESICA PAOLA ROMERO TABORDA Modalidad de atención: INDIVIDUAL _X_ FAMILIAR__ 1. Tipo documento de identidad: CC_X_ TI__ RC__ No. 1067958751 2. 3. Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. _____ 4. Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. _____ 5. Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. _____ 6. Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. _____ Fecha de inicio del Plan de Atención Integral: 16/ 05 / 2023 Fecha del seguimiento por enfermería: 31/ 05 / 2023 ESE /IPS: ESE VIDASINU

2. Seguimiento al Plan de Atención Integral				
Acciones	**Seguimiento**	**Servicios o tecnologías recibidas individual** (señale con una X)	**Servicios o tecnologías recibidas familiar** (señale el número de la persona que recibió el servicio, conforme a la numeración asignada en el ítem 1. "datos de identificación")	**Observaciones** (señale la información adicional que considere relevante)
Desarrollo de acciones en salud	Asistencia a citas de acuerdo con el estado de salud de la persona o familia atendida.	Crónico__ Materno Infantil _X_ Terapias __ Salud Visual __ Salud Bucal _ _ Salud metal___ Otro_	Crónico_ Materno Infantil __ Terapias __ Salud Visual __ Salud Bucal __ Salud metal___ Otro:_____ __	REFIERE "ESTUVE EMBARAZA Y LO PERDÍ, AHORA TENGO UN NUEVO EMBARAZO DE MAS O MENOS 5 SEMANAS POR UNA ECOGRAFÍA QUE ME HICIERON EN LA URGENCIA

				Y NO HE ENTRADO AL CONTROL AUN" SE LE INFORMA SOBRE LA IMPORTANCIA DE INGRESO A LA RUTA MATERNO-PERINATAL Y SE GESTIONAN CITAS CON JEFE DE SERVICIO C. EXTERNA EL AMPARO POR CERCANIA A SU VIVIENDA SE INDUCE: RUTA MATERNO-PERINATAL: CON CITA INGRESO A RUTA JEFE YULI RIOS ODONTOLOGIA PAI SEGUN EDAD GESTACIONAL
	Asistencia a servicios de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación en el marco de las Rutas de Atención Integral en Salud (RIAS).	Vacunación _X_ Planificación Familiar __ Salud Visual __ Salud Bucal _X_ Otro:_JUVENTUD_____ ___	Vacunación _ Planificación Familiar __ Salud Visual __ Salud Bucal __ Otro:_____ __	

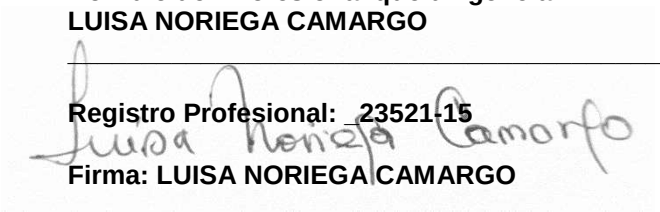
	(tenga en cuenta que para todos los casos se deberá remitir mínimo a la Ruta de promoción y mantenimiento de la salud)			
	Asistencia a servicios de atención integral por otras disciplinas y especialidades (cuando aplique)	Servicio/atención: _____ Cumplimiento: Sí ___ No ___	Servicio/atención: _____ Cumplimiento: Sí ___ No ___	

Acciones	**Seguimiento**	**Servicios o tecnologías recibidas individual** (señale con una X)	**Observaciones** (señale la información adicional que considere relevante
Desarrollo de acciones psicosociales	Periodicidad planeada de las sesiones de atención psicosocial en el Plan de Atención Integral.	Semanal X__ Quincenal __ Mensual __	
	Número de sesiones de atención psicosocial del plan de atención integral.	Sesiones planeadas: _8__ Sesiones realizadas a la fecha: _____2_____	
	Fechas programadas de siguientes sesiones psicosociales:	Fecha: _07/06/2023	

3. Resultados del seguimiento
• **Cumplimiento de periodicidad de las sesiones psicosociales del Plan de Atención Integral planeadas (señale con una X):** Sí _X_ No ___ En caso de no cumplimiento, indique la razón:
• **Acciones y gestiones pendientes a realizar de acuerdo a las observaciones:** **REFIERE "ESTUVE EMBARAZA Y LO PERDÍ, AHORA TENGO UN NUEVO EMBARAZO DE MAS O MENOS 5 SEMANAS POR UNA ECOGRAFÍA QUE ME HICIERON EN LA URGENCIA Y NO HE ENTRADO AL CONTROL AUN"** **SE GESTIONAN CITAS CON JEFE DE SERVICIO C. EXTERNA EL AMPARO POR CERCANIA A SU VIVIENDA** **SE INDUCE:** **RUTA MATERNO-PERINATAL:** **ODONTOLOGIA** **PAI SEGUN EDAD GESTACIONAL** ***SE VERIFICA ASISTENCIA Y CUMPLIMIENTO DE ORDENES SEGÚN ATENCIÓN**

Nombre del Profesional que diligencia:
LUISA NORIEGA CAMARGO

Registro Profesional: _23521-15



Firma: LUISA NORIEGA CAMARGO

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL	**Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas – PAPSIVI** **FORMATO DE REPORTE DE LAS ACCIONES DE ENFERMERÍA**	vidasinú

1. Datos de identificación
Nombre que identifique a la persona o grupo familiar: YULIANA MARTINEZ VELASQUEZ Modalidad de atención: INDIVIDUAL X FAMILIAR__ 1. Tipo documento de identidad: CC_X_ TI__ RC__ No. 1067843026 2. Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. _____ 3. Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. _____ 4. Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. _____ 5. Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. _____ Fecha de inicio del Plan de Atención Integral: 18/ 05 / 2023 Fecha del seguimiento por enfermería: 30/ 05 / 2023 ESE /IPS: ESE VIDASINÚ

2. Seguimiento al Plan de Atención Integral				
Acciones	**Seguimiento**	**Servicios o tecnologías recibidas individual** (señale con una X)	**Servicios o tecnologías recibidas familiar** (señale el número de la persona que recibió el servicio, conforme a la numeración asignada en el ítem 1. "datos de identificación")	**Observaciones** (señale la información adicional que considere relevante)
Desarrollo de acciones en salud	Asistencia a citas de acuerdo con el estado de salud de la persona o familia atendida.	Crónico__ Materno Infantil __ Terapias __ Salud Visual __ Salud Bucal __ Salud metal___ Otro:_____	Crónico_ Materno Infantil __ Terapias __ Salud Visual __ Salud Bucal __ Salud metal___ Otro:_____	SE BRINDA EDUCACIÓN SOBRE ESTILO DE VIDA SALUDABLE. **USUARIA SOLICITA CITA PARA REVISIÓN DE RX SE REALIZA DEMANDA INDUCIDA - ODONTOLOGIA -PAI MEF

	Asistencia a servicios de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación en el marco de las Rutas de Atención Integral en Salud (RIAS). (tenga en cuenta que para todos los casos se deberá remitir mínimo a la Ruta de promoción y mantenimiento de la salud)	Vacunación X__ Planificación Familiar __ Salud Visual __ Salud Bucal _X_ Otro:_____	Vacunación _ Planificación Familiar __ Salud Visual __ Salud Bucal __ Otro:_____	
	Asistencia a servicios de atención integral por otras disciplinas y especialidades (cuando aplique)	Servicio/atención: _____ Cumplimiento: Sí ___ No ___	Servicio/atención: _____ Cumplimiento: Sí ___ No ___	

Acciones	**Seguimiento**	**Servicios o tecnologías recibidas individual** (señale con una X)	**Observaciones** (señale la información adicional que considere relevante
Desarrollo de acciones psicosociales	Periodicidad planeada de las sesiones de atención psicosocial en el Plan de Atención Integral.	Semanal _x_ Quincenal __ Mensual __	
	Número de sesiones de atención psicosocial del plan de atención integral.	Sesiones planeadas: __8_ Sesiones realizadas a la fecha: _____2_____	

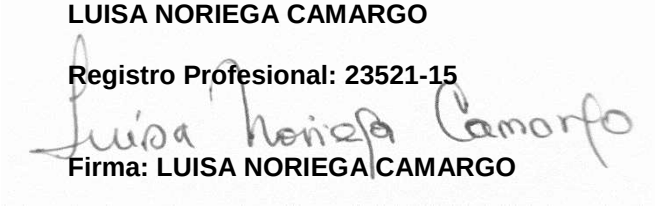
	Fechas programadas de siguientes sesiones psicosociales:	Fecha:02/06/2023	vidasinú

3. Resultados del seguimiento
• **Cumplimiento de periodicidad de las sesiones psicosociales del Plan de Atención Integral planeadas (señale con una X):** Sí _x__ No ___ En caso de no cumplimiento, indique la razón:
• **Acciones y gestiones pendientes a realizar de acuerdo a las observaciones:** **SE REALIZA LLAMADA DE SEGUIMIENTO 3006314218 USUARIA DE 25 AÑOS VINCULDA AL PROGRAMA PAPSIVI** **REFIERE SENTIRSE BIEN.** **SE BRINDA EDUCACIÓN SOBRE ESTILO DE VIDA SALUDABLE.** ****USUARIA SOLICITA CITA PARA REVISIÓN DE RX** **SE REALIZA DEMANDA INDUCIDA** **-ODONTOLOGIA** **-PAI MEF** **SE VERIFICA CUMPLIMIENTO DE PLANIFICACION FAMILIAR Y JUVENTUD**

Nombre del Profesional que diligencia:

LUISA NORIEGA CAMARGO

Registro Profesional: 23521-15



Firma: LUISA NORIEGA CAMARGO

1. Datos de identificación
Nombre que identifique a la persona o grupo familiar: YULIANA VASQUEZ ARIZAL Modalidad de atención: INDIVIDUAL X FAMILIAR__ 1. Tipo documento de identidad: CC_X_ TI__ RC__ No. 50939212 2. Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. _____ 3. Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. _____ 4. Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. _____ 5. Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. _____ Fecha de inicio del Plan de Atención Integral: 17/ 05 / 2023 Fecha del seguimiento por enfermería: 29/ 05 / 2023 ESE /IPS: ESE VIDASINÚ

2. Seguimiento al Plan de Atención Integral				
Acciones	**Seguimiento**	**Servicios o tecnologías recibidas individual** (señale con una X)	**Servicios o tecnologías recibidas familiar** (señale el número de la persona que recibió el servicio, conforme a la numeración asignada en el ítem 1. “datos de identificación”)	**Observaciones** (señale la información adicional que considere relevante)
Desarrollo de acciones en salud	Asistencia a citas de acuerdo con el estado de salud de la persona o familia atendida.	Crónico__ Materno Infantil __ Terapias __ Salud Visual __ Salud Bucal __ Salud metal___ Otro:_____	Crónico_ Materno Infantil __ Terapias __ Salud Visual __ Salud Bucal __ Salud metal___ Otro:_____	ADRES S. TOTAL SUBSIDIADO
	Asistencia a servicios de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación en el marco de las Rutas de Atención Integral en Salud (RIAS).	Vacunación __ Planificación Familiar __ Salud Visual __ Salud Bucal __ Otro:_____	Vacunación _ Planificación Familiar __ Salud Visual __ Salud Bucal __ Otro:_____	

	(tenga en cuenta que para todos los casos se deberá remitir mínimo a la Ruta de promoción y mantenimiento de la salud)			
	Asistencia a servicios de atención integral por otras disciplinas y especialidades (cuando aplique)	Servicio/atención: _____ Cumplimiento: Sí ___ No ___	Servicio/atención: _____ Cumplimiento: Sí ___ No ___	

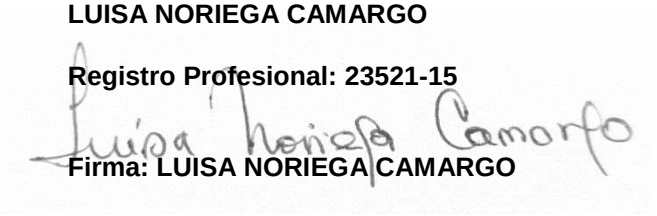
Acciones	Seguimiento	Servicios o tecnologías recibidas individual (señale con una X)	Observaciones (señale la información adicional que considere relevante
Desarrollo de acciones psicosociales	Periodicidad planeada de las sesiones de atención psicosocial en el Plan de Atención Integral.	Semanal __X__ Quincenal __ Mensual __	
	Número de sesiones de atención psicosocial del plan de atención integral.	Sesiones planeadas: __8__ Sesiones realizadas a la fecha: _____2_____	
	Fechas programadas de siguientes sesiones psicosociales:	Fecha: 06/06/2023	

3. Resultados del seguimiento
• **Cumplimiento de periodicidad de las sesiones psicosociales del Plan de Atención Integral planeadas (señale con una X):** Sí _X__ No ___ En caso de no cumplimiento, indique la razón:
• **Acciones y gestiones pendientes a realizar de acuerdo a las observaciones:** **ADRES S. TOTAL SUBSIDIADO**

Nombre del Profesional que diligencia:

LUISA NORIEGA CAMARGO

Registro Profesional: 23521-15



Firma: LUISA NORIEGA CAMARGO

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL	**Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas – PAPSIVI** **FORMATO DE REPORTE DE LAS ACCIONES DE ENFERMERÍA**	vidasinú

1. Datos de identificación

Nombre que identifique a la persona o grupo familiar: ZOILA MARIA VELASQUEZ
Modalidad de atención: INDIVIDUAL _X_ FAMILIAR__

1. Tipo documento de identidad: CC__X TI__ RC__ No. 30685968
2.
3. Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. _____
4. Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. _____
5. Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. _____
6. Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. _____

Fecha de inicio del Plan de Atención Integral: 17/ 05 / 2023
Fecha del seguimiento por enfermería: 31/ 05 / 2023
ESE /IPS: ESE VIDASINU

2. Seguimiento al Plan de Atención Integral				
Acciones	**Seguimiento**	**Servicios o tecnologías recibidas individual** (señale con una X)	**Servicios o tecnologías recibidas familiar** (señale el número de la persona que recibió el servicio, conforme a la numeración asignada en el ítem 1. "datos de identificación")	**Observaciones** (señale la información adicional que considere relevante)
Desarrollo de acciones en salud	Asistencia a citas de acuerdo con el estado de salud de la persona o familia atendida.	Crónico__ Materno Infantil __ Terapias __ Salud Visual __ Salud Bucal __ Salud metal___ Otro:_____	Crónico_ Materno Infantil __ Terapias __ Salud Visual __ Salud Bucal __ Salud metal___ Otro:_____	3107015500 ATIENDE LA LLAMADA EL SR DIEGO PATERNINA QUE SE IDENTIFICA COMO HIJO, QUIEN REFIERE QUE LA USUARIA NO SE ENCUENTRA. FACILITA OTRO NUMERO DE TELEFONO 3107032332 LLAMADA NO ATENDIDA (5 INTENTOS)
	Asistencia a servicios de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación en	Vacunación __ Planificación Familiar __ Salud Visual __ Salud Bucal __ Otro:ADULTEZ	Vacunación _ Planificación Familiar __ Salud Visual __ Salud Bucal __ Otro:_____	

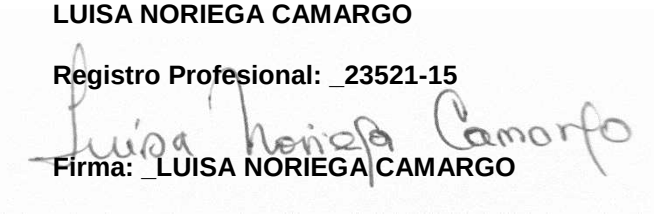
	el marco de las Rutas de Atención Integral en Salud (RIAS). (tenga en cuenta que para todos los casos se deberá remitir mínimo a la Ruta de promoción y mantenimiento de la salud)			
	Asistencia a servicios de atención integral por otras disciplinas y especialidades (cuando aplique)	Servicio/atención: _____ Cumplimiento: Sí ___ No ___	Servicio/atención: _____ Cumplimiento: Sí ___ No ___	

Acciones	**Seguimiento**	**Servicios o tecnologías recibidas individual** (señale con una X)	**Observaciones** (señale la información adicional que considere relevante
Desarrollo de acciones psicosociales	Periodicidad planeada de las sesiones de atención psicosocial en el Plan de Atención Integral.	Semanal _X_ Quincenal __ Mensual __	
	Número de sesiones de atención psicosocial del plan de atención integral.	Sesiones planeadas: _8__ Sesiones realizadas a la fecha: _____2_____	
	Fechas programadas de siguientes sesiones psicosociales:	Fecha: _05/06/2023_	

3. Resultados del seguimiento
• **Cumplimiento de periodicidad de las sesiones psicosociales del Plan de Atención Integral planeadas (señale con una X):** Sí __X_ No ___ En caso de no cumplimiento, indique la razón:
• **Acciones y gestiones pendientes a realizar de acuerdo a las observaciones:** **3107015500 ATIENDE LA LLAMADA EL SR DIEGO PATERNINA QUE SE IDENTIFICA COMO HIJO, QUIEN REFIERE QUE LA USUARIA NO SE ENCUENTRA. FACILITA OTRO NUMERO DE TELEFONO 3107032332 LLAMADA NO ATENDIDA (5 INTENTOS)**

Nombre del Profesional que diligencia:
LUISA NORIEGA CAMARGO

Registro Profesional: _23521-15



Firma: _LUISA NORIEGA CAMARGO

Segundo seguimiento a los 56 planes de atenciones por enfermería

Mes de Julio de 2023

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL	**Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas – PAPSIVI** **FORMATO DE REPORTE DE LAS ACCIONES DE ENFERMERÍA**	vidasinú

1. Datos de identificación
Nombre que identifique a la persona o grupo familiar: ARGENIDA MARIA TRIANA Modalidad de atención: INDIVIDUAL _X_ FAMILIAR__ 1. Tipo documento de identidad: CC_X_ TI__ RC__ No. 34993475 2. Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. _____ 3. Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. _____ 4. Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. _____ 5. Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. _____ Fecha de inicio del Plan de Atención Integral: 16/ 05 / 2023 Fecha del seguimiento por enfermería: 27/ 07 / 2023 ESE /IPS: ESE VIDASINÚ

2. Seguimiento al Plan de Atención Integral				
Acciones	**Seguimiento**	**Servicios o tecnologías recibidas individual** (señale con una X)	**Servicios o tecnologías recibidas familiar** (señale el número de la persona que recibió el servicio, conforme a la numeración asignada en el ítem 1. “datos de identificación”)	**Observaciones** (señale la información adicional que considere relevante)
Desarrollo de acciones en salud	Asistencia a citas de acuerdo con el estado de salud de la persona o familia atendida.	Crónico__ Materno Infantil __ Terapias __ Salud Visual __ Salud Bucal __ Salud metal___ Otro:_____	Crónico_ Materno Infantil __ Terapias __ Salud Visual __ Salud Bucal __ Salud metal___ Otro:_____	NO ASIGNACION DE CITA POR DERMATOLOGIA Y OPTOMETRÍA.
	Asistencia a servicios de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación en el marco de las Rutas de Atención Integral en	Vacunación __ Planificación Familiar __ Salud Visual __ Salud Bucal X__ Otro:	Vacunación _ Planificación Familiar __ Salud Visual __ Salud Bucal __ Otro:_____	

	Salud (RIAS). (tenga en cuenta que para todos los casos se deberá remitir mínimo a la Ruta de promoción y mantenimiento de la salud)			
	Asistencia a servicios de atención integral por otras disciplinas y especialidades (cuando aplique)	Servicio/atención: ___DERMATOLOGIA-OPTOMETRIA Cumplimiento: Sí ___ No _X__	Servicio/atención: _____ Cumplimiento: Sí ___ No ___	

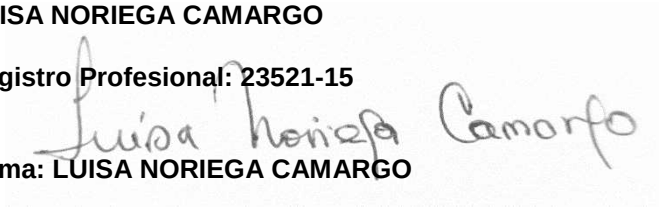
Acciones	**Seguimiento**	**Servicios o tecnologías recibidas individual** (señale con una X)	**Observaciones** (señale la información adicional que considere relevante
Desarrollo de acciones psicosociales	Periodicidad planeada de las sesiones de atención psicosocial en el Plan de Atención Integral.	Semanal X__ Quincenal __ Mensual __	
	Número de sesiones de atención psicosocial del plan de atención integral.	Sesiones planeadas: _8__ Sesiones realizadas a la fecha: _____8_____	
	Fechas programadas de siguientes sesiones psicosociales:	Fecha: _____	No se agenda fecha para sesión ya que se habían completado las etapas de cierre del plan de atención psicosocial.

3. Resultados del seguimiento
• **Cumplimiento de periodicidad de las sesiones psicosociales del Plan de Atención Integral planeadas (señale con una X):** Sí _X__ No ___ En caso de no cumplimiento, indique la razón:
• **Acciones y gestiones pendientes a realizar de acuerdo a las observaciones:** **A LA FECHA NO TIENE CITA PARA INTERCONSULTA POR DERMATOLOGIA Y OPTOMETRÍA. REFIERE QUE HA IDO EN VARIAS OPORTUNIDADES Y LE RESPONDEN QUE NO HAY AGENDA**

Nombre del Profesional que diligencia:

LUISA NORIEGA CAMARGO

Registro Profesional: 23521-15



Firma: LUISA NORIEGA CAMARGO

1. Datos de identificación
Nombre que identifique a la persona o grupo familiar: CERLY GRANDETH FUENTES Modalidad de atención: INDIVIDUAL X FAMILIAR__ 1. Tipo documento de identidad: CC_X_ TI__ RC__ No. 1067853156 2. Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. _____ 3. Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. _____ 4. Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. _____ 5. Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. _____ Fecha de inicio del Plan de Atención Integral: 17/ 05 / 2023 Fecha del seguimiento por enfermería: 18/ 07 / 2023 ESE /IPS:

2. Seguimiento al Plan de Atención Integral				
Acciones	**Seguimiento**	**Servicios o tecnologías recibidas individual** (señale con una X)	**Servicios o tecnologías recibidas familiar** (señale el número de la persona que recibió el servicio, conforme a la numeración asignada en el ítem 1. "datos de identificación")	**Observaciones** (señale la información adicional que considere relevante)
Desarrollo de acciones en salud	Asistencia a citas de acuerdo con el estado de salud de la persona o familia atendida.	Crónico__ Materno Infantil __ Terapias __ Salud Visual __ Salud Bucal __ Salud metal___ Otro:_____	Crónico_ Materno Infantil __ Terapias __ Salud Visual __ Salud Bucal __ Salud metal___ Otro:_____	ADRES SALUD TOTAL SUBSIDIADO
	Asistencia a servicios de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación en el marco de las Rutas de Atención Integral en Salud (RIAS).	Vacunación __ Planificación Familiar __ Salud Visual __ Salud Bucal __ Otro:_____	Vacunación _ Planificación Familiar __ Salud Visual __ Salud Bucal __ Otro:_____	

	(tenga en cuenta que para todos los casos se deberá remitir mínimo a la Ruta de promoción y mantenimiento de la salud)			
	Asistencia a servicios de atención integral por otras disciplinas y especialidades (cuando aplique)	Servicio/atención: _____ Cumplimiento: Sí ___ No ___	Servicio/atención: _____ Cumplimiento: Sí ___ No ___	

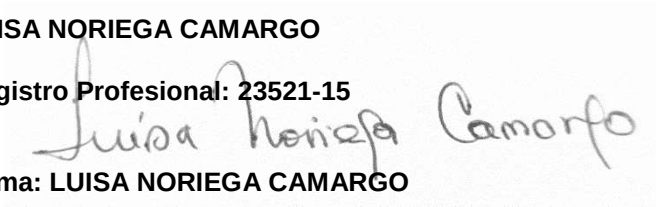
Acciones	Seguimiento	Servicios o tecnologías recibidas individual (señale con una X)	Observaciones (señale la información adicional que considere relevante
Desarrollo de acciones psicosociales	Periodicidad planeada de las sesiones de atención psicosocial en el Plan de Atención Integral.	Semanal _X_ Quincenal __ Mensual __	
	Número de sesiones de atención psicosocial del plan de atención integral.	Sesiones planeadas: _8__ Sesiones realizadas a la fecha: _____7_____	
	Fechas programadas de siguientes sesiones psicosociales:	Fecha: 22/07/2023	

3. Resultados del seguimiento
• **Cumplimiento de periodicidad de las sesiones psicosociales del Plan de Atención Integral planeadas (señale con una X):** Sí _X__ No ___ En caso de no cumplimiento, indique la razón:
• **Acciones y gestiones pendientes a realizar de acuerdo a las observaciones:** **ADRES SALUD TOTAL SUBSIDIADO**

Nombre del Profesional que diligencia:

LUISA NORIEGA CAMARGO

Registro Profesional: 23521-15



Firma: LUISA NORIEGA CAMARGO

1. Datos de identificación

Nombre que identifique a la persona o grupo familiar: ESMERALDA ROSA CARMONA ALVAREZ

Modalidad de atención: INDIVIDUAL _X_ FAMILIAR__

1. Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. 25767786
2. Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. _____
3. Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. _____
4. Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. _____
5. Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. _____

Fecha de inicio del Plan de Atención Integral:17/ 05 / 2023
Fecha del seguimiento por enfermería: 24/ 07 / 2023

ESE /IPS: _____

2. Seguimiento al Plan de Atención Integral				
Acciones	**Seguimiento**	**Servicios o tecnologías recibidas individual** (señale con una X)	**Servicios o tecnologías recibidas familiar** (señale el número de la persona que recibió el servicio, conforme a la numeración asignada en el ítem 1. "datos de identificación")	**Observaciones** (señale la información adicional que considere relevante)
Desarrollo de acciones en salud	Asistencia a citas de acuerdo con el estado de salud de la persona o familia atendida.	Crónico__ Materno Infantil __ Terapias __ Salud Visual __ Salud Bucal __ Salud metal___ Otro:_____	Crónico_ Materno Infantil __ Terapias __ Salud Visual __ Salud Bucal __ Salud metal___ Otro:_____	ACTIVA SANIDAD MILIAR
	Asistencia a servicios de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación en el marco de las Rutas de Atención Integral en	Vacunación __ Planificación Familiar __ Salud Visual __ Salud Bucal __ Otro:_____	Vacunación _ Planificación Familiar __ Salud Visual __ Salud Bucal __ Otro:_____	

	Salud (RIAS). (tenga en cuenta que para todos los casos se deberá remitir mínimo a la Ruta de promoción y mantenimiento de la salud)			
	Asistencia a servicios de atención integral por otras disciplinas y especialidades (cuando aplique)	Servicio/atención: _____ Cumplimiento: Sí ___ No ___	Servicio/atención: _____ Cumplimiento: Sí ___ No ___	

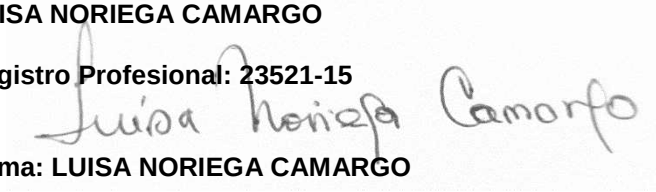
Acciones	**Seguimiento**	**Servicios o tecnologías recibidas individual** (señale con una X)	**Observaciones** (señale la información adicional que considere relevante
Desarrollo de acciones psicosociales	Periodicidad planeada de las sesiones de atención psicosocial en el Plan de Atención Integral.	Semanal _X_ Quincenal __ Mensual __	
	Número de sesiones de atención psicosocial del plan de atención integral.	Sesiones planeadas: _8__ Sesiones realizadas a la fecha: _____8_____	
	Fechas programadas de siguientes sesiones psicosociales:	Fecha: _____	No se agenda fecha para sesión ya que se habían completado las etapas de cierre del plan de atención psicosocial.

3. Resultados del seguimiento
• **Cumplimiento de periodicidad de las sesiones psicosociales del Plan de Atención Integral planeadas (señale con una X):** Sí _X__ No ___ En caso de no cumplimiento, indique la razón:
• **Acciones y gestiones pendientes a realizar de acuerdo a las observaciones:** ACTIVA SANIDAD MILITAR

Nombre del Profesional que diligencia:

LUISA NORIEGA CAMARGO

Registro Profesional: 23521-15



Firma: LUISA NORIEGA CAMARGO

1. Datos de identificación
Nombre que identifique a la persona o grupo familiar: FAMILIA ANA RAMOS Modalidad de atención: INDIVIDUAL FAMILIAR_X_ 1. Tipo documento de identidad: CC X TI__ RC__ No. 50899719 2. Tipo documento de identidad: CC__ TI X RC__ No. 1138075781 3. Tipo documento de identidad: CC X TI_ RC__ No. 1067859752 4. Tipo documento de identidad: CC__ TI X RC__ No. 1138076297 5. Tipo documento de identidad: CC__ TI X RC__ No. 1067902065 6. Tipo documento de identidad: CC X TI__ RC__ No. 1067935725 7. Tipo documento de identidad: CC__ TI X RC__ No. 1138076298 Fecha de inicio del Plan de Atención Integral:15/ 05 / 2023 Fecha del seguimiento por enfermería: 24/ 07 / 2023 ESE /IPS: ESE VIDASINÚ

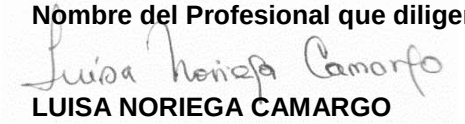
2. Seguimiento al Plan de Atención Integral				
Acciones	**Seguimiento**	**Servicios o tecnologías recibidas individual** (señale con una X)	**Servicios o tecnologías recibidas familiar** (señale el número de la persona que recibió el servicio, conforme a la numeración asignada en el ítem 1. "datos de identificación")	**Observaciones** (señale la información adicional que considere relevante)
Desarrollo de acciones en salud	Asistencia a citas de acuerdo con el estado de salud de la persona o familia atendida.	Crónico__ Materno Infantil __ Terapias __ Salud Visual __ Salud Bucal __ Salud metal___ Otro:_____	Crónico_ Materno Infantil __ Terapias __ Salud Visual __ Salud Bucal __ Salud metal___ Otro:_____	1 INDICACIONES DE AUTOCUIDADO 2-3-4-5 ODONTOLOGIA 2-4ADOLESCENCIA 6 ADRES ACTIVO S. TOTAL SUBSIDIADO 7 NEGACION A D. INDUCIDA ODONTOLOGIA
	Asistencia a servicios de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación	Vacunación __ Planificación Familiar __ Salud Visual __ Salud Bucal __ Otro:_____	Vacunación _ Planificación Familiar 3 Salud Visual __ Salud Bucal 2-3-4-5 Otro:1 DTA CA DE MAMA	

	en el marco de las Rutas de Atención Integral en Salud (RIAS). (tenga en cuenta que para todos los casos se deberá remitir mínimo a la Ruta de promoción y mantenimiento de la salud)		2-4 5-7 ADOLESCENCIA	
	Asistencia a servicios de atención integral por otras disciplinas y especialidades (cuando aplique)	Servicio/atención: _____ Cumplimiento: Sí ___ No ___	Servicio/atención: _____ Cumplimiento: Sí ___ No ___	

Acciones	Seguimiento	Servicios o tecnologías recibidas individual (señale con una X)	Observaciones (señale la información adicional que considere relevante
Desarrollo de acciones psicosociales	Periodicidad planeada de las sesiones de atención psicosocial en el Plan de Atención Integral.	Semanal _X_ Quincenal __ Mensual __	
	Número de sesiones de atención psicosocial del plan de atención integral.	Sesiones planeadas: _8__ Sesiones realizadas a la fecha:_____8_____	Hasta la fecha todas las sesiones se dieron por culminadas.
	Fechas programadas de siguientes sesiones psicosociales:	Fecha: Sesiones cerradas	No se programan sesiones, porque las atenciones psicosociales culminaron satisfactoriamente.

3. Resultados del seguimiento
• **Cumplimiento de periodicidad de las sesiones psicosociales del Plan de Atención Integral planeadas (señale con una X):** Sí _X__ No ___ En caso de no cumplimiento, indique la razón:
• **Acciones y gestiones pendientes a realizar de acuerdo a las observaciones:** 1 P VALORACION CIRUGIA GENERAL 2-3-4-5 SE VERIFICA CUMPLIMEINTO DE CITA ODONTOLOGICA 2-4 -7 SE VERIFICA CUMPLIMIENTO DE CURSO DE VIDA ADOLESCENCIA ADHERENTE A PROGRAMA P. FAMILIAR 5 CUMPLE CITA RUTA ADOLESCENCIA 6 ADRES ACTIVO S. TOTAL SUBSIDIADO 7 NEGACION A D. INDUCIDA ODONTOLOGIA

Nombre del Profesional que diligencia:



LUISA NORIEGA CAMARGO

Registro Profesional: 23521-15

Firma: LUISA NORIEGA CAMARGO

1. Datos de identificación
Nombre que identifique a la persona o grupo familiar: FAMILIA EVER HERNÁNDEZ Modalidad de atención: INDIVIDUAL FAMILIAR X 1. Tipo documento de identidad: CC X TI__ RC__ No. 71980193 2. Tipo documento de identidad: CC X TI__ RC__ No. 50893178 3. Tipo documento de identidad: CC__ TIX RC__ No. 1062436156 4. Tipo documento de identidad: CC__ TIX RC__ No. 1062439917 5. Tipo documento de identidad: CC__ TIX RC__ No. 1138081921 Fecha de inicio del Plan de Atención Integral:19 / 05 / 2023 Fecha del seguimiento por enfermería: 19/ 07 / 2023 ESE /IPS: ESE VIDASINÚ

2. Seguimiento al Plan de Atención Integral				
Acciones	**Seguimiento**	**Servicios o tecnologías recibidas individual** (señale con una X)	**Servicios o tecnologías recibidas familiar** (señale el número de la persona que recibió el servicio, conforme a la numeración asignada en el ítem 1. “datos de identificación”)	**Observaciones** (señale la información adicional que considere relevante)
Desarrollo de acciones en salud	Asistencia a citas de acuerdo con el estado de salud de la persona o familia atendida.	Crónico__ Materno Infantil __ Terapias __ Salud Visual __ Salud Bucal __ Salud metal___ Otro:_____	Crónico 1 Materno Infantil __ Terapias __ Salud Visual __ Salud Bucal __ Salud metal___ Otro:_____	1 HTA ADHERENTE,DM NO CONTROLADO A RUTA. 2 ADRES ACTIVO NUEVA EPS CONTRIBUTIVO (BENEFICIARIO) 1-3-4-5 D. INDUCIDA ODONTOLOGIA P/ GESTIONAR CITA
	Asistencia a servicios de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación en el marco de las Rutas de Atención	Vacunación __ Planificación Familiar __ Salud Visual __ Salud Bucal __ Otro:_____	Vacunación _ Planificación Familiar 3-4 Salud Visual __ Salud Bucal 3-4-5 Otro:1 ADULTEZ 4 - 5 ADOLESCENCIA	

	Integral en Salud (RIAS). (tenga en cuenta que para todos los casos se deberá remitir mínimo a la Ruta de promoción y mantenimiento de la salud)			
	Asistencia a servicios de atención integral por otras disciplinas y especialidades (cuando aplique)	Servicio/atención: _____ Cumplimiento: Sí ___ No ___	Servicio/atención: _____ Cumplimiento: Sí ___ No ___	

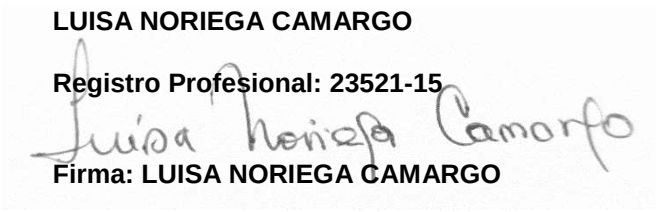
Acciones	**Seguimiento**	**Servicios o tecnologías recibidas individual** (señale con una X)	**Observaciones** (señale la información adicional que considere relevante
Desarrollo de acciones psicosociales	Periodicidad planeada de las sesiones de atención psicosocial en el Plan de Atención Integral.	Semanal _X_ Quincenal __ Mensual __	
	Número de sesiones de atención psicosocial del plan de atención integral.	Sesiones planeadas: _8__ Sesiones realizadas a la fecha: 8	
	Fechas programadas de siguientes sesiones psicosociales:	Fecha: _____	En la fecha del seguimiento todas las atenciones psicosociales habían culminados y cerradas, por tal motivo no se programó actividades.

3. Resultados del seguimiento
• **Cumplimiento de periodicidad de las sesiones psicosociales del Plan de Atención Integral planeadas (señale con una X):** Sí _X_ No ___ En caso de no cumplimiento, indique la razón:
• **Acciones y gestiones pendientes a realizar de acuerdo a las observaciones:** 1 VALORADO POR M. INTERNA HTA ADHERENTE A RUTA. CUMPLE ATENCION SEGÚN CURSO DE VIDA ADULTEZ 2 ADRES ACTIVO NUEVA EPS CONTRIBUTIVO (BENEFICIARIO) 1-3-4-5 CUMPLE CITA ODONTOLOGICA 3-4 SE EVIDENCIA INGRESO A PROGRAMA DE PLANIFICACIÓN 4-5 INGRESO A RUTA SEGÚN CURSO DE VIDA ADOLESCENCIA 4 CUMPLE CITA MEDICA (NO REMISION)

Nombre del Profesional que diligencia:

LUISA NORIEGA CAMARGO

Registro Profesional: 23521-15



Firma: LUISA NORIEGA CAMARGO

1. Datos de identificación
Nombre que identifique a la persona o grupo familiar: FAMILIA LIBARDO RAMOS Modalidad de atención: INDIVIDUAL FAMILIAR_X_ 1. Tipo documento de identidad: CC X TI__ RC__ No. 1067837447 2. Tipo documento de identidad: CC X TI__ RC__ No. 1067917277 3. Tipo documento de identidad: CC X TI_ RC__ No. 1003401918 4. Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. _____ 5. Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. _____ Fecha de inicio del Plan de Atención Integral:15/ 05 / 2023 Fecha del seguimiento por enfermería: 28/ 07 / 2023 ESE /IPS: ESE VIDASINÚ

2. Seguimiento al Plan de Atención Integral				
Acciones	**Seguimiento**	**Servicios o tecnologías recibidas individual** (señale con una X)	**Servicios o tecnologías recibidas familiar** (señale el número de la persona que recibió el servicio, conforme a la numeración asignada en el ítem 1. “datos de identificación”)	**Observaciones** (señale la información adicional que considere relevante)
Desarrollo de acciones en salud	Asistencia a citas de acuerdo con el estado de salud de la persona o familia atendida.	Crónico__ Materno Infantil __ Terapias __ Salud Visual __ Salud Bucal __ Salud metal___ Otro:_____	Crónico_ Materno Infantil __ Terapias __ Salud Visual __ Salud Bucal __ Salud metal___ Otro:_____	1-2-3 ODONTOLOGIA
	Asistencia a servicios de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación en el marco de las Rutas de Atención Integral en Salud (RIAS).	Vacunación __ Planificación Familiar __ Salud Visual __ Salud Bucal __ Otro:_____	Vacunación 1-2-3 Planificación Familiar __ Salud Visual __ Salud Bucal 1-2-3 Otro:_____	

	(tenga en cuenta que para todos los casos se deberá remitir mínimo a la Ruta de promoción y mantenimiento de la salud)			
	Asistencia a servicios de atención integral por otras disciplinas y especialidades (cuando aplique)	Servicio/atención: _____ Cumplimiento: Sí ___ No ___	Servicio/atención: _____ Cumplimiento: Sí ___ No ___	

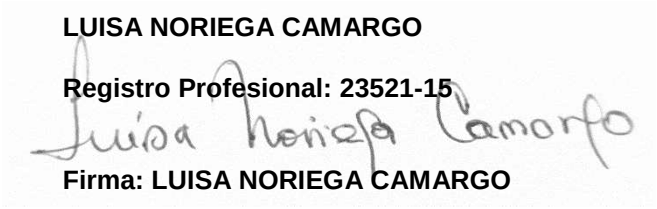
Acciones	**Seguimiento**	**Servicios o tecnologías recibidas individual** (señale con una X)	**Observaciones** (señale la información adicional que considere relevante
Desarrollo de acciones psicosociales	Periodicidad planeada de las sesiones de atención psicosocial en el Plan de Atención Integral.	Semanal _X_ Quincenal __ Mensual __	
	Número de sesiones de atención psicosocial del plan de atención integral.	Sesiones planeadas: __8_ Sesiones realizadas a la fecha: _____8_____	
	Fechas programadas de siguientes sesiones psicosociales:	Fecha: _____	No se programó fechas porque todas las atenciones se ejecutaron y se cerraron satisfactoriamente.

3. Resultados del seguimiento
• **Cumplimiento de periodicidad de las sesiones psicosociales del Plan de Atención Integral planeadas (señale con una X):** Sí _X__ No ___ En caso de no cumplimiento, indique la razón:
• **Acciones y gestiones pendientes a realizar de acuerdo a las observaciones:** 1-2-3 CUMPLEN ATENCION DE ODONTOLOGIA

Nombre del Profesional que diligencia:

LUISA NORIEGA CAMARGO

Registro Profesional: 23521-15



Firma: LUISA NORIEGA CAMARGO

1. Datos de identificación
Nombre que identifique a la persona o grupo familiar: FAMILIA MERCEDES ALEGRIA Modalidad de atención: INDIVIDUAL FAMILIAR_X_ 1. Tipo documento de identidad: CC X TI__ RC__ No. 26248959 2. Tipo documento de identidad: CC X TI__ RC__ No. 1067930990 3. Tipo documento de identidad: CC__ TI X RC__ No. 1062979222 4. Tipo documento de identidad: CC X TI__ RC__ No. 1067889338 5. Tipo documento de identidad: CC XTI__ RC__ No. 1063716924 Fecha de inicio del Plan de Atención Integral:15/ 05 / 2023 Fecha del seguimiento por enfermería: 18/ 07 / 2023 ESE /IPS: ESE VIDASINÚ

2. Seguimiento al Plan de Atención Integral				
Acciones	**Seguimiento**	**Servicios o tecnologías recibidas individual** (señale con una X)	**Servicios o tecnologías recibidas familiar** (señale el número de la persona que recibió el servicio, conforme a la numeración asignada en el ítem 1. "datos de identificación")	**Observaciones** (señale la información adicional que considere relevante)
Desarrollo de acciones en salud	Asistencia a citas de acuerdo con el estado de salud de la persona o familia atendida.	Crónico__ Materno Infantil __ Terapias __ Salud Visual __ Salud Bucal __ Salud metal___ Otro:_____	Crónico_ Materno Infantil __ Terapias __ Salud Visual __ Salud Bucal __ Salud metal___ Otro:_____	1 NEGACION PAI INFLUENZA+ CITA MORB. 2 ADRES (SALUD TOTAL SUBSIDIADO) 3-5 P/ CITA ODONTOLOGIA 6 PLANIFICACION FAMILIAR
	Asistencia a servicios de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación en el marco de	Vacunación __ Planificación Familiar __ Salud Visual __ Salud Bucal __ Otro:_____	Vacunación _ Planificación Familiar __ Salud Visual __ Salud Bucal 3-5 Otro:__1 VEJEZ 3 INFANCIA	

	las Rutas de Atención Integral en Salud (RIAS). (tenga en cuenta que para todos los casos se deberá remitir mínimo a la Ruta de promoción y mantenimiento de la salud)		4 DULTEZ 5 JUVENTUD	
	Asistencia a servicios de atención integral por otras disciplinas y especialidades (cuando aplique)	Servicio/atención: _____ Cumplimiento: Sí ___ No ___	Servicio/atención: _____ Cumplimiento: Sí ___ No ___	

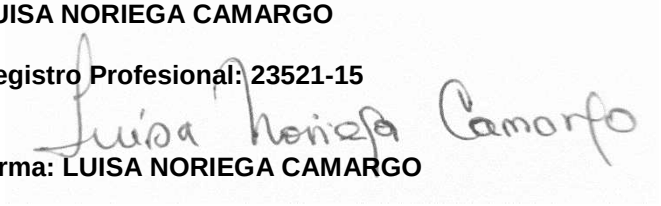
Acciones	Seguimiento	Servicios o tecnologías recibidas individual (señale con una X)	Observaciones (señale la información adicional que considere relevante
Desarrollo de acciones psicosociales	Periodicidad planeada de las sesiones de atención psicosocial en el Plan de Atención Integral.	Semanal _X_ Quincenal __ Mensual __	
	Número de sesiones de atención psicosocial del plan de atención integral.	Sesiones planeadas: _8__ Sesiones realizadas a la fecha: _____8_____	
	Fechas programadas de siguientes sesiones psicosociales:	Fecha: _____	No se programó sesiones porque a la fecha se había cerrado el plan de atención psicosocial.

3. Resultados del seguimiento
• **Cumplimiento de periodicidad de las sesiones psicosociales del Plan de Atención Integral planeadas (señale con una X):** Sí _X__ No ___ En caso de no cumplimiento, indique la razón:
• **Acciones y gestiones pendientes a realizar de acuerdo a las observaciones:** 1 NEGACION PAI INFLUENZA+ NO REMISION A ESPECIALISTA, ADHERENTE A CURSO DE VIDA VEJEZ 2 ADRES (SALUD TOTAL SUBSIDIADO) 3 ADHERENTE A RUTA DE INFANCIA SEGUN RANGO DE EDAD 4 -5 CUMPLE CITA ODONTOLOGIA 6 CUMPLE CITA DE PLANIFICACIÓN. SE VERIFICA CUMPLIMIENTO DE CITA DE MEDICINA GENERAL CON REVISION DE LABORATORIOS ORDENADOS, INICIO DE TRATAMIENTO INDICADO (NO REMISIÓN)

Nombre del Profesional que diligencia:

LUISA NORIEGA CAMARGO

Registro Profesional: 23521-15



Firma: LUISA NORIEGA CAMARGO

1. Datos de identificación
Nombre que identifique a la persona o grupo familiar: FAMILIA OSORIO GALLEGO Modalidad de atención: INDIVIDUAL FAMILIAR_X_ 1. Tipo documento de identidad: CC_X_ TI__ RC__ No. 42652198 2. Tipo documento de identidad: CC_X_ TI__ RC__ No. 8515096 3. Tipo documento de identidad: CC_X_ TI_ RC__ No. 50970743 4. Tipo documento de identidad: CC_X_ TI__ RC__ No. 1003432278 5. Tipo documento de identidad: CC_X_ TI__ RC__ No. 1067960575 Fecha de inicio del Plan de Atención Integral:16/ 05 / 2023 Fecha del seguimiento por enfermería: 21/ 07 / 2023 ESE /IPS: ESE VIDASINÚ

2. Seguimiento al Plan de Atención Integral				
Acciones	**Seguimiento**	**Servicios o tecnologías recibidas individual** (señale con una X)	**Servicios o tecnologías recibidas familiar** (señale el número de la persona que recibió el servicio, conforme a la numeración asignada en el ítem 1. "datos de identificación")	**Observaciones** (señale la información adicional que considere relevante)
Desarrollo de acciones en salud	Asistencia a citas de acuerdo con el estado de salud de la persona o familia atendida.	Crónico__ Materno Infantil __ Terapias __ Salud Visual __ Salud Bucal __ Salud metal___ Otro:_____	Crónico_ Materno Infantil __ Terapias __ Salud Visual __ Salud Bucal __ Salud metal___ Otro:_____	1-2 D. INDUCIDA PAI INFLUENZA. ODONTOLOGIA Y C. ROSADO // GESTIONAR CITA 3 GESTION DE CITA 4 PAI ESQUEMA TD
	Asistencia a servicios de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación en el marco de las Rutas de	Vacunación __ Planificación Familiar __ Salud Visual __ Salud Bucal __ Otro:_____	Vacunación 1-2-4 Planificación Familiar __ Salud Visual __ Salud Bucal 1-2 Otro:_1 DTA CA MAMA 2 VEJEZ	

	Atención Integral en Salud (RIAS). (tenga en cuenta que para todos los casos se deberá remitir mínimo a la Ruta de promoción y mantenimiento de la salud)			
	Asistencia a servicios de atención integral por otras disciplinas y especialidades (cuando aplique)	Servicio/atención: _____ Cumplimiento: Sí ___ No ___	Servicio/atención: ORTOPEDIA Cumplimiento: Sí ___ No 3	

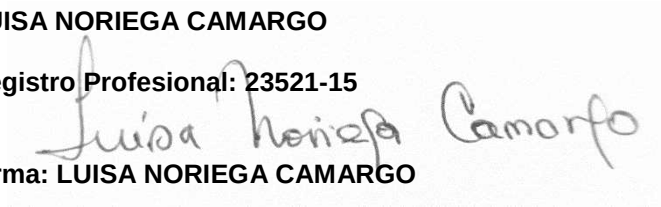
Acciones	Seguimiento	Servicios o tecnologías recibidas individual (señale con una X)	Observaciones (señale la información adicional que considere relevante
Desarrollo de acciones psicosociales	Periodicidad planeada de las sesiones de atención psicosocial en el Plan de Atención Integral.	Semanal _X_ Quincenal __ Mensual __	
	Número de sesiones de atención psicosocial del plan de atención integral.	Sesiones planeadas: _8__ Sesiones realizadas a la fecha: _____8_____	
	Fechas programadas de siguientes sesiones psicosociales:	Fecha: _____	No se programó sesiones porque a la fecha se había cerrado el plan de atención psicosocial.

3. Resultados del seguimiento
• **Cumplimiento de periodicidad de las sesiones psicosociales del Plan de Atención Integral planeadas (señale con una X):** Sí _X_ No ___ En caso de no cumplimiento, indique la razón:
• **Acciones y gestiones pendientes a realizar de acuerdo a las observaciones:** 1 SE GETIONA CITA PARA CONSULTORIO ROSADO 2 SE EVIDENCIA QUE. CUMPLE CITA DE PLANIFICACION FAMILIAR 3 CUMPLE CITA MEDICA GESTIONADA 4 CUMPLE CITA MEDICA PENDIENTE GESTIÓN DE CITA POR NUTRICIÓN **5** SEGUIMIENTO NUTRICIONAL: REMISION A NUTRICIONISTA SE VERIFICA CUMPLIMIENTO DE CITA. SIN MEJORIA DE TRASTORNO DEL SUEÑO REMISION A PSICOLOGIA. PENDIENTE GESTION DE CITA

Nombre del Profesional que diligencia:

LUISA NORIEGA CAMARGO

Registro Profesional: 23521-15



Firma: LUISA NORIEGA CAMARGO

1. Datos de identificación
Nombre que identifique a la persona o grupo familiar: FAMILIA PEREIRA IZQUIERDO Modalidad de atención: INDIVIDUAL FAMILIAR_X_ 1. Tipo documento de identidad: CC X TI__ RC__ No. 50933229 2. Tipo documento de identidad: CC X TI__ RC__ No. 1040373243 3. Tipo documento de identidad: CC__ TI X RC__ No. 1067909531 4. Tipo documento de identidad: CC__ TI X RC__ No. 1068429695 Fecha de inicio del Plan de Atención Integral 15/ 05 / 2023 Fecha del seguimiento por enfermería: 24/ 07 / 2023 ESE /IPS: ESE VIDASINÚ

2. Seguimiento al Plan de Atención Integral				
Acciones	**Seguimiento**	**Servicios o tecnologías recibidas individual** (señale con una X)	**Servicios o tecnologías recibidas familiar** (señale el número de la persona que recibió el servicio, conforme a la numeración asignada en el ítem 1. “datos de identificación”)	**Observaciones** (señale la información adicional que considere relevante)
Desarrollo de acciones en salud	Asistencia a citas de acuerdo con el estado de salud de la persona o familia atendida.	Crónico__ Materno Infantil __ Terapias __ Salud Visual __ Salud Bucal __ Salud metal___ Otro:_____	Crónico_ Materno Infantil __ Terapias __ Salud Visual __ Salud Bucal __ Salud metal___ Otro:_____	1 CITA MORBILIDAD 2 ADRES SAVIASALUD 3 ADOLESCENCIA 4 INFANCIA
	Asistencia a servicios de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación en el marco de las Rutas de Atención Integral en Salud (RIAS).	Vacunación __ Planificación Familiar __ Salud Visual __ Salud Bucal __ Otro:_____	Vacunación _ Planificación Familiar Salud Visual __ Salud Bucal __ Otro:3 ADOLESCENCIA 4 INFANCIA	

	(tenga en cuenta que para todos los casos se deberá remitir mínimo a la Ruta de promoción y mantenimiento de la salud)			
	Asistencia a servicios de atención integral por otras disciplinas y especialidades (cuando aplique)	Servicio/atención: _____ Cumplimiento: Sí ___ No ___	Servicio/atención: _____ Cumplimiento: Sí ___ No ___	

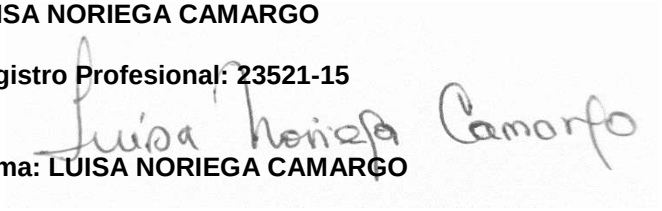
Acciones	**Seguimiento**	**Servicios o tecnologías recibidas individual** (señale con una X)	**Observaciones** (señale la información adicional que considere relevante
Desarrollo de acciones psicosociales	Periodicidad planeada de las sesiones de atención psicosocial en el Plan de Atención Integral.	Semanal X Quincenal __ Mensual __	
	Número de sesiones de atención psicosocial del plan de atención integral.	Sesiones planeadas: _8__ Sesiones realizadas a la fecha: _____8_____	
	Fechas programadas de siguientes sesiones psicosociales:	Fecha: _____	No se programó sesiones porque a la fecha se había cerrado el plan de atención psicosocial.

3. Resultados del seguimiento
• **Cumplimiento de periodicidad de las sesiones psicosociales del Plan de Atención Integral planeadas (señale con una X):** Sí _X_ No ___ En caso de no cumplimiento, indique la razón:
• **Acciones y gestiones pendientes a realizar de acuerdo a las observaciones:** 2 ADRES SAVIASALUD 1 CUMPLE CITA GESTIONADA Y SE EVIDENCIA RESULTADOS DE LAB ORDENADOS EN LA ATENCIÓN 3 ADHERENTE A RUTA ADOLESCENCIA 4 ADHERENTE A RUTA DE INFANCIA SEGÚN RANGO DE EDAD

Nombre del Profesional que diligencia:

LUISA NORIEGA CAMARGO

Registro Profesional: 23521-15



Firma: LUISA NORIEGA CAMARGO

1. Datos de identificación
Nombre que identifique a la persona o grupo familiar: FAMILIA POLO MÁRQUEZ Modalidad de atención: INDIVIDUAL FAMILIAR_X_ 1. Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. 32292712 2. Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. 1003399371 3. Tipo documento de identidad: CC__ TI_ RC__ No. 1003434101 4. Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. _____ 5. Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. _____ Fecha de inicio del Plan de Atención Integral:15/ 05 / 2023 Fecha del seguimiento por enfermería: 24/ 07 / 2023 ESE /IPS: ESE VIDASINÚ

2. Seguimiento al Plan de Atención Integral				
Acciones	**Seguimiento**	**Servicios o tecnologías recibidas individual** (señale con una X)	**Servicios o tecnologías recibidas familiar** (señale el número de la persona que recibió el servicio, conforme a la numeración asignada en el ítem 1. "datos de identificación")	**Observaciones** (señale la información adicional que considere relevante)
Desarrollo de acciones en salud	Asistencia a citas de acuerdo con el estado de salud de la persona o familia atendida.	Crónico__ Materno Infantil __ Terapias __ Salud Visual __ Salud Bucal __ Salud metal___ Otro:_____	Crónico_ Materno Infantil __ Terapias __ Salud Visual __ Salud Bucal __ Salud metal___ Otro:_____	1 P/ CITA REV LABS. D. INDUCIDA ODONTOLOGIA + C. ROSADO P/ CITAS 2 – 3 D. INDUCIDA PAI MEF JUVENTUD
	Asistencia a servicios de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación en el marco de las Rutas de Atención	Vacunación __ Planificación Familiar __ Salud Visual __ Salud Bucal __ Otro:_____	Vacunación 2-3 Planificación Familiar Salud Visual __ Salud Bucal 1 Otro:1 ADULTEZ 3 JUVENTUD	

	Integral en Salud (RIAS). (tenga en cuenta que para todos los casos se deberá remitir mínimo a la Ruta de promoción y mantenimiento de la salud)			
	Asistencia a servicios de atención integral por otras disciplinas y especialidades (cuando aplique)	Servicio/atención: _____ Cumplimiento: Sí ___ No ___	Servicio/atención: _____ Cumplimiento: Sí ___ No ___	

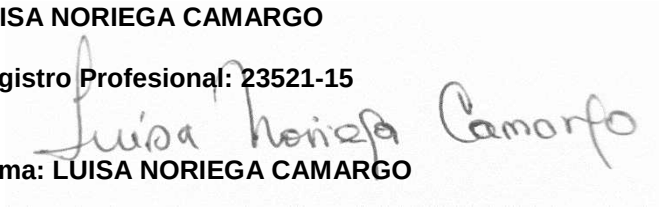
Acciones	**Seguimiento**	**Servicios o tecnologías recibidas individual** (señale con una X)	**Observaciones** (señale la información adicional que considere relevante
Desarrollo de acciones psicosociales	Periodicidad planeada de las sesiones de atención psicosocial en el Plan de Atención Integral.	Semanal _X_ Quincenal __ Mensual __	
	Número de sesiones de atención psicosocial del plan de atención integral.	Sesiones planeadas: _8__ Sesiones realizadas a la fecha: _____8_____	
	Fechas programadas de siguientes sesiones psicosociales:	Fecha:	No se programó sesiones porque a la fecha se había cerrado el plan de atención psicosocial.

3. Resultados del seguimiento
• **Cumplimiento de periodicidad de las sesiones psicosociales del Plan de Atención Integral planeadas (señale con una X):** Sí _X_ No ___ En caso de no cumplimiento, indique la razón:
• **Acciones y gestiones pendientes a realizar de acuerdo a las observaciones:** 1 CUMPLE INGRESO CURSO DE VIDA ADULTEZ NEGACIÓN PLANIFICACION FAMILIAR 2 – 3 D. CUMPLEN CITA DE CURSO DE VIDA JUVENTUD 1-2-3 CUMPLEN CITA ODONTOLOGIA

Nombre del Profesional que diligencia:

LUISA NORIEGA CAMARGO

Registro Profesional: 23521-15



Firma: LUISA NORIEGA CAMARGO

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL	**Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas – PAPSIVI** **FORMATO DE REPORTE DE LAS ACCIONES DE ENFERMERÍA**	vidasinú

1. Datos de identificación
Nombre que identifique a la persona o grupo familiar: FAMILIAR CIELO BERRIO Modalidad de atención: INDIVIDUAL FAMILIAR_X_ 1. Tipo documento de identidad: CC_X_ TI__ RC__ No. 26229201 2. Tipo documento de identidad: CC_X_ TI__ RC__ No. 25787538 3. Tipo documento de identidad: CC_X_ TI_ RC__ No. 1067907183 4. Tipo documento de identidad: CC__ TI_X_ RC__ No. 1067939026 5. Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. _____ Fecha de inicio del Plan de Atención Integral:16/ 05 / 2023 Fecha del seguimiento por enfermería: 24/ 07 / 2023 ESE /IPS: ESE VIDASINÚ

2. Seguimiento al Plan de Atención Integral				
Acciones	**Seguimiento**	**Servicios o tecnologías recibidas individual** (señale con una X)	**Servicios o tecnologías recibidas familiar** (señale el número de la persona que recibió el servicio, conforme a la numeración asignada en el ítem 1. "datos de identificación")	**Observaciones** (señale la información adicional que considere relevante)
Desarrollo de acciones en salud	Asistencia a citas de acuerdo con el estado de salud de la persona o familia atendida.	Crónico__ Materno Infantil __ Terapias __ Salud Visual __ Salud Bucal __ Salud metal___ Otro:_____	Crónico1 Materno Infantil __ Terapias __ Salud Visual __ Salud Bucal __ Salud metal___ Otro:_____	1 HTA CONTROL IRC. D. INDUCIDA ODONTOLOGIA P/ GESTIONAR CITA. P/ REALIZACIÓN CCU 2 REGIMEN ESPECIAL MED INTEGRAL RESIDENCIA LOS VOLCANES TIERRALTA. 3 IPS PRIMARIA SOLUCIONES INTEGRALES

	Asistencia a servicios de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación en el marco de las Rutas de Atención Integral en Salud (RIAS). (tenga en cuenta que para todos los casos se deberá remitir mínimo a la Ruta de promoción y mantenimiento de la salud)	Vacunación __ Planificación Familiar __ Salud Visual __ Salud Bucal __ Otro:_____	Vacunación _ Planificación Familiar __ Salud Visual __ Salud Bucal _4_ Otro:4 CCU ADULTEZ	4 ODONTOLOGÍA
	Asistencia a servicios de atención integral por otras disciplinas y especialidades (cuando aplique)	Servicio/atención: _____ Cumplimiento: Sí ___ No ___	Servicio/atención: _____ Cumplimiento: Sí ___ No ___	

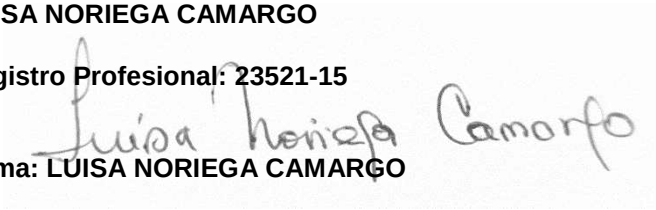
Acciones	**Seguimiento**	**Servicios o tecnologías recibidas individual** (señale con una X)	**Observaciones** (señale la información adicional que considere relevante
Desarrollo de acciones psicosociales	Periodicidad planeada de las sesiones de atención psicosocial en el Plan de Atención Integral.	Semanal _X_ Quincenal __ Mensual __	
	Número de sesiones de atención psicosocial del plan de atención integral.	Sesiones planeadas: _8__ Sesiones realizadas a la fecha: _____8_____	
	Fechas programadas de siguientes sesiones psicosociales:	Fecha: _____	No se programó sesiones porque a la fecha se había cerrado el plan de atención psicosocial.

3. Resultados del seguimiento
• **Cumplimiento de periodicidad de las sesiones psicosociales del Plan de Atención Integral planeadas (señale con una X):** Sí _X_ No ___ En caso de no cumplimiento, indique la razón:
• **Acciones y gestiones pendientes a realizar de acuerdo a las observaciones:** 1 HTA CONTROL IRC. CUMPLIO CITA DE ODONTOLOGIA. P/ REALIZACIÓN CCU. SE VERIFICA CUMPLIMIENTO RUTA ADULTEZ, SE VERIFICA REALIZACION DE CCU SEGÚN ESQUEMA 1-3-3 2 REGIMEN ESPECIAL MED INTEGRAL RESIDENCIA LOS VOLCANES TIERRALTA. 3 IPS PRIMARIA SOLUCIONES INTEGRALES 4 CUMPLIO CITA ODONTOLOGIA

Nombre del Profesional que diligencia:

LUISA NORIEGA CAMARGO

Registro Profesional: 23521-15



Firma: LUISA NORIEGA CAMARGO

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL	**Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas – PAPSIVI** **FORMATO DE REPORTE DE LAS ACCIONES DE ENFERMERÍA**	vidasinú

1. Datos de identificación
Nombre que identifique a la persona o grupo familiar: FAMILIAR CLARIBEL PEREZ Modalidad de atención: INDIVIDUAL FAMILIAR X 1. Tipo documento de identidad: CC X TI__ RC__ No. 25768119 2. Tipo documento de identidad: CC X TI__ RC__ No. 1062434805 3. Tipo documento de identidad: CC__ TI_ RC__ No. 4. Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. _____ 5. Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. _____ Fecha de inicio del Plan de Atención Integral:15/ 05 / 2023 Fecha del seguimiento por enfermería: 27/ 07 / 2023 ESE /IPS: ESE VIDASINÚ

2. Seguimiento al Plan de Atención Integral				
Acciones	**Seguimiento**	**Servicios o tecnologías recibidas individual** (señale con una X)	**Servicios o tecnologías recibidas familiar** (señale el número de la persona que recibió el servicio, conforme a la numeración asignada en el ítem 1. “datos de identificación”)	**Observaciones** (señale la información adicional que considere relevante)
Desarrollo de acciones en salud	Asistencia a citas de acuerdo con el estado de salud de la persona o familia atendida.	Crónico__ Materno Infantil __ Terapias __ Salud Visual __ Salud Bucal __ Salud metal___ Otro:_____	Crónico_ Materno Infantil __ Terapias __ Salud Visual __ Salud Bucal __ Salud metal___ Otro:_____	1 ADULTEZ 2 NO ESTA EN BD NUEVA EPS CONTRIBUTIVO)
	Asistencia a servicios de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación en el marco de las Rutas de Atención Integral en Salud (RIAS).	Vacunación __ Planificación Familiar __ Salud Visual __ Salud Bucal __ Otro:_____	Vacunación _ Planificación Familiar __ Salud Visual __ Salud Bucal 1 Otro:1 ADULTEZ _____	

	(tenga en cuenta que para todos los casos se deberá remitir mínimo a la Ruta de promoción y mantenimiento de la salud)			
	Asistencia a servicios de atención integral por otras disciplinas y especialidades (cuando aplique)	Servicio/atención: _____ Cumplimiento: Sí ___ No ___	Servicio/atención: _____ Cumplimiento: Sí ___ No ___	

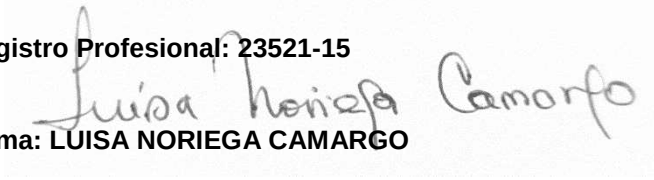
Acciones	**Seguimiento**	**Servicios o tecnologías recibidas individual** (señale con una X)	**Observaciones** (señale la información adicional que considere relevante
Desarrollo de acciones psicosociales	Periodicidad planeada de las sesiones de atención psicosocial en el Plan de Atención Integral.	Semanal _X_ Quincenal __ Mensual __	
	Número de sesiones de atención psicosocial del plan de atención integral.	Sesiones planeadas: _8__ Sesiones realizadas a la fecha: _____8_____	
	Fechas programadas de siguientes sesiones psicosociales:	Fecha: _____	No se programó sesiones porque a la fecha se había cerrado el plan de atención psicosocial

3. Resultados del seguimiento
• **Cumplimiento de periodicidad de las sesiones psicosociales del Plan de Atención Integral planeadas (señale con una X):** Sí _X_ No ___ En caso de no cumplimiento, indique la razón:
• **Acciones y gestiones pendientes a realizar de acuerdo a las observaciones:** 1 CUMPLE CITA DE ADULTEZ PENDIENTE REALIZACIÓN DE LABORATORIOS ORDENADOS EN RUTA. SE GESTIONA CITA DE ODONTOLOGIA Y SE VERIFICA CUMPLIMIENTO 2 NO ESTA EN BD (NUEVA EPS CONTRIBUTIVO)

Nombre del Profesional que diligencia:

LUISA NORIEGA CAMARGO

Registro Profesional: 23521-15



Firma: LUISA NORIEGA CAMARGO

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL	**Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas – PAPSIVI** **FORMATO DE REPORTE DE LAS ACCIONES DE ENFERMERÍA**	vidasinú

1. Datos de identificación
Nombre que identifique a la persona o grupo familiar: FAMILIAR DORIS RUBIO Modalidad de atención: INDIVIDUAL FAMILIAR_X_ 1. Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. 34986499 2. Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. 1028003148 3. Tipo documento de identidad: CC XTI_ RC__ No. 1028003147 4. Tipo documento de identidad: CC X TI__ RC__ No. 1003405823 5. Tipo documento de identidad: CC__ TIX RC__ No. 1233339016 Fecha de inicio del Plan de Atención Integral:16/ 05 / 2023 Fecha del seguimiento por enfermería: 19/ 07 / 2023 ESE /IPS: ESE VIDASINÚ

2. Seguimiento al Plan de Atención Integral				
Acciones	**Seguimiento**	**Servicios o tecnologías recibidas individual** (señale con una X)	**Servicios o tecnologías recibidas familiar** (señale el número de la persona que recibió el servicio, conforme a la numeración asignada en el ítem 1. “datos de identificación”)	**Observaciones** (señale la información adicional que considere relevante)
Desarrollo de acciones en salud	Asistencia a citas de acuerdo con el estado de salud de la persona o familia atendida.	Crónico__ Materno Infantil __ Terapias __ Salud Visual __ Salud Bucal __ Salud metal___ Otro:_____	Crónico_ Materno Infantil __ Terapias __ Salud Visual __ Salud Bucal __ Salud metal___ Otro:_____	1 VEJEZ 2 P. FAMILIAR USUARIA REALIZA NEGACION 3-4ADULTEZ 5 INFANCIA
	Asistencia a servicios de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación en el marco de las Rutas de Atención Integral en Salud (RIAS).	Vacunación __ Planificación Familiar __ Salud Visual __ Salud Bucal __ Otro:_____	Vacunación _ Planificación Familiar 2 Salud Visual __ Salud Bucal __ Otro:3 ADULTEZ 1VEJEZ 4.INFANCIA	

	(tenga en cuenta que para todos los casos se deberá remitir mínimo a la Ruta de promoción y mantenimiento de la salud)			
	Asistencia a servicios de atención integral por otras disciplinas y especialidades (cuando aplique)	Servicio/atención: _____ Cumplimiento: Sí ___ No ___	Servicio/atención: _____ Cumplimiento: Sí ___ No ___	

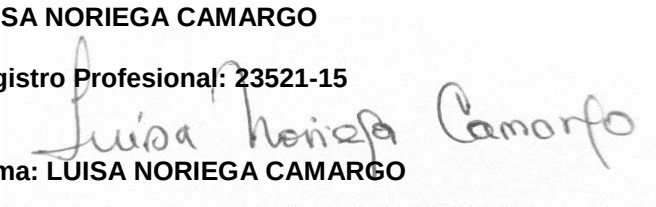
Acciones	Seguimiento	Servicios o tecnologías recibidas individual (señale con una X)	Observaciones (señale la información adicional que considere relevante
Desarrollo de acciones psicosociales	Periodicidad planeada de las sesiones de atención psicosocial en el Plan de Atención Integral.	Semanal _X_ Quincenal __ Mensual __	
	Número de sesiones de atención psicosocial del plan de atención integral.	Sesiones planeadas: _8__ Sesiones realizadas a la fecha: _____8_____	
	Fechas programadas de siguientes sesiones psicosociales:	Fecha: _____	No se programó sesiones porque a la fecha se había cerrado el plan de atención psicosocial.

3. Resultados del seguimiento
• **Cumplimiento de periodicidad de las sesiones psicosociales del Plan de Atención Integral planeadas (señale con una X):** Sí _X_ No ___ En caso de no cumplimiento, indique la razón:
• **Acciones y gestiones pendientes a realizar de acuerdo a las observaciones:** **SE VERIFICA CUMPLIMIENTO DE ATENCIONES EN RUTA VEJEZ, ADULTEZ E INFANCIA** **2. CUMPLE CITA MEDICA CON REVISIÓN DE IMÁGENES DX ORDENADAS EN CONSULTA ANTERIOR. PENDIENTE REALIZACION DE LABORATORIOS** **4 SE GESTIONA CITA PARA PLANIFICACION FAMILIAR, JUVENTUD Y ODONTOLOGIA**

Nombre del Profesional que diligencia:

LUISA NORIEGA CAMARGO

Registro Profesional: 23521-15



Firma: LUISA NORIEGA CAMARGO

1. Datos de identificación
Nombre que identifique a la persona o grupo familiar: FAMILIAR JULIETH FUENTES Modalidad de atención: INDIVIDUAL FAMILIAR X 1. Tipo documento de identidad: CCX TI__ RC__ No. 50892757 2. Tipo documento de identidad: CCX TI__ RC__ No. 34966818 3. Tipo documento de identidad: CCX TI_ RC__ No. 1067956245 4. Tipo documento de identidad: CCX TI__ RC__ No. 1067929501 5. Tipo documento de identidad: CCX TI__ RC__ No. 1062957347 6. Tipo documento de identidad: CCX TI__ RC__ No. 1067962048 Fecha de inicio del Plan de Atención Integral:15/ 05 / 2023 Fecha del seguimiento por enfermería: 24/ 07 / 2023 ESE /IPS: ESE VIDASINÚ

2. Seguimiento al Plan de Atención Integral				
Acciones	**Seguimiento**	**Servicios o tecnologías recibidas individual** (señale con una X)	**Servicios o tecnologías recibidas familiar** (señale el número de la persona que recibió el servicio, conforme a la numeración asignada en el ítem 1. “datos de identificación”)	**Observaciones** (señale la información adicional que considere relevante)
Desarrollo de acciones en salud	Asistencia a citas de acuerdo con el estado de salud de la persona o familia atendida.	Crónico__ Materno Infantil __ Terapias __ Salud Visual __ Salud Bucal __ Salud metal___ Otro:_____	Crónico2 Materno Infantil __ Terapias __ Salud Visual __ Salud Bucal __ Salud metal___ Otro:_____	2 ATENCIÒN RCCVM MEDISINÙ 1A6 D. INDUCIDA ODONTOLOGIA P/ CITA 3 SOLICITA ATENCION PRECONCEPCIONAL
	Asistencia a servicios de promoción, prevención, tratamiento y	Vacunación __ Planificación Familiar __ Salud Visual __ Salud Bucal __	Vacunación _ Planificación Familiar __ Salud Visual __ Salud Bucal _2_	

	rehabilitación en el marco de las Rutas de Atención Integral en Salud (RIAS). (tenga en cuenta que para todos los casos se deberá remitir mínimo a la Ruta de promoción y mantenimiento de la salud)	Otro:_____	Otro: 3 PRECONCEPCIONAL	
	Asistencia a servicios de atención integral por otras disciplinas y especialidades (cuando aplique)	Servicio/atención: _____ Cumplimiento: Sí ___ No ___	Servicio/atención: _____ Cumplimiento: Sí ___ No ___	

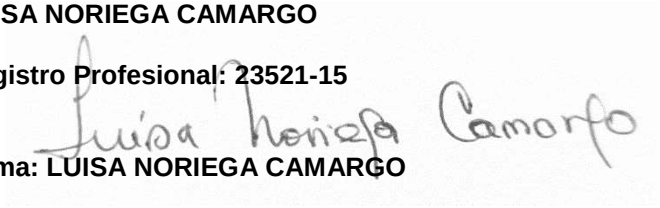
Acciones	**Seguimiento**	**Servicios o tecnologías recibidas individual** (señale con una X)	**Observaciones** (señale la información adicional que considere relevante
Desarrollo de acciones psicosociales	Periodicidad planeada de las sesiones de atención psicosocial en el Plan de Atención Integral.	Semanal _X_ Quincenal __ Mensual __	
	Número de sesiones de atención psicosocial del plan de atención integral.	Sesiones planeadas: _8__ Sesiones realizadas a la fecha: _____8_____	
	Fechas programadas de siguientes sesiones psicosociales:	Fecha: _____	No se programó sesiones porque a la fecha se había cerrado el plan de atención psicosocial.

3. Resultados del seguimiento
• **Cumplimiento de periodicidad de las sesiones psicosociales del Plan de Atención Integral planeadas (señale con una X):** Sí _X_ No ___ En caso de no cumplimiento, indique la razón:
• **Acciones y gestiones pendientes a realizar de acuerdo a las observaciones:** 1 CUMPLE CITA CURSO DE VIDA DULTEZ 2 ATENCIÒN RCCVM MEDISINÙ 1A6 CUMPLE CITA ODONTOLOGIA 3 SOLICITA ATENCION PRECONCEPCIONAL. SE VERIFICA CUMPLIMIENTO PENDIENTE REALIZAR LABORATORIO DE II NIVEL REFIERE QUE POR FALTA DE TIEMPO NO SE LO HA REALIZADO

Nombre del Profesional que diligencia:

LUISA NORIEGA CAMARGO

Registro Profesional: 23521-15



Firma: LUISA NORIEGA CAMARGO

1. Datos de identificación
Nombre que identifique a la persona o grupo familiar: FAMILIAR LILIAN GÓMEZ Modalidad de atención: INDIVIDUAL FAMILIAR X 1. Tipo documento de identidad: CCX TI__ RC__ No. 1133796968 2. Tipo documento de identidad: CCX TI__ RC__ No. 6877300 3. Tipo documento de identidad: CCX TI_ RC__ No. 1062974851 4. Tipo documento de identidad: CCXTI__ RC__ No. 1067920573 5. Tipo documento de identidad: CCX TI__ RC__ No. 1067856277 6. Tipo documento de identidad: CCX TI__ RC__ No. 1003645546 7. Tipo documento de identidad: CCX TI__ RC__ No. 26201138 Fecha de inicio del Plan de Atención Integral:15/ 05 / 2023 Fecha del seguimiento por enfermería: 25/ 07 / 2023 ESE /IPS: ESE VIDASINÚ

2. Seguimiento al Plan de Atención Integral				
Acciones	**Seguimiento**	**Servicios o tecnologías recibidas individual** (señale con una X)	**Servicios o tecnologías recibidas familiar** (señale el número de la persona que recibió el servicio, conforme a la numeración asignada en el ítem 1. “datos de identificación”)	**Observaciones** (señale la información adicional que considere relevante)
Desarrollo de acciones en salud	Asistencia a citas de acuerdo con el estado de salud de la persona o familia atendida.	Crónico__ Materno Infantil __ Terapias __ Salud Visual __ Salud Bucal __ Salud metal___ Otro:_____	Crónico_ Materno Infantil __ Terapias __ Salud Visual __ Salud Bucal __ Salud metal___ Otro:_____	1 -6CUMPLIO CITA P. FAMILIAR ORAL COMBINADO. D. INDUCIDA CC, PAI MEF Y ODONTOLOGIA. P/ GESTIONAR CITA ODONTOLOGIA 2 ACTIVO SALUD TOTAL SUBSIDIADO ADRES 3 INFANCIA 4ADOLESCENCIA 5 CCU

				7 ADRES ACTIVO SALUD TOTAL SUBSIDIADO
	Asistencia a servicios de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación en el marco de las Rutas de Atención Integral en Salud (RIAS). (tenga en cuenta que para todos los casos se deberá remitir mínimo a la Ruta de promoción y mantenimiento de la salud)	Vacunación __ Planificación Familiar __ Salud Visual __ Salud Bucal __ Otro:_____	Vacunación X Planificación Familiar 1-6 Salud Visual __ Salud Bucal 1- Otro:3 INFANCIA 4. ADOLESCENCIA 5CCU	
	Asistencia a servicios de atención integral por otras disciplinas y especialidades (cuando aplique)	Servicio/atención: _____ Cumplimiento: Sí ___ No ___	Servicio/atención: _____ Cumplimiento: Sí ___ No ___	

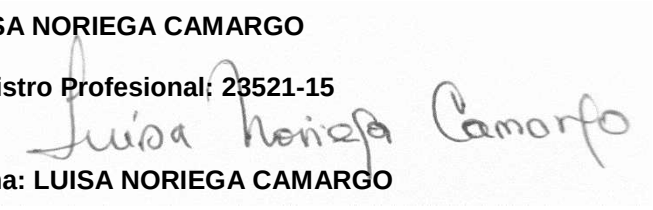
Acciones	Seguimiento	Servicios o tecnologías recibidas individual (señale con una X)	Observaciones (señale la información adicional que considere relevante
Desarrollo de acciones psicosociales	Periodicidad planeada de las sesiones de atención psicosocial en el Plan de Atención Integral.	Semanal _X_ Quincenal __ Mensual __	
	Número de sesiones de atención psicosocial del plan de atención integral.	Sesiones planeadas: _8_ Sesiones realizadas a la fecha: _____8_____	
	Fechas programadas de siguientes sesiones psicosociales:	Fecha: _____	No se programó sesiones porque a la fecha se había cerrado el plan de atención psicosocial.

3. Resultados del seguimiento
• **Cumplimiento de periodicidad de las sesiones psicosociales del Plan de Atención Integral planeadas (señale con una X):** Sí _X_ No ___ En caso de no cumplimiento, indique la razón:
• **Acciones y gestiones pendientes a realizar de acuerdo a las observaciones:** 1 -6 CUMPLIO CITA P. FAMILIAR ORAL COMBINADO. D. INDUCIDA CC, PAI MEF Y SE VERIFICA CUMPLIMIENTO DE CITA ODONTOLOGICA 2 ACTIVO SALUD TOTAL SUBSIDIADO ADRES 3-4 SE VERIFICA CUMPLIMIENTO DE RUTA DE INFANCIA Y ADOLESCENCIA RESPECTIVAMENTE 5 CUMPLE CCU SEGÚN ESQUEMA 1-3-3 7 ADRES ACTIVO SALUD TOTAL SUBSIDIADO

Nombre del Profesional que diligencia:

LUISA NORIEGA CAMARGO

Registro Profesional: 23521-15



Firma: LUISA NORIEGA CAMARGO

1. Datos de identificación
Nombre que identifique a la persona o grupo familiar: FAMILIAR MARGARITA TORDECILLA Modalidad de atención: INDIVIDUAL FAMILIAR X 1. Tipo documento de identidad: CC X TI__ RC__ No. 42653150 2. Tipo documento de identidad: CCX TI__ RC__ No. 1192731738 3. Tipo documento de identidad: CC TIX RC__ No. 1233340458 4. Tipo documento de identidad: CCX TI__ RC__ No. 1067905747 5. Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. _____ Fecha de inicio del Plan de Atención Integral:15 / 05 / 2023 Fecha del seguimiento por enfermería: 24/ 07/ 2023 ESE /IPS: ESE VIDASINÚ

2. Seguimiento al Plan de Atención Integral				
Acciones	**Seguimiento**	**Servicios o tecnologías recibidas individual** (señale con una X)	**Servicios o tecnologías recibidas familiar** (señale el número de la persona que recibió el servicio, conforme a la numeración asignada en el ítem 1. “datos de identificación”)	**Observaciones** (señale la información adicional que considere relevante)
Desarrollo de acciones en salud	Asistencia a citas de acuerdo con el estado de salud de la persona o familia atendida.	Crónico__ Materno Infantil __ Terapias __ Salud Visual __ Salud Bucal __ Salud metal___ Otro:_____	Crónico1 Materno Infantil __ Terapias __ Salud Visual __ Salud Bucal __ Salud metal___ Otro:_____	1 HTA Y DM INASISTENTE MEDISINU. D. INDUCIDA CCU+C. ROSADO 2 ODONTOLOGIA P/ GESTIONAR CITAS 3 INDICACIONES DE AUTOCUIDADO. 4 CUMPLIO CITA ADULTEZ
	Asistencia a servicios de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación en el marco de las Rutas de Atención	Vacunación __ Planificación Familiar __ Salud Visual __ Salud Bucal __ Otro:_____	Vacunación _ Planificación Familiar __ Salud Visual __ Salud Bucal 2 Otro: 1CCU, DTA CA DE MAMA, 1-4 A DULTEZ 3 INFANCIA	

	Integral en Salud (RIAS). (tenga en cuenta que para todos los casos se deberá remitir mínimo a la Ruta de promoción y mantenimiento de la salud)			
	Asistencia a servicios de atención integral por otras disciplinas y especialidades (cuando aplique)	Servicio/atención: _____ Cumplimiento: Sí ___ No ___	Servicio/atención: _____ Cumplimiento: Sí ___ No ___	

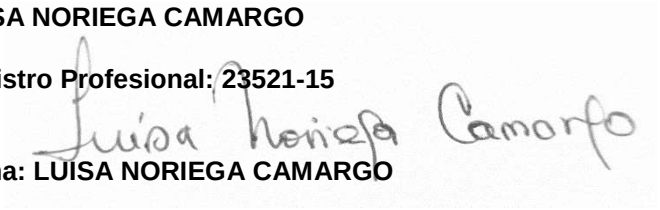
Acciones	Seguimiento	Servicios o tecnologías recibidas individual (señale con una X)	Observaciones (señale la información adicional que considere relevante
Desarrollo de acciones psicosociales	Periodicidad planeada de las sesiones de atención psicosocial en el Plan de Atención Integral.	Semanal _X_ Quincenal __ Mensual __	
	Número de sesiones de atención psicosocial del plan de atención integral.	Sesiones planeadas: _8__ Sesiones realizadas a la fecha: _____8_____	
	Fechas programadas de siguientes sesiones psicosociales:	Fecha: _____	No se programó sesiones porque a la fecha se había cerrado el plan de atención psicosocial.

3. Resultados del seguimiento
• **Cumplimiento de periodicidad de las sesiones psicosociales del Plan de Atención Integral planeadas (señale con una X):** Sí _X_ No ___ En caso de no cumplimiento, indique la razón:
• **Acciones y gestiones pendientes a realizar de acuerdo a las observaciones:** 1 HTA Y DM INASISTENTE MEDISINU. 2 ODONTOLOGIA P/ GESTIONAR CITAS 3 CUMPLE CITA DE INFANCIA EN RANGO DE EDAD ACTUAL 4 CUMPLIO CITA SEGÚN CURSO DE VIDA: ADULTEZ

Nombre del Profesional que diligencia:

LUISA NORIEGA CAMARGO

Registro Profesional: 23521-15



Firma: LUISA NORIEGA CAMARGO

1. Datos de identificación
Nombre que identifique a la persona o grupo familiar: FAMILIA SERY ALARCÓN Modalidad de atención: INDIVIDUAL FAMILIAR_X_ 1. Tipo documento de identidad: CC_X_ TI__ RC__ No. 50924244 2. Tipo documento de identidad: CC_X_ TI__ RC__ No. 1003430973 3. Tipo documento de identidad: CC_X_ TI_ RC__ No. 1067943039 4. Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. _____ 5. Tipo documento de identidad: CC__ TI__ RC__ No. _____ Fecha de inicio del Plan de Atención Integral:16/ 05 / 2023 Fecha del seguimiento por enfermería:19/ 07 / 2023 ESE /IPS: ESE VIDASINÚ

2. Seguimiento al Plan de Atención Integral				
Acciones	**Seguimiento**	**Servicios o tecnologías recibidas individual** (señale con una X)	**Servicios o tecnologías recibidas familiar** (señale el número de la persona que recibió el servicio, conforme a la numeración asignada en el ítem 1. "datos de identificación")	**Observaciones** (señale la información adicional que considere relevante)
Desarrollo de acciones en salud	Asistencia a citas de acuerdo con el estado de salud de la persona o familia atendida.	Crónico__ Materno Infantil __ Terapias __ Salud Visual __ Salud Bucal __ Salud metal___ Otro:_____	Crónico_ Materno Infantil __ Terapias __ Salud Visual __ Salud Bucal __ Salud metal___ Otro:_____	1-2 D. INDUCIDA P. FAMILIAR 2JUVENTUD 3 COOSALUD CONTRIBUTIVO
	Asistencia a servicios de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación en el marco de las Rutas de Atención Integral en Salud (RIAS).	Vacunación __ Planificación Familiar __ Salud Visual __ Salud Bucal __ Otro:_____	Vacunación _ Planificación Familiar 1 2 Salud Visual __ Salud Bucal __ Otro:_1 CCU 2 JUVENTUD	

	(tenga en cuenta que para todos los casos se deberá remitir mínimo a la Ruta de promoción y mantenimiento de la salud)			
	Asistencia a servicios de atención integral por otras disciplinas y especialidades (cuando aplique)	Servicio/atención: _____ Cumplimiento: Sí ___ No ___	Servicio/atención: _____ Cumplimiento: Sí ___ No ___	

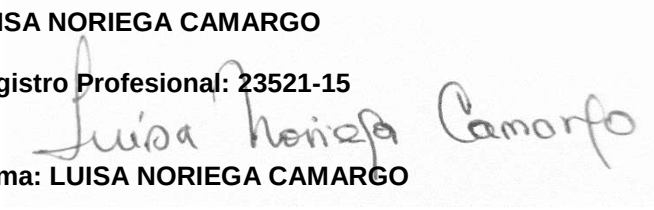
Acciones	**Seguimiento**	**Servicios o tecnologías recibidas individual** (señale con una X)	**Observaciones** (señale la información adicional que considere relevante
Desarrollo de acciones psicosociales	Periodicidad planeada de las sesiones de atención psicosocial en el Plan de Atención Integral.	Semanal _X_ Quincenal __ Mensual __	
	Número de sesiones de atención psicosocial del plan de atención integral.	Sesiones planeadas: _8__ Sesiones realizadas a la fecha: _____8_____	
	Fechas programadas de siguientes sesiones psicosociales:	Fecha: _____	No se programó sesiones porque a la fecha se había cerrado el plan de atención psicosocial.

3. Resultados del seguimiento
• **Cumplimiento de periodicidad de las sesiones psicosociales del Plan de Atención Integral planeadas (señale con una X):** Sí _X__ No ___ En caso de no cumplimiento, indique la razón:
• **Acciones y gestiones pendientes a realizar de acuerdo a las observaciones:** 1-2 ADHERENTE A RUTA PLANIFICACIN FAMILIAR, Y CURSOS DE VIDA: ADULTEZ Y JUVENTUD RESPECTIVAMENTE 3 COOSALUD CONTRIBUTIVO (ADRES) NO SERVICIOS CON ESE

Nombre del Profesional que diligencia:

LUISA NORIEGA CAMARGO

Registro Profesional: 23521-15



Firma: LUISA NORIEGA CAMARGO