FICHA PSICOSOCIAL

Medio a través del cual se identificó el caso:

Líneas de teleorientación ( ) Tamización ( ) Dispositivos comunitarios (X)
Sistemas vigilancia ( ) Entidades ( ) Otros ( )

Diligenciado por:	Cargo:	Fecha de diligenciamiento:
Flor Enid Tello Gomez	Trabajo Social	19-Nov-2025

Datos generales del usuario

Código del caso:	Nombres y apellidos:		Grupo diferencial al que pertenece:
	Jenny Roy.		
Edad: 44.	Tipo de documento: CC.	Estado civil: Soltera.	Tipo de afiliación: subsidiado.
	No. de documento: 40.31642.	Ocupación: Reciclaje.	EAPB:
Municipio: Silvania.	Zona: Urbana ( ) Rural (X) Dirección: Vereda Azafranal		Teléfono: 3022725688.

Persona de contacto (familiar, amigo, jefe, otros)

Nombre del contacto:	Parentesco:	Teléfono:
		Correo electrónico:

Evento que está influyendo en la salud mental de la persona o la familia

Tipo de evento:

Violencias ( ) Conducta suicida ( ) Trastornos mentales (X) Epilepsia( ) SPA ( )

Descripción del evento:
Adulta que se dedica al reciclaje., vive con su excompañero sentimental y con sus 2 hijos de 24 y 16 años: Jose Miguel Malaver Roy y Alejandro Malaver Roy, es viuda del padre de sus hijos. los 2 hijos dependen de ella. pues tienen discapacidad mental ambos con certificado de discapacidad, el menor esta en grado 7°. y es victima de bulling -> ya fue tratado por Psiquiatria.

Factores asociados

Factores protectores	Factores de riesgo
• Se congrega en iglesia católica. • Mantiene relaciones cordiales con sus vecinos • Gestiona la atención en salud para sus hijos y para ella	• Antecedentes de abuso en su infancia. • Situación de riesgo. económico, no tiene ayuda estatal. • No sabe leer - Analfabeta. • Conflictos ex compañero hijos.

Objetivo		
Verificación de activación de ruta (X)	Canalización/direccionamiento ( )	Verificación de atención ( )
Orientación ( )	Primeros auxilios psicológicos ( )	Intervención breve ( )

Descripción de las acciones adelantadas:
Orientación

Activar ruta de protección por situación económica ante la Secretaría de desarrollo social. Referente asos pacientes.

Entidades que intervinieron:
Centro de escucha
Secretaría de desarrollo Social

Plan de seguimiento

Acciones	Entidad responsable	Fecha /cronograma	Cumplimiento (sí / no)

Logros del seguimiento	Planes de mejora

Fecha de cierre de caso (dd/mm/aaaa):

Señor Ciudadano, autoriza a Bucaramanga *(nombre municipio) a utilizar sus datos personales para fines informativos exclusivamente en cumplimiento de la misión de la entidad, de conformidad con las disposiciones de la Ley 1581 de 2012, ley de protección de datos y el Decreto 1377 de 2013 que la reglamenta parcialmente. Así mismo, si desea ejercer sus derechos de conocer, actualizar, rectificar o suprimir sus datos, lo puede solicitar a través del correo electrónico de la alcaldía municipal* contactenos@bucaramanga.gov.co

Yenith Rey Castro
Firma del Usuario
No. documento 4031642.

FICHA PSICOSOCIAL

Medio a través del cual se identificó el caso:

Líneas de teleorientación ( ) Tamización ( ) Dispositivos comunitarios (X)
Sistemas vigilancia ( ) Entidades ( ) Otros ( )

Diligenciado por:	Cargo:	Fecha de diligenciamiento:
Flor Enid Tellez Gómez	Trabajo Social	Nov. 19. 2025

Datos generales del usuario

Código del caso:	Nombres y apellidos:		Grupo diferencial al que pertenece:
	Julio Correa		
Edad:	Tipo de documento:	Estado civil:	Tipo de afiliación:
62.	Cedula	Separado.	Contributivo
	No. de documento:	Ocupación:	EAPB:
	79.158.331.	04. Varios.	
Municipio:	Zona: Urbana ( ) Rural (X)		Teléfono:
Silvana	Dirección: Finca la Piedra. Azufrado el Retiro		3132467462

Persona de contacto (familiar, amigo, jefe, otros)

Nombre del contacto:	Parentesco:	Teléfono:
		Correo electrónico:

Evento que está influyendo en la salud mental de la persona o la familia

Tipo de evento:

Violencias (X) Conducta suicida ( ) Trastornos mentales ( ) Epilepsia( ) SPA ( )

Descripción del evento: Se presta servicio de escucha.
Adulto mayor separado a cargo de 3 hijos menores de edad que estudian actualmente. La madre de sus hijos no ayuda, no viene a ver de sus hijos. Vive en arriendo y trabaja en oficios varios para mantener a sus hijos, tiene una hija mayor obs. prioritario que lo tiene afiliado en salud. Los hijos si son de regimen subsidiado: Gabriel Correa (9), Sofia Correa (10), Daniel Castañeda (11)

Factores asociados

Factores protectores	Factores de riesgo
• Preocupación paterna por sus hijos • Relación cordial y de apoyo con sus vecinos. • Red de apoyo a nivel familiar.	• Situación económica • Daniel de 11 años ha tenido dificultades de aprendizaje.

Objetivo		
Verificación de activación de ruta ( )	Canalización/direccionamiento ( )	Verificación de atención ( )
Orientación (X)	Primeros auxilios psicológicos ( )	Intervención breve ( )

Descripción de las acciones adelantadas:

Orientacion pautas de crianza.
Escucha activa.
se orientó a buscar actividad de creamiento personal que le permito disminuir estés por su rol padre y madre.

Entidades que intervinieron:

Centro de escucha

Plan de seguimiento

Acciones	Entidad responsable	Fecha /cronograma	Cumplimiento (sí / no)

Logros del seguimiento	Planes de mejora

Fecha de cierre de caso (dd/mm/aaaa):

Señor Ciudadano, autoriza a Silvania *(nombre municipio) a utilizar sus datos personales para fines informativos exclusivamente en cumplimiento de la misión de la entidad, de conformidad con las disposiciones de la Ley 1581 de 2012, ley de protección de datos y el Decreto 1377 de 2013 que la reglamenta parcialmente. Así mismo, si desea ejercer sus derechos de conocer, actualizar, rectificar o suprimir sus datos, lo puede solicitar a través del correo electrónico de la alcaldía municipal* contactenos@silvania-cundinamarca.gov.co

Firma del Usuario
No. documento 79.158.331

FICHA PSICOSOCIAL

Medio a través del cual se identificó el caso:

Líneas de teleorientación ( ) Tamización ( ) Dispositivos comunitarios (X)
Sistemas vigilancia ( ) Entidades ( ) Otros ( )

Diligenciado por:	Cargo:	Fecha de diligenciamiento:
Floi Enid Tellez Gomez	Trabajo Social	19-20-2025

Datos generales del usuario

Código del caso:	Nombres y apellidos:		Grupo diferencial al que pertenece:
	Jackeline Velasquez.		
Edad: 56	Tipo de documento: Cédula.	Estado civil: Soltera.	Tipo de afiliación: Subsidiado.
	No. de documento: 63455932	Ocupación: Cuidadora.	EAPB:
Municipio: Silvania.	Zona: Urbana ( ) Rural (X) Dirección: Azufraind		Teléfono: 322 743 3370

Persona de contacto (familiar, amigo, jefe, otros)

Nombre del contacto:	Parentesco:	Teléfono:
		Correo electrónico:

Evento que está influyendo en la salud mental de la persona o la familia

Tipo de evento:

Violencias ( ) Conducta suicida ( ) Trastornos mentales ( ) Epilepsia( ) SPA ( )

Descripción del evento: Adulto en proceso de duelo por muerte compañero sentimental hace un año y su mamá hace 4 años. Actualmente cuida de su hijo que tuvieron cirugía. Está rotada con su hijo quien la sostiere. ella también trabaja.

Factores asociados

Factores protectores	Factores de riesgo
• Red de apoyo social familiar. • Actitud Positiva frente a los retos de la vida.	• Sentimientos de soledad.

Objetivo		
Verificación de activación de ruta ( )	Canalización/direccionamiento ( )	Verificación de atención ( )
Orientación (x)	Primeros auxilios psicológicos ( )	Intervención breve ( )

Descripción de las acciones adelantadas:
Se orientó frente a las etapas de duelo y como afrontarlo se orientó respecto a buscar actividades que le generen satisfacción emocional y le permitan ocupar su tiempo libre (Baile, ejercicio).

Entidades que intervinieron:
Centro de escucha

Plan de seguimiento

Acciones	Entidad responsable	Fecha /cronograma	Cumplimiento (sí / no)

Logros del seguimiento	Planes de mejora

Fecha de cierre de caso (dd/mm/aaaa):

Señor Ciudadano, autoriza a Silvania *(nombre municipio) a utilizar sus datos personales para fines informativos exclusivamente en cumplimiento de la misión de la entidad, de conformidad con las disposiciones de la Ley 1581 de 2012, ley de protección de datos y el Decreto 1377 de 2013 que la reglamenta parcialmente. Así mismo, si desea ejercer sus derechos de conocer, actualizar, rectificar o suprimir sus datos, lo puede solicitar a través del correo electrónico de la alcaldía municipal* contactenos@silvania-cundinamarca.gov.co

Monica Jl

Firma del Usuario
No. documento 63455932.

FICHA PSICOSOCIAL

Medio a través del cual se identificó el caso:

Líneas de teleorientación ( ) Tamización ( ) Dispositivos comunitarios (X)
Sistemas vigilancia ( ) Entidades ( ) Otros ( )

Diligenciado por:	Cargo:	Fecha de diligenciamiento:
Flor Enid Tellez. G.	Trabajo Social	Nov. 19. 2025

Datos generales del usuario

Código del caso:	Nombres y apellidos:		Grupo diferencial al que pertenece:
	Nanci Jazmin Quevedo		
Edad: 46	Tipo de documento: cedula.	Estado civil: Soltera	Tipo de afiliación: Subsidiado
	No. de documento: 20.928.457	Ocupación: Emprendedora.	EAPB:
Municipio: Silvania.	Zona: Urbana ( ) Rural (X)		Teléfono: 3224723804
	Dirección: Azafranal El Retiro		

Persona de contacto (familiar, amigo, jefe, otros)

Nombre del contacto:	Parentesco:	Teléfono:
		Correo electrónico:

Evento que está influyendo en la salud mental de la persona o la familia

Tipo de evento:

Violencias ( ) Conducta suicida ( ) Trastornos mentales (X) Epilepsia( ) SPA ( )

Descripción del evento: Estrés generado por crisis de su hermana Paola Quevedo, quien se encuentra hospitalizada en Bogotá con Dx. Trastorno afectivo bipolar.
Nanci tiene custodia compartida de su sobrino de 16 meses.

Factores asociados

Factores protectores	Factores de riesgo
• Estrategias de afrontamiento de la situación realistas y acordes • Relación cordial y de apoyo con el papá del menor.	• Sistemas de agotamiento por frecuencia de los episodios y resistencia de Paola a adherirse al tratamiento

Objetivo		
Verificación de activación de ruta ( )	Canalización/direccionamiento ( )	Verificación de atención ( )
Orientación (X)	Primeros auxilios psicológicos ( )	Intervención breve ( )

Descripción de las acciones adelantadas:

Se brindó servicio de escucha y se orientó respecto a diferenciar los síntomas del trastorno de su hermana Paola con ataques personales.

Entidades que intervinieron:

Centro de escucha

Plan de seguimiento

Acciones	Entidad responsable	Fecha /cronograma	Cumplimiento (sí / no)

Logros del seguimiento	Planes de mejora

Fecha de cierre de caso (dd/mm/aaaa):

Señor Ciudadano, autoriza a Silvania *(nombre municipio) a utilizar sus datos personales para fines informativos exclusivamente en cumplimiento de la misión de la entidad, de conformidad con las disposiciones de la Ley 1581 de 2012, ley de protección de datos y el Decreto 1377 de 2013 que la reglamenta parcialmente. Así mismo, si desea ejercer sus derechos de conocer, actualizar, rectificar o suprimir sus datos, lo puede solicitar a través del correo electrónico de la alcaldía municipal* contactenos@silvania-cundinamarca.gov.co

Firma del Usuario
No. documento

FICHA PSICOSOCIAL

Medio a través del cual se identificó el caso:

Líneas de teleorientación ( ) Tamización ( ) Dispositivos comunitarios (X)
Sistemas vigilancia ( ) Entidades ( ) Otros ( )

Diligenciado por:	Cargo:	Fecha de diligenciamiento:
Flor Enid Tellez G.	Trabajo Social	Nov. 19. 2025.

Datos generales del usuario

Código del caso:	Nombres y apellidos:		Grupo diferencial al que pertenece:
	Ramiro Gonzalez		
Edad: 61	Tipo de documento: cédula.	Estado civil: Casado.	Tipo de afiliación: Contributivo
	No. de documento: 11382358.	Ocupación: Agricultor.	EAPB:
Municipio: Silvania.	Zona: Urbana ( ) Rural (X) Dirección: Autoral - El Retiro		Teléfono: 3214628740.

Persona de contacto (familiar, amigo, jefe, otros)

Nombre del contacto:	Parentesco:	Teléfono:
		Correo electrónico:

Evento que está influyendo en la salud mental de la persona o la familia

Tipo de evento:

Violencias ( ) Conducta suicida ( ) Trastornos mentales ( ) Epilepsia( ) SPA ( )

Descripción del evento: Se brindó servicio de escucha por preocupación de don Ramiro, porque no recibe atención en salud en el municipio de Silvania. Se verifico en base del Adres y del SISBEN, encontrando que se encuentra vinculado a Salud Total en Bogotá pues allí está asegurado.

Factores asociados

Factores protectores	Factores de riesgo
Preocupación por tener atención médica oportuna Adherencia a su tratamiento.	Está radicado en el municipio de Silvania y no ha realizado tramites de aseguramiento a nivel local.

Objetivo		
Verificación de activación de ruta ( )	Canalización/direccionamiento ( )	Verificación de atención ( )
Orientación (X)	Primeros auxilios psicológicos ( )	Intervención breve ( )

Descripción de las acciones adelantadas:

→ Verificación en base de datos ADRES y SISBEN, encontrándo dato vinculado en la ciudad de Bogotá.
→ Se le orientó como desarrollar proceso para su cirugía mismo cual el mapio: 1. Solicitar visita del SISBEN, 2. Acercarse a su EPS y pedir el traslado a Silvania a una IPS.

Entidades que intervinieron:

Centro de escucha.

Plan de seguimiento

Acciones	Entidad responsable	Fecha /cronograma	Cumplimiento (sí / no)

Logros del seguimiento	Planes de mejora

Fecha de cierre de caso (dd/mm/aaaa):

Señor Ciudadano, autoriza a Silvania *(nombre municipio) a utilizar sus datos personales para fines informativos exclusivamente en cumplimiento de la misión de la entidad, de conformidad con las disposiciones de la Ley 1581 de 2012, ley de protección de datos y el Decreto 1377 de 2013 que la reglamenta parcialmente. Así mismo, si desea ejercer sus derechos de conocer, actualizar, rectificar o suprimir sus datos, lo puede solicitar a través del correo electrónico de la alcaldía municipal* contactenos@silvania-cundinamarca.gov.co

Juan Ramiro Pinzón

Firma del Usuario
No. documento

FICHA PSICOSOCIAL

Medio a través del cual se identificó el caso:

Líneas de teleorientación ( ) Tamización ( ) Dispositivos comunitarios (X)
Sistemas vigilancia ( ) Entidades ( ) Otros ( )

Diligenciado por:	Cargo:	Fecha de diligenciamiento:
Flor Enid Tellez Gomez	Trabajo Social	25-11-2025

Datos generales del usuario

Código del caso:	Nombres y apellidos:		Grupo diferencial al que pertenece:
	Angi Camila Ramirez		
Edad:	Tipo de documento:	Estado civil:	Tipo de afiliación:
22.	cédula.	Soltera.	Contributivo
	No. de documento:	Ocupación:	EAPB:
	1.000.133088	04 Varios.	
Municipio:	Zona: Urbana ( ) Rural (X)		Teléfono:
Silvania.	Dirección: fca. El Retiro - Azufrales.		3204281438

Persona de contacto (familiar, amigo, jefe, otros)

Nombre del contacto:	Parentesco:	Teléfono:
		Correo electrónico:

Evento que está influyendo en la salud mental de la persona o la familia

Tipo de evento:

Violencias ( ) Conducta suicida ( ) Trastornos mentales ( ) Epilepsia( ) SPA ( )

Descripción del evento: Nieta de la señora Laura Moreno y Tomas Ramirez (92) Adultos mayores que viven con Tulio. Don Tomas se encuentra en silla de ruedas y es totalmente dependiente su principal cuidadora es su esposa quien tambien ya es una adulta mayor, se visitó para evaluar redes de apoyo

Factores asociados

Factores protectores	Factores de riesgo
• Red de apoyo familiar, vive con hijo Fredy Ramirez con ellos y los hijos y nietos los visitan y apoyan económica y emocionalmente. • Red de apoyo de los vecinos que le apoyan en oportunidades médicas.	• Edad de los adultos mayores don Tomas esta en silla de ruedas

Objetivo		
Verificación de activación de ruta ( )	Canalización/direccionamiento ( )	Verificación de atención ( )
Orientación (x)	Primeros auxilios psicológicos ( )	Intervención breve ( )

Descripción de las acciones adelantadas:
Escucha activa y evaluación redes de apoyo de los adultos mayores
Se orientó en cuidados de los adultos mayores, ejercicios para actividad mental del abuelo

Entidades que intervinieron:

Centro de escucha

Plan de seguimiento

Acciones	Entidad responsable	Fecha /cronograma	Cumplimiento (si / no)

Logros del seguimiento	Planes de mejora

Fecha de cierre de caso (dd/mm/aaaa):

Señor Ciudadano, autoriza a Situvida *(nombre municipio) a utilizar sus datos personales para fines informativos exclusivamente en cumplimiento de la misión de la entidad, de conformidad con las disposiciones de la Ley 1581 de 2012, ley de protección de datos y el Decreto 1377 de 2013 que la reglamenta parcialmente. Así mismo, si desea ejercer sus derechos de conocer, actualizar, rectificar o suprimir sus datos, lo puede solicitar a través del correo electrónico de la alcaldía municipal* contactenos@situvida-cundinamarca.gov.co

· Angie Camila

Firma del Usuario

No. documento 1000133088

FICHA PSICOSOCIAL

Medio a través del cual se identificó el caso:

Líneas de teleorientación ( ) Tamización ( ) Dispositivos comunitarios (X)
Sistemas vigilancia ( ) Entidades ( ) Otros ( )

Diligenciado por:	Cargo:	Fecha de diligenciamiento:
Flor Enid Tellez Gomez	Trabajo social	25-Nov-2023

Datos generales del usuario

Código del caso:	Nombres y apellidos:		Grupo diferencial al que pertenece:
	Pastor de Jesús. Usaquen		
Edad: 82	Tipo de documento: Cédula	Estado civil: U Libre	Tipo de afiliación: Subsidiado
	No. de documento: 3116116	Ocupación: Hogar	EAPB:
Municipio: Silvania	Zona: Urbana ( ) Rural (X) Dirección: Azufral el Retiro		Teléfono: 3118277976

Persona de contacto (familiar, amigo, jefe, otros)

Nombre del contacto:	Parentesco:	Teléfono:
Stella. Jaramillo	Vecino.	3107875678
		Correo electrónico:

Evento que está influyendo en la salud mental de la persona o la familia

Tipo de evento:

Violencias ( ) Conducta suicida ( ) Trastornos mentales ( ) Epilepsia( ) SPA ( )

Descripción del evento: Adulto mayor que vive solo, pues hace 3 meses tuvo que llevar a su esposa a un encierro que los vecinos le ayudan a gestionar pues requiere cuidados permanentes que el no le puede ofrecer.
Recibe ayuda del adulto mayor.
Trabaja cuidando una finca.

Factores asociados

Factores protectores	Factores de riesgo
• Relaciones cordiales con los vecinos quienes son su principal red de apoyo • Hermanos y sobrinos que lo llaman constantemente. • El sitio donde vive es propio.	• No tuvo hijos • Ingresos bajos • Redes familiares muy débiles. • Es hipertenso

• Confiado en Dios.

Objetivo		
Verificación de activación de ruta ( )	Canalización/direccionamiento ( )	Verificación de atención ( )
Orientación (x)	Primeros auxilios psicológicos ( )	Intervención breve ( )

Descripción de las acciones adelantadas:

escucha activa.
Verificacion redes de apoyo
Orientación cuidado de la salud. por la hipertension: comer bajo de sal y bajo de azúcar, mantenerse activo

Entidades que intervinieron:

Centro de escucha

Plan de seguimiento

Acciones	Entidad responsable	Fecha /cronograma	Cumplimiento (sí / no)

Logros del seguimiento	Planes de mejora

Fecha de cierre de caso (dd/mm/aaaa):

Señor Ciudadano, autoriza a Sitiano. *(nombre municipio) a utilizar sus datos personales para fines informativos exclusivamente en cumplimiento de la misión de la entidad, de conformidad con las disposiciones de la Ley 1581 de 2012, ley de protección de datos y el Decreto 1377 de 2013 que la reglamenta parcialmente. Así mismo, si desea ejercer sus derechos de conocer, actualizar, rectificar o suprimir sus datos, lo puede solicitar a través del correo electrónico de la alcaldía municipal* contactenos@sitiano-antioquia.gov.co

PASTOR DE JESUS USAQUEN

Firma del Usuario
No. documento