

FORMATO DE REMISIÓN DE BENEFICIARIO DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL

Información General

Fecha de remisión	Lugar San Onofre
Nombre del profesional que remite Ivonne Romero Ortega	Cargo Psicóloga
Teléfono 3215022675	Correo electrónico ivonneromeroortega1@gmail.com

Datos de la Persona Remitida

Nombre completo Yolanda Benio Buena	Tipo y número de documento CC: 64526211
Edad 42	Fecha de nacimiento 20-05-1983
Teléfono	Municipio / Departamento San Onofre / Sucre

Contexto de Atención

Atención de (atención) psicosocial - canalización de emociones

Programa / Proyecto:

"Tejiendo Palabras, Tejiendo Memoria"

Tipo de atención recibida

Atención psicosocial enfocada en la contención emocional y fortalecimiento de redes de apoyo.

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

Solicitud articulación con la unidad para las víctimas
para obtener información sobre el proceso de indemniza-
ción y acceso a las medidas de reparación

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

Persona víctima del conflicto armado, quien ha
experimentado situaciones de violencia, desplazamiento
por grupos armados

Tipo de Remisión

- ☐ Atención psicológica especializada
- ☐ Psiquiatría
- ☐ Trabajo social
- ☐ Atención médica
- ☐ Ruta de protección
- ☒ Otro: Unidad para las víctimas.

Acciones Previas Realizadas

Orientaciones sobre los derechos de las
víctimas.

Acciones Posteriores Realizadas

Remisión a unidad de víctimas.

Recomendaciones brindadas al beneficiario

Recibir respuesta por medio del presente
solicitud sobre su estado.

Entidad Receptora

Nombre de la institución: Unidad Para la Atención a Víctimas.

Dependencia: Área de atención y orientación - proceso de Indemnización.

Ismael Romero Obispo

Firma del profesional

Profesión Psicólogo

Tarjeta profesional

183200.

Yolanda Berrio

Firma del beneficiario

C.C. 64526211