ALCALDÍA DE FUNZA	**FICHA PSICOSOCIAL FALLIDA** **04-FR-73**

Medio a través del cual se identificó el caso:
Líneas de teleorientación ( ) Tamización ( ) Dispositivos comunitarios ( )
Sistemas vigilancia () Entidades ( ) Otros (x)

Diligenciado por:	Cargo:	Fecha de diligenciamiento:
Freddy Hernán Vásquez Romero.	Referente de Salud Mental.	07/04/2026

Datos generales del usuario

Código Del Caso:	Nombres Y Apellidos:		
356	DIEGO ANDRES MEDINA GOMEZ		Habitante de calle
Edad:	Tipo de documento:	Estado civil:	Tipo de afiliación:
27 Años	CC	soltero	Subsidiado
	No. de documento:	Ocupación:	EAPB:
	1026263926	HABITANTE DE CALLE	NUEVA EPS
Municipio:	Zona: Urbana (X) Rural ( )		Teléfono:
Funza	Dirección: Desconocida por ser habitante de calle		3102573655

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

Nombre del contacto:	Parentesco:	Teléfono:
Ana Maria	Hermana	3102573655
		Correo electrónico: Sin dato

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

Tipo de evento:

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

Descripción del seguimiento fallido:

Se realizan llamadas al número de contacto 3102573655, referido por la referente Leslie Larrarte, perteneciente a la hermana Ana Maria, se realizan intento de comunicación los días 6 y 7 de abril de 2026 sin lograr contacto efectivo.

Soportes de Seguimiento fallido:

ADRES

ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

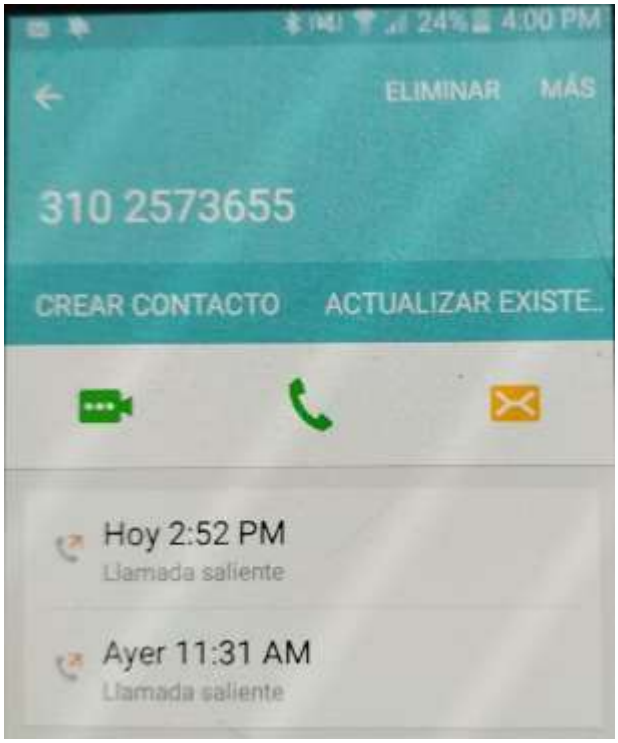
Información Básica del Afiliado :

COLUMNA	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACION	CC
NUMERO DE IDENTIFICACION	1122525325
NOMBRES	DIEGO ANDRES
APELLIDOS	MEDINA GOMEZ
FECHA DE NACIMIENTO	******
DEPARTAMENTO	CUNDINAMARCA
MUNICIPIO	ZIPAQUIRA

Datos de afiliación :

ESTADO	REGIMEN	SUBTIPO	FECHA DE AFILIACION EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACION DE VIGENCIA	TIPO BENEFICIARIO
ACTIVO	NUEVA EPS S.A.	SUBSIDIADO	28/02/2025	31/12/9999	CABEZA DE FAMILIA

Soporte contacto telefónico:



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

Señor Ciudadano, autoriza a _____ (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