1. Datos de identificación
Nombre que identifique a la persona o grupo familiar: FAMILIAR UBERLINA OLEA Modalidad de atención: INDIVIDUAL FAMILIAR_X_ 1. Tipo documento de identidad: CC_X_ TI__ RC__ No. 50891691 2. Tipo documento de identidad: CC_X_ TI__ RC__ No. 1003398872 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: 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 D. INDUCIDA: ODONTOLOGIA Y C. ROSADO P/ CITAS 2 PLANIFICACION FAMILIAR P/ CITA, SE DIRECCIONA A COMPLETAR ESQUEMA DE VACUNACION MEF
	Asistencia a servicios de promoción, prevención, tratamiento y	Vacunación __ Planificación Familiar __ Salud Visual __ Salud Bucal __	Vacunación 2 Planificación Familiar X__ Salud Visual __ Salud Bucal _1	

	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: 1DTA CA MAMA 1 ADULTEZ 2JUVENTUD	
	Asistencia a servicios de atención integral por otras disciplinas y especialidades (cuando aplique)	Servicio/atención: _____ Cumplimiento: Sí ___ No ___	Servicio/atención: _____ Cumplimiento: Sí ___ No ___	

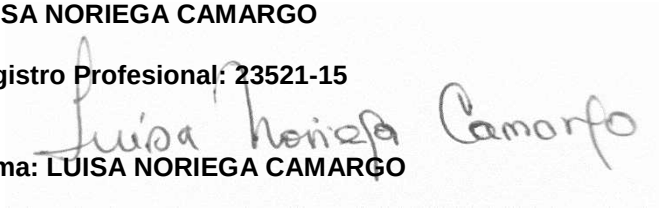
Acciones	Seguimiento	Servicios o tecnologías recibidas individual (señale con una X)	Observaciones (señale la información adicional que considere relevante
Desarrollo de acciones psicosociales	Periodicidad planeada de las sesiones de atención psicosocial en el Plan de Atención Integral.	Semanal _X_ Quincenal __ 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 ADHERENTE A RUTA SEGÚN CURSO DE VIDA ADUTEZ, CUMPLE CITA DE DTA CA DE MAMA P/ REALIZACION DE MAMOGRAFIA 2 ADHERENTE A PROGRAMAS PLANIFICACION FAMILIAR Y 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: FRANCISCA ISABEL LOPEZ Modalidad de atención: INDIVIDUAL X FAMILIAR__ 1. Tipo documento de identidad: CC_X_ TI__ RC__ No25767317 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: 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:_____	YA SE REALIZÓ MAMOGRAFÍA Y TUVO CITA PARA REVISION DE LA MISMA Y SE VERIFICA CUMPLIMENTO DE CITA ODONTOLOGIA
	Asistencia a servicios de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación en el marco de las Rutas de	Vacunación __ Planificación Familiar __ Salud Visual __ Salud Bucal X__ 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: MAMOGRAFIA Cumplimiento: Sí ___ No X	Servicio/atención: _____ Cumplimiento: Sí ___ No ___	

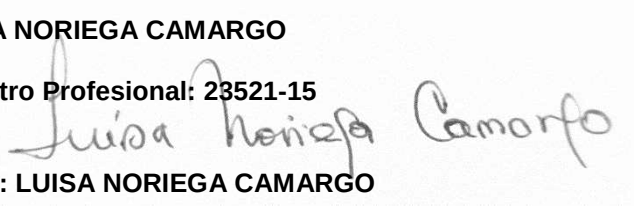
Acciones	Seguimiento	Servicios o tecnologías recibidas individual (señale con una X)	Observaciones (señale la información adicional que considere relevante
Desarrollo de acciones psicosociales	Periodicidad planeada de las sesiones de atención psicosocial en el Plan de Atención Integral.	Semanal _X_ Quincenal __ 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:** YA SE REALIZÓ MAMOGRAFÍA Y TUVO CITA PARA REVISIÓN DE LA MISMA Y SE VERIFICA CUMPLIMENTO DE 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: GLADYS ARRIETA VEGA
Modalidad de atención: INDIVIDUAL X FAMILIAR__

1. Tipo documento de identidad: CC_X_ TI__ RC__ No. 35010093
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: 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:_____	REFIERE "SIGO MUY ENFERMA, ME HICIERON UNA ENDOSCOPIA Y ESTOY ESPERANDO EL RESULTADO DE LA BIOSIA. TAMBIEN ME TIENE QUE VER LA GINECOLOGA PORQUE AUN NO SE SABE QUE TENGO" REFIERE QUE NO SE HA REALIZADO LOS LABORATORIOS ORDENADOS DURANTE LA CONSULTA DEL PROGRAMA DE VEJEZ, POR SU CONDICIÓN ACTUAL.

	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:VEJEZ, 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 ___	

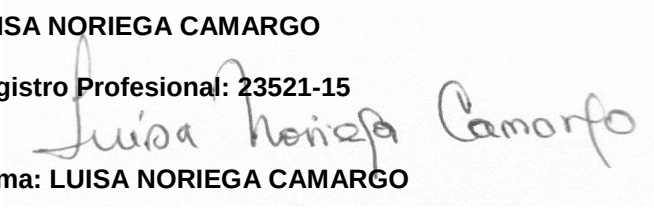
Acciones	**Seguimiento**	**Servicios o tecnologías recibidas individual** (señale con una X)	**Observaciones** (señale la información adicional que considere relevante
Desarrollo de acciones psicosociales	Periodicidad planeada de las sesiones de atención psicosocial en el Plan de Atención Integral.	Semanal _X_ Quincenal __ Mensual __	
	Número de sesiones de atención psicosocial del plan de atención integral.	Sesiones planeadas: _8__ Sesiones realizadas a la fecha: _____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:** REFIERE "SIGO MUY ENFERMA, ME HICIERON UNA ENDOSCOPIA Y ESTOY ESPERANDO EL RESULTADO DE LA BIOPSIA. TAMBIEN ME TIENE QUE VER LA GINECOLOGA PORQUE AUN NO SE SABE QUE TENGO" PENDIENTE REALIZACIÓN DE LOS LABORATORIOS DE RUTA.

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: 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:26/ 07 / 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:_____	. CONTINUA EN CAUCASIA
	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:___DTA CA DE MAMA_____ ADULTEZ	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 ___	

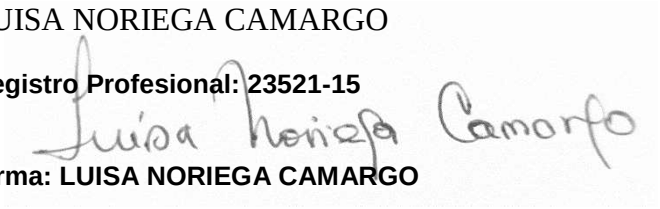
Acciones	**Seguimiento**	**Servicios o tecnologías recibidas individual** (señale con una X)	**Observaciones** (señale la información adicional que considere relevante
Desarrollo de acciones psicosociales	Periodicidad planeada de las sesiones de atención psicosocial en el Plan de Atención Integral.	Semanal 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:** **CONTINUA EN CAUCASIA**

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: 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: 19/ 07/ 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 DERMATOLOGÍA, ACTIVA EN PLANIFICACIÓN FAMILIAR.
	Asistencia a servicios de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación en el marco de las Rutas de	Vacunación __ Planificación Familiar __ Salud Visual __ Salud Bucal _ Otro:_JUVENTUD	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: DERMATOLOGIA Cumplimiento: Sí __X_ No	Servicio/atención: _____ Cumplimiento: Sí ___ No ___	

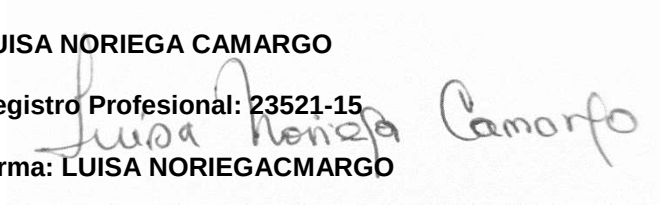
Acciones	**Seguimiento**	**Servicios o tecnologías recibidas individual** (señale con una X)	**Observaciones** (señale la información adicional que considere relevante
Desarrollo de acciones psicosociales	Periodicidad planeada de las sesiones de atención psicosocial en el Plan de Atención Integral.	Semanal _X_ Quincenal __ Mensual __	
	Número de sesiones de atención psicosocial del plan de atención integral.	Sesiones planeadas: _8__ Sesiones realizadas a la fecha: ____7_____	
	Fechas programadas de siguientes sesiones psicosociales:	Fecha: 21/07/2023	

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:** CUMPLIÓ VALORACIÓN POR DERMATOLOGÍA, SE GESTIONA CITA DE 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: 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: 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:_____	SE VERIFICA CUMPLIMIENTO DE CITA ODONTOLOGÍA.
	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: _____ Cumplimiento: Sí ___ No ___	Servicio/atención: _____ Cumplimiento: Sí ___ No ___	

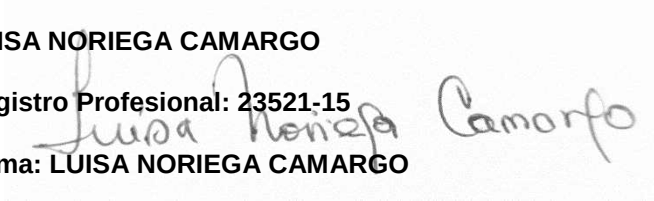
Acciones	**Seguimiento**	**Servicios o tecnologías recibidas individual** (señale con una X)	**Observaciones** (señale la información adicional que considere relevante
Desarrollo de acciones psicosociales	Periodicidad planeada de las sesiones de atención psicosocial en el Plan de Atención Integral.	Semanal _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:** **SE VERIFICA CUMPLIMENTO DE CITA DE ODONTOLOGÍA.**

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: 21/ 07 / 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:_____	MANIFIESTA QUE RECLAMÓ FÓRMULA DE DERMATOLOGÍA Y SE VERIFICA CUMPLIMIENTO DE CITA ODONTOLOGIA
	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 VEJEZ	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: DERMATOLOGIA Cumplimiento: Sí X No ___	Servicio/atención: _____ Cumplimiento: Sí ___ No ___	

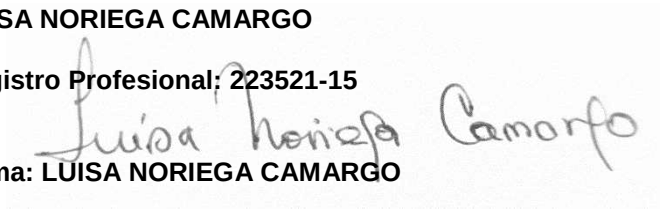
Acciones	**Seguimiento**	**Servicios o tecnologías recibidas individual** (señale con una X)	**Observaciones** (señale la información adicional que considere relevante
Desarrollo de acciones psicosociales	Periodicidad planeada de las sesiones de atención psicosocial en el Plan de Atención Integral.	Semanal X_ Quincenal __ Mensual __	
	Número de sesiones de atención psicosocial del plan de atención integral.	Sesiones planeadas: __8_ Sesiones realizadas a la fecha: _____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:** MANIFIESTA QUE RECLAMÓ FÓRMULA DE DERMATOLOGÍA Y SE VERIFICA CUMPLIMIENTO DE CITA ODONTOLOGIA **PENDIENTE: ASIGNACIÓN DE CITA DE CONTROL POR DERMATOLOGIA SEGÚN DISPONIBILIDAD DE AGENDA**

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**	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: 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:_____	
	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 _X_ 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: ___OTORRINO_____ _____ Cumplimiento: Sí ___ No ___	Servicio/atención: _____ Cumplimiento: Sí ___ No ___	

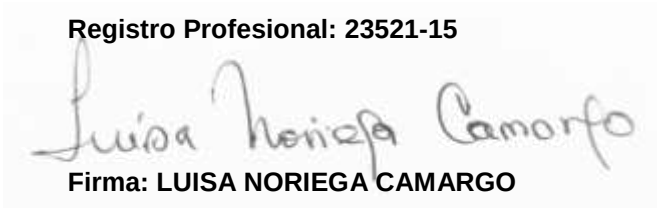
Acciones	**Seguimiento**	**Servicios o tecnologías recibidas individual** (señale con una X)	**Observaciones** (señale la información adicional que considere relevante
Desarrollo de acciones psicosociales	Periodicidad planeada de las sesiones de atención psicosocial en el Plan de Atención Integral.	Semanal _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: Cierre de atención 18/07/2023	

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:** **SE VERIFICA CUMPLIMIENTO DE PROGRAMA SEGÚN CURSO DE VIDA VEJEZ Y PLANIFICACIÓN FAMILIAR** **PENDIENTE VALORACIÓN POR OTORRINOLARINGOLOGIA POR DX HIPOACUSIA (GESTIÓN CON EAPB)** **SE GESTIONA CITA PARA ODONTOLOGÍA**

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: 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: 17/ 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:_____	SE REALIZA DEMANDA INDUCIDA A CCU
	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 X Otro:DTA CA DE MAMA CCU	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 ___	

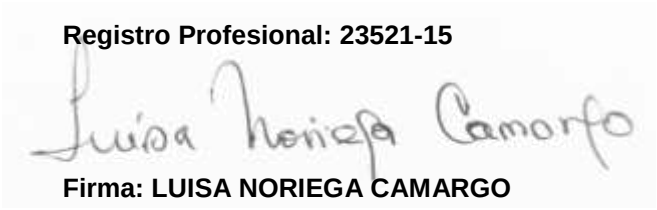
Acciones	Seguimiento	Servicios o tecnologías recibidas individual (señale con una X)	Observaciones (señale la información adicional que considere relevante
Desarrollo de acciones psicosociales	Periodicidad planeada de las sesiones de atención psicosocial en el Plan de Atención Integral.	Semanal _x_ Quincenal __ 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: Suspendida	

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 suspenden las atenciones por incumplimiento de la persona
● **Acciones y gestiones pendientes a realizar de acuerdo a las observaciones:** SE VERIFICA CUMPLIMIENTO DE CITA MÉDICA CUMPLIÓ CITA DE ODONTOLOGÍA SE GESTIONA CITA PARA ATENCION DTA CA DE MAMA Y SE REALIZA DEMANDA INDUCIDA A CCU

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: 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: 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__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: ___8_____	
	Fechas programadas de siguientes sesiones psicosociales:	Fecha: Cierre de atención el 19/07/2023	

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:

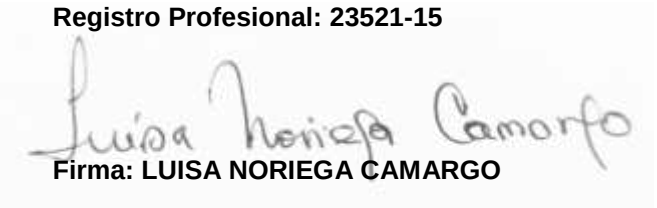
- **Acciones y gestiones pendientes a realizar de acuerdo a las observaciones:**

USUARIO EN RUTA CCVM ADHERENTE. NO TIENE PENDIENTE VALORACIÓN POR ESPECIALISTA

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: 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_X_ Materno Infantil __ Terapias __ Salud Visual __ Salud Bucal __ Salud metal___ Otro:NEFROPROTECCIÓN_____	Crónico_ Materno Infantil __ Terapias __ Salud Visual __ Salud Bucal __ Salud metal___ Otro:_____	ADHERENTE A RUTA CCVM CON ATENCIÓN EN EL PROGRAMA DE NEFROPROTECCION
	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: MED INTERNA+NUTRICIÓN 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: Cierre de atención el día 18/07/2023	

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:

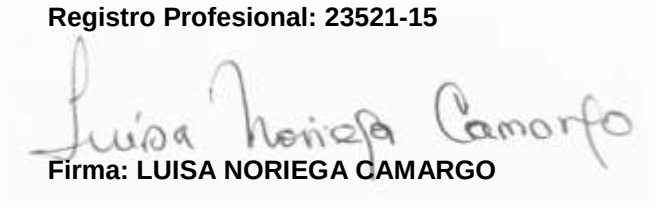
- **Acciones y gestiones pendientes a realizar de acuerdo a las observaciones:**

RUTA CCVM Y NEFROPROTECCIÓN CON ATENCIÓN RECIENTE
PENDIENTE REALIZACIÓN DE LABORATORIOS Y GESTION DE CITA CON INTERNISTA Y NUTRICIÓN (USUARIA REFIERE QUE POR FALTA DE TIEMPO NO LO HA REALIZADO)
SE GESTIONA CITA DE 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: 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: 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:_____	. SE VERIFICA CUMPLIMIENTO DE RUTA SEGÚN CICLO DE VIDA:ADULTEZ Y DTA CA DE MAMA CON REALIZACIÓN DE MAMOGRAFÍA
	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: DTA CA DE MAMA ADULTEZ	Otro:_____	
	Asistencia a servicios de atención integral por otras disciplinas y especialidades (cuando aplique)	Servicio/atención: _____ Cumplimiento: Sí ___ No ___	Servicio/atención: _____ Cumplimiento: Sí ___ No ___	

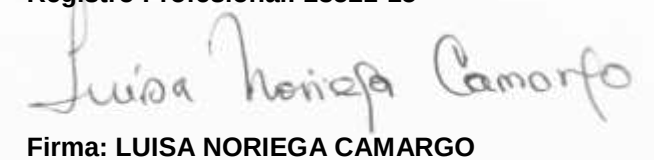
Acciones	Seguimiento	Servicios o tecnologías recibidas individual (señale con una X)	Observaciones (señale la información adicional que considere relevante
Desarrollo de acciones psicosociales	Periodicidad planeada de las sesiones de atención psicosocial en el Plan de Atención Integral.	Semanal _x_ Quincenal __ Mensual __	
	Número de sesiones de atención psicosocial del plan de atención integral.	Sesiones planeadas: _8__ Sesiones realizadas a la fecha: ___7__	
	Fechas programadas de siguientes sesiones psicosociales:	Fecha: 20/07/2023	

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:** **P/ ASIGNAR CITA (CS RANCHO GRANDE)** **NOTA: SE VERIFICA CUMPLIMIENTO DE INGRESO A ADULTEZ SEGÚN CICLO DE VIDA Y DTA CA DE MAMA CON REALIZACIÓN DE MAMOGRAFÍA.** **PENDIENTE CITA PARA REVISIÓN DE MAMOGRAFÍA**

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: 26/ 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 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 ___	

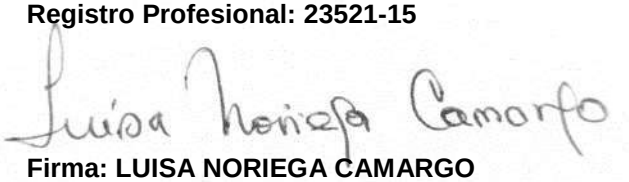
Acciones	Seguimiento	Servicios o tecnologías recibidas individual (señale con una X)	Observaciones (señale la información adicional que considere relevante
Desarrollo de acciones psicosociales	Periodicidad planeada de las sesiones de atención psicosocial en el Plan de Atención Integral.	Semanal X__ Quincenal __ 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: Cierre de atención	

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 EN IPS DE MAYOR COMPEJIDAD RUTA CCVM ADHERENTE, SE VERIFICAN ATENCIONES Y SEGUIMIENTO SE VERIFICA INGRESO A RUTA SEGÚN CURSO DE VIDA: VEJEZ 2 SE REALIZA DEMANDA INDUCIDA PAI ESQUEMA INFLUENZA P/ REALIZACIÓN DE MAMOGRAFÍA ORDENADA EN ÚLTIMA ATENCIÓN (AUN NO HA HECHO GESTION POR FALTA DE TIEMPO) 3 LIMITACIONES COGNITIVAS P/ REALIZACIÓN DE MAMOGRAFIA P/REALIZACIÓN DE MAMOGRAFÍA ORDENADA EN ÚLTIMA ATENCIÓN AUN NO HA HECHO GESTION POR FALTA DE TIEMPO). LIMITACIONES COGNITIVAS

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: 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 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 ___	

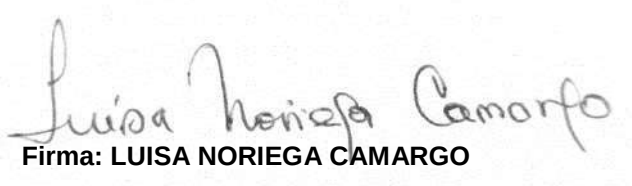
Acciones	**Seguimiento**	**Servicios o tecnologías recibidas individual** (señale con una X)	**Observaciones** (señale la información adicional que considere relevante
Desarrollo de acciones psicosociales	Periodicidad planeada de las sesiones de atención psicosocial en el Plan de Atención Integral.	Semanal __x Quincenal __ 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: 31/07/2023	

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: 1 ADRES S. TOTAL SUBSIDIADO 2 NO ADRES **Se realizan atenciones psicosociales mas no atención integral a todos los miembros de la familia, esto debido a que algunos no tienen atención en salud en Vida Sinú**
• **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 + 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 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: 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:_____	1,3 INGRESO A RUTA ADULTEZ Y ADOLESCENCIA 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).	Vacunación __ Planificación Familiar __ Salud Visual __ Salud Bucal __ Otro:_____	Vacunación _ Planificación Familiar __ Salud Visual __ Salud Bucal __ Otro:1,3 ADULTEZ 2.4 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 ___	

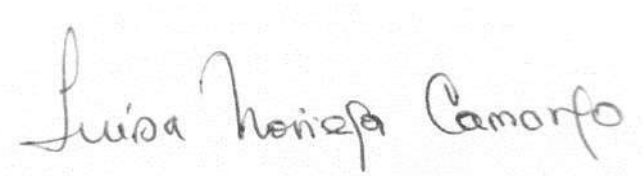
Acciones	Seguimiento	Servicios o tecnologías recibidas individual (señale con una X)	Observaciones (señale la información adicional que considere relevante
Desarrollo de acciones psicosociales	Periodicidad planeada de las sesiones de atención psicosocial en el Plan de Atención Integral.	Semanal _x_ Quincenal __ Mensual __	
	Número de sesiones de atención psicosocial del plan de atención integral.	Sesiones planeadas: _8__ Sesiones realizadas a la fecha: 6	
	Fechas programadas de siguientes sesiones psicosociales:	Fecha: 21/07/2023	

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:** SE VERIFICA CUMPLIMIENTO 1,3 INGRESO A RUTA ADULTEZ Y REALIZACIÓN DE LABORATORIOS DE RUTA 2,4 ADHERENTE A RUTA DE INFANCIA P/ ASIGNACIÓN DE NUEVA CITA DE ACUERDO AL INTERVALO 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**	**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_X_ RC__ No. 1068435375 Fecha de inicio del Plan de Atención Integral:17/ 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:__MORBILIDAD_ _____	1 ADRES N. EPS NECOCLI ANTIOQUIA 3168522216-3244723825 FUERA DE SERVICIO 2,3,4,5 USUARIOS CON CITA ASIGNADA LA CUAL NO CUMPLIERON Y NO HA SIDO POSIBLE CONTACTARLOS PARA REPROGRAMAR
	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:_2,3, ADOLESCENCIA 4,5 INFANCIA	
	Asistencia a servicios de atención integral por otras disciplinas y especialidades (cuando aplique)	Servicio/atención: _____ Cumplimiento: Sí ___ No ___	Servicio/atención: _____ Cumplimiento: Sí ___ No ___	

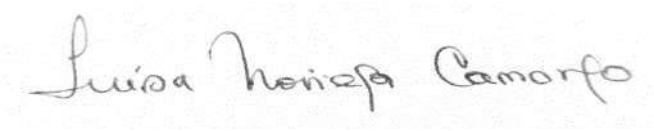
Acciones	Seguimiento	Servicios o tecnologías recibidas individual (señale con una X)	Observaciones (señale la información adicional que considere relevante
Desarrollo de acciones psicosociales	Periodicidad planeada de las sesiones de atención psicosocial en el Plan de Atención Integral.	Semanal __X Quincenal __ 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: 24/07/2023	

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:** 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

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:**27/ 06 / 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 CUMPLIMIENT DE CITAS 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 _1 Salud Visual __ Salud Bucal _2,3,4,5_ Otro:1 ADOLESCENCIA	

	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 ___	

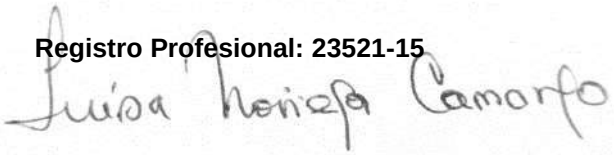
Acciones	Seguimiento	Servicios o tecnologías recibidas individual (señale con una X)	Observaciones (señale la información adicional que considere relevante
Desarrollo de acciones psicosociales	Periodicidad planeada de las sesiones de atención psicosocial en el Plan de Atención Integral.	Semanal __X Quincenal __ Mensual __	
	Número de sesiones de atención psicosocial del plan de atención integral.	Sesiones planeadas: __8_ Sesiones realizadas a la fecha: _5__	
	Fechas programadas de siguientes sesiones psicosociales:	Fecha:10/07/2023	

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:** SE VERIFICA ADHERENCIA A PROGRAMAS: PLANIFICACION FAMILIAR Y ADOLESCENCIA 2 PENDIENTE VALORACION POR PEDIATRIA Y PSICOLOGIA (A LA FECHA NO HAN HECHO GESTIÓN) SE GESTIONAN Y SE VERIFICA CUMPLIMIENTO DE CITAS ODONTOLOGIA 4-5 SE VERIFICA CUMPLIMIENTO DE CITA CICLO DE VIDA 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: 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:20/ 06 / 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:_____	1,2,4,6CUMPLIMIENTO DE CITA ODONTOLOGIA 3 SERVICIO MILITAR MEDELLIN ANTIOQUIA 5 ADRES S. TOTAL SUBSIDIADO
	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 4.6 Planificación Familiar __ Salud Visual __ Salud Bucal 1,2,4,6 Otro:_1_CCU, DTA CA DE MAMA	

	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 ___	

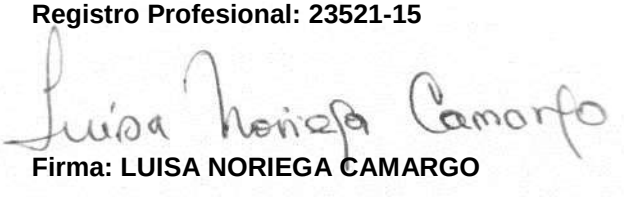
Acciones	**Seguimiento**	**Servicios o tecnologías recibidas individual** (señale con una X)	**Observaciones** (señale la información adicional que considere relevante
Desarrollo de acciones psicosociales	Periodicidad planeada de las sesiones de atención psicosocial en el Plan de Atención Integral.	Semanal _X_ Quincenal __ Mensual __	
	Número de sesiones de atención psicosocial del plan de atención integral.	Sesiones planeadas: __8_ Sesiones realizadas a la fecha: _____4_____	
	Fechas programadas de siguientes sesiones psicosociales:	Fecha: __21/06/2023___	

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:** VERIFICA CUMPLIMIENTO DE CITAS DE RUTA ADULTEZ 5 ADRES S. TOTAL SUBSIDIADO SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO DE ATENCIÓN ODONTOLOGIA 4 ADHERENCIA A RUTA DE INFANCIA 6 USUARIA NO HA ACEPTADO 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: 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: 28/ 06 / 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:_____	2 SE GESTIONAN CITAS DE 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 1,2,3 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 ___	

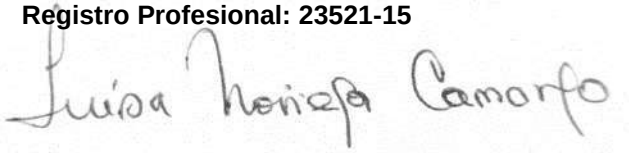
Acciones	Seguimiento	Servicios o tecnologías recibidas individual (señale con una X)	Observaciones (señale la información adicional que considere relevante
Desarrollo de acciones psicosociales	Periodicidad planeada de las sesiones de atención psicosocial en el Plan de Atención Integral.	Semanal __ Quincenal __ Mensual __	
	Número de sesiones de atención psicosocial del plan de atención integral.	Sesiones planeadas: _8__ Sesiones realizadas a la fecha: _4____	
	Fechas programadas de siguientes sesiones psicosociales:	Fecha: 30/06/2023	

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 CUMPLE CITA DE MEDICINA GENERAL P/ REALIZACIÓN DE RX DE COLUMNA SE VERIFICA CUMPLIMIENTO DE RUTA DE VEJEZ Y ODONTOLOGIA 2. CUMPLE CITA DE P. FAMILIAR (SUMINISTRO DE METODO ANTICONCEPTIVO) SE REASIGNA CITA DE ODONTOLOGIA 3 SE VERIFICA CUMPLIMIENTO DE CITA EN RUTA DE INFANCIA Y ODONTOLOGIA SE GESTIONAN CITAS PARA 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: 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 IPS MEDICINA INTEGRAL 2 ADHERENTE A RUTA CCVM 3- 4 CUMPLIMIENTO DE P. FAMILIAR 4 NO HA GESTIONADO DERMATOLOGIA 5 USUARIA GESTANTE ACTIVA EN CONTROL PRENATAL
	Asistencia a servicios de promoción, prevención,	Vacunación __ Planificación Familiar __ Salud Visual __	Vacunación 5 Planificación Familiar 3,4 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:2 VEJEZ 5 CURSO PMYP	
	Asistencia a servicios de atención integral por otras disciplinas y especialidades (cuando aplique)	Servicio/atención: _____ Cumplimiento: Sí ___ No ___	Servicio/atención: _____ Cumplimiento: Sí ___ No ___	

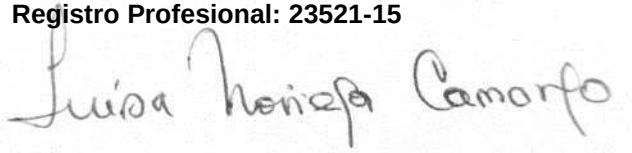
Acciones	Seguimiento	Servicios o tecnologías recibidas individual (señale con una X)	Observaciones (señale la información adicional que considere relevante
Desarrollo de acciones psicosociales	Periodicidad planeada de las sesiones de atención psicosocial en el Plan de Atención Integral.	Semanal _X_ Quincenal __ Mensual __	
	Número de sesiones de atención psicosocial del plan de atención integral.	Sesiones planeadas: _8__ Sesiones realizadas a la fecha: __5___	
	Fechas programadas de siguientes sesiones psicosociales:	Fecha: __28/06/2023_____	

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 IPS MEDICINA INTEGRAL 2 VERIFICACION DE CUMPLIMIENTO DE RUTA CCVM E INGRESO A RUTA SEGÚN CURSO DE VIDA: VEJEZ 3,4 EVIDENCIA DE CONTROL DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR 4. SE GETIONA Y VERIFICA CUMPLIMIENTO DE CITA DE MD GENERAL P/ VALORACION POR DERMATOLOGIA. A LA FECHA NO HA GESTIONADO LA VALORACIÓN POR ESPECIALISTA PORQUE ESTABA FUERA DE LA CIUDAD 5 USUARIA GESTANTE ACTIVA EN CONTROL PRENATAL, SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO DE CITA POR GINECOBSTETRICIA Y VACUNACIÓN SEGÚN EDAD GESTACIONAL

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: 11/ 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 ODONTOLOGIA + PAI MEF+CCU 2 CUMPLIO CITA PRECONCEPCIONAL+ODONTOLOGIA+ PAI MEF 3 CUMPLIO CITA REV LABORATORIOS + ODONTOLOGIA
	Asistencia a servicios de promoción,	Vacunación __ Planificación Familiar __	Vacunación 1,2 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:_____	Salud Visual __ 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 ___	

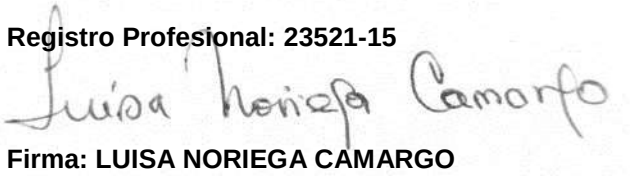
Acciones	Seguimiento	Servicios o tecnologías recibidas individual (señale con una X)	Observaciones (señale la información adicional que considere relevante
Desarrollo de acciones psicosociales	Periodicidad planeada de las sesiones de atención psicosocial en el Plan de Atención Integral.	Semanal _X_ Quincenal __ Mensual __	
	Número de sesiones de atención psicosocial del plan de atención integral.	Sesiones planeadas: _8__ Sesiones realizadas a la fecha: __6_____	
	Fechas programadas de siguientes sesiones psicosociales:	Fecha: 17/07/2023	

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:** 1 P/ CITA ODONTOLOGIA + PAI MEF+CCU INCUMPLIMIENTO DE INDICACIONES SE VUELVEN A GETIONAR CITAS 2 P/ CITA PRECONCEPCIONAL+ODONTOLOGIA+ PAI MEF SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO DE CITAS ASIGNADAS + REALIZACIÓN DE CCU 3 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: 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:_____	1-2 SALUD TOTAL SUBSIDIADO 3-4 S. TOTAL CONTRIB 5-6.9.10 CITAS CUMPLIDAS ADOLESCENCIA+ODONTOLOGIA 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	Sesiones planeadas: __8_	

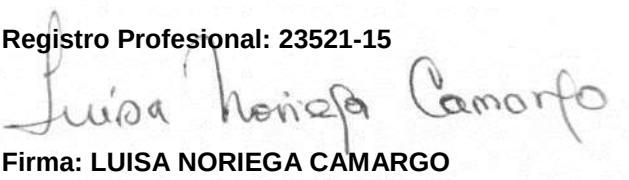
	atención psicosocial del plan de atención integral.	Sesiones realizadas a la fecha: 7	
	Fechas programadas de siguientes sesiones psicosociales:	Fecha:30/07/2023	

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:** 1-2 SALUD TOTAL SUBSIDIADO 3-4 S. TOTAL CONTRIBUTIVO 5-6-9-10 SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO DE RUTAS DE ADOLESCENCIA 5 NO HA CUMPLIDO CITA DE DERMATOLOGIA 7-8 ADRES EN TIERRALTA 11 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**	**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: 17/ 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. 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 ___	

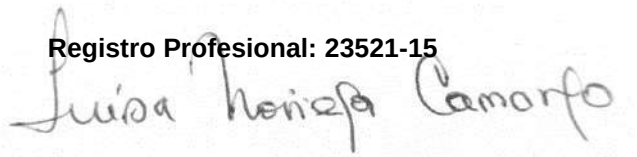
Acciones	**Seguimiento**	**Servicios o tecnologías recibidas individual** (señale con una X)	**Observaciones** (señale la información adicional que considere relevante
Desarrollo de acciones psicosociales	Periodicidad planeada de las sesiones de atención psicosocial en el Plan de Atención Integral.	Semanal __X Quincenal __ Mensual __	
	Número de sesiones de atención psicosocial del plan de atención integral.	Sesiones planeadas: __8_ Sesiones realizadas a la fecha: __6____	
	Fechas programadas de siguientes sesiones psicosociales:	Fecha:_24/07/2023_	

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:** • 1. P. FAMILIAR (POMEROY) INGRESO A RUTA SEGÚN CICLO DE VIDA ADULTEZ 2,3 INFANCIA 4 P. FAMILIAR SE VERIFICA CUMPLIMIENTO DE D. INDUCIDAS

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**

1. Datos de identificación
Nombre que identifique a la persona o grupo familiar: FAMILIA SANDÓN CUADRADO Modalidad de atención: INDIVIDUAL FAMILIAR_X_ 1. Tipo documento de identidad: CC_X_ TI__ RC__ No. 26212271 2. Tipo documento de identidad: CC_X_ TI__ RC__ No. 15607756 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: 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, 2 MED GENERAL D. INDUCIDA ODONTOLOGIA P/ 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 ___	

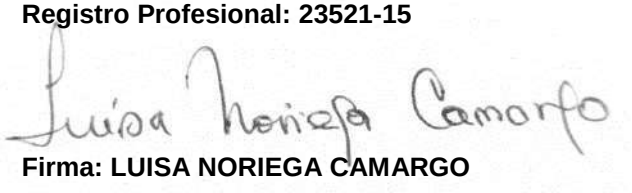
Acciones	**Seguimiento**	**Servicios o tecnologías recibidas individual** (señale con una X)	**Observaciones** (señale la información adicional que considere relevante
Desarrollo de acciones psicosociales	Periodicidad planeada de las sesiones de atención psicosocial en el Plan de Atención Integral.	Semanal _X_ Quincenal __ Mensual __	
	Número de sesiones de atención psicosocial del plan de atención integral.	Sesiones planeadas: _8__ Sesiones realizadas a la fecha: ___7___	
	Fechas programadas de siguientes sesiones psicosociales:	Fecha: 21/07/2023	

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:** **1,2 SE VERIFICA CUMPLIMIENTO DE CITA POR MORBILIDAD, CON ORDEN DE RX, EVIDENCIA DE REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO. RUTA SEGÚN CURSO DE VIDA: VEJEZ CUMPLIDA** **ODONTOLOGIA (SE VERIFICA CUMPLIMIENTO)**

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 VELEZ PADRON Modalidad de atención: INDIVIDUAL FAMILIAR X 1. Tipo documento de identidad: CC X_ TI__ RC__ No. 34957842 2. Tipo documento de identidad: CC X TI__ RC__ No. 26177374 3. Tipo documento de identidad: CC X TI_ RC__ No. 1067844134 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 NO ACEPTAN INTERVENCIO N 3 FALLECIDO
	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 __ Otro1,2 ADULTEZ	

	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 ___	

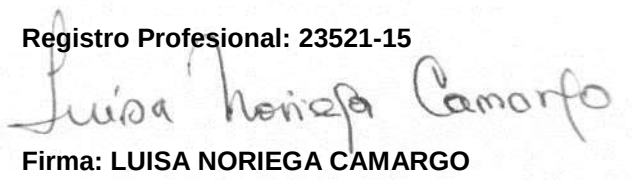
Acciones	Seguimiento	Servicios o tecnologías recibidas individual (señale con una X)	Observaciones (señale la información adicional que considere relevante
Desarrollo de acciones psicosociales	Periodicidad planeada de las sesiones de atención psicosocial en el Plan de Atención Integral.	Semanal _X_ Quincenal __ 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: CIERRE DE ATENCION	

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: 1-2-3 NO ACEPTAN INTERVENCION
• **Acciones y gestiones pendientes a realizar de acuerdo a las observaciones:** 1-2-3 NO ACEPTAN INTERVENCION

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 YANEZ CONTRERAS Modalidad de atención: INDIVIDUAL FAMILIAR X 1. Tipo documento de identidad: CCX__ TI__ RC__ No. 50912180 2. Tipo documento de identidad: CCX__ TI__ RC__ No. 78709918 3. Tipo documento de identidad: CC__ TI_X RC__ No. 1067890952 4. Tipo documento de identidad: CC__ TI_X_ RC__ No. 1062965765 5. Tipo documento de identidad: CC__ TI_X RC__ No. 1068430182 6. Tipo documento de identidad: CC__ TI_X_ RC__ No. 1068431862 7. Tipo documento de identidad: CC__ TI_X_ RC__ No. 1138088869 8. Tipo documento de identidad: CC__ TI_X_ RC__ No. 1138030487 Fecha de inicio del Plan de Atención Integral:09/ 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 ADULTEZ 3,5ADOLESCENCIA 4. PFAMILIAR 6,7,8 INFANCIA
	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 1-8 Otro:1,2 ADULTEZ 3,5 ADOLESCENCIA 4 P. FAMILIAR 6,7,8 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 ___	

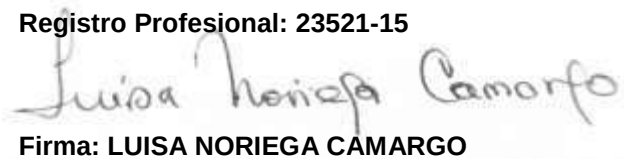
Acciones	**Seguimiento**	**Servicios o tecnologías recibidas individual** (señale con una X)	**Observaciones** (señale la información adicional que considere relevante
Desarrollo de acciones psicosociales	Periodicidad planeada de las sesiones de atención psicosocial en el Plan de Atención Integral.	Semanal X__ Quincenal __ Mensual __	
	Número de sesiones de atención psicosocial del plan de atención integral.	Sesiones planeadas: __8_ Sesiones realizadas a la fecha: _7____	
	Fechas programadas de siguientes sesiones psicosociales:	Fecha: ___25/07/2023___	

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:** 1,2 ADULTEZ 3,5ADOLESCENCIA 4. PFAMILIAR 6,7,8 INFANCIA SE GESTIONA CITA DE ODONTOLOGIA PARA TODOS LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA, SIN EMBARGO NO LA ACEPTAN, REFIEREN NO NECESITARLA Y QUE SE LES OLVIDA 1 NO SE HA REALIZADO LABORATORIOS, NI CUMPLIDO LAS INDICACIONES DE LA ULTIMA ATENCIÓN **SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO DE ATENCIONES DE ACUERDO AL CURSO DE VIDA DE CADA INDIVIDUO**

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 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: 26/ 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:_____	USUARIA ACEPTA DEMANDA INDUCIDA SEGÚN CICLO DE VIDA ADULTEZ REFIERE POMEROY
	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: ADULTEZ_ _____	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 ___	

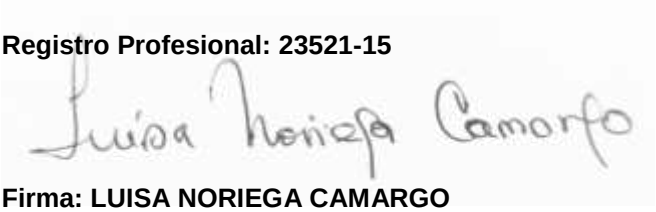
Acciones	**Seguimiento**	**Servicios o tecnologías recibidas individual** (señale con una X)	**Observaciones** (señale la información adicional que considere relevante
Desarrollo de acciones psicosociales	Periodicidad planeada de las sesiones de atención psicosocial en el Plan de Atención Integral.	Semanal _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: Suspendida	

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 suspende la atención por incumplimiento del usuario
• **Acciones y gestiones pendientes a realizar de acuerdo a las observaciones:** SE GESTIONA CITA PARA INGRESO A RUTA SEGÚN CURSO DE VIDA ADULTEZ POMEROY

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: 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:_____	SE GESTIONA CITA 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 _X_ Otro:_____ PAI MEF	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 ___	

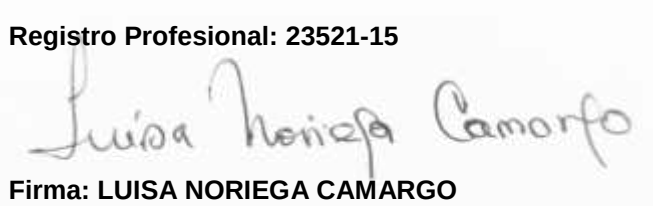
Acciones	Seguimiento	Servicios o tecnologías recibidas individual (señale con una X)	Observaciones (señale la información adicional que considere relevante
Desarrollo de acciones psicosociales	Periodicidad planeada de las sesiones de atención psicosocial en el Plan de Atención Integral.	Semanal _x_ Quincenal __ Mensual __	
	Número de sesiones de atención psicosocial del plan de atención integral.	Sesiones planeadas: _8__ Sesiones realizadas a la fecha: __8__	
	Fechas programadas de siguientes sesiones psicosociales:	Fecha: Cierre de atenciones el 19/07/2023	

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:** **SE EDUCA SOBRE ESTILOS DE VIDA SALUDABLE** **SE GESTIONA NUEVAMENTE CITA ODONTOLOGÍA** **ADHERENCIA 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: 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: 26/ 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:_____	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 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 ___	

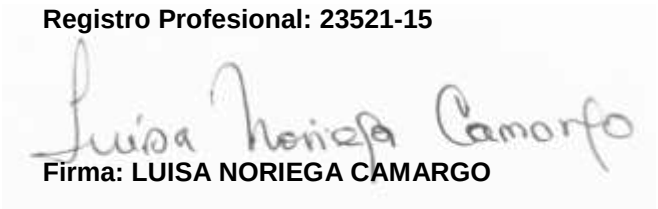
Acciones	**Seguimiento**	**Servicios o tecnologías recibidas individual** (señale con una X)	**Observaciones** (señale la información adicional que considere relevante
Desarrollo de acciones psicosociales	Periodicidad planeada de las sesiones de atención psicosocial en el Plan de Atención Integral.	Semanal _x_ Quincenal __ Mensual __	
	Número de sesiones de atención psicosocial del plan de atención integral.	Sesiones planeadas: __8_ Sesiones realizadas a la fecha: _____8_____	
	Fechas programadas de siguientes sesiones psicosociales:	Fecha: Cierre de atenciones el día 15/07/2023	

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:** **SE VERIFICA DEMANDA INDUCIDA EFECTIVA AL PROGRAMA DE P. FAMILIAR USUARIA CON INGRESO A RUTA SEGÚN CURSO DE VIDA: 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: 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: 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:_____	SE ASIGNA NUEVA CITA PARA RUTA CURSO DE VIDA ADULTEZ REFIERE CUMPLIR ATENCIONES DE RUTA CCVM EN IPS MEDISINÚ
	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: ADULTEZ	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 ___	

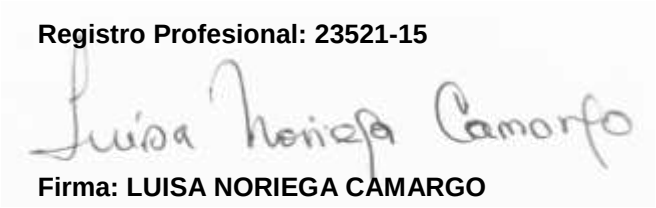
Acciones	**Seguimiento**	**Servicios o tecnologías recibidas individual** (señale con una X)	**Observaciones** (señale la información adicional que considere relevante
Desarrollo de acciones psicosociales	Periodicidad planeada de las sesiones de atención psicosocial en el Plan de Atención Integral.	Semanal _x_ Quincenal __ Mensual __	
	Número de sesiones de atención psicosocial del plan de atención integral.	Sesiones planeadas: _8__ Sesiones realizadas a la fecha: _____8_____	
	Fechas programadas de siguientes sesiones psicosociales:	Fecha: Cierre de atenciones el 19/07/2023	

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:** SE ASIGNA NUEVA CITA CURSO DE VIDA ADULTEZ REFIERE CUMPLIR ATENCIONES DE RUTA CCVM EN IPS MEDISINÚ ADHERENTE A TRATAMIENTO E INDICACIONES

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: 21/ 06 / 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:_____	NEGACIÓN A LA DEMANDA INDUCIDA PAI ESQUEMA INFLUENZA
	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:_DTA CA DE MAMA_____	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 ___	

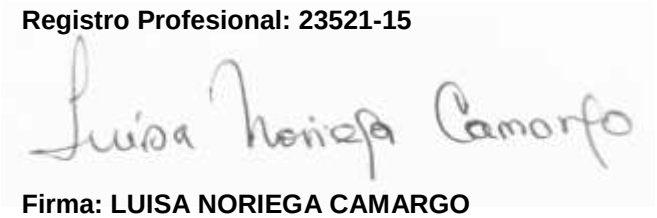
Acciones	Seguimiento	Servicios o tecnologías recibidas individual (señale con una X)	Observaciones (señale la información adicional que considere relevante
Desarrollo de acciones psicosociales	Periodicidad planeada de las sesiones de atención psicosocial en el Plan de Atención Integral.	Semanal _x_ Quincenal __ Mensual __	
	Número de sesiones de atención psicosocial del plan de atención integral.	Sesiones planeadas: _8__ Sesiones realizadas a la fecha: 4	
	Fechas programadas de siguientes sesiones psicosociales:	Fecha: 29/06/2023	

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 VERIFICA ADHERENCIA A RUTA CCVM NEFROPROTECCIÓN** **NEGACIÓN A LA DEMANDA INDUCIDA PAI ESQUEMA INFLUENZA** **Y CONSULTORIO ROSADO 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**	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: 26/ 06 / 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:_____	POMEROY CUMPLE CITA DE REVISÓN DE LABORATORIOS
	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:	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 ___	

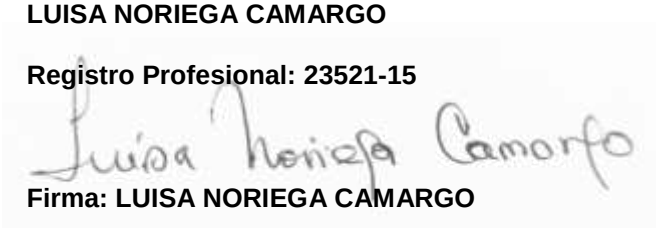
Acciones	**Seguimiento**	**Servicios o tecnologías recibidas individual** (señale con una X)	**Observaciones** (señale la información adicional que considere relevante
Desarrollo de acciones psicosociales	Periodicidad planeada de las sesiones de atención psicosocial en el Plan de Atención Integral.	Semanal _x_ Quincenal __ Mensual __	
	Número de sesiones de atención psicosocial del plan de atención integral.	Sesiones planeadas: _8_ Sesiones realizadas a la fecha: ___4___	
	Fechas programadas de siguientes sesiones psicosociales:	Fecha: 29/06/2023	

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 CITA ASIGNADA PARA REVISIÓN DE AYUDAS DX** **INGRESO A RUTA SEGÚN CURSO DE VIDA: JUVENTUD** **POMEROY**

Nombre del Profesional que diligencia:

LUISA NORIEGA CAMARGO

Registro Profesional: 23521-15



Firma: LUISA NORIEGA CAMARGO

OBLIGACIÓN NO. 02

OBLIGACION # 2: El contratista deberá garantizar la atención de las víctimas 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 y los demás componentes del PROGRAMA NACIONAL PAPSIVI.

SEGUIMIENTO TELEFONICO

FECHA	30/05/2023
NOMBRES Y APELLIDOS:	Nelcy López Carmona y Angélica Lambertinez
CARGO FUNCIONARIOS	Profesionales psicosociales – Programa Papsivi – ESE Vida Sinú
MUNICIPIO:	Montería
TELÉFONO:	3145242224
SITUACIÓN ENCONTRADA:	Se realiza seguimiento telefónico a las víctimas de 56 planes de atenciones conformados, que están recibiendo las atenciones (psicosociales y de salud física), esto correspondiente a las 148 víctimas total de la mesa asignada al municipio. Se hizo llamada a cada jefe de hogar, para verificar si las profesionales psicosociales, están realizando las atenciones de forma ética y responsable, y también para verificar si han asistido a las atenciones en salud física y mental La respuesta por parte de las víctimas fue de forma positiva, ya que manifestaron que se sentían a gusto con el acompañamiento psicosocial y el acompañamiento en salud, que fueron resueltos muchas dificultades en salud, en temas muy puntuales como: ❖ Citas para especialistas pendientes por más de tres meses. ❖ Cirugías que habían sido muy demoradas. ❖ Medicamentos entregados a tiempo. ❖ Exámenes de laboratorios oportunos.
ELABORADO	FIRMA: Claudia Mejía Lopez CLUDIA MEJIA LOPEZ CARGO: Profesional de Fortalecimiento Programa Papsivi- Secretaria de Salud Departamental

EVIDENCIAS

NOMBRE DEL JEFE DE HOGAR	IDENTIFICACION	TELEFONO	ATENCIONES PSICOSCIALES (SESION 1,2 Y3)	ATENCIONES EN SALUD.
ANA MILENA IZQUIERDO BERROCAL	50933229	3206286202	SIN NOVEDAD	ASISTIERON A LA ATENCION
LIBARDO ENRIQUE RAMOS CORONADO	1067837447	3107043959	SIN NOVEDAD	ASISTIERON A LA ATENCION
ENODIS EDITH MARQUEZ MESTRA	32292712	3106029978	SIN NOVEDAD	ASISTIERON A LA ATENCION
JULIETH MARIA FUENTES SIBAJA	50892757	3012272225	SIN NOVEDAD	ASISTIERON A LA ATENCION
MERCEDES DEL CARMEN ALEGRIA CURA	26248959	3205005172	SIN NOVEDAD	ASISTIERON A LA ATENCION
ANA ELENA RAMOS ALCALA	50899719	3233176263	SIN NOVEDAD	ASISTIERON A LA ATENCION
EVER MANUEL HERNANDEZ HERNANDEZ	71980193	3206440607	SIN NOVEDAD	ASISTIERON A LA ATENCION
MARGARITA MARIA TORDECILLA	42653150	3145323990	SIN NOVEDAD	ASISTIERON A LA ATENCION
LILIAN MILENA GOMEZ CASTILLO	1133796968	3127856708	SIN NOVEDAD	ASISTIERON A LA ATENCION
CLARIBEL BANESSA PEREZ OSORIO	25768119	3203599677	SIN NOVEDAD	ASISTIERON A LA ATENCION
DORIS MARIA RUBIO MORA	34986499	3235242095	SIN NOVEDAD	ASISTIERON A LA ATENCION

CATALINA GALLEGO RODRIGUEZ	42652198	3157754307	SIN NOVEDAD	ASISTIERON A LA ATENCION
SERY SOFIA ALARCON RAMOS	50924244	3148460954	SIN NOVEDAD	ASISTIERON A LA ATENCION
UBERLINA DEL CARMEN OLEA MORALES	50891691	3116565947	SIN NOVEDAD	ASISTIERON A LA ATENCION
CIELO BERRIO GUZMAN	26229201	3183690245	SIN NOVEDAD	ASISTIERON A LA ATENCION
JUANA DEL CARMEN GOMEZ MADERA	25809433	3125503894	SIN NOVEDAD	ASISTIERON A LA ATENCION
ARGENIDA MARIA TRIANA APARICIO	34993475	3226002178	SIN NOVEDAD	ASISTIERON A LA ATENCION
YESICA PAOLA ROMERO TABORDA	1067958751	3145863388	SIN NOVEDAD	ASISTIERON A LA ATENCION
NANCY DEL CARMEN GONZALEZ	50872497	3126940838	SIN NOVEDAD	ASISTIERON A LA ATENCION
SUSANA EDITH PARRA VEGA	39155831	3135345930	SIN NOVEDAD	ASISTIERON A LA ATENCION
ESMERALDA ROSA CARMONA NARVAEZ	25767786	3145295182	SIN NOVEDAD	ASISTIERON A LA ATENCION
LAURA CORTES CARMONA	1000085687	3107015500	SIN NOVEDAD	ASISTIERON A LA ATENCION
ZOILA MARIA VELASQUEZ ARRIETA	30685968	3127931010	SIN NOVEDAD	ASISTIERON A LA ATENCION
OMAIRA ISABEL ARAUJO PATERNINA	39414455	3143734714	SIN NOVEDAD	ASISTIERON A LA ATENCION
LUIS ANTONIO RAMOS LOPEZ	78745743	3206256632	SIN NOVEDAD	ASISTIERON A LA ATENCION
LUIS FRANCISCO GALINDO CARDOZO	6872149	3148339880	SIN NOVEDAD	ASISTIERON A LA ATENCION
YULIANA IVETH VASQUEZ ARIZAL	50939212	3027199365	SIN NOVEDAD	ASISTIERON A LA ATENCION
GLADYS MARIA ARRIETA VEGA	35010093	3017358171	SIN NOVEDAD	ASISTIERON A LA ATENCION
FRANCISCA ISABEL LOPEZ GUZMAN	25767317	3148969342	SIN NOVEDAD	ASISTIERON A LA ATENCION
CERLY TATIANA GRANDETT FUENTES	1067853156	3128054503	SIN NOVEDAD	ASISTIERON A LA ATENCION
NAVIS EVA CONTRERAS ESPITIA	50912180	3217153106	SIN NOVEDAD	ASISTIERON A LA ATENCION
MARCOS SANDON GONGALEZ	15607756	3234958867	SIN NOVEDAD	ASISTIERON A LA ATENCION
ANGEL MANNUEL PEREIRA LOPEZ	15157156	3176173457	SIN NOVEDAD	ASISTIERON A LA ATENCION
OBILIIO AVILA MONTERROZA	70524073	3218773575	SIN NOVEDAD	ASISTIERON A LA ATENCION
ZOILA ELENA MADERA CORREA	26203446	3235173436	SIN NOVEDAD	ASISTIERON A LA ATENCION

		RODER BELTRAN RAVE	10140491412	3244717317	SIN NOVEDAD	ASISTIERON A LA ATENCION
		FRANCISCO ANTONIO ALEAN CASTRO	10780260	3108981242	SIN NOVEDAD	ASISTIERON A LA ATENCION
		LILIANA MARIA GALVAN JIMENEZ	1067839746	3006706291	SIN NOVEDAD	ASISTIERON A LA ATENCION
		LILIA ISABEL VELEZ PADRON	34957842	3168522216	SIN NOVEDAD	ASISTIERON A LA ATENCION
		SAYURIS PAOLA ASCACIO MURILLA	1067898790		SIN NOVEDAD	ASISTIERON A LA ATENCION
		ANA VICTORIA BOLAÑO CALDERIN	32245484	3015780030	SIN NOVEDAD	ASISTIERON A LA ATENCION
		ALBA LUZ IZQUIERDO VERTEL	1067914291	3118677175	SIN NOVEDAD	ASISTIERON A LA ATENCION
		AMARILIS DELFINA FURNIELES LOPEZ	50935827	3022997140	SIN NOVEDAD	ASISTIERON A LA ATENCION
		CARMEN CORINA DEL CASTILLO ORTEGA	50906555	3114101867	SIN NOVEDAD	ASISTIERON A LA ATENCION
		SICILFREDO SUAREZ VIDAL	15010185	3137746087	SIN NOVEDAD	ASISTIERON A LA ATENCION
		MIGUEL VICENTE PADILLA ROMERO	78709916	3107315650	SIN NOVEDAD	ASISTIERON A LA ATENCION
		RUBYSTEY MADRID MESTRA	1073980845	3107941459	SIN NOVEDAD	ASISTIERON A LA ATENCION
		NORIS ISABEL JARABA GONZALEZ	23062537	3013036628	SIN NOVEDAD	ASISTIERON A LA ATENCION
		ESTELA GALVAN COGOLLO	50902763	3106604596	SIN NOVEDAD	ASISTIERON A LA ATENCION
		KAREN CONTRERAS HERAZO	1068661709	3145175932	SIN NOVEDAD	ASISTIERON A LA ATENCION
		CRISTINA ISABEL QUINTANA URANGO	50902666	3234958867	SIN NOVEDAD	ASISTIERON A LA ATENCION
		SATIFI SOFIA SIERRA	50913172	3002389630	SIN NOVEDAD	ASISTIERON A LA ATENCION
		BERNUIL DEL CARMEN CHAVEZ ESPITIA	34974612	3226247567	SIN NOVEDAD	ASISTIERON A LA ATENCION
		KAREN LORENA TORDECILLA BUELVAS	1008004332	3215469904	SIN NOVEDAD	ASISTIERON A LA ATENCION
		ALBERTO MIGUEL PAEZ CUITIVA	6687332	3126327930	SIN NOVEDAD	ASISTIERON A LA ATENCION
		ANA BEATRIZ PALMERA HERNANDEZ	50927542	3205572618	SIN NOVEDAD	ASISTIERON A LA ATENCION
		LENIS ESTHER MARTINEZ VELASQUEZ	1067900456	3205328239	SIN NOVEDAD	ASISTIERON A LA ATENCION
		YULIANA MARTINEZ VELASQUEZ	1067843026	3006314218	SIN NOVEDAD	ASISTIERON A LA ATENCION

OBLIGACIÓN NO. 04

OBLIGACION # 4: Garantizar la atención psicosocial, centrada en la afectación psicosocial con enfoque individual, familiar, comunitario y Grupal, a través de la atención sicosocial, con financiación de recursos de inversión nacional.

OBLIGACIÓN NO. 14

OBLIGACION # 14. Cumplir con la meta de cobertura definida por MINSALUD.

Los soportes de estas obligaciones son los pantallazos tomados del aplicativo del Ministerio de Salud de todos los 56 planes, tanto familiar como individual, correspondiente a las 148 víctimas de la meta asignada al municipio de Montería, estos pantallazos son evidencias de estas atenciones en salud física y en atenciones psicosociales.

La salud es de todos | Minsalud

Usuario: NELSY.LOPEZ Ubicación: MONTERÍA (CORDOBA) Salir

PAPSIVI | Reportes | Búsqueda RUV | Otros programas

Información de la persona+++

Identificación	CC 50933229	**Nombre**	ANA MILENA IZQUIERDO BERROCAL	**Nombre de relacionamiento**	PEREIRA IZQUIERDO	**Género**	Mujer/Femenino/Heterosexual	**Fecha de nacimiento**	06/12/1980 42 años
Departamento	CORDOBA	**Municipio**	MONTERÍA	**Dirección**	MZ 50 L 25 B/ MI RANCHITO	**Teléfono**	3206280202	**Hecho Victimizante**	DESPLAZAMIENTO FORZADO

Acercamiento y reconocimiento

Fecha	Modalidad	Municipio	Departamento	Se definieron niveles de trabajo	Nivel de trabajo	Familia/Comunidad	Estado	Detalle Estado	Dimensión del Daño	Afectación Principal	Tipo de Recurso	Recurso Principal	Documento
03/05/2023	Familiar	MONTERÍA	CORDOBA	Si	Consejería y apoyo	PEREIRA IZQUIERDO	Cerrado						

Fecha limite para cierre del plan

03/08/2023

Atenciones

Fecha Atencion	Nivel de atención	Tema tratado	Número de personas	Documento
17/05/2023	Consejería y apoyo	Solución de problemas intrafamiliares	5	
01/06/2023	Consejería y apoyo	Solución de problemas intrafamiliares	5	
08/06/2023	Consejería y apoyo	Solución de problemas intrafamiliares	5	
15/06/2023	Consejería y apoyo	Solución de problemas intrafamiliares	5	
03/07/2023	Consejería y apoyo	Solución de problemas intrafamiliares	5	
10/07/2023	Consejería y apoyo	Solución de problemas intrafamiliares	5	
17/07/2023	Consejería y apoyo	Solución de problemas intrafamiliares	5	

Cierre

Fecha de cierre	Tipo de cierre	Observaciones de salud psicosocial	Número de personas	Documento
01/08/2023	Alcance de metas propuestas	A TRAVÉS DEL PROCESO DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL. LA FAMILIA PUDO APRECIAR SUS PROPIOS RECURSOS PARA ABORDAR SUS PROBLEMAS. AL TIEMPO QUE ADQUIRIERON NUEVAS HERRAMIENTAS QUE CONTRIBUYERON A FORTALECER UNA CONVIVENCIA ARMONIOSA DENTRO DEL NÚCLEO FAMILIAR.	5	

Personas de la atención (5 personas)

Identificación	Nombre completo	Sexo	Fecha de nacimiento	Tipo de persona	Municipio	Departamento
CC 50933229	ANA MILENA IZQUIERDO BERROCAL	Mujer	06/12/1980	Representante	MONTERÍA	CORDOBA
TI 1068429695	JAIRO ELIAS PEREIRA IZQUIERDO	Hombre	23/03/2012		MONTERÍA	CORDOBA
TI 1067909531	VALENTINA PEREIRA IZQUIERDO	Mujer	13/03/2010		MONTERÍA	CORDOBA
CC 1040373243	PAULA ANDREA JIMENEZ IZQUIERDO	Mujer	01/11/1994		MONTERÍA	CORDOBA
CC 78713749	HILARIO JOSE PEREIRA PETRO	Hombre	16/05/1971		MONTERÍA	CORDOBA

Al ingresar a este aplicativo usted está aceptando todas las condiciones legales que lo rigen y la información contenida en él.

© 2023 - Ministerio de Salud y Proteccion Social. Dirección: Cra. 13 # 32-76. Colombia, Bogota D.C. PBX:(57-1)330 5000, Fax:(57-1)330 5050.

El desarrollo del aplicativo PAPSIVI fue realizado por la Organización Internacional para las Migraciones (OIM) gracias al apoyo financiero de la Agencia del Gobierno de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID).

La salud es de todos | Minsalud

Usuario: NELSY.LOPEZ Ubicación: MONTERÍA (CORDOBA) Salir

PAPSIVI | Reportes | Búsqueda RUV | Otros programas

Información de la persona+++

Identificación	CC 50899719	**Nombre**	ANA ELENA RAMOS ALCALA	**Nombre de relacionamiento**	ANA RAMOS	**Género**	Mujer/Femenino/Heterosexual	**Fecha de nacimiento**	25/06/1971 52 años
Departamento	CORDOBA	**Municipio**	MONTERÍA	**Dirección**	CL 4 C 5-80 CASA FINCA	**Teléfono**	3233176263	**Hecho Victimizante**	DESPLAZAMIENTO FORZADO

Acercamiento y reconocimiento

Fecha	Modalidad	Municipio	Departamento	Se definieron niveles de trabajo	Nivel de trabajo	Familia/Comunidad	Estado	Detalle Estado	Dimensión del Daño	Afectación Principal	Tipo de Recurso	Recurso Principal	Documento
05/05/2023	Familiar	MONTERÍA	CORDOBA	Si	Atención terapéutica	ANA RAMOS	Cerrado						

Fecha limite para cierre del plan

05/08/2023

Atenciones

Fecha Atencion	Nivel de atención	Tema tratado	Número de personas	Documento
26/05/2023	Atención terapéutica	Afrontamiento del miedo	7	
03/06/2023	Atención terapéutica	Afrontamiento del miedo	7	
10/06/2023	Atención terapéutica	Afrontamiento del miedo	7	
17/06/2023	Atención terapéutica	Afrontamiento del miedo	7	
04/07/2023	Atención terapéutica	Afrontamiento del miedo	7	
11/07/2023	Atención terapéutica	Afrontamiento del miedo	7	
18/07/2023	Atención terapéutica	Afrontamiento del miedo	7	

Cierre

Fecha de cierre	Tipo de cierre	Observaciones de salud psicosocial	Número de personas	Documento
01/08/2023	Alcance de metas propuestas	A TRAVÉS DE LAS DIVERSAS ATENCIONES BRINDADAS. LA FAMILIA PUDO DISCERNIR Y DISTINGUIR LAS EXPRESIONES QUE GENERABAN TEMOR. DE MANERA SIMILAR. CONSIGUIERON RECONOCER MEDIOS PARA AFRONTAR DICHO TEMOR. MEDIOS QUE LA FAMILIA HABÍA TENIDO A SU DISPOSICIÓN DESDE SIEMPRE. DANDO COMO RESULTADO UNA FAMILIA FORTALECIDA EN SU SEGURIDAD EMOCIONAL. REDUCIENDO EL MIEDO ORIGINADO POR EL CONFLICTO ARMADO.	7	

Personas de la atención (7 personas)

Identificación	Nombre completo	Sexo	Fecha de nacimiento	Tipo de persona	Municipio	Departamento
CC 50899719	ANA ELENA RAMOS ALCALA	Mujer	25/06/1971	Representante	MONTERÍA	CORDOBA
TI 1138076298	LUIS DAVID ESQUIVEL RAMOS	Hombre	08/09/2006		MONTERÍA	CORDOBA
TI 1067902065	JOSEP DAVID ROJAS ESQUIVEL	Hombre	13/05/2009		MONTERÍA	CORDOBA
CC 1067935725	YESICA PATRICIA ESQUIVEL RAMOS	Mujer	10/11/1994		MONTERÍA	CORDOBA
CC 1067859752	INGRIT PAOLA ESQUIVEL RAMOS	Mujer	24/10/1987		MONTERÍA	CORDOBA
TI 1138075781	KELLY JOHANA MORALES RAMOS	Mujer	12/12/2005		MONTERÍA	CORDOBA
TI 1138076297	LUIS CARLOS ESQUIVEL RAMOS	Hombre	08/09/2006		MONTERÍA	CORDOBA

Al ingresar a este aplicativo usted está aceptando todas las condiciones legales que lo rigen y la información contenida en él.

© 2023 - Ministerio de Salud y Proteccion Social. Dirección: Cra. 13 # 32-76. Colombia, Bogota D.C. PBX:(57-1)330 5000, Fax:(57-1)330 5050.

El desarrollo del aplicativo PAPSIVI fue realizado por la Organización Internacional para las Migraciones (OIM) gracias al apoyo financiero de la Agencia del Gobierno de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID).

La salud es de todos | Minsalud

Usuario: NELSY.LOPEZ Ubicación: Desconocida Salir

PAPSIVI | Reportes | Búsqueda RUV | Otros programas

Información de la persona+++

Identificación	CC 42652198	**Nombre**	CATALINA NULL GALLEGO RODRIGUEZ	**Nombre de relacionamiento**	OSORIO GALLEGO	**Género**	Mujer/Femenino/Heterosexual	**Fecha de nacimiento**	25/12/1956 66 años
Departamento	CORDOBA	**Municipio**	MONTERÍA	**Dirección**	MZ 51 L 14 B/ MI RANCHITO	**Teléfono**	3157754307	**Hecho Victimizante**	DESPLAZAMIENTO FORZADO

Acercamiento y reconocimiento

Fecha	Modalidad	Municipio	Departamento	Se definieron niveles de trabajo	Nivel de trabajo	Familia/Comunidad	Estado	Detalle Estado	Dimensión del Daño	Afectación Principal	Tipo de Recurso	Recurso Principal	Documento
11/05/2023	Familiar	MONTERÍA	CORDOBA	Si	Consejería y apoyo	OSORIO GALLEGO	Cerrado						

Fecha limite para cierre del plan

11/08/2023

Atenciones

Fecha Atencion	Nivel de atención	Tema tratado	Número de personas	Documento
25/05/2023	Consejería y apoyo	Habilidades para favorecer la expresión y canalización emocional	5	
02/06/2023	Consejería y apoyo	Habilidades para favorecer la expresión y canalización emocional	5	
09/06/2023	Consejería y apoyo	Habilidades para favorecer la expresión y canalización emocional	5	
16/06/2023	Consejería y apoyo	Habilidades para favorecer la expresión y canalización emocional	5	
05/07/2023	Consejería y apoyo	Habilidades para favorecer la expresión y canalización emocional	5	
12/07/2023	Consejería y apoyo	Habilidades para favorecer la expresión y canalización emocional	5	
19/07/2023	Consejería y apoyo	Habilidades para favorecer la expresión y canalización emocional	5	

Cierre

Fecha de cierre	Tipo de cierre	Observaciones de salud psicosocial	Número de personas	Documento
02/08/2023	Alcance de metas propuestas	A LO LARGO DEL TRANSCURSO DE LA ATENCIÓN PSICOSOCIAL. SE CONSTATÓ QUE LA FAMILIA ALCANZÓ TRANSFORMACIONES NOTABLES EN SU MANERA DE ABORDAR Y MANIFESTAR EMOCIONES. ADEMÁS DE DESARROLLAR RECURSOS INÉDITOS QUE LES FACULTARÁN PARA LIDIAR CON FUTURAS APARICIONES DE ESAS EMOCIONES DOLOROSAS. SE INICIA UNA FASE DE REFORZAMIENTO EN LA ESTABILIDAD EMOCIONAL. LO QUE SE TRADUCIRÁ EN UNA ATMÓSFERA DE CALMA Y EQUILIBRIO EN EL HOGAR.	5	

Personas de la atención (5 personas)

Identificación	Nombre completo	Sexo	Fecha de nacimiento	Tipo de persona	Municipio	Departamento
CC 42652198	CATALINA NULL GALLEGO RODRIGUEZ	Mujer	25/12/1956	Representante	MONTERÍA	CORDOBA
CC 8515096	EDINSON MANUEL OSORIO CAUSIL	Hombre	28/04/1954		MONTERÍA	CORDOBA
CC 1003432278	JESUS DAVID TORRES OSORIO	Hombre	02/09/2000		MONTERÍA	CORDOBA
CC 1067960575	JOSE ARMANDO TORRES OSORIO	Hombre	09/06/1998		MONTERÍA	CORDOBA
CC 50970743	NELCY EDITH OSORIO GALLEGO	Mujer	11/03/1980		MONTERÍA	CORDOBA

Al ingresar a este aplicativo usted está aceptando todas las condiciones legales que lo rigen y la información contenida en él.

© 2023 - Ministerio de Salud y Proteccion Social. Dirección: Cra. 13 # 32-76. Colombia, Bogota D.C. PBX:(57-1)330 5000, Fax:(57-1)330 5050.

El desarrollo del aplicativo PAPSIVI fue realizado por la Organización Internacional para las Migraciones (OIM) gracias al apoyo financiero de la Agencia del Gobierno de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID).

La salud es de todos | Minsalud

Usuario: NELSY.LOPEZ Ubicación: MONTERÍA (CORDOBA) Salir

PAPSIVI | Reportes | Búsqueda RUV | Otros programas

Información de la persona+++

Identificación	CC 26229201	**Nombre**	CIELO NULL BERRIO GUZMAN	**Nombre de relacionamiento**	CIELO BERRIO	**Género**	Mujer/Femenino/Heterosexual	**Fecha de nacimiento**	28/02/1966 57 años		
Departamento	CORDOBA	**Municipio**	MONTERÍA	**Dirección**	MZ 53 L 13 B/ MI RANCHITO	**Teléfono**	3116565947	**Hecho Victimizante**	DESPLAZAMIENTO FORZADO		

Acercamiento y reconocimiento

Fecha	Modalidad	Municipio	Departamento	Se definieron niveles de trabajo	Nivel de trabajo	Familia/Comunidad	Estado	Detalle Estado	Dimensión del Daño	Afectación Principal	Tipo de Recurso	Recurso Principal	Documento
12/05/2023	Familiar	MONTERÍA	CORDOBA	Si	Consejería y apoyo	CIELO BERRIO	Cerrado						

Fecha limite para cierre del plan

12/08/2023

Atenciones

Fecha Atencion	Nivel de atención	Tema tratado	Número de personas	Documento	
23/05/2023	Consejería y apoyo	Habilidades para favorecer la expresión y canalización emocional	3		
02/06/2023	Consejería y apoyo	Habilidades para favorecer la expresión y canalización emocional	3		
09/06/2023	Consejería y apoyo	Habilidades para favorecer la expresión y canalización emocional	3		
16/06/2023	Consejería y apoyo	Habilidades para favorecer la expresión y canalización emocional	3		
05/07/2023	Consejería y apoyo	Habilidades para favorecer la expresión y canalización emocional	3		
12/07/2023	Consejería y apoyo	Habilidades para favorecer la expresión y canalización emocional	3		
19/07/2023	Consejería y apoyo	Habilidades para favorecer la expresión y canalización emocional	3		

Cierre

Fecha de cierre	Tipo de cierre	Observaciones de salud psicosocial	Número de personas	Documento		
02/08/2023	Alcance de metas propuestas	A MEDIDA QUE AVANZABA EL PROCESO DE APOYO PSICOSOCIAL. SE NOTÓ QUE LA FAMILIA EXPERIMENTÓ TRANSFORMACIONES NOTABLES EN SU MANERA DE ABORDAR Y MOSTRAR EMOCIONES. TAMBIÉN. INCORPORARON NUEVAS HABILIDADES QUE LES SERVIRÁN PARA ENFRENTAR EMOCIONES DOLOROSAS EN LOS DÍAS VENIDEROS. COMIENZA UNA FASE DE FORTALECIMIENTO EN SU BIENESTAR EMOCIONAL. LO QUE CONTRIBUIRÁ A CREAR UN AMBIENTE DE CALMA Y EQUILIBRIO EN SU HOGAR	3			

Personas de la atención (3 personas)

Identificación	Nombre completo	Sexo	Fecha de nacimiento	Tipo de persona	Municipio	Departamento	
CC 26229201	CIELO NULL BERRIO GUZMAN	Mujer	28/02/1966	Representante	MONTERÍA	CORDOBA	
CC 1067907183	TULIA HELENA BARROSO MUÑOZ	Mujer	29/12/1991		MONTERÍA	CORDOBA	
TI 1067939026	MATIAS RAMIREZ BARROSO	Hombre	05/04/2013		MONTERÍA	CORDOBA	

Al ingresar a este aplicativo usted está aceptando todas las condiciones legales que lo rigen y la información contenida en él.

© 2023 - Ministerio de Salud y Proteccion Social. Dirección: Cra. 13 # 32-76. Colombia, Bogota D.C. PBX:(57-1)330 5000, Fax:(57-1)330 5050.

El desarrollo del aplicativo PAPSIVI fue realizado por la Organización Internacional para las Migraciones (OIM) gracias al apoyo financiero de la Agencia del Gobierno de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID).

La salud es de todos | Minsalud

Usuario: NELSY.LOPEZ Ubicación: MONTERÍA (CORDOBA) Salir

PAPSIVI | Reportes | Búsqueda RUV | Otros programas

Información de la persona+++

Identificación	CC 25768119	**Nombre**	CLARIBEL BANESSA PEREZ OSORIO	**Nombre de relacionamiento**	CLARIBEL BANESSA PEREZ	**Género**	Mujer/Femenino/Heterosexual	**Fecha de nacimiento**	28/04/1971 52 años
Departamento	CORDOBA	**Municipio**	MONTERÍA	**Dirección**	MZ 7 L 31 B/ LA VID	**Teléfono**	3203599677	**Hecho Victimizante**	DESPLAZAMIENTO FORZADO

Acercamiento y reconocimiento

Fecha	Modalidad	Municipio	Departamento	Se definieron niveles de trabajo	Nivel de trabajo	Familia/Comunidad	Estado	Detalle Estado	Dimensión del Daño	Afectación Principal	Tipo de Recurso	Recurso Principal	Documento
05/05/2023	Familiar	MONTERÍA	CORDOBA	Si	Consejería y apoyo	CLARIBEL BANESSA PEREZ	Cerrado						

Fecha limite para cierre del plan

05/08/2023

Atenciones

Fecha Atencion	Nivel de atención	Tema tratado	Número de personas	Documento
19/05/2023	Consejería y apoyo	Habilidades para favorecer la expresión y canalización emocional	2	
01/06/2023	Consejería y apoyo	Habilidades para favorecer la expresión y canalización emocional	2	
08/06/2023	Consejería y apoyo	Habilidades para favorecer la expresión y canalización emocional	2	
15/06/2023	Consejería y apoyo	Habilidades para favorecer la expresión y canalización emocional	2	
04/07/2023	Consejería y apoyo	Habilidades para favorecer la expresión y canalización emocional	2	
11/07/2023	Consejería y apoyo	Habilidades para favorecer la expresión y canalización emocional	2	
18/07/2023	Consejería y apoyo	Habilidades para favorecer la expresión y canalización emocional	2	

Cierre

Fecha de cierre	Tipo de cierre	Observaciones de salud psicosocial	Número de personas	Documento
01/08/2023	Alcance de metas propuestas	A LO LARGO DEL PROCESO DE APOYO PSICOSOCIAL. SE PUDO OBSERVAR QUE LA FAMILIA LOGRÓ CAMBIOS SIGNIFICATIVOS EN SU FORMA DE MANEJAR Y EXPRESAR EMOCIONES. ADEMÁS. ADQUIRIERON NUEVAS HERRAMIENTAS QUE LES PERMITIRÁN ENFRENTAR EMOCIONES DOLOROSAS EN EL FUTURO. SE INICIA UNA ETAPA DE CONSOLIDACIÓN EN SU BIENESTAR EMOCIONAL. LO QUE GENERARÁ UN AMBIENTE DE TRANQUILIDAD Y EQUILIBRIO EN EL HOGAR.	2	

Personas de la atención (2 personas)

Identificación	Nombre completo	Sexo	Fecha de nacimiento	Tipo de persona	Municipio	Departamento
CC 25768119	CLARIBEL BANESSA PEREZ OSORIO	Mujer	28/04/1971	Representante	MONTERÍA	CORDOBA
CC 1062434805	YENNY MARCELA JARAMILLO TORRES	Mujer	02/02/1994		MONTERÍA	CORDOBA

Al ingresar a este aplicativo usted está aceptando todas las condiciones legales que lo rigen y la información contenida en él.

© 2023 - Ministerio de Salud y Proteccion Social. Dirección: Cra. 13 # 32-76. Colombia, Bogota D.C. PBX:(57-1)330 5000, Fax:(57-1)330 5050.

El desarrollo del aplicativo PAPSIVI fue realizado por la Organización Internacional para las Migraciones (OIM) gracias al apoyo financiero de la Agencia del Gobierno de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID).

La salud es de todos | Minsalud

Usuario: NELSY.LOPEZ Ubicación: MONTERÍA (CORDOBA) Salir

PAPSIVI | Reportes | Búsqueda RUV | Otros programas

Información de la persona+++

Identificación	CC 34986499	**Nombre**	DORIS MARIA RUBIO MORA	**Nombre de relacionamiento**	DORIS RUBIO	**Género**	Mujer/Femenino/Heterosexual	**Fecha de nacimiento**	06/08/1959 64 años
Departamento	CORDOBA	**Municipio**	MONTERÍA	**Dirección**	MZ 50 L 17 B/MI RANCHITO	**Teléfono**	3235242095	**Hecho Victimizante**	DESPLAZAMIENTO FORZADO

Acercamiento y reconocimiento

Fecha	Modalidad	Municipio	Departamento	Se definieron niveles de trabajo	Nivel de trabajo	Familia/Comunidad	Estado	Detalle Estado	Dimensión del Daño	Afectación Principal	Tipo de Recurso	Recurso Principal	Documento
11/05/2023	Familiar	MONTERÍA	CORDOBA	Si	Consejería y apoyo	DORIS RUBIO	Cerrado						

Fecha limite para cierre del plan

11/08/2023

Atenciones

Fecha Atencion	Nivel de atención	Tema tratado	Número de personas	Documento	
26/05/2023	Consejería y apoyo	Afrontamiento frente a la reestructuración de roles	5		
03/06/2023	Consejería y apoyo	Afrontamiento frente a la reestructuración de roles	5		
10/06/2023	Consejería y apoyo	Afrontamiento frente a la reestructuración de roles	5		
17/06/2023	Consejería y apoyo	Afrontamiento frente a la reestructuración de roles	5		
05/07/2023	Consejería y apoyo	Afrontamiento frente a la reestructuración de roles	5		
11/07/2023	Consejería y apoyo	Afrontamiento frente a la reestructuración de roles	5		
18/07/2023	Consejería y apoyo	Afrontamiento frente a la reestructuración de roles	5		

Cierre

Fecha de cierre	Tipo de cierre	Observaciones de salud psicosocial	Número de personas	Documento		
02/08/2023	Alcance de metas propuestas	LA FAMILIA HA REFLEXIONADO Y TOMADO CONCIENCIA DE LOS CAMBIOS EN LOS ROLES Y LA DINÁMICA FAMILIAR. COMPRENDIENDO CÓMO HAN SIDO AFECTADOS POR ESTAS TRANSFORMACIONES. A TRAVÉS DE LA INTERVENCIÓN DE LA ATENCIÓN PSICOSOCIAL. HAN RECONFIGURADO LOS ROLES DESPUÉS DEL CONFLICTO ARMADO. LO CUAL HA RESULTADO CRUCIAL AL PERMITIR QUE CADA MIEMBRO ENCUENTRE SU LUGAR EN LA NUEVA ESTRUCTURA QUE SE HA FORMADO. ADEMÁS. HAN FORTALECIDO LOS RECURSOS DE AFRONTAMIENTO FAMILIARES. FOMENTANDO LA COMUNICACIÓN ABIERTA Y EL APOYO MUTUO DURANTE MOMENTOS DIFÍCILES. ESTA DINÁMICA TAMBIÉN LOS HA IMPULSADO A EXPLORAR NUEVAS ESTRATEGIAS PARA ENFRENTAR DESAFÍOS EN CONSTANTE CAMBIO. LO QUE HA CONTRIBUIDO AL DESARROLLO Y CRECIMIENTO DE LA FAMILIA EN SU CONJUNTO	5			

Personas de la atención (5 personas)

Identificación	Nombre completo	Sexo	Fecha de nacimiento	Tipo de persona	Municipio	Departamento		
CC 1028003147	ISAIAS ANTONIO MENDOZA RUBIO	Hombre	20/05/1990		MONTERÍA	CORDOBA		
TI 1233339016	SARAY BELTRAN MENDOZA	Mujer	04/02/2015		MONTERÍA	CORDOBA		
CC 1028003148	MARIA DE LOS REYES MENDOZA RUBIO	Mujer	10/04/1991		MONTERÍA	CORDOBA		
CC 34986499	DORIS MARIA RUBIO MORA	Mujer	06/08/1959	Representante	MONTERÍA	CORDOBA		
CC 1003405823	ISAAC DAVID RUBIO MORA	Hombre	28/04/1998		MONTERÍA	CORDOBA		

Al ingresar a este aplicativo usted está aceptando todas las condiciones legales que lo rigen y la información contenida en él.

© 2023 - Ministerio de Salud y Proteccion Social. Dirección: Cra. 13 # 32-76. Colombia, Bogota D.C. PBX:(57-1)330 5000, Fax:(57-1)330 5050.

El desarrollo del aplicativo PAPSIVI fue realizado por la Organización Internacional para las Migraciones (OIM) gracias al apoyo financiero de la Agencia del Gobierno de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID).

La salud es de todos | Minsalud

Usuario: NELSY.LOPEZ Ubicación: MONTERÍA (CORDOBA) Salir

PAPSIVI | Reportes | Búsqueda RUV | Otros programas

Información de la persona+++

Identificación	CC 32292712	**Nombre**	ENODIS EDITH MARQUEZ MESTRA	**Nombre de relacionamiento**	POLO MARQUEZ	**Género**	Mujer/Femenino/Heterosexual	**Fecha de nacimiento**	27/08/1977 46 años
Departamento	CORDOBA	**Municipio**	MONTERÍA	**Dirección**	MZ 16 L 4 B/ LA PALMA	**Teléfono**	3106029978	**Hecho Victimizante**	DESPLAZAMIENTO FORZADO

Acercamiento y reconocimiento

Fecha	Modalidad	Municipio	Departamento	Se definieron niveles de trabajo	Nivel de trabajo	Familia/Comunidad	Estado	Detalle Estado	Dimensión del Daño	Afectación Principal	Tipo de Recurso	Recurso Principal	Documento
04/05/2023	Familiar	MONTERÍA	CORDOBA	Si	Consejería y apoyo	POLO MARQUEZ	Cerrado						

Fecha limite para cierre del plan

04/08/2023

Atenciones

Fecha Atencion	Nivel de atención	Tema tratado	Número de personas	Documento
18/05/2023	Consejería y apoyo	Habilidades para favorecer la expresión y canalización emocional	4	
01/06/2023	Consejería y apoyo	Habilidades para favorecer la expresión y canalización emocional	4	
08/06/2023	Consejería y apoyo	Habilidades para favorecer la expresión y canalización emocional	4	
15/06/2023	Consejería y apoyo	Habilidades para favorecer la expresión y canalización emocional	4	
03/07/2023	Consejería y apoyo	Habilidades para favorecer la expresión y canalización emocional	4	
07/07/2023	Consejería y apoyo	Habilidades para favorecer la expresión y canalización emocional	4	
17/07/2023	Consejería y apoyo	Habilidades para favorecer la expresión y canalización emocional	4	

Cierre

Fecha de cierre	Tipo de cierre	Observaciones de salud psicosocial	Número de personas	Documento
02/08/2023	Alcance de metas propuestas	CONFORME TRANSCURRÍA EL PROCESO DE RESPALDO PSICOSOCIAL. SE PUDO OBSERVAR CÓMO LA FAMILIA ATRAVESABA CAMBIOS SIGNIFICATIVOS EN SU FORMA DE LIDIAR Y EXPRESAR EMOCIONES. ADEMÁS. ADQUIRIERON DESTREZAS ADICIONALES QUE LES SERÁN ÚTILES PARA ENCARAR SENTIMIENTOS DOLOROSOS EN EL FUTURO. EMERGE UN PERÍODO DE FORTALECIMIENTO EN SU BIENESTAR EMOCIONAL. LO CUAL COLABORARÁ EN LA INSTAURACIÓN DE UN AMBIENTE SERENO Y EQUILIBRADO EN SU HOGAR.	4	

Personas de la atención (4 personas)

Identificación	Nombre completo	Sexo	Fecha de nacimiento	Tipo de persona	Municipio	Departamento
CC 1003434101	KATERINE POLO MARQUEZ	Mujer	28/08/2000		MONTERÍA	CORDOBA
CC 32292712	ENODIS EDITH MARQUEZ MESTRA	Mujer	27/08/1977	Representante	MONTERÍA	CORDOBA
CC 78710805	LIBARDO JOSE POLO VELASQUEZ	Hombre	09/08/1972		MONTERÍA	CORDOBA
CC 1003399371	KARINA POLO MARQUEZ	Mujer	27/10/2002		MONTERÍA	CORDOBA

Al ingresar a este aplicativo usted está aceptando todas las condiciones legales que lo rigen y la información contenida en él.

© 2023 - Ministerio de Salud y Proteccion Social. Dirección: Cra. 13 # 32-76. Colombia, Bogota D.C. PBX:(57-1)330 5000, Fax:(57-1)330 5050.

El desarrollo del aplicativo PAPSIVI fue realizado por la Organización Internacional para las Migraciones (OIM) gracias al apoyo financiero de la Agencia del Gobierno de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID).

La salud es de todos | Minsalud

Usuario: NELSY.LOPEZ Ubicación: MONTERÍA (CORDOBA) Salir

PAPSIVI | Reportes | Búsqueda RUV | Otros programas

Información de la persona+++

Identificación	CC 71980193	**Nombre**	EVER MANUEL HERNANDEZ HERNANDEZ	**Nombre de relacionamiento**	EVER HERNANDEZ	**Género**	Hombre/Masculino/Heterosexual	**Fecha de nacimiento**	27/05/1969 54 años	
Departamento	CORDOBA	**Municipio**	MONTERÍA	**Dirección**	MZ 20 L 5 B/ EL NISPERO	**Teléfono**	3206440607	**Hecho Victimizante**	DESPLAZAMIENTO FORZADO	

Acercamiento y reconocimiento

Fecha	Modalidad	Municipio	Departamento	Se definieron niveles de trabajo	Nivel de trabajo	Familia/Comunidad	Estado	Detalle Estado	Dimensión del Daño	Afectación Principal	Tipo de Recurso	Recurso Principal	Documento
05/05/2023	Familiar	MONTERÍA	CORDOBA	Si	Consejería y apoyo	EVER HERNANDEZ	Cerrado						

Fecha limite para cierre del plan

05/08/2023

Atenciones

Fecha Atencion	Nivel de atención	Tema tratado	Número de personas	Documento	
19/05/2023	Consejería y apoyo	Mejoramiento de la comunicación intrafamiliar	5		
02/06/2023	Consejería y apoyo	Mejoramiento de la comunicación intrafamiliar	5		
09/06/2023	Consejería y apoyo	Mejoramiento de la comunicación intrafamiliar	5		
16/06/2023	Consejería y apoyo	Mejoramiento de la comunicación intrafamiliar	5		
04/07/2023	Consejería y apoyo	Mejoramiento de la comunicación intrafamiliar	5		
11/07/2023	Consejería y apoyo	Mejoramiento de la comunicación intrafamiliar	5		
18/07/2023	Consejería y apoyo	Mejoramiento de la comunicación intrafamiliar	5		

Cierre

Fecha de cierre	Tipo de cierre	Observaciones de salud psicosocial	Número de personas	Documento		
01/08/2023	Alcance de metas propuestas	DURANTE EL PROCESO DE RESPALDO PSICOSOCIAL. SE HAN FORTALECIDO LOS LAZOS COMUNICATIVOS Y SE HAN ADQUIRIDO HABILIDADES PARA PROMOVER INTERACCIONES POSITIVAS. ESTO IMPLICA LA PRÁCTICA DEL DIÁLOGO. LA CONSIDERACIÓN. EL ENTENDIMIENTO MUTUO. LAS CONVERSACIONES SINCERAS Y LA ESCUCHA ACTIVA ENTRE LOS INTEGRANTES FAMILIARES. ESTOS CAMBIOS HAN TENIDO UN EFECTO SIGNIFICATIVO EN LA MEJORA DE LA COMUNICACIÓN Y EN LA APTITUD PARA ENFRENTAR DESAFÍOS CON UNA PERSPECTIVA OPTIMISTA.	5			

Personas de la atención (5 personas)

Identificación	Nombre completo	Sexo	Fecha de nacimiento	Tipo de persona	Municipio	Departamento	
CC 71980193	EVER MANUEL HERNANDEZ HERNANDEZ	Hombre	27/05/1969	Representante	MONTERÍA	CORDOBA	
CC 50893178	NUBIA ESTHER GRANDETT ESPITIA	Mujer	06/12/1967		MONTERÍA	CORDOBA	
TI 1138081921	ALEJANDRO JOSE SIBAJA GRANDETT	Hombre	12/06/2010		MONTERÍA	CORDOBA	
TI 1062439917	KAREN YULIETH SIBAJA GRANDETT	Mujer	09/06/2008		MONTERÍA	CORDOBA	
TI 1062436156	CAROLINA SIBAJA APARICIO	Mujer	26/12/2006		MONTERÍA	CORDOBA	

Al ingresar a este aplicativo usted está aceptando todas las condiciones legales que lo rigen y la información contenida en él.

© 2023 - Ministerio de Salud y Proteccion Social. Dirección: Cra. 13 # 32-76. Colombia, Bogota D.C. PBX:(57-1)330 5000, Fax:(57-1)330 5050.

El desarrollo del aplicativo PAPSIVI fue realizado por la Organización Internacional para las Migraciones (OIM) gracias al apoyo financiero de la Agencia del Gobierno de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID).

La salud es de todos | Minsalud

Usuario: NELSY.LOPEZ Ubicación: MONTERÍA (CORDOBA) Salir

PAPSIVI | Reportes | Búsqueda RUV | Otros programas

Información de la persona+++

Identificación	CC 50892757	**Nombre**	JULIETH MARIA FUENTES SIBAJA	**Nombre de relacionamiento**	JULIETH FUENTES	**Género**	Mujer/Femenino/Heterosexual	**Fecha de nacimiento**	23/08/1968 55 años
Departamento	CORDOBA	**Municipio**	MONTERÍA	**Dirección**	MZ 15 L 2 B/ LA PALMA	**Teléfono**	3012272225	**Hecho Victimizante**	DESPLAZAMIENTO FORZADO, DESPLAZAMIENTO FORZADO

Acercamiento y reconocimiento

Fecha	Modalidad	Municipio	Departamento	Se definieron niveles de trabajo	Nivel de trabajo	Familia/Comunidad	Estado	Detalle Estado	Dimensión del Daño	Afectación Principal	Tipo de Recurso	Recurso Principal	Documento
04/05/2023	Familiar	MONTERÍA	CORDOBA	Si	Consejería y apoyo	JULIETH FUENTES	Cerrado						

Fecha limite para cierre del plan

04/08/2023

CC 50892757 JULIETH MARIA FUENTES SIBAJA

Atenciones

Fecha Atencion	Nivel de atención	Tema tratado	Número de personas	Documento
19/05/2023	Consejería y apoyo	Habilidades para favorecer la expresión y canalización emocional	6	
02/06/2023	Consejería y apoyo	Habilidades para favorecer la expresión y canalización emocional	6	
09/06/2023	Consejería y apoyo	Habilidades para favorecer la expresión y canalización emocional	6	
16/06/2023	Consejería y apoyo	Habilidades para favorecer la expresión y canalización emocional	6	
03/07/2023	Consejería y apoyo	Habilidades para favorecer la expresión y canalización emocional	6	
10/07/2023	Consejería y apoyo	Habilidades para favorecer la expresión y canalización emocional	6	
17/07/2023	Consejería y apoyo	Habilidades para favorecer la expresión y canalización emocional	6	

Cierre

Fecha de cierre	Tipo de cierre	Observaciones de salud psicosocial	Número de personas	Documento
02/08/2023	Alcance de metas propuestas	AL CULMINAR EL PROCESO DE APOYO PSICOSOCIAL. SE NOTÓ CÓMO LA DINÁMICA DE LA FAMILIA EXPERIMENTO TRANSFORMACIONES IMPORTANTES EN LA MANERA EN QUE AFRONTABAN Y MANIFESTABAN EMOCIONES. TAMBIÉN ADQUIRIERON HABILIDADES EXTRA QUE LES RESULTARÁN VALIOSAS PARA ENFRENTAR EMOCIONES DOLOROSAS EN LOS DÍAS VENIDEROS. SE INICIA UN PERÍODO DE FORTALECIMIENTO EN SU BIENESTAR EMOCIONAL. LO QUE CONTRIBUIRÁ A ESTABLECER UN AMBIENTE TRANQUILO Y EQUILIBRADO EN SU HOGAR.	6	

Personas de la atención (6 personas)

Identificación	Nombre completo	Sexo	Fecha de nacimiento	Tipo de persona	Municipio	Departamento
CC 1067929501	HERNAN JOSE FUENTES SIBAJA	Hombre	08/01/1994		MONTERÍA	CORDOBA
CC 1062957347	ADRIANA SOFIA HERRERA FUENTES	Mujer	16/06/2003		MONTERÍA	CORDOBA
CC 50892757	JULIETH MARIA FUENTES SIBAJA	Mujer	23/08/1968	Representante	MONTERÍA	CORDOBA
CC 1067956245	MARIA FERNANDA ARRIETA CABRALES	Mujer	14/02/1997		MONTERÍA	CORDOBA
CC 1067962048	JUAN DANIEL APARICIO DURANGO	Hombre	25/07/1998		MONTERÍA	CORDOBA
CC 34966818	FRANCISCA SIBAJA FUENTES	Mujer	24/06/1948		MONTERÍA	CORDOBA

Al ingresar a este aplicativo usted está aceptando todas las condiciones legales que lo rigen y la información contenida en él.

© 2023 - Ministerio de Salud y Proteccion Social. Dirección: Cra. 13 # 32-76. Colombia, Bogota D.C. PBX:(57-1)330 5000, Fax:(57-1)330 5050.

El desarrollo del aplicativo PAPSIVI fue realizado por la Organización Internacional para las Migraciones (OIM) gracias al apoyo financiero de la Agencia del Gobierno de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID).

La salud es de todos | Minsalud

Usuario: NELSY.LOPEZ Ubicación: MONTERÍA (CORDOBA) Salir

PAPSIVI | Reportes | Búsqueda RUV | Otros programas

Información de la persona+++

Identificación	CC 1067837447	**Nombre**	LIBARDO ENRIQUE RAMOS CORONADO	**Nombre de relacionamiento**	LIBARDO RAMOS	**Género**	Hombre/Masculino/Heterosexual	**Fecha de nacimiento**	19/01/1985 38 años
Departamento	CORDOBA	**Municipio**	MONTERÍA	**Dirección**	MZ 49 L 6 B/ MI RANCHITO	**Teléfono**	3107043959	**Hecho Victimizante**	DESPLAZAMIENTO FORZADO, DESPLAZAMIENTO FORZADO

Acercamiento y reconocimiento

Fecha	Modalidad	Municipio	Departamento	Se definieron niveles de trabajo	Nivel de trabajo	Familia/Comunidad	Estado	Detalle Estado	Dimensión del Daño	Afectación Principal	Tipo de Recurso	Recurso Principal	Documento
03/05/2023	Familiar	MONTERÍA	CORDOBA	Si	Consejería y apoyo	LIBARDO RAMOS	Cerrado						

Fecha limite para cierre del plan

03/08/2023

Atenciones

Fecha Atencion	Nivel de atención	Tema tratado	Número de personas	Documento
17/05/2023	Consejería y apoyo	Mejoramiento de la comunicación intrafamiliar	3	
01/06/2023	Consejería y apoyo	Mejoramiento de la comunicación intrafamiliar	3	
08/06/2023	Consejería y apoyo	Mejoramiento de la comunicación intrafamiliar	3	
15/06/2023	Consejería y apoyo	Mejoramiento de la comunicación intrafamiliar	3	
03/07/2023	Consejería y apoyo	Mejoramiento de la comunicación intrafamiliar	3	
10/07/2023	Consejería y apoyo	Mejoramiento de la comunicación intrafamiliar	3	
17/07/2023	Consejería y apoyo	Mejoramiento de la comunicación intrafamiliar	3	

Cierre

Fecha de cierre	Tipo de cierre	Observaciones de salud psicosocial	Número de personas	Documento
02/08/2023	Alcance de metas propuestas	LA FAMILIA. A TRAVÉS DE LA ATENCIÓN PSICOSOCIAL. LOGRA REFORZAR SUS CANALES DE COMUNICACIÓN. LO CUAL HA RESULTADO EN UNA MEJORA PALPABLE EN LA ARMONÍA DIARIA. EL INTERCAMBIO DE IDEAS Y LA HABILIDAD PARA EXPRESARSE DE MANERA EFECTIVA. LO QUE HA CONTRIBUIDO A REDUCIR EL IMPACTO Y EL DOLOR CAUSADOS POR LOS ACTOS DE VIOLENCIA.	3	

Personas de la atención (3 personas)

Identificación	Nombre completo	Sexo	Fecha de nacimiento	Tipo de persona	Municipio	Departamento
CC 1067917277	LUIS MIGUEL CORONADO PACHECO	Hombre	03/03/1992		MONTERÍA	CORDOBA
CC 1067837447	LIBARDO ENRIQUE RAMOS CORONADO	Hombre	19/01/1985	Representante	MONTERÍA	CORDOBA
CC 1003401918	LUZ PIEDAD MUÑOZ CORONADO	Mujer	28/08/2002		MONTERÍA	CORDOBA

Al ingresar a este aplicativo usted está aceptando todas las condiciones legales que lo rigen y la información contenida en él.

© 2023 - Ministerio de Salud y Proteccion Social. Dirección: Cra. 13 # 32-76. Colombia, Bogota D.C. PBX:(57-1)330 5000, Fax:(57-1)330 5050.

El desarrollo del aplicativo PAPSIVI fue realizado por la Organización Internacional para las Migraciones (OIM) gracias al apoyo financiero de la Agencia del Gobierno de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID).

La salud es de todos | Minsalud

Usuario: NELSY.LOPEZ Ubicación: MONTERÍA (CORDOBA) Salir

PAPSIVI | Reportes | Búsqueda RUV | Otros programas

Información de la persona+++

Identificación	CC 1133796968	**Nombre**	LILIAN MILENA GOMEZ CASTILLO	**Nombre de relacionamiento**	LILIAN GOMEZ	**Género**	Mujer/Femenino/Heterosexual	**Fecha de nacimiento**	08/08/1989 34 años		
Departamento	CORDOBA	**Municipio**	MONTERÍA	**Dirección**	MZ 17 L 5 B/ EL NISPERO	**Teléfono**	3127856708	**Hecho Victimizante**	DESPLAZAMIENTO FORZADO		

Acercamiento y reconocimiento

Fecha	Modalidad	Municipio	Departamento	Se definieron niveles de trabajo	Nivel de trabajo	Familia/Comunidad	Estado	Detalle Estado	Dimensión del Daño	Afectación Principal	Tipo de Recurso	Recurso Principal	Documento
05/05/2023	Familiar	MONTERÍA	CORDOBA	Si	Consejería y apoyo	LILIAN GOMEZ	Cerrado						

Fecha limite para cierre del plan

05/08/2023

Atenciones

Fecha Atencion	Nivel de atención	Tema tratado	Número de personas	Documento
27/05/2023	Consejería y apoyo	Habilidades para favorecer la expresión y canalización emocional	7	
03/06/2023	Consejería y apoyo	Habilidades para favorecer la expresión y canalización emocional	7	
10/06/2023	Consejería y apoyo	Habilidades para favorecer la expresión y canalización emocional	7	
17/06/2023	Consejería y apoyo	Habilidades para favorecer la expresión y canalización emocional	7	
04/07/2023	Consejería y apoyo	Habilidades para favorecer la expresión y canalización emocional	6	
11/07/2023	Consejería y apoyo	Habilidades para favorecer la expresión y canalización emocional	7	
18/07/2023	Consejería y apoyo	Habilidades para favorecer la expresión y canalización emocional	7	

Cierre

Fecha de cierre	Tipo de cierre	Observaciones de salud psicosocial	Número de personas	Documento
01/08/2023	Alcance de metas propuestas	AL CONCLUIR EL PERÍODO DE APOYO PSICOSOCIAL. SE PUDO OBSERVAR CÓMO LA DINÁMICA FAMILIAR EXPERIMENTÓ CAMBIOS SIGNIFICATIVOS EN LA FORMA EN QUE ENFRENTABAN Y EXPRESABAN SUS EMOCIONES. ASIMISMO, ADQUIRIERON HABILIDADES ADICIONALES QUE SERÁN DE GRAN UTILIDAD PARA AFRONTAR EMOCIONES DOLOROSAS EN EL FUTURO. SE INICIA UNA ETAPA DE FORTALECIMIENTO EN SU BIENESTAR EMOCIONAL. LO QUE CONTRIBUIRÁ A ESTABLECER UN ENTORNO SERENO Y EQUILIBRADO EN SU HOGAR	7	

Personas de la atención (7 personas)

Identificación	Nombre completo	Sexo	Fecha de nacimiento	Tipo de persona	Municipio	Departamento
TI 1067920573	TALIANA MILENA GOMEZ CASTILLO	Mujer	05/02/2011		MONTERÍA	CORDOBA
TI 1062974851	JOHAN CALETH ROMERO GOMEZ	Hombre	29/07/2012		MONTERÍA	CORDOBA
CC 2620113826	MAREBIS DEL CARMEN GOMEZ CASTILLO	Mujer	08/01/1982		MONTERÍA	CORDOBA
CC 1133796968	LILIAN MILENA GOMEZ CASTILLO	Mujer	08/08/1989	Representante	MONTERÍA	CORDOBA
CC 6877300	MARIANO ANTONIO GOMEZ POLO	Hombre	03/03/1965		MONTERÍA	CORDOBA
CC 1067856277	MARIANA LUCIA GOMEZ CASTILLO	Mujer	10/05/1987		MONTERÍA	CORDOBA
CC 1003645546	YULIETH PATRICIA BELTRAN ROSARIO	Mujer	02/06/1994		MONTERÍA	CORDOBA

Al ingresar a este aplicativo usted está aceptando todas las condiciones legales que lo rigen y la información contenida en él.

© 2023 - Ministerio de Salud y Proteccion Social. Dirección: Cra. 13 # 32-76. Colombia, Bogota D.C. PBX:(57-1)330 5000, Fax:(57-1)330 5050.

El desarrollo del aplicativo PAPSIVI fue realizado por la Organización Internacional para las Migraciones (OIM) gracias al apoyo financiero

de la Agencia del Gobierno de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID).

La salud es de todos | Minsalud

Usuario: NELSY.LOPEZ Ubicación: MONTERÍA (CORDOBA) Salir

PAPSIVI | Reportes | Búsqueda RUV | Otros programas

Información de la persona+++

Identificación	CC 42653150	**Nombre**	MARGARITA MARIA TORDECILLA ESCOBAR	**Nombre de relacionamiento**	MARGARITA TORDECILLA	**Género**	Mujer/Femenino/Heterosexual	**Fecha de nacimiento**	16/09/1968 55 años
Departamento	CORDOBA	**Municipio**	MONTERÍA	**Dirección**	MZ 16 L 7 B/ EL NISPERO	**Teléfono**	3145323990	**Hecho Victimizante**	DESPLAZAMIENTO FORZADO

Acercamiento y reconocimiento

Fecha	Modalidad	Municipio	Departamento	Se definieron niveles de trabajo	Nivel de trabajo	Familia/Comunidad	Estado	Detalle Estado	Dimensión del Daño	Afectación Principal	Tipo de Recurso	Recurso Principal	Documento
05/05/2023	Familiar	MONTERÍA	CORDOBA	Si	Consejería y apoyo	MARGARITA TORDECILLA	Cerrado						

Fecha limite para cierre del plan

05/08/2023

Atenciones

Fecha Atencion	Nivel de atención	Tema tratado	Número de personas	Documento
18/05/2023	Consejería y apoyo	Habilidades para favorecer la expresión y canalización emocional	4	
01/06/2023	Consejería y apoyo	Habilidades para favorecer la expresión y canalización emocional	4	
08/06/2023	Consejería y apoyo	Habilidades para favorecer la expresión y canalización emocional	4	
15/06/2023	Consejería y apoyo	Habilidades para favorecer la expresión y canalización emocional	4	
04/07/2023	Consejería y apoyo	Habilidades para favorecer la expresión y canalización emocional	4	
11/07/2023	Consejería y apoyo	Habilidades para favorecer la expresión y canalización emocional	4	
18/07/2023	Consejería y apoyo	Habilidades para favorecer la expresión y canalización emocional	4	

Cierre

Fecha de cierre	Tipo de cierre	Observaciones de salud psicosocial	Número de personas	Documento
01/08/2023	Alcance de metas propuestas	AL FINALIZAR EL LAPSO DE APOYO PSICOSOCIAL. SE NOTÓ CÓMO SE PRODUJERON TRANSFORMACIONES IMPORTANTES EN LA DINÁMICA DE LA FAMILIA EN CUANTO A CÓMO ABORDABAN Y MANIFESTABAN SUS EMOCIONES. ADEMÁS. ADQUIRIERON DESTREZAS EXTRA QUE SERÁN DE GRAN VALOR PARA ENFRENTAR EMOCIONES DOLOROSAS EN LOS DÍAS VENIDEROS. SE DA INICIO A UNA ETAPA DE FORTALECIMIENTO EN SU BIENESTAR EMOCIONAL. LO CUAL CONTRIBUIRÁ A INSTAURAR UN AMBIENTE TRANQUILO Y EQUILIBRADO EN SU HOGAR.	4	

Personas de la atención (4 personas)

Identificación	Nombre completo	Sexo	Fecha de nacimiento	Tipo de persona	Municipio	Departamento
CC 42653150	MARGARITA MARIA TORDECILLA ESCOBAR	Mujer	16/09/1968	Representante	MONTERÍA	CORDOBA
CC 119273738	MARLY JOHANA AGUILAR OLIVARES	Mujer	19/08/1996		MONTERÍA	CORDOBA
TI 1233340458	SAMY JULIANA TORDECILLA AGUILAR	Mujer	01/10/2015		MONTERÍA	CORDOBA
CC 1067905747	ALDAIR TORDECILLA ESCOBAR	Mujer	14/12/1993		MONTERÍA	CORDOBA

Al ingresar a este aplicativo usted está aceptando todas las condiciones legales que lo rigen y la información contenida en él.

© 2023 - Ministerio de Salud y Proteccion Social. Dirección: Cra. 13 # 32-76. Colombia, Bogota D.C. PBX:(57-1)330 5000, Fax:(57-1)330 5050.

El desarrollo del aplicativo PAPSIVI fue realizado por la Organización Internacional para las Migraciones (OIM) gracias al apoyo financiero de la Agencia del Gobierno de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID).

La salud es de todos | Minsalud

Usuario: NELSY.LOPEZ Ubicación: MONTERÍA (CORDOBA) Salir

PAPSIVI | Reportes | Búsqueda RUV | Otros programas

Información de la persona+++

Identificación	CC 26248959	**Nombre**	MERCEDES DEL CARMEN ALEGRIA CURA	**Nombre de relacionamiento**	MERCEDES ALEGRIA	**Género**	Mujer/Femenino/Heterosexual	**Fecha de nacimiento**	24/03/1947 76 años
Departamento	CORDOBA	**Municipio**	MONTERÍA	**Dirección**	MZ 18 L 17 B/ EL NISPERO	**Teléfono**	3205005172	**Hecho Victimizante**	DESPLAZAMIENTO FORZADO

Acercamiento y reconocimiento

Fecha	Modalidad	Municipio	Departamento	Se definieron niveles de trabajo	Nivel de trabajo	Familia/Comunidad	Estado	Detalle Estado	Dimensión del Daño	Afectación Principal	Tipo de Recurso	Recurso Principal	Documento
04/05/2023	Familiar	MONTERÍA	CORDOBA	Si	Consejería y apoyo	MERCEDES ALEGRIA	Cerrado						

Fecha limite para cierre del plan

04/08/2023

Atenciones

Fecha Atencion	Nivel de atención	Tema tratado	Número de personas	Documento	
27/05/2023	Consejería y apoyo	Habilidades para favorecer la expresión y canalización emocional	6		
03/06/2023	Consejería y apoyo	Habilidades para favorecer la expresión y canalización emocional	6		
10/06/2023	Consejería y apoyo	Habilidades para favorecer la expresión y canalización emocional	6		
17/06/2023	Consejería y apoyo	Habilidades para favorecer la expresión y canalización emocional	6		
03/07/2023	Consejería y apoyo	Habilidades para favorecer la expresión y canalización emocional	5		
10/07/2023	Consejería y apoyo	Habilidades para favorecer la expresión y canalización emocional	6		
17/07/2023	Consejería y apoyo	Habilidades para favorecer la expresión y canalización emocional	6		

Cierre

Fecha de cierre	Tipo de cierre	Observaciones de salud psicosocial	Número de personas	Documento		
02/08/2023	Alcance de metas propuestas	AL CONCLUIR EL PERIODO DE APOYO PSICOSOCIAL. SE PUDO OBSERVAR CÓMO SE GENERARON CAMBIOS SIGNIFICATIVOS EN LA DINÁMICA FAMILIAR EN TÉRMINOS DE CÓMO MANEJABAN Y EXPRESABAN SUS EMOCIONES. ASIMISMO. ADQUIRIERON HABILIDADES ADICIONALES QUE SERÁN DE GRAN UTILIDAD PARA CONFRONTAR EMOCIONES DOLOROSAS EN EL FUTURO. SE INICIA UNA FASE DE REFUERZO EN SU BIENESTAR EMOCIONAL. LO QUE COLABORARÁ EN LA CREACIÓN DE UN AMBIENTE SERENO Y EQUILIBRADO EN SU HOGAR.	6			

Personas de la atención (6 personas)

Identificación	Nombre completo	Sexo	Fecha de nacimiento	Tipo de persona	Municipio	Departamento		
CC 1067848047	EMIR JAVIER LARA ALEGRIA	Hombre	29/06/1994		MONTERÍA	CORDOBA		
CC 1067889338	DEIVI PAZ LARA CAMARGO	Hombre	24/04/1990		MONTERÍA	CORDOBA		
CC 26248959	MERCEDES DEL CARMEN ALEGRIA CURA	Mujer	24/03/1947	Representante	MONTERÍA	CORDOBA		
CC 1067930990	IVON ANDREA CAMARGO GUERRA	Mujer	09/06/1994		MONTERÍA	CORDOBA		
CC 1063716924	YULISA FERNANDA TORDECILLA CABARCA	Mujer	30/09/2000		MONTERÍA	CORDOBA		
TI 1062979222	MARIA PAZ LARA CAMARGO	Mujer	07/07/2014		MONTERÍA	CORDOBA		

Al ingresar a este aplicativo usted está aceptando todas las condiciones legales que lo rigen y la información contenida en él.

© 2023 - Ministerio de Salud y Proteccion Social. Dirección: Cra. 13 # 32-76. Colombia, Bogota D.C. PBX:(57-1)330 5000, Fax:(57-1)330 5050.

El desarrollo del aplicativo PAPSIVI fue realizado por la Organización Internacional para las Migraciones (OIM) gracias al apoyo financiero de la Agencia del Gobierno de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID).

La salud es de todos | Minsalud

Usuario: NELSY.LOPEZ Ubicación: Desconocida Salir

PAPSIVI | Reportes | Búsqueda RUV | Otros programas

Información de la persona+++

Identificación	CC 50924244	**Nombre**	SERY SOFIA ALARCON RAMOS	**Nombre de relacionamiento**	SERY ALARCON	**Género**	Mujer/Femenino/Heterosexual	**Fecha de nacimiento**	20/09/1978 45 años
Departamento	CORDOBA	**Municipio**	MONTERÍA	**Dirección**	MZ 4 L 15 B/ EL NISPERO	**Teléfono**	3148460954	**Hecho Victimizante**	DESPLAZAMIENTO FORZADO

Acercamiento y reconocimiento

Fecha	Modalidad	Municipio	Departamento	Se definieron niveles de trabajo	Nivel de trabajo	Familia/Comunidad	Estado	Detalle Estado	Dimensión del Daño	Afectación Principal	Tipo de Recurso	Recurso Principal	Documento
12/05/2023	Familiar	MONTERÍA	CORDOBA	Si	Consejería y apoyo	SERY ALARCON	Cerrado						

Fecha limite para cierre del plan

12/08/2023

Atenciones

Fecha Atencion	Nivel de atención	Tema tratado	Número de personas	Documento	
23/05/2023	Consejería y apoyo	Habilidades para favorecer la expresión y canalización emocional	5		
02/06/2023	Consejería y apoyo	Habilidades para favorecer la expresión y canalización emocional	5		
09/06/2023	Consejería y apoyo	Habilidades para favorecer la expresión y canalización emocional	5		
16/06/2023	Consejería y apoyo	Habilidades para favorecer la expresión y canalización emocional	5		
05/07/2023	Consejería y apoyo	Habilidades para favorecer la expresión y canalización emocional	5		
12/07/2023	Consejería y apoyo	Habilidades para favorecer la expresión y canalización emocional	5		
19/07/2023	Consejería y apoyo	Habilidades para favorecer la expresión y canalización emocional	5		

Cierre

Fecha de cierre	Tipo de cierre	Observaciones de salud psicosocial	Número de personas	Documento		
02/08/2023	Alcance de metas propuestas	AL LLEGAR AL FINAL DEL PERÍODO DE RESPALDO PSICOSOCIAL. SE PUDO NOTAR LA APARICIÓN DE CAMBIOS IMPORTANTES EN LA MANERA EN QUE LA DINÁMICA FAMILIAR ABORDABA Y MOSTRABA SUS EMOCIONES. ADEMÁS. ADQUIRIERON HABILIDADES EXTRA QUE RESULTARÁN MUY VALIOSAS PARA ENCARAR EMOCIONES DOLOROSAS EN LOS TIEMPOS VENIDEROS. ESTO MARCA EL COMIENZO DE UNA ETAPA DE FORTALECIMIENTO EN SU BIENESTAR EMOCIONAL. CONTRIBUYENDO A LA FORMACIÓN DE UN ENTORNO TRANQUILO Y EQUILIBRADO EN SU HOGAR.	5			

Personas de la atención (5 personas)

Identificación	Nombre completo	Sexo	Fecha de nacimiento	Tipo de persona	Municipio	Departamento		
CC 1067943039	SERGIO LUIS CAUSIL ALARCON	Hombre	19/09/1995		MONTERÍA	CORDOBA		
CC 1003466660	MIGUEL DAVID BEDOYA BELTRAN	Hombre	13/06/2000		MONTERÍA	CORDOBA		
CC 1003430973	SANDY SOFIA CAUSIL ALARCON	Mujer	24/09/2000		MONTERÍA	CORDOBA		
CC 50924244	SERY SOFIA ALARCON RAMOS	Mujer	20/09/1978	Representante	MONTERÍA	CORDOBA		
TI 1035066483	VALENTINA ALVAREZ VASQUEZ	Mujer	03/04/2006		MONTERÍA	CORDOBA		

Al ingresar a este aplicativo usted está aceptando todas las condiciones legales que lo rigen y la información contenida en él.

© 2023 - Ministerio de Salud y Proteccion Social. Dirección: Cra. 13 # 32-76. Colombia, Bogota D.C. PBX:(57-1)330 5000, Fax:(57-1)330 5050.

El desarrollo del aplicativo PAPSIVI fue realizado por la Organización Internacional para las Migraciones (OIM) gracias al apoyo financiero de la Agencia del Gobierno de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID).

La salud es de todos | Minsalud

Usuario: NELSY.LOPEZ Ubicación: MONTERÍA (CORDOBA) Salir

PAPSIVI | Reportes | Búsqueda RUV | Otros programas

Información de la persona+++

Identificación	CC 50891691	**Nombre**	UBERLINA DEL CARMEN OLEA MORALES	**Nombre de relacionamiento**	UBERLINA OLEA	**Género**	Mujer/Fem	CC 50891691 UBERLINA DEL CARMEN OLEA MORALES	
Departamento	CORDOBA	**Municipio**	MONTERÍA	**Dirección**	MZ 14 L 2 B/ EL NISPERO	**Teléfono**	3224257242	**Hecho Victimizante**	DESPLAZAMIENTO FORZADO

Acercamiento y reconocimiento

Fecha	Modalidad	Municipio	Departamento	Se definieron niveles de trabajo	Nivel de trabajo	Familia/Comunidad	Estado	Detalle Estado	Dimensión del Daño	Afectación Principal	Tipo de Recurso	Recurso Principal	Documento
12/05/2023	Familiar	MONTERÍA	CORDOBA	Si	Consejería y apoyo	UBERLINA OLEA	Cerrado						

Fecha limite para cierre del plan

12/08/2023

Atenciones

Fecha Atencion	Nivel de atención	Tema tratado	Número de personas	Documento
25/05/2023	Consejería y apoyo	Habilidades para favorecer la expresión y canalización emocional	4	
03/06/2023	Consejería y apoyo	Habilidades para favorecer la expresión y canalización emocional	4	
10/06/2023	Consejería y apoyo	Habilidades para favorecer la expresión y canalización emocional	4	
17/06/2023	Consejería y apoyo	Habilidades para favorecer la expresión y canalización emocional	4	
05/07/2023	Consejería y apoyo	Habilidades para favorecer la expresión y canalización emocional	3	
12/07/2023	Consejería y apoyo	Habilidades para favorecer la expresión y canalización emocional	4	
19/07/2023	Consejería y apoyo	Habilidades para favorecer la expresión y canalización emocional	4	

Cierre

Fecha de cierre	Tipo de cierre	Observaciones de salud psicosocial	Número de personas	Documento
02/08/2023	Alcance de metas propuestas	TERMINADO EL PERÍODO DE APOYO PSICOSOCIAL. SE EVIDENCIÓ LA URGENCIA DE CAMBIOS SIGNIFICATIVOS EN LA FORMA EN QUE LA FAMILIA MANEJABA Y EXPRESABA SUS EMOCIONES. ADEMÁS. ADQUIRIERON HABILIDADES ADICIONALES QUE SERÁN DE GRAN UTILIDAD PARA AFRONTAR EMOCIONES DOLOROSAS EN EL FUTURO. ESTE MOMENTO MARCA EL INICIO DE UNA FASE DE FORTALECIMIENTO EN SU BIENESTAR EMOCIONAL. COLABORANDO EN LA CREACIÓN DE UN AMBIENTE APACIBLE Y EQUILIBRADO EN SU HOGAR	4	

Personas de la atención (4 personas)

Identificación	Nombre completo	Sexo	Fecha de nacimiento	Tipo de persona	Municipio	Departamento
CC 1003398872	MARGARITA ROSA OLEA MORALES	Mujer	18/02/1997		MONTERÍA	CORDOBA
CC 25786060	YULIS JUDITH YANES YANES	Mujer	09/01/1982		MONTERÍA	CORDOBA
CC 50891691	UBERLINA DEL CARMEN OLEA MORALES	Mujer	17/06/1964	Representante	MONTERÍA	CORDOBA
TI 1062959471	MARIA CAMILA ESCOBAR YANES	Mujer	02/08/2005		MONTERÍA	CORDOBA

Al ingresar a este aplicativo usted está aceptando todas las condiciones legales que lo rigen y la información contenida en él.

© 2023 - Ministerio de Salud y Proteccion Social. Dirección: Cra. 13 # 32-76. Colombia, Bogota D.C. PBX:(57-1)330 5000, Fax:(57-1)330 5050.

El desarrollo del aplicativo PAPSIVI fue realizado por la Organización Internacional para las Migraciones (OIM) gracias al apoyo financiero de la Agencia del Gobierno de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID).

La salud es de todos | Minsalud

Usuario: NELSY.LOPEZ Ubicación: MONTERÍA (CORDOBA) Salir

PAPSIVI | Reportes | Búsqueda RUV | Otros programas

Información de la persona+++

Identificación	CC 34993475	**Nombre**	ARGENIDA MARIA TRIANA APARICIO	**Nombre de relacionamiento**	ARGENIDA TRIANA	**Género**	Mujer/Femenino/Heterosexual	**Fecha de nacimiento**	03/10/1967 55 años	
Departamento	CORDOBA	**Municipio**	MONTERÍA	**Dirección**	MZ 2 L 28 B/LA VID	**Teléfono**	3125503894	**Hecho Victimizante**	DESPLAZAMIENTO FORZADO	

Acercamiento y reconocimiento

Fecha	Modalidad	Municipio	Departamento	Se definieron niveles de trabajo	Nivel de trabajo	Familia/Comunidad	Estado	Detalle Estad	Dimensión	Afectación	Tipo de	Recurso	Documento
08/05/2023	Individual	MONTERÍA	CORDOBA	Si	Consejeria y apoyo	CC 34993475 ARGENIDA MARIA TRIANA APARICIO	Cerrado						

Fecha limite para cierre del plan

08/08/2023

Atenciones

Fecha Atencion	Nivel de atención	Tema tratado	Número de personas	Documento
24/05/2023	Consejeria y apoyo	Reconstrucción en proyecto de vida	1	
07/06/2023	Consejeria y apoyo	Reconstrucción en proyecto de vida	1	
14/06/2023	Consejeria y apoyo	Reconstrucción en proyecto de vida	1	
22/06/2023	Consejeria y apoyo	Reconstrucción en proyecto de vida	1	
06/07/2023	Consejeria y apoyo	Reconstrucción en proyecto de vida	1	
13/07/2023	Consejeria y apoyo	Reconstrucción en proyecto de vida	1	
20/07/2023	Consejeria y apoyo	Reconstrucción en proyecto de vida	1	

Cierre

Fecha de cierre	Tipo de cierre	Observaciones de salud psicosocial	Número de personas	Documento
03/08/2023	Alcance de metas propuestas	MEDIANTE LAS DIFERENTES VISITAS DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL LA PACIENTE RECONOCIÓ. REFLEXIONO SOBRE COMO LA VIOLENCIA AFECTA SU PROYECTO DE VIDA. PERO TAMBIÉN PUDO IDENTIFICAR QUE POSEE HABILIDADES. RECURSOS METAS PARA SEGUIR HACIA UN FUTURO DESEADO LLENO DE FORTALEZAS HACIA EL LOGRO DE SUS OBJETIVOS	1	

Al ingresar a este aplicativo usted está aceptando todas las condiciones legales que lo rigen y la información contenida en él.

© 2023 - Ministerio de Salud y Proteccion Social. Dirección: Cra. 13 # 32-76. Colombia, Bogota D.C. PBX:(57-1)330 5000, Fax:(57-1)330 5050.

El desarrollo del aplicativo PAPSIVI fue realizado por la Organización Internacional para las Migraciones (OIM) gracias al apoyo financiero de la Agencia del Gobierno de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID).

La salud es de todos | Minsalud

Usuario: NELSY.LOPEZ Ubicación: MONTERÍA (CORDOBA) Salir

PAPSIVI | Reportes | Búsqueda RUV | Otros programas

Información de la persona+++

Identificación	CC 1067853156	**Nombre**	CERLY TATIANA GRANDETT FUENTES	**Nombre de relacionamiento**	CERLY GRANDETH	**Género**	Mujer/Femenino/Heterosexual	**Fecha de nacimiento**	01/04/1987 36 años		
Departamento	CORDOBA	**Municipio**	MONTERÍA	**Dirección**	MZ 11 L 14 B/ EL NISPERO	**Teléfono**	3148969342	**Hecho Victimizante**	DESPLAZAMIENTO FORZADO		

Acercamiento y reconocimiento

Fecha	Modalidad	Municipio	Departamento	Se definieron niveles de trabajo	Nivel de trabajo	Familia/Comunidad	Estado	Detalle Estado	Dimensión del Daño	Afectación Principal	Tipo de Recurso	Recurso Principal	Documento
11/05/2023	Individual	MONTERÍA	CORDOBA	Si	Consejeria y apoyo		Cerrado						

Fecha limite para cierre del plan

11/08/2023

Atenciones

Fecha Atencion	Nivel de atención	Tema tratado	Número de personas	Documento
24/05/2023	Consejeria y apoyo	Habilidades para el fortalecimiento en manejo de emociones	1	
07/06/2023	Consejeria y apoyo	Habilidades para el fortalecimiento en manejo de emociones	1	
14/06/2023	Consejeria y apoyo	Habilidades para el fortalecimiento en manejo de emociones	1	
22/06/2023	Consejeria y apoyo	Habilidades para el fortalecimiento en manejo de emociones	1	
08/07/2023	Consejeria y apoyo	Habilidades para el fortalecimiento en manejo de emociones	1	
15/07/2023	Consejeria y apoyo	Habilidades para el fortalecimiento en manejo de emociones	1	
22/07/2023	Consejeria y apoyo	Habilidades para el fortalecimiento en manejo de emociones	1	

Cierre

Fecha de cierre	Tipo de cierre	Observaciones de salud psicosocial	Número de personas	Documento
04/08/2023	Alcance de metas propuestas	LA PERSONA AFECTADA SE DA CUENTA DE QUE EL PROCESO DE APOYO PSICOSOCIAL HA AYUDADO A IDENTIFICAR EMOCIONES QUE ANTES ERAN DIFÍCILES DE EXPRESAR O LIBERAR. GRACIAS A LAS TÉCNICAS Y HABILIDADES APRENDIDAS DEL PROGRAMA. HA LOGRADO REDUCIR Y GESTIONAR ESAS EMOCIONES QUE LE CAUSABAN SUFRIMIENTO. SE SIENTE MEJOR AHORA. CON MEJORAS POSITIVAS EN SU VIDA.	1	

Al ingresar a este aplicativo usted está aceptando todas las condiciones legales que lo rigen y la información contenida en él.

© 2023 - Ministerio de Salud y Proteccion Social. Dirección: Cra. 13 # 32-76. Colombia, Bogota D.C. PBX:(57-1)330 5000, Fax:(57-1)330 5050.

El desarrollo del aplicativo PAPSIVI fue realizado por la Organización Internacional para las Migraciones (OIM) gracias al apoyo financiero de la Agencia del Gobierno de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID).

La salud es de todos | Minsalud

Usuario: NELSY.LOPEZ Ubicación: MONTERÍA (CORDOBA) Salir

PAPSIVI | Reportes | Búsqueda RUV | Otros programas

Información de la persona+++

Identificación	CC 25767786	**Nombre**	ESMERALDA ROSA CARMONA NARVAEZ	**Nombre de relacionamiento**	ESMERALDA CARMONA	**Género**	Mujer/Femenino/Heterosexual	**Fecha de nacimiento**	06/09/1971 52 años
Departamento	CORDOBA	**Municipio**	MONTERÍA	**Dirección**	MZ 12 L 2 B/ LA PALMA	**Teléfono**	3135345930	**Hecho Victimizante**	DESPLAZAMIENTO FORZADO

Acercamiento y reconocimiento

Fecha	Modalidad	Municipio	Departamento	Se definieron niveles de trabajo	Nivel de trabajo	Familia/Comunidad	Estado	Detalle Estado	Dimensión del Daño	Afectación Principal	Tipo de Recurso	Recurso Principal	Documento
09/05/2023	Individual	MONTERÍA	CORDOBA	Si	Consejeria y apoyo		Cerrado						

Fecha limite para cierre del plan

09/08/2023

Atenciones

Fecha Atencion	Nivel de atención	Tema tratado	Número de personas	Documento	
20/05/2023	Consejeria y apoyo	Fortalecimiento de la autoestima, autoconfianza	1		
05/06/2023	Consejeria y apoyo	Fortalecimiento de la autoestima, autoconfianza	1		
12/06/2023	Consejeria y apoyo	Fortalecimiento de la autoestima, autoconfianza	1		
19/06/2023	Consejeria y apoyo	Fortalecimiento de la autoestima, autoconfianza	1		
07/07/2023	Consejeria y apoyo	Fortalecimiento de la autoestima, autoconfianza	1		
14/07/2023	Consejeria y apoyo	Fortalecimiento de la autoestima, autoconfianza	1		
21/07/2023	Consejeria y apoyo	Fortalecimiento de la autoestima, autoconfianza	1		

Cierre

Fecha de cierre	Tipo de cierre	Observaciones de salud psicosocial	Número de personas	Documento			
04/08/2023	Alcance de metas propuestas	LA PACIENTE. MEDIANTE LAS ATENCIONES PSICOSOCIALES HA LOGRADO FORTALECER SU AUTOESTIMA AL RECONOCER SU PROPIA VALÍA Y AL AUMENTAR SU CONFIANZA EN SÍ MISMA. ADEMÁS. HA SABIDO APRECIAR Y POTENCIAR DE MANERA EFECTIVA LOS RECURSOS Y HABILIDADES QUE POSEE. LO QUE LE HA BRINDADO LA CAPACIDAD DE ABORDAR LOS DESAFÍOS CON MAYOR SEGURIDAD Y DETERMINACIÓN. A SU VEZ. HA TRABAJADO EN LA RESTAURACIÓN Y RECONSTRUCCIÓN DE SU PROPIA ACEPTACIÓN Y SATISFACCIÓN PERSONAL. LLEGANDO A UN NIVEL DE AUTOCONCIENCIA Y AMOR PROPIO RENOVADOS.	1				

Al ingresar a este aplicativo usted está aceptando todas las condiciones legales que lo rigen y la información contenida en él.

© 2023 - Ministerio de Salud y Proteccion Social. Dirección: Cra. 13 # 32-76. Colombia, Bogota D.C. PBX:(57-1)330 5000, Fax:(57-1)330 5050.

El desarrollo del aplicativo PAPSIVI fue realizado por la Organización Internacional para las Migraciones (OIM) gracias al apoyo financiero de la Agencia del Gobierno de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID).

La salud es de todos | Minsalud

Usuario: NELSY.LOPEZ Ubicación: MONTERÍA (CORDOBA) Salir

PAPSIVI | Reportes | Búsqueda RUV | Otros programas

Información de la persona+++

Identificación	CC 25767317	**Nombre**	FRANCISCA ISABEL LOPEZ GUZMAN	**Nombre de relacionamiento**	FRANCISCA LOPEZ	**Género**	Mujer/Femenino/Heterosexual	**Fecha de nacimiento**	28/10/1953 69 años
Departamento	CORDOBA	**Municipio**	MONTERÍA	**Dirección**	MZ 34 L 10 B/ LA PALMA	**Teléfono**	3017358171	**Hecho Victimizante**	DESPLAZAMIENTO FORZADO

Acercamiento y reconocimiento

Fecha	Modalidad	Municipio	Departamento	Se definieron niveles de trabajo	Nivel de trabajo	Familia/Comunidad	Estado	Detalle Estado	Dimensión del Daño	Afectación Principal	Tipo de Recurso	Recurso Principal	Documento
11/05/2023	Individual	MONTERÍA	CORDOBA	Si	Consejeria y apoyo		Cerrado						

Fecha limite para cierre del plan

11/08/2023

Atenciones

Fecha Atencion	Nivel de atención	Tema tratado	Número de personas	Documento	
23/05/2023	Consejeria y apoyo	Habilidades para el fortalecimiento en manejo de emociones	1		
06/06/2023	Consejeria y apoyo	Habilidades para el fortalecimiento en manejo de emociones	1		
13/06/2023	Consejeria y apoyo	Habilidades para el fortalecimiento en manejo de emociones	1		
20/06/2023	Consejeria y apoyo	Habilidades para el fortalecimiento en manejo de emociones	1		
08/07/2023	Consejeria y apoyo	Habilidades para el fortalecimiento en manejo de emociones	1		
15/07/2023	Consejeria y apoyo	Habilidades para el fortalecimiento en manejo de emociones	1		
22/07/2023	Consejeria y apoyo	Habilidades para el fortalecimiento en manejo de emociones	1		

Cierre

Fecha de cierre	Tipo de cierre	Observaciones de salud psicosocial	Número de personas	Documento			
04/08/2023	Alcance de metas propuestas	LA INTERESADA TOMA CONCIENCIA DE QUE EL PROCESO DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL HA CONTRIBUIDO A RECONOCER EMOCIONES QUE SOLÍA TENER DIFICULTADES PARA MANIFESTAR O LIBERAR. A TRAVÉS DE LAS DESTREZAS Y CONOCIMIENTOS ADQUIRIDOS DEL PROGRAMA. HA LOGRADO DISMINUIR Y MANEJAR ESAS EMOCIONES QUE LE GENERABAN MALESTAR. ACTUALMENTE. SE ENCUENTRA EN UN ESTADO EMOCIONAL MÁS POSITIVO Y EXPERIMENTA MEJORÍAS NOTABLES EN SU VIDA.	1				

Al ingresar a este aplicativo usted está aceptando todas las condiciones legales que lo rigen y la información contenida en él.

© 2023 - Ministerio de Salud y Proteccion Social. Dirección: Cra. 13 # 32-76. Colombia, Bogota D.C. PBX:(57-1)330 5000, Fax:(57-1)330 5050.

El desarrollo del aplicativo PAPSIVI fue realizado por la Organización Internacional para las Migraciones (OIM) gracias al apoyo financiero de la Agencia del Gobierno de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID).

La salud es de todos | Minsalud

Usuario: NELSY.LOPEZ Ubicación: MONTERÍA (CORDOBA) Salir

PAPSIVI | Reportes | Búsqueda RUV | Otros programas

Información de la persona+++

Identificación	CC 35010093	**Nombre**	GLADYS MARIA ARRIETA VEGA	**Nombre de relacionamiento**	GLADYS ARRIETA	**Género**	Mujer/Femenino/Heterosexual	**Fecha de nacimiento**	09/10/1953 69 años
Departamento	CORDOBA	**Municipio**	MONTERÍA	**Dirección**	MZ 9 L 29 B/ EL NISPERO	**Teléfono**	3027199365	**Hecho Victimizante**	DESPLAZAMIENTO FORZADO

Acercamiento y reconocimiento

Fecha	Modalidad	Municipio	Departamento	Se definieron niveles de trabajo	Nivel de trabajo	Familia/Comunidad	Estado	Detalle Estado	Dimensión del Daño	Afectación Principal	Tipo de Recurso	Recurso Principal	Documento
11/05/2023	Individual	MONTERÍA	CORDOBA	Si	Consejeria y apoyo		Cerrado						

Fecha limite para cierre del plan

11/08/2023

Atenciones

Fecha Atencion	Nivel de atención	Tema tratado	Número de personas	Documento	
23/05/2023	Consejeria y apoyo	Reconstrucción en proyecto de vida	1		
08/06/2023	Consejeria y apoyo	Reconstrucción en proyecto de vida	1		
13/06/2023	Consejeria y apoyo	Reconstrucción en proyecto de vida	1		
20/06/2023	Consejeria y apoyo	Reconstrucción en proyecto de vida	1		
08/07/2023	Consejeria y apoyo	Reconstrucción en proyecto de vida	1		
15/07/2023	Consejeria y apoyo	Reconstrucción en proyecto de vida	1		
22/07/2023	Consejeria y apoyo	Reconstrucción en proyecto de vida	1		

Cierre

Fecha de cierre	Tipo de cierre	Observaciones de salud psicosocial	Número de personas	Documento			
04/08/2023	Alcance de metas propuestas	CON EL APOYO PSICOSOCIAL. LA PACIENTE REFLEXIÓN. EXPLORÓ UNA VARIEDAD DE TÁCTICAS PARA LOGRAR LOS OBJETIVOS QUE HABÍA ESTABLECIDO PREVIAMENTE O QUE SIEMPRE HABÍA DESEADO ALCANZAR. ESTAS TÁCTICAS INCLUYERON MANTENER UNA ACTITUD POSITIVA. ESTABLECER RUTINAS Y NUTRIR PENSAMIENTOS OPTIMISTAS. JUNTO A OTROS ENFOQUES RELEVANTES.	1				

Al ingresar a este aplicativo usted está aceptando todas las condiciones legales que lo rigen y la información contenida en él.

© 2023 - Ministerio de Salud y Proteccion Social. Dirección: Cra. 13 # 32-76. Colombia, Bogota D.C. PBX:(57-1)330 5000, Fax:(57-1)330 5050.

El desarrollo del aplicativo PAPSIVI fue realizado por la Organización Internacional para las Migraciones (OIM) gracias al apoyo financiero de la Agencia del Gobierno de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID).

La salud es de todos | Minsalud

Usuario: NELSY.LOPEZ Ubicación: MONTERÍA (CORDOBA) Salir

PAPSIVI | Reportes | Búsqueda RUV | Otros programas

Información de la persona+++

Identificación	CC 25809433	**Nombre**	JUANA DEL CARMEN GOMEZ MADERA	**Nombre de relacionamiento**	JUANA GOMEZ	**Género**	Mujer/Femenino/Heterosexual	**Fecha de nacimiento**	04/02/1970 53 años
Departamento	CORDOBA	**Municipio**	MONTERÍA	**Dirección**	MZ 3 L 3 B/LA VID	**Teléfono**	3183690245	**Hecho Victimizante**	DESPLAZAMIENTO FORZADO

Acercamiento y reconocimiento

Fecha	Modalidad	Municipio	Departamento	Se definieron niveles de trabajo	Nivel de trabajo	Familia/Comunidad	Estado	Detalle Estad	Dimensión	Afectación	Tipo de	Recurso	Documento
08/05/2023	Individual	MONTERÍA	CORDOBA	Si	Consejeria y apoyo		Cerrado						

CC 25809433 JUANA DEL CARMEN GOMEZ MADERA

Fecha limite para cierre del plan

08/08/2023

Atenciones

Fecha Atencion	Nivel de atención	Tema tratado	Número de personas	Documento
24/05/2023	Consejeria y apoyo	Reconstrucción en proyecto de vida	1	
07/06/2023	Consejeria y apoyo	Reconstrucción en proyecto de vida	1	
14/06/2023	Consejeria y apoyo	Reconstrucción en proyecto de vida	1	
22/06/2023	Consejeria y apoyo	Reconstrucción en proyecto de vida	1	
06/07/2023	Consejeria y apoyo	Reconstrucción en proyecto de vida	1	
13/07/2023	Consejeria y apoyo	Reconstrucción en proyecto de vida	1	
20/07/2023	Consejeria y apoyo	Reconstrucción en proyecto de vida	1	

Cierre

Fecha de cierre	Tipo de cierre	Observaciones de salud psicosocial	Número de personas	Documento
03/08/2023	Alcance de metas propuestas	A LO LARGO DE LAS SESIONES DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL. LA PACIENTE LLEGÓ A COMPRENDER Y MEDITAR ACERCA DE CÓMO LA VIOLENCIA IMPACTA SU CAMINO EN LA VIDA. AL MISMO TIEMPO. LOGRÓ DESCUBRIR SU POTENCIAL EN TÉRMINOS DE HABILIDADES. RECURSOS Y METAS. LO CUAL LE PROPORCIONA UNA BASE SÓLIDA PARA AVANZAR HACIA UN FUTURO DESEADO. LLENO DE DETERMINACIÓN PARA ALCANZAR SUS OBJETIVOS.	1	

Al ingresar a este aplicativo usted está aceptando todas las condiciones legales que lo rigen y la información contenida en él.

© 2023 - Ministerio de Salud y Proteccion Social. Dirección: Cra. 13 # 32-76. Colombia, Bogota D.C. PBX:(57-1)330 5000, Fax:(57-1)330 5050.

El desarrollo del aplicativo PAPSIVI fue realizado por la Organización Internacional para las Migraciones (OIM) gracias al apoyo financiero de la Agencia del Gobierno de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID).

La salud es de todos | Minsalud

Usuario: NELSY.LOPEZ Ubicación: MONTERÍA (CORDOBA) Salir

PAPSIVI | Reportes | Búsqueda RUV | Otros programas

Información de la persona+++

Identificación	CC 1000085687	**Nombre**	LAURA CORTES CARMONA	**Nombre de relacionamiento**	LAURA CORTES	**Género**	Mujer/Femenino/Heterosexual	**Fecha de nacimiento**	09/01/2001 22 años
Departamento	CORDOBA	**Municipio**	MONTERÍA	**Dirección**	MZ 12 L 2 B/ LA PALMA	**Teléfono**	3145295182	**Hecho Victimizante**	

Acercamiento y reconocimiento

Fecha	Modalidad	Municipio	Departamento	Se definieron niveles de trabajo	Nivel de trabajo	Familia/Comunidad	Estado	Detalle Estado	Dimensión del Daño	Afectación Principal	Tipo de Recurso	Recurso Principal	Documento
09/05/2023	Individual	MONTERÍA	CORDOBA	Si	Consejeria y apoyo		Cerrado						

Fecha limite para cierre del plan

09/08/2023

Atenciones

Fecha Atencion	Nivel de atención	Tema tratado	Número de personas	Documento	
24/05/2023	Consejeria y apoyo	Fortalecimiento de la autoestima, autoconfianza	1		
05/06/2023	Consejeria y apoyo	Fortalecimiento de la autoestima, autoconfianza	1		
12/06/2023	Consejeria y apoyo	Fortalecimiento de la autoestima, autoconfianza	1		
19/06/2023	Consejeria y apoyo	Fortalecimiento de la autoestima, autoconfianza	1		
07/07/2023	Consejeria y apoyo	Fortalecimiento de la autoestima, autoconfianza	1		
14/07/2023	Consejeria y apoyo	Fortalecimiento de la autoestima, autoconfianza	1		
21/07/2023	Consejeria y apoyo	Fortalecimiento de la autoestima, autoconfianza	1		

Cierre

Fecha de cierre	Tipo de cierre	Observaciones de salud psicosocial	Número de personas	Documento		
04/08/2023	Alcance de metas propuestas	A LO LARGO DE LAS ETAPAS DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL. LA PACIENTE HA LOGRADO ADQUIRIR CONFIANZA INTERNA. VALORANDO SU IMPORTANCIA Y MAXIMIZANDO SUS PROPIAS HABILIDADES Y CARACTERÍSTICAS POSITIVAS. SU PROPÓSITO RADICA EN RENOVAR Y EDIFICAR SU AUTOPERCEPCIÓN Y CONTENTAMIENTO PERSONAL. SE ENCUENTRA EN EL TRAYECTO DE RECONOCER LOS RESPALDOS DENTRO DE SU FAMILIA. EN SU ENTORNO INSTITUCIONAL Y EN LA COMUNIDAD. QUE PUEDE EMPLEAR PARA RESPALDAR SU RUTA HACIA EL PROCESO DE RECUPERACIÓN Y BIENESTAR.	1			

Al ingresar a este aplicativo usted está aceptando todas las condiciones legales que lo rigen y la información contenida en él.

© 2023 - Ministerio de Salud y Proteccion Social. Dirección: Cra. 13 # 32-76. Colombia, Bogota D.C. PBX:(57-1)330 5000, Fax:(57-1)330 5050.

El desarrollo del aplicativo PAPSIVI fue realizado por la Organización Internacional para las Migraciones (OIM) gracias al apoyo financiero de la Agencia del Gobierno de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID).

La salud es de todos | Minsalud

Usuario: NELSY.LOPEZ Ubicación: MONTERÍA (CORDOBA) Salir

PAPSIVI | Reportes | Búsqueda RUV | Otros programas

Información de la persona+++

Identificación	CC 6872149	**Nombre**	LUIS FRANCISCO GALINDO CARDOZO	**Nombre de relacionamiento**	LUIS GALINDO	**Género**	Hombre/Masculino/Heterosexual	**Fecha de nacimiento**	11/05/1954 69 años
Departamento	CORDOBA	**Municipio**	MONTERÍA	**Dirección**	MZ 38 L 14 B/ LA PALMA	**Teléfono**	3206256632	**Hecho Victimizante**	DESPLAZAMIENTO FORZADO

Acercamiento y reconocimiento

Fecha	Modalidad	Municipio	Departamento	Se definieron niveles de trabajo	Nivel de trabajo	Familia/Comunidad	Estado	Detalle Estado	Dimensión del Daño	Afectación Principal	Tipo de Recurso	Recurso Principal	Documento
10/05/2023	Individual	MONTERÍA	CORDOBA	Si	Consejeria y apoyo		Cerrado						

Fecha limite para cierre del plan

10/08/2023

Atenciones

Fecha Atencion	Nivel de atención	Tema tratado	Número de personas	Documento	
22/05/2023	Consejeria y apoyo	Habilidades para el fortalecimiento en manejo de emociones	1		
06/06/2023	Consejeria y apoyo	Fortalecimiento de la autoestima, autoconfianza	1		
13/06/2023	Consejeria y apoyo	Fortalecimiento de la autoestima, autoconfianza	1		
20/06/2023	Consejeria y apoyo	Fortalecimiento de la autoestima, autoconfianza	1		
08/07/2023	Consejeria y apoyo	Fortalecimiento de la autoestima, autoconfianza	1		
15/07/2023	Consejeria y apoyo	Fortalecimiento de la autoestima, autoconfianza	1		
22/07/2023	Consejeria y apoyo	Fortalecimiento de la autoestima, autoconfianza	1		

Cierre

Fecha de cierre	Tipo de cierre	Observaciones de salud psicosocial	Número de personas	Documento			
04/08/2023	Alcance de metas propuestas	A MEDIDA QUE HA AVANZADO EN SU TRATAMIENTO PSICOSOCIAL. LA PERSONA HA GANADO UNA MAYOR SEGURIDAD EN SÍ MISMA. HA COMENZADO A APRECIAR SU VALOR Y A POTENCIAR LAS HABILIDADES Y CUALIDADES POSITIVAS QUE POSEE. SU OBJETIVO PRINCIPAL ES CAMBIAR Y CONSTRUIR UNA NUEVA IMAGEN DE SÍ MISMA QUE LE TRAIGA ALEGRÍA Y SATISFACCIÓN. EN ESTE CAMINO. ESTÁ DESCUBRIENDO LOS APOYOS QUE TIENE EN SU FAMILIA. EN EL LUGAR DONDE RECIBE AYUDA Y EN SU COMUNIDAD. ESTOS APOYOS SON COMO PIEZAS FUNDAMENTALES QUE LA AYUDARÁN EN SU PROCESO DE RECUPERACIÓN Y BIENESTAR.	1				

Al ingresar a este aplicativo usted está aceptando todas las condiciones legales que lo rigen y la información contenida en él.

© 2023 - Ministerio de Salud y Proteccion Social. Dirección: Cra. 13 # 32-76. Colombia, Bogota D.C. PBX:(57-1)330 5000, Fax:(57-1)330 5050.

El desarrollo del aplicativo PAPSIVI fue realizado por la Organización Internacional para las Migraciones (OIM) gracias al apoyo financiero de la Agencia del Gobierno de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID).

La salud es de todos | Minsalud

Usuario: NELSY.LOPEZ Ubicación: MONTERÍA (CORDOBA) Salir

PAPSIVI | Reportes | Búsqueda RUV | Otros programas

Información de la persona+++

Identificación	CC 78745743	**Nombre**	LUIS ANTONIO RAMOS LOPEZ	**Nombre de relacionamiento**	LUIS RAMOS	**Género**	Hombre/Masculino/Heterosexual	**Fecha de nacimiento**	14/03/1973 50 años
Departamento	CORDOBA	**Municipio**	MONTERÍA	**Dirección**	MZ 11 L 6 B/ LA PALMA	**Teléfono**	3143734714	**Hecho Victimizante**	DESPLAZAMIENTO FORZADO

Acercamiento y reconocimiento

Fecha	Modalidad	Municipio	Departamento	Se definieron niveles de trabajo	Nivel de trabajo	Familia/Comunidad	Estado	Detalle Estado	Dimensión del Daño	Afectación Principal	Tipo de Recurso	Recurso Principal	Documento
10/05/2023	Individual	MONTERÍA	CORDOBA	Si	Consejeria y apoyo		Cerrado						

Fecha limite para cierre del plan

10/08/2023

Atenciones

Fecha Atencion	Nivel de atención	Tema tratado	Número de personas	Documento	
22/05/2023	Consejeria y apoyo	Habilidades para el fortalecimiento en manejo de emociones	1		
06/06/2023	Consejeria y apoyo	Habilidades para el fortalecimiento en manejo de emociones	1		
13/06/2023	Consejeria y apoyo	Habilidades para el fortalecimiento en manejo de emociones	1		
20/06/2023	Consejeria y apoyo	Habilidades para el fortalecimiento en manejo de emociones	1		
07/07/2023	Consejeria y apoyo	Habilidades para el fortalecimiento en manejo de emociones	1		
14/07/2023	Consejeria y apoyo	Habilidades para el fortalecimiento en manejo de emociones	1		
21/07/2023	Consejeria y apoyo	Habilidades para el fortalecimiento en manejo de emociones	1		

Cierre

Fecha de cierre	Tipo de cierre	Observaciones de salud psicosocial	Número de personas	Documento			
03/08/2023	Alcance de metas propuestas	EL INTERESADO SE DA CUENTA DE QUE EL PROCESO DE APOYO PSICOSOCIAL HA DESEMPEÑADO UN PAPEL IMPORTANTE EN EL RECONOCIMIENTO DE EMOCIONES QUE ANTES LE COSTABA EXPRESAR O LIBERAR. UTILIZANDO LAS HABILIDADES Y EL CONOCIMIENTO ADQUIRIDOS A TRAVÉS DEL PROGRAMA. HA CONSEGUIDO REDUCIR Y CONTROLAR ESAS EMOCIONES QUE SOLÍAN CAUSARLE INCOMODIDAD. EN LA ACTUALIDAD. EXPERIMENTA UN ESTADO EMOCIONAL MÁS POSITIVO Y ESTÁ EXPERIMENTANDO MEJORAS SIGNIFICATIVAS EN DIVERSOS ASPECTOS DE SU VIDA.	1				

Al ingresar a este aplicativo usted está aceptando todas las condiciones legales que lo rigen y la información contenida en él.

© 2023 - Ministerio de Salud y Proteccion Social. Dirección: Cra. 13 # 32-76. Colombia, Bogota D.C. PBX:(57-1)330 5000, Fax:(57-1)330 5050.

El desarrollo del aplicativo PAPSIVI fue realizado por la Organización Internacional para las Migraciones (OIM) gracias al apoyo financiero de la Agencia del Gobierno de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID).

La salud es de todos | Minsalud

Usuario: NELSY.LOPEZ Ubicación: Desconocida Salir

PAPSIVI | Reportes | Búsqueda RUV | Otros programas

Información de la persona+++

Identificación	CC 50872497	**Nombre**	NANCY DEL CARMEN GONZALEZ DIAZ	**Nombre de relacionamiento**	NANCY GONZALEZ	**Género**	Mujer/Femenino/Heterosexual	**Fecha de nacimiento**	22/12/1963 59 años		
Departamento	CORDOBA	**Municipio**	MONTERÍA	**Dirección**	MZ 8 L 5 B/ LA VID	**Teléfono**	3145863388	**Hecho Victimizante**	DESPLAZAMIENTO FORZADO		

Acercamiento y reconocimiento

Fecha	Modalidad	Municipio	Departamento	Se definieron niveles de trabajo	Nivel de trabajo	Familia/Comunidad	Estado	Detalle Estado	Dimensión del Daño	Afectación Principal	Tipo de Recurso	Recurso Principal	Documento
08/05/2023	Individual	MONTERÍA	CORDOBA	Si	Atención terapéutica		Cerrado						

Fecha limite para cierre del plan

08/08/2023

Atenciones

Fecha Atencion	Nivel de atención	Tema tratado	Número de personas	Documento	
24/05/2023	Atención terapéutica	Atención en duelo y re-experimentación de pérdidas	1		
07/06/2023	Atención terapéutica	Atención en duelo y re-experimentación de pérdidas	1		
14/06/2023	Atención terapéutica	Atención en duelo y re-experimentación de pérdidas	1		
22/06/2023	Atención terapéutica	Atención en duelo y re-experimentación de pérdidas	1		
06/07/2023	Atención terapéutica	Atención en duelo y re-experimentación de pérdidas	1		
13/07/2023	Atención terapéutica	Atención en duelo y re-experimentación de pérdidas	1		
20/07/2023	Atención terapéutica	Atención en duelo y re-experimentación de pérdidas	1		

Cierre

Fecha de cierre	Tipo de cierre	Observaciones de salud psicosocial	Número de personas	Documento		
03/08/2023	Alcance de metas propuestas	DENTRO DE LA ATENCIÓN PSICOSOCIAL. FUE POSIBLE NOTAR QUE LA PACIENTE. HA EXPERIMENTADO MOMENTOS EN LOS CUALES LOS RECUERDOS Y SENTIMIENTOS DE PÉRDIDA SE HA SENTIDO DOLOROSOS. A PESAR DE ESO. TAMBIÉN HA DESCUBIERTO HABILIDADES QUE LE HAN PERMITIDO ENCONTRAR SERENIDAD AL RECORDAR LOS MOMENTOS COMPARTIDOS. ADEMÁS. HA DESARROLLADO NUEVAS ESTRATEGIAS PARA ENFRENTAR LOS DESAFÍOS DIARIOS Y PARA MANTENER VIVA LA ESENCIA DE ESA CONEXIÓN TAN ESPECIAL. A LO LARGO DE ESTE PROCESO. CADA PASO QUE HA DADO LA HA ACERCADO MÁS A ENCONTRAR UNA MANERA DE VIVIR EN ARMONÍA CON LOS RECUERDOS Y EMOCIONES QUE GUARDAS EN SU CORAZÓN.	1			

Al ingresar a este aplicativo usted está aceptando todas las condiciones legales que lo rigen y la información contenida en él.

© 2023 - Ministerio de Salud y Proteccion Social. Dirección: Cra. 13 # 32-76. Colombia, Bogota D.C. PBX:(57-1)330 5000, Fax:(57-1)330 5050.

El desarrollo del aplicativo PAPSIVI fue realizado por la Organización Internacional para las Migraciones (OIM) gracias al apoyo financiero de la Agencia del Gobierno de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID).

La salud es de todos | Minsalud

Usuario: NELSY.LOPEZ Ubicación: MONTERÍA (CORDOBA) Salir

PAPSIVI | Reportes | Búsqueda RUV | Otros programas

Información de la persona+++

Identificación	CC 39414455	**Nombre**	OMAIRA ISABEL ARAUJO PATERNINA	**Nombre de relacionamiento**	OMAIRA ARAUJO	**Género**	Mujer/Femenino/Heterosexual	**Fecha de nacimiento**	09/10/1974 48 años		
Departamento	CORDOBA	**Municipio**	MONTERÍA	**Dirección**	MZ 11 L 13 B/ LA PALMA	**Teléfono**	3127931010	**Hecho Victimizante**	DESPLAZAMIENTO FORZADO		

Acercamiento y reconocimiento

Fecha	Modalidad	Municipio	Departamento	Se definieron niveles de trabajo	Nivel de trabajo	Familia/Comunidad	Estado	Detalle Estado	Dimensión del Daño	Afectación Principal	Tipo de Recurso	Recurso Principal	Documento
10/05/2023	Individual	MONTERÍA	CORDOBA	Si	Consejeria y apoyo		Cerrado	CC 39414455 OMAIRA ISABEL ARAUJO PATERNINA					

Fecha limite para cierre del plan

10/08/2023

Atenciones

Fecha Atencion	Nivel de atención	Tema tratado	Número de personas	Documento	
22/05/2023	Consejeria y apoyo	Habilidades para el fortalecimiento en manejo de emociones	1		
05/06/2023	Consejeria y apoyo	Habilidades para el fortalecimiento en manejo de emociones	1		
12/06/2023	Consejeria y apoyo	Habilidades para el fortalecimiento en manejo de emociones	1		
19/06/2023	Consejeria y apoyo	Habilidades para el fortalecimiento en manejo de emociones	1		
07/07/2023	Consejeria y apoyo	Habilidades para el fortalecimiento en manejo de emociones	1		
14/07/2023	Consejeria y apoyo	Habilidades para el fortalecimiento en manejo de emociones	1		
21/07/2023	Consejeria y apoyo	Habilidades para el fortalecimiento en manejo de emociones	1		

Cierre

Fecha de cierre	Tipo de cierre	Observaciones de salud psicosocial	Número de personas	Documento			
04/08/2023	Alcance de metas propuestas	LA PACIENTE HA TOMADO CONCIENCIA DE CÓMO EL PROCESO DE RESPALDO EMOCIONAL HA TENIDO UN IMPACTO SIGNIFICATIVO AL AYUDARLE A IDENTIFICAR Y DAR SALIDA A EMOCIONES QUE SOLÍA ENCONTRAR DIFÍCILES DE EXPRESAR O LIBERAR. APLICANDO LAS HABILIDADES Y EL ENTENDIMIENTO ADQUIRIDOS DURANTE EL PROGRAMA. HA LOGRADO MITIGAR Y GESTIONAR ESAS EMOCIONES QUE SOLÍAN GENERAR MALESTAR. EN EL PRESENTE. SE ENCUENTRA EN UN ESTADO EMOCIONAL MÁS OPTIMISTA Y ESTÁ EXPERIMENTANDO NOTABLES MEJORAS EN VARIOS ASPECTOS DE SU VIDA.	1				

Al ingresar a este aplicativo usted está aceptando todas las condiciones legales que lo rigen y la información contenida en él.

© 2023 - Ministerio de Salud y Proteccion Social. Dirección: Cra. 13 # 32-76. Colombia, Bogota D.C. PBX:(57-1)330 5000, Fax:(57-1)330 5050.

El desarrollo del aplicativo PAPSIVI fue realizado por la Organización Internacional para las Migraciones (OIM) gracias al apoyo financiero de la Agencia del Gobierno de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID).

La salud es de todos | Minsalud

Usuario: NELSY.LOPEZ Ubicación: Desconocida Salir

PAPSIVI | Reportes | Búsqueda RUV | Otros programas

Información de la persona+++

Identificación	CC 39155831	**Nombre**	SUSANA EDITH PARRA VEGA	**Nombre de relacionamiento**	SUSANA PARRA	**Género**	Mujer/Femenino/Heterosexual	**Fecha de nacimiento**	22/05/1956 67 años
Departamento	CORDOBA	**Municipio**	MONTERÍA	**Dirección**	MZ 35 L 6B/ LA PALMA	**Teléfono**	3126940838	**Hecho Victimizante**	DESPLAZAMIENTO FORZADO

Acercamiento y reconocimiento

Fecha	Modalidad	Municipio	Departamento	Se definieron niveles de trabajo	Nivel de trabajo	Familia/Comunidad	Estado	Detalle Estado	Dimensión del Daño	Afectación Principal	Tipo de Recurso	Recurso Principal	Documento
09/05/2023	Individual	MONTERÍA	CORDOBA	Si	Consejeria y apoyo		Cerrado						

Fecha limite para cierre del plan

09/08/2023

Atenciones

Fecha Atencion	Nivel de atención	Tema tratado	Número de personas	Documento	
20/05/2023	Consejeria y apoyo	Habilidades para el fortalecimiento en manejo de emociones	1		
05/06/2023	Consejeria y apoyo	Habilidades para el fortalecimiento en manejo de emociones	1		
12/06/2023	Consejeria y apoyo	Habilidades para el fortalecimiento en manejo de emociones	1		
19/06/2023	Consejeria y apoyo	Habilidades para el fortalecimiento en manejo de emociones	1		
06/07/2023	Consejeria y apoyo	Habilidades para el fortalecimiento en manejo de emociones	1		
13/07/2023	Consejeria y apoyo	Habilidades para el fortalecimiento en manejo de emociones	1		
20/07/2023	Consejeria y apoyo	Habilidades para el fortalecimiento en manejo de emociones	1		

Cierre

Fecha de cierre	Tipo de cierre	Observaciones de salud psicosocial	Número de personas	Documento			
03/08/2023	Alcance de metas propuestas	LA PACIENTE CONTEMPLA EL PROCESO DE APOYO PSICOSOCIAL HA INFLUIDO EN SU VIDA AL AYUDARLA A RECONOCER Y DAR SALIDA A EMOCIONES QUE SOLÍA ENCONTRAR COMPLICADAS DE EXPRESAR O LIBERAR. UTILIZANDO LAS HABILIDADES Y CONOCIMIENTOS QUE HA ADQUIRIDO DURANTE EL PROGRAMA. HA LOGRADO REDUCIR Y MANEJAR ESAS EMOCIONES QUE SOLÍAN CAUSARLE MALESTAR. EN ESTE MOMENTO. SE ENCUENTRA EN UN ESTADO EMOCIONAL MÁS POSITIVO Y ESTÁ EXPERIMENTANDO MEJORAS NOTABLES EN DISTINTOS ASPECTOS DE SU VIDA.	1				

Al ingresar a este aplicativo usted está aceptando todas las condiciones legales que lo rigen y la información contenida en él.

© 2023 - Ministerio de Salud y Proteccion Social. Dirección: Cra. 13 # 32-76. Colombia, Bogota D.C. PBX:(57-1)330 5000, Fax:(57-1)330 5050.

El desarrollo del aplicativo PAPSIVI fue realizado por la Organización Internacional para las Migraciones (OIM) gracias al apoyo financiero de la Agencia del Gobierno de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID).

La salud es de todos | Minsalud

Usuario: NELSY.LOPEZ Ubicación: MONTERÍA (CORDOBA) Salir

PAPSIVI | Reportes | Búsqueda RUV | Otros programas

Información de la persona+++

Identificación	CC 1067958751	**Nombre**	YESICA PAOLA ROMERO TABORDA	**Nombre de relacionamiento**	YESICA ROMERO	**Género**	Mujer/Femenino/Heterosexual	**Fecha de nacimiento**	16/02/1998 25 años		
Departamento	CORDOBA	**Municipio**	MONTERÍA	**Dirección**	MZ 2 L 17 B/ LA VID	**Teléfono**	3226002178	**Hecho Victimizante**	DESPLAZAMIENTO FORZADO		

Acercamiento y reconocimiento

Fecha	Modalidad	Municipio	Departamento	Se definieron niveles de trabajo	Nivel de trabajo	Familia/Comunidad	Estado	Detalle Estado	Dimensión del Daño	Afectación Principal	Tipo de Recurso	Recurso Principal	Documento
08/05/2023	Individual	MONTERÍA	CORDOBA	Si	Consejeria y apoyo		Cerrado						

Fecha limite para cierre del plan

08/08/2023

Atenciones

Fecha Atencion	Nivel de atención	Tema tratado	Número de personas	Documento	
24/05/2023	Consejeria y apoyo	Habilidades para el fortalecimiento en manejo de emociones	1		
07/06/2023	Consejeria y apoyo	Habilidades para el fortalecimiento en manejo de emociones	1		
14/06/2023	Consejeria y apoyo	Habilidades para el fortalecimiento en manejo de emociones	1		
22/06/2023	Consejeria y apoyo	Habilidades para el fortalecimiento en manejo de emociones	1		
06/07/2023	Consejeria y apoyo	Habilidades para el fortalecimiento en manejo de emociones	1		
13/07/2023	Consejeria y apoyo	Habilidades para el fortalecimiento en manejo de emociones	1		
20/07/2023	Consejeria y apoyo	Habilidades para el fortalecimiento en manejo de emociones	1		

Cierre

Fecha de cierre	Tipo de cierre	Observaciones de salud psicosocial	Número de personas	Documento		
03/08/2023	Alcance de metas propuestas	LA PERSONA ATENDIDA. REFLEXIONA SOBRE CÓMO EL PROCESO DE APOYO PSICOSOCIAL HA DEJADO UNA HUELLA EN SU VIDA. AYUDÁNDOLA A IDENTIFICAR Y LIBERAR EMOCIONES QUE ANTES LE ERAN DIFÍCILES DE EXPRESAR O SOLTAR. APLICANDO LAS HABILIDADES Y EL CONOCIMIENTO ADQUIRIDOS A LO LARGO DEL PROGRAMA. HA CONSEGUIDO ATENUAR Y GESTIONAR ESAS EMOCIONES QUE SOLÍAN AFECTARLE NEGATIVAMENTE. EN ESTE MOMENTO. SU ESTADO EMOCIONAL ES MÁS POSITIVO Y ESTÁ EXPERIMENTANDO MEJORAS NOTABLES EN DIFERENTES ÁREAS DE SU VIDA.	1			

Al ingresar a este aplicativo usted está aceptando todas las condiciones legales que lo rigen y la información contenida en él.

© 2023 - Ministerio de Salud y Proteccion Social. Dirección: Cra. 13 # 32-76. Colombia, Bogota D.C. PBX:(57-1)330 5000, Fax:(57-1)330 5050.

El desarrollo del aplicativo PAPSIVI fue realizado por la Organización Internacional para las Migraciones (OIM) gracias al apoyo financiero de la Agencia del Gobierno de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID).

La salud es de todos | Minsalud

Usuario: NELSY.LOPEZ Ubicación: MONTERÍA (CORDOBA) Salir

PAPSIVI | Reportes | Búsqueda RUV | Otros programas

Información de la persona+++

Identificación	CC 50939212	**Nombre**	YULIANA IVETH VASQUEZ ARIZAL	**Nombre de relacionamiento**	YULIANA VASQUEZ	**Género**	Mujer/Femenino/Heterosexual	**Fecha de nacimiento**	03/10/1982 40 años		
Departamento	CORDOBA	**Municipio**	MONTERÍA	**Dirección**	MZ 38 L 6 B/ LA PALMA	**Teléfono**	3148339880	**Hecho Victimizante**	DESPLAZAMIENTO FORZADO		

Acercamiento y reconocimiento

Fecha	Modalidad	Municipio	Departamento	Se definieron niveles de trabajo	Nivel de trabajo	Familia/Comunidad	Estado	Detalle Estado	Dimensión del Daño	Afectación Principal	Tipo de Recurso	Recurso Principal	Documento
11/05/2023	Individual	MONTERÍA	CORDOBA	Si	Consejeria y apoyo		Cerrado						

Fecha limite para cierre del plan

11/08/2023

Atenciones

Fecha Atencion	Nivel de atención	Tema tratado	Número de personas	Documento	
22/05/2023	Consejeria y apoyo	Habilidades para el fortalecimiento en manejo de emociones	1		
06/06/2023	Consejeria y apoyo	Habilidades para el fortalecimiento en manejo de emociones	1		
13/06/2023	Consejeria y apoyo	Habilidades para el fortalecimiento en manejo de emociones	1		
20/06/2023	Consejeria y apoyo	Habilidades para el fortalecimiento en manejo de emociones	1		
08/07/2023	Consejeria y apoyo	Habilidades para el fortalecimiento en manejo de emociones	1		
15/07/2023	Consejeria y apoyo	Habilidades para el fortalecimiento en manejo de emociones	1		
22/07/2023	Consejeria y apoyo	Habilidades para el fortalecimiento en manejo de emociones	1		

Cierre

Fecha de cierre	Tipo de cierre	Observaciones de salud psicosocial	Número de personas	Documento			
04/08/2023	Alcance de metas propuestas	LA INTERESADA BAJO CUIDADO. MEDITA ACERCA DE CÓMO EL PROCEDIMIENTO DE APOYO PSICOSOCIAL HA DEJADO UNA MARCA EN SU EXISTENCIA. ASISTIÉNDOLA EN LA IDENTIFICACIÓN Y LIBERACIÓN DE EMOCIONES QUE PREVIAMENTE LE RESULTABAN COMPLICADAS DE EXPRESAR O SOLTAR. APLICANDO LAS APTITUDES Y SABERES OBTENIDOS A LO LARGO DEL PROGRAMA. HA LOGRADO DISMINUIR Y MANEJAR ESAS EMOCIONES QUE SOLÍAN TENER UN IMPACTO NEGATIVO EN ELLA. EN LA ACTUALIDAD. SU ESTADO EMOCIONAL MUESTRA UNA TENDENCIA MÁS POSITIVA Y ESTÁ EXPERIMENTANDO MEJORAS NOTABLES EN DISTINTOS ÁMBITOS DE SU VIDA	1				

Al ingresar a este aplicativo usted está aceptando todas las condiciones legales que lo rigen y la información contenida en él.

© 2023 - Ministerio de Salud y Proteccion Social. Dirección: Cra. 13 # 32-76. Colombia, Bogota D.C. PBX:(57-1)330 5000, Fax:(57-1)330 5050.

El desarrollo del aplicativo PAPSIVI fue realizado por la Organización Internacional para las Migraciones (OIM) gracias al apoyo financiero de la Agencia del Gobierno de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID).

La salud es de todos | Minsalud

Usuario: NELSY.LOPEZ Ubicación: MONTERÍA (CORDOBA) Salir

PAPSIVI | Reportes | Búsqueda RUV | Otros programas

Información de la persona+++

Identificación	CC 30685968	**Nombre**	ZOILA MARIA VELASQUEZ ARRIETA	**Nombre de relacionamiento**	ZOILA VELASQUEZ	**Género**	Mujer/Femenino/Heterosexual	**Fecha de nacimiento**	23/03/1973 50 años
Departamento	CORDOBA	**Municipio**	MONTERÍA	**Dirección**	MZ 13 L 17 B/ LA PALMA	**Teléfono**	3107015500	**Hecho Victimizante**	DESAPARICIÍ"N FORZADA

Acercamiento y reconocimiento

Fecha	Modalidad	Municipio	Departamento	Se definieron niveles de trabajo	Nivel de trabajo	Familia/Comunidad	Estado	Detalle Estado	Dimensión del Daño	Afectación Principal	Tipo de Recurso	Recurso Principal	Documento
10/05/2023	Individual	MONTERÍA	CORDOBA	Si	Consejeria y apoyo		Cerrado						

Fecha limite para cierre del plan

10/08/2023

Atenciones

Fecha Atencion	Nivel de atención	Tema tratado	Número de personas	Documento	
20/05/2023	Consejeria y apoyo	Fortalecimiento de la autoestima, autoconfianza	1		
05/06/2023	Consejeria y apoyo	Fortalecimiento de la autoestima, autoconfianza	1		
12/06/2023	Consejeria y apoyo	Fortalecimiento de la autoestima, autoconfianza	1		
19/06/2023	Consejeria y apoyo	Fortalecimiento de la autoestima, autoconfianza	1		
07/07/2023	Consejeria y apoyo	Fortalecimiento de la autoestima, autoconfianza	1		
14/07/2023	Consejeria y apoyo	Fortalecimiento de la autoestima, autoconfianza	1		
21/07/2023	Consejeria y apoyo	Fortalecimiento de la autoestima, autoconfianza	1		

Cierre

Fecha de cierre	Tipo de cierre	Observaciones de salud psicosocial	Número de personas	Documento		
04/08/2023	Alcance de metas propuestas	LA PERSONA. ATENDIDA EN LAS DIFERENTES ATENCIONES PSICOSOCIALES REFLEXIONA SOBRE CÓMO EL PROCESO HA DEJADO UNA HUELLA EN SU VIDA. AYUDÁNDOLA A IDENTIFICAR Y LIBERAR EMOCIONES QUE ANTES LE RESULTABAN DIFÍCILES DE EXPRESAR O SOLTAR. UTILIZANDO LAS HABILIDADES Y CONOCIMIENTOS ADQUIRIDOS DURANTE EL PROGRAMA. HA LOGRADO REDUCIR Y CONTROLAR ESAS EMOCIONES QUE SOLÍAN TENER UN EFECTO NEGATIVO EN ELLA. EN EL PRESENTE. SU ESTADO EMOCIONAL MUESTRA UNA INCLINACIÓN MÁS POSITIVA Y ESTÁ EXPERIMENTANDO MEJORAS NOTABLES EN DIVERSAS ÁREAS DE SU VIDA.	1			

Al ingresar a este aplicativo usted está aceptando todas las condiciones legales que lo rigen y la información contenida en él.

© 2023 - Ministerio de Salud y Proteccion Social. Dirección: Cra. 13 # 32-76. Colombia, Bogota D.C. PBX:(57-1)330 5000, Fax:(57-1)330 5050.

El desarrollo del aplicativo PAPSIVI fue realizado por la Organización Internacional para las Migraciones (OIM) gracias al apoyo financiero de la Agencia del Gobierno de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID).