

FORMATO DE REMISIÓN DE BENEFICIARIO DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL

Información General

AMS: No. Radicación: 5647
Fecha: 05-06-2026 Hora: 9:04
Dependencia: 230 A2C (MVC)
Asunto: Formato de remisión
Anexos: 1
Recibido por: J. L. Lora

Fecha de remisión 05-06-2026.	Lugar San Ochofe
Nombre del profesional que remite Ivonne Romero Ortega	Cargo Psicóloga.
Teléfono 3215022678.	Correo electrónico ivonneromeroortega1@gmail.com

Datos de la Persona Remitida

Nombre completo Jose Domingo Berrio Henao	Tipo y número de documento CC: 90422058
Edad 59	Fecha de nacimiento 15-09-1966.
Teléfono 3147058416	Municipio / Departamento San Ochofe / Sucre

Contexto de Atención

Atención psicosocial

Programa / Proyecto:

"Tejiendo Palabras, Tejiendo memoria."

Tipo de atención recibida

Atención individual, de orientación, escucha activa, fortalecimiento de roles, acompañamiento a la gestión social, articulación.

Motivo de Remisión (Describe de manera clara la razón de la remisión)

Remisión a Oficina de discapacidad con el fin de brindar apoyo con acompañamiento al proceso de acceso a los servicios y programas dirigidos a personas con discapacidad

Descripción del Caso (Resumen) (Antecedentes relevantes, situación actual, factores asociados)

Hombr de 39 años presenta discapacidad física en una de sus piernas. Refer que en ocasiones anteriores intentó adelantar, pero las relaciones con el entorno cuando de locomoción en lugar ya minimal con satisfacción debido a la falta de orientación actual, mientras obtuvo sus propios medios de transporte en el campo y movimiento a través de caminos.

Tipo de Remisión

- Atención psicológica especializada
- Psiquiatría
- Trabajo social
- Atención médica
- Ruta de protección
- Otro: Oficina Discapacidad

Acciones Previas Realizadas

Escucha activa, identificación de barreras para el acceso a sus derechos.

Acciones Posteriores Realizadas

Remisión a Oficina de discapacidad.

Recomendaciones brindadas al beneficiario

Solicitar acompañamiento a solicitud y asistir
cuando sea citada por la entidad competente

Entidad Receptora

Nombre de la institución: Alcaldía Municipal

Dependencia: Oficina o programa de atención a personas con discapacidad / Secretaría de desarrollo social. / Salud

Juan Romero Ortega

Firma del profesional

Profesión Psicólogo

Tarjeta profesional
183200.

Jose Domingo B

Firma del beneficiario

C.C. 94122058.