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

**Formato para la captura de datos del evento Violencia Intrafamiliar, Maltrato infantil y Violencia Sexual**

**SIVIM - Vigilancia Epidemiológica**

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. BOGOTÁ Secretaría de Salud

## Información General — Eventos Individuales-Cara A

| 1.1 Código de la UPGD | | | | Razón social de la unidad primaria generadora del dato |
|---|---|---|---|---|
| 11 Departamento | 001 Municipio | 30292 Código | Sub - Indice | PA34 CENTRO DE SALUD EL PORVENIR |

| 1.2 Nombre del evento | VIOLENCIA INTRAFAMILIAR- MALTRATO INFANTIL Y VIOLENCIA SEXUAL SIVIM - VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA | Codigo de evento | | 1.3 Fecha de la notificación: | 9/04/2026 |
|---|---|---|---|---|---|

**Tipo Documento** RegistroCivil ☐ CNV ☑ RC ☐ TI ☐ CC ☐ PEP ☐ CE ☐ PA ☐ MSI ☐ ASI ☐ PPT ☐ 11.SC ☐ 12.DE ☐ 13.CD

**Fecha nacimiento** 7/11/2025 **Edad** 0 Años / 6 Meses / 16 Días | Identificación 1014322168

☐ Hijo/Hija de

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Primer nombre** | ADHARA | **Segundo nombre** | VALERIA |
| **Primer apellido** | SANDOVAL | **Segundo apellido** | CHAVARRO |
| **Teléfono** | **3113864043** | **Sexo** | Femenino |
| **Dirección residencia** | DESCONOCE | 11001708 | BOSA-EL PORVENIR |
| **Nacionalidad** | | | |
| **Localidad** | 7. Bosa | **Barrio** | BOSA-EL PORVENIR — BOSA PORVENIR |

**Pertenencia étnica** ☐ Indigena **Grupo étnico** ☐ ROM ☐ Raizal ☐ Caucásico ☐ Palenquero ☐ Mulato ☐ Afrocolombiano ☑ Otros

**Estrato** 2

**Grupo poblacional** ☐ P. Con discapacidad ☐ Desmovilizados ☐ Hab. Calle ☐ Migrantes ☐ V. Violencia armada ☐ Madre Comunitaria ☐ Gestante Sem. Gestación ☐ Desplazados ☐ C. Psiquiatricos ☐ Población a cargo ICBF ☐ Carcelarios ☑ Otros

**Ocupación** OTRAS OCUPACIONES ELEMENTALES NO CLASIFICADAS EN OTROS GRUPOS PRIMARIOS | MENOR **Código CIUO**

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

**Entidad administradora** CAPITAL SALUD

**Estado civil** ☑ Soltera/o ☐ Casado/a ☐ Divorciado/a ☐ Separado/a ☐ Viudo/a ☐ Union Libre ☐ Sin dato

**Nivel Educativo** ☑ No fue a la escuela ☐ Preescolar

☐ Primaria incompleta ☐ Secundaria incompleta ☐ Tecnico post secundaria incompleta ☐ Universidad incompleta ☐ Postgrado incompleto

☐ Primaria completa ☐ Secundaria completa ☐ Tecnico post secundaria completa ☐ Universidad completa ☐ Postgrado completo ☐ Sin dato

## Notificación

**Fuente** ☑ Notificación rutinaria ☐ Búsqueda activa institucional

**Municipio procedencia** BOOGTA **Área procedencia** ☑ Cabecera municipal ☐ Centros poblados ☐ Rural disperso

**Clasificación inicial del caso** ☐ **Sospechoso**

**Fecha consulta** 9/04/2026 2:05:00 p. m. Nivel de riesgo inicial ☑ Prioritario ☐ Control **Hospitalizado** ☐ Si ☑ No **Fecha hospitalización**

Condición final ☑ Vivo ☐ Muerto ☐ No sabe, no respond Fecha defunción N° certificado Causa Básica

**Nombre Profesional** SANCHEZ RUBIANO PAULA ALEJANDRA **Teléfono profesional** 3105679149

**Clasificación final del caso** ☑ No aplica ☐ Conf por laboratorio ☐ Conf por clínica ☐ Conf por nexo epidemiológico ☐ Descartado ☐ Otra actualización ☐ Descartado por error de digitación

**Nivel de riesgo final del caso** ☑ Prioritario ☐ Control

## Datos básicos adicionales del paciente — Eventos Individuales - Cara B

**Secretaria Educacion Distrital SED**

**Conformación familiar**

☐ Solo(a) ☐ Padre
☑ Madre ☐ Padrastro
☐ Madrastra ☐ Hermanos
☐ Pareja ☐ Hijos
☑ Abuelos ☐ Otros

**Situaciones especiales** ☐ Persona con Discapacidad

**Actividad de la víctima**

☐ Lideres (as) cívicos ☐ Estudiante ☐ Otro
☐ Trabajador (a) domestico (a) ☐ Persona en situación de prostitución ☐ Campesino (a)
☐ Persona dedicada al cuidado del hogar ☐ Persona que cuida a otra ☑ Ninguno

**Orientación sexual** ☐ Homosexual ☐ Bisexual ☑ Heterosexual ☐ Asexual

**Identidad género** ☐ Masculino ☑ Femenino ☐ Trasgénero **Persona consumidora de SPA** ☐ Si ☑ No

**Persona con jefatura de hogar** ☐ SI ☑ No **Alcohol victima** ☐ Si ☑ No

**Convive con el agresor** ☑ Si ☐ No **¿Hecho violento ocurrido en el marco del conflicto armado?** ☐ Si ☑ No

**Victima del conflicto armado** ☐ Si ☑ No **Trastorno mental** ☐ Si ☑ No **Condiciones socioeconomicas desfavorables** ☐ Si ☑ No

**Desempleo** ☐ Si ☐ No **Pareja estable** ☐ SI ☑ No Hijos ☐ Si ☑ No

**Sin redes de apoyo** ☐ Si ☑ No **Desconocimiento de derechos** ☐ Si ☑ No **Antecedentes de violencia** ☐ SI ☑ No

**Fecha del hecho** 9/04/2026 2:05:00 p. m.

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

**Formato para la captura de datos del evento Violencia Intrafamiliar, Maltrato infantil y Violencia Sexual**
**SIVIM - Vigilancia Epidemiológica**

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. | BOGOTÁ Secretaría de Salud

Situación de Violencia

| | Emocional | Física | Sexual | Económica | Negligencia | Abandono |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Lugar de ocurrencia** | | | | | PAOLA SANDOVAL | |
| **¿Ocurrió antes?** | ☐ SI ☑ NO | ☐ SI ☐ NO | ☐ SI ☐ NO | ☐ SI ☐ NO | ☑ SI ☐ NO | ☐ SI ☐ NO |
| **Sexo / Edad** | | | | | | |
| **1er Agresor** | ☐ M ☑ F 1 | | | | | |
| **Relación** | MADRE | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| **Drogas** | ☐ SI ☐ NO | | | | | |
| **2do Agresor** | ☐ M ☐ F | | | | | |
| **Relación** | | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| **Drogas** | ☐ SI ☐ NO | | | | | |
| **3er Agresor** | ☐ M ☐ F | | | | | |
| **Relación** | | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| **Drogas** | ☐ SI ☐ NO | | | | | |
| **4to Agresor** | ☐ M ☐ F | | | | | |
| **Relación** | | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| **Drogas** | ☐ SI ☐ NO | | | | | |
| **5to Agresor** | ☐ M ☐ F | | | | | |
| **Relación** | | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| **Drogas** | ☐ SI ☐ NO | | | | | |

## Violencia sexual

☐ Acoso sexual ☐ Abuso sexual ☐ Mutilación genital
☐ Acceso carnal ☐ Entornos digitales
☐ Explotación sexual comercial de niños, niñas y adolescentes
☐ Trata de personas con fines de explotacion sexual
☐ Actos sexuales ☐ Otras violencias sexuales

## Atención en salud del prestador de salud

☐ Profilaxis VIH ☐ Toma de pruebas diagnosticas
☐ Otras Profilaxis ☐ Anticoncepciòn de emergencia
☐ Remisiòn a protecciòn ☐ Salud Mental
☐ Atención en urgencias ☐ Recolecciòn de evidencia mèdico legal
☐ Profilaxis hepatitis B ☐ Informe a autoridades\Denuncia a policia judicial(URI,CTI), Fiscalia Policia Nacional
☐ Orientaciòn IVE

**Mecanismo**

☐ Ahorcamiento\estrangulamiento\sofocación ☐ Caìdas ☐ Contundente\cortocontundente
☐ Cortante\ cortonpunzante \punzante ☐ Proyectil arma de fuego ☐ Quemadura por fuego o llama
☐ Quemadura por àcido, àlcalis, o sustancias corrosivas ☐ Quemadura con liquido hirviente ☐ Otros mecanismos
☐ **Sustancias de uso doméstico que causan irritacion** ¿Cuál otro mecanismo?

**Sitio anatómico comprometido con quemadura** ☐ Cara ☐ Cuello ☐ Mano ☐ Pies ☐ Pliegues ☐ Genitales ☐ Tronco ☐ Miembro Super. ☐ Miembro Infer.

**Grado** ☐ Primer Grado ☐ Segundo Grado ☐ Tercer Grado **Extensión** ☐ Menor o igual al 5% ☐ Del 6% al 14% ☐ Mayor o igual al 15%

**En el momento de la atención presenta:**

☐ Hematomas o Moretones ☐ Dolores Corporales
☐ Fracturas ☐ Tristeza o Llanto
☐ Angustia nerviosismo ☐ Problemas para dormir
☐ Otros Problemas

**Manejo en la institución**

☐ Atencíon Médica ☐ Asesoria Psicológica
☐ Asesoria Legal ☐ Protección
☐ Orientación ☐ Remisión
☐ Otra Atención

**Atención y manejo inicial: Investigación Epidemiológica de Campo (IEC)**

**¿Dónde se detecto el caso?** ☐ Consulta Externa ☐ Urgencias ☐ Línea 10 **¿Cuál?**
☐ Centro Educativo ☐ Reporte Comunitario ☐ Otro

**Valoración de riesgo** ☐ Alto ☐ Medio ☐ Bajo ☐ Ninguno

**Entidad responsable del seguimiento**
**¿Se programó visita domiciliaria?** ◯ Si ◯ No
**¿Se realizó visita domiciliaria?** ◯ Si ◯ No
**Estilo de crianza identificado** ◯ Autoritario ◯ Democrático ◯ Negligente ◯ Permisivo

**Fecha inicio seguimiento** dd/mm/aaaa
**Fecha programación visita** dd/mm/aaaa
**Fecha visita domiciliaria** dd/mm/aaaa

**¿Se realizó remisión inicial?** ◯ Si ◯ No **¿Dónde remisión inicial?**

☐ Centro Zonal ICBF
☐ CAIVAS(Centro de Atención Integral a Víctimas de V.Sexual)
☐ Medicina Legal
☐ Otra Institución
☐ Casa refugio
☐ CAVIF(Centro de Atención a Víctimas de V. Intrafamiliar)
☐ Espacio de vivienda
☐ Comisaría de Familia
☐ CURNN
☐ Salud mental(Plan de beneficios)
☐ Casa de igualdad de oportunidades
☐ Casas de justicia
☐ Secretaría de integración social

**Otra institución ¿Cuál?**

**Radicado a** ICBF | **Comisaria** | **Fiscalia** | **Otro**

**Actividad seguimiento** ☐ No aplica
☐ Seguimiento telefónico ☐ Video llamada
☐ Visita domiciliaria ☐ Chat
☐ Monitoreo a la entidad
**Número de seguimientos:**

**Caso cerrado en**
☐ Cumplimiento en atención integral en salud
☐ Inicio de Judicialización
☐ Atención integral en curso
☐ Cumplimiento en atención integral en salud e Inicio de Judicialización
☐ Proceso de restablecimiento de derechos

**Fecha cierre de caso** | **Profesional responsable de la IEC** | 1. FALLIDO

☐ SISVECOS ☐ SIVELCE ☐ VESPA **Número del caso inicial :**

**Observaciones**

PACIENTE DE 5 MESES SIN VACUNACION DESDE LOS 2 MESES. SE ENVIA VACUNACION Y NO SE DIRIGE ALAMISMA