Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur Occidente E.S.E.

FORMATO DE REGISTROS PARA EVENTOS EN SALUD MENTAL

Vigilancia en Salud Pública
Cara A: Datos Básicos
1 INFORMACIÓN GENERAL

BOGOTÁ Secretaría de Salud

1019616601

Fecha de Notificación	Código UPGD:	PA34 CENTRO DE SALUD EL PORVENIR
12/03/2026	Nombre Del Evento:	**SISVECOS-CONDUCTA SUICIDA**
	Código Habilitación de la unidad:	110013029642

2. IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Tipo Doc: ☐ CNV ☐ RC ☐ TI ☑ CC ☐ PEP ☐ CE ☐ PA ☐ MSI ☐ ASI ☐ PPT ☐ SC — Identificación: 37937990

Fecha nacimiento: 27/07/1966 — Edad: 59 Años / 7 Meses / 15 Días — Sexo: ☐ Hombre ☑ Mujer ☐ Intersexual

Teléfono: 3134067069

CNV CERTIFICADO NACIDO VIVO | RC REGISTRO CIVIL | TI TARJETA IDENTIDAD | CC CÉDULA CIUDADANÍA | CE CÉDULA EXTRANJERÍA | PA PASAPORTE | MS MENOR SIN ID | AS ADULTO SIN ID

Primer nombre	GILMA	Segundo nombre	DEL CARMEN
Primer apellido	CARDENAS	Segundo apellido	PICO
Nacionalidad o País de nacimiento	COLOMBIA	Departamento de residencia del paciente	BOGOTA
Municipio de residencia del paciente	BOGOTA	☐ El paciente Reside en área Rural:	
Dirección de Residencia	TV 87 A 59 07 SUR	Localidad de residencia del o la paciente	7. Bosa
Barrio de residencia del o la paciente	BOSA NOVA	Otro ¿Cuál Barrio?	

Pertenencia étnica

☐ Indígena — Grupo étnico: ☐ ROM ☐ Raizal ☐ Caucásico ☐ Palenquero ☐ Mulato ☐ Afrocolombiano ☑ Otros

Estrato: ☐ Estrato 1 ☑ Estrato 2 ☐ Estrato 3 ☐ Estrato 4 ☐ Estrato 5 ☐ Estrato 6

Grupo poblacional: ☐ P. Con discapacidad ☐ Desmovilizados ☐ Hab. Calle ☐ Migrantes ☐ V. Violencia armada ☐ Madre Comunitaria ☐ Gestante — Sem de Gestación — ☐ Desplazados ☐ Enf. Mental ☑ Población a cargo ICBF ☐ Carcelarios ☐ Otros

Tipo de aseguramiento: ☐ Contributivo ☑ Subsidiado ☐ Sin afiliación ☐ Particular ☐ M. Prepagada ☐ R. Especial ☐ R. Excepción

Estado civil: ☐ 1. Soltera/o ☐ 2. Casado/a ☐ 3. Divorsiado/a ☐ 4. Separado/a ☐ 5. Viudo/a ☑ 6. Union Libre ☐ 99. Sin dato

Nivel Educativo: ☐ 1. No fue a la escuela ☐ 2. Preescolar
☑ 3 Primaria incompleta ☐ 5. Secundaria incomplet ☐ 7. Tecnico post secundaria incompl ☐ 9. Universidad incomple ☐ 11. Postgrado incomplet
☐ 4. Primaria complet ☐ 6. Secundaria comple ☐ 8. Tecnico post secundaria completa ☐ 10. Universidad comple ☐ 12. Postgrado compl ☐ 99. Sin dato

Entidad Administradora	CAPITAL SALUD	Ocupación	HOGAR

3. Notificación

Fuente	*País de procedencia del caso*	*Departamento de procedencia del caso*	*Área de procedencia del caso*
☑ 1. Notificación rutinaria	BOGOTÁ D.C.	BOGOTÁ D.C.	☑ Cabecera municipal ☐ Centros poblados ☐ Rural disperso
☐ 2. Búsqueda activa institucional			
☐ 3 Vigilancia intensificada.	**Municipio de procedencia del caso**	**Hospitalizado**	**Fecha de hospitalización**
☐ 4. Búsqueda activa com.	BOGOTÁ D.C.	☐ SI ☑ No	
☐ 5. Investigaciones			

Clasificación Inicial Del Caso	Fecha consulta	Fecha De Inicio De Síntomas	Condición final	Fecha Defunción	Numero de certificado de Defunción
☑ Sospechoso	12/03/2026	24/02/2026	☑ Vivo		
☐ Confirmado por clínica			☐ Muerto		
☐ Probable			☐ No sabe, no respond		
			Causas básicas de la Muerte		

Nombre Del Profesional que notifica	GALEANO DIAZ LUZ DEICI	Teléfono Del Profesional	3118550257

Elaborado Dina Monroy Sisvecos 2018 - Modifico Marcela Gomez Upegui — Versión 6.2-20

LICENCIADO A: [SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE] NIT [900959048-4]

Powered by CamScanner

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur Occidente E.S.E.

Secretaría Distrital De Salud – Vigilancia en Salud Pública

Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la Conducta Suicida – SISVECOS

Conducta Suicida – Datos Complementarios – Cara B

BOGOTÁ Secretaría de Salud

Datos de Identificación del Caso

Clasificación de la Conducta inicial:	☑ Ideación Suicida	☐ Amenaza Suicida	☐ Intento Suicida	☐ Suicidio Consumado	Fecha de ocurrencia: 24/02/2026

Intentos Previos	Número de Intentos	Paciente viene acompañado?	Nombre del acompañante	El sujeto consume actualmente SPA
☐ SI ☑ No	☐ Una vez ☐ Tres veces ☐ Dos veces ☐ Más de tres vece	☐ SI ☑ NO	Teléfono del acompañante:	☐ SI ☑ NO ☐ Sin determinar Nombre sustancia:

Paciente actualmente escolarizado	En caso de ser gestante asiste a controles prenatales	Orientación Sexual
☐ Si ☑ No	☐ Si ☐ No	☐ Sin dato ☐ Lesbiana ☐ Bisexual ☑ Heterosexual ☐ Gay ☐ Transgenero

Población Diferencial	Caso detectado por	
☐ Menor abandonado ☐ Servidor publico ☐ Madre cabeza de hogar ☐ En protección ☐ Consumidor habitual ☑ Ninguna ☐ Población LGBTI ☐ Trabajador informal ☐ Otro	☑ Consulta externa ☐ Línea 106 ☐ Otro ☐ Servicio de Urgencias ☐ Establecimiento educativo ☐ Dues (Crue) ☐ Comunidad	Cual?

Descripción de la Conducta Suicida

Factores Desencadenantes

☐ Conflictos con la pareja ☐ Enfermedad crónica dolorosa o discapacitante ☐ Problemas económicos ☑ Muerte de un familiar ☐ Escolar/educativa
☐ Problemas jurídicos ☐ Suicidio de un amigo ☐ Maltrato físicc psicológico o sexual ☐ Problemas laborales ☑ Problemas Familiares

Factores de Riesgo

☐ Consumo de SPA ☐ Antecedentes familiares de conducta suic ☑ Ideación suicida persistente ☐ Plan organizado de suicidio
☐ Antecedente de Trastornos Mentales y de Comportamient ☐ Trastorno depresivo ☐ Trastorno de personalidad ☐ Trastorno bipolar
☐ Esquizofrenia ☐ Antecedentes de violencia o abuso ☐ Abuso de alcohol

Mecanismo

☐ Ahorcamiento o asfixia ☐ Elemento cortopunzante ☐ Arma de fuego ☐ Lanzamiento al vacio
☐ Lanzamiento a vehículo ☐ Lanzamiento a cuerpo de agua ☐ Inmolación ☐ Otro

Cual?

☐ **Intoxicación**

En caso de intoxicación, seleccione el tipo de sustancia

☐ Medicamentos ☐ Metales ☐ Gases
☐ Plaguicida ☐ Solventes ☐ Sustancias psicoa
☐ Metanol ☐ Otras sustancias químicas

Nombre del producto

Vía de exposición

☐ Respiratoria ☐ Desconocida
☐ Oral ☐ Parenteral (intramuscular)
☐ Dérmica/mucosa ☐ Transplacentaria
☐ Ocular

Lugar donde se produjo la intoxicación o el evento

☐ Hogar ☐ Establecimiento penitenciario ☐ Terreno baldío ☐ Otro
☐ Establecimiento educativ ☐ Lugar de trabajo ☐ Centro de atención me Cual?
☐ Establecimiento militar ☐ Vía publica/parque ☐ Aéreas deportivas o re
☐ Establecimiento comercial ☐ Bares, tabernas discotecas ☐ Lugar público no espe

Trastorno mental o del comportamiento asociado

Código CIE 10 F412 TRASTORNO MIXTO DE ANSIEDAD Y DEPRESION

La persona es remitida a servicios de salud mental ☑ Psiquiatría ☑ Psicología ☑ Trabajo social

Observaciones

CONSULTANTE REFIERE ANETCEDENTES DE IDEACION SUICIDA. SE DEJA FECHA DE INICIO DE SINTOMAS Y

Powered by CamScanner