



SISTEMA DEPARTAMENTAL DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA  
SISTEMA DE INFORMACIÓN SIVIM  
FICHA DE NOTIFICACIÓN  
VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA DE LAS VIOLENCIAS DE GÉNERO E INTRAFAMILIAR  
Código SIVIM 875

Versión 01-2024

Esta ficha debe ser diligenciada exclusivamente por los sectores de Protección, Justicia y Educación.

La ficha de notificación es para fines de vigilancia en salud pública y todas las entidades que participen en el proceso deben garantizar la confidencialidad de la información Ley 1273/09 y 1266/09

1. INFORMACION GENERAL

<b>Razón Social de la Unidad Primaria Informadora Municipal</b>	<b>Departamento</b>	<b>Municipio</b>
<b>Nombre y Código del evento</b>	<b>Fecha de notificación</b>	
VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA DE LAS VIOLENCIAS DE GÉNERO E INTRAFAMILIAR - 875	DD	MM AAAA

2. IDENTIFICACION DEL PACIENTE

<b>Tipo de documento</b>	
RC <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> MS <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> PE <input type="checkbox"/> CN <input type="checkbox"/> CD <input type="checkbox"/> SC <input type="checkbox"/> DE <input type="checkbox"/> PT <input type="checkbox"/>	
*RC: Registro Civil   TI: Tarjeta de Identidad   CC: Cédula Ciudadanía   CE: Cédula Extranjería   PA: Pasaporte   MS: Menor sin ID   AS: Adulto sin ID   PE: Permiso especial de permanencia   CN: Certificado de nacido vivo   CD: Carnet diplomático   SC: Salvoconducto   DE: Documento extranjero   PT: Permiso por protección temporal	
<b>Número de identificación</b>	
<b>Nombre y apellidos del paciente</b>	
<b>Teléfono</b>	<b>Fecha de nacimiento</b> DD MM AAAA
<b>Edad</b>	<b>Unidad de medida de la edad</b> 1. Año <input type="checkbox"/> 3. Días <input type="checkbox"/> 5. Minutos <input type="checkbox"/> 2. Mes <input type="checkbox"/> 4. Horas <input type="checkbox"/> 0. No Aplica <input type="checkbox"/>
<b>Nacionalidad</b>	
<b>Sexo</b> M. Masculino <input type="checkbox"/> F. Femenino <input type="checkbox"/> I. Indeterminado <input type="checkbox"/>	<b>Identidad de género</b> 1. Hombre <input type="checkbox"/> 3. Hombre trans <input type="checkbox"/> 5. Otra <input type="checkbox"/> 2. Mujer <input type="checkbox"/> 4. Mujer trans <input type="checkbox"/> Cual otra? <input type="text"/>
<b>Orientación sexual</b> 1. Heterosexual <input type="checkbox"/> 3. Biesual <input type="checkbox"/> 5. Otra <input type="checkbox"/> 2. Gay/Lesbian <input type="checkbox"/> 4. Otra <input type="checkbox"/> Cual otra? <input type="text"/>	

<b>País de ocurrencia del caso</b>	<b>Departamento de procedencia/ocurrencia</b>	<b>Municipio de procedencia/ocurrencia</b>
<b>Área de ocurrencia del caso</b> 1. Cabecera municipal <input type="checkbox"/> 2. Centro poblado <input type="checkbox"/> 3. Rural disperso <input type="checkbox"/>	<b>Barrio ocurrencia del caso</b>	<b>Vereda o zona</b>

<b>Ocupación del paciente</b>	
<input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Agricultor <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Jornalero <input type="checkbox"/> Personal doméstico <input type="checkbox"/> No aplica <input type="checkbox"/> Cual: <input type="text"/>	
<b>Tipo de Régimen en salud</b> <input type="checkbox"/> P. Excepción <input type="checkbox"/> E. Especial <input type="checkbox"/> C. Contributivo <input type="checkbox"/> Subsidiado <input type="checkbox"/> N. No Asegurado <input type="checkbox"/> I. Indeterminado/pendiente	
<b>Nombre de la administradora de planes de beneficios en salud</b>	
<b>Pertenencia étnica</b> <input type="checkbox"/> 1. Indígena <input type="checkbox"/> 2. Rom, Gitano <input type="checkbox"/> 3. Raizal <input type="checkbox"/> 4. Palenquero <input type="checkbox"/> 5. Negro, mulato, afro colombiano <input type="checkbox"/> 6. Otro <input type="checkbox"/>	
<b>Grupo Étnico al que pertenece</b> <input type="text"/> <b>Estrato</b> <input type="text"/>	
<b>Seleccione los grupo poblacional a los que pertenece el paciente</b>	
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Discapacitados	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Gestantes Semana de gestación <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Desplazados	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Indigentes
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Migrantes	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Población infantil a cargo del ICBF
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Carcelarios	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Madres comunitarias
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Desmovilizados	
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Centros psiquiátricos	
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Víctima de violencia armada	
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Otros grupos poblacionales	

3. NOTIFICACION

<b>Departamento de residencia del paciente</b>	<b>Municipio de residencia del paciente</b>	<b>Fuente</b> <input type="checkbox"/> Notificación rutinaria <input type="checkbox"/> Vigilancia intensificada <input type="checkbox"/> Búsqueda activa Inst. <input type="checkbox"/> Búsqueda activa com.
<b>Dirección de residencia</b>		
<b>Fecha de consulta/atención</b> DD MM AAAA	<b>Condición final</b> <input type="checkbox"/> 1. Vivo <input type="checkbox"/> 2. Muerto <input type="checkbox"/> 3. No sabe, no responde	<b>Clasificación inicial del caso</b> <input type="checkbox"/> 1. Sospechoso
<b>Nombre del Profesional que Diligencio la Ficha</b>		<b>Teléfono</b>



SISTEMA DEPARTAMENTAL DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA  
SISTEMA DE INFORMACIÓN SIVIM  
FICHA DE NOTIFICACIÓN  
VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA DE LAS VIOLENCIAS DE GÉNERO E INTRAFAMILIAR  
Código SIVIM 875

Versión 01-2024

Esta ficha debe ser diligenciada exclusivamente por los sectores de Protección, Justicia y Educación.

#### 4. MODALIDAD DE VIOLENCIA

- |  |   |  |  |
|--|---|--|--|
| 1. Física <input type="checkbox"/>                 | 5. Acoso sexual <input type="checkbox"/>  | 7. Explotación Sexual <input type="checkbox"/> | 14. Otras violencias sexuales <input type="checkbox"/> |
| 2. Psicológica <input type="checkbox"/>            | 6. Acceso carnal <input type="checkbox"/> | 10. Trata de personas <input type="checkbox"/> | 15. Mutilación genital <input type="checkbox"/>        |
| 3. Negligencia y abandono <input type="checkbox"/> |   | 12. Actos sexuales <input type="checkbox"/>    |  |

#### 5. DATOS DE LA VÍCTIMA

<b>Actividad</b>	
13. Líderes (as) cívicos <input type="checkbox"/>	26. Otro <input type="checkbox"/>
24. Estudiante <input type="checkbox"/>	28. Trabajador(a) doméstico(a) <input type="checkbox"/>
29. Persona ante situación de prostitución <input type="checkbox"/>	30. Campesino/a <input type="checkbox"/>
31. Persona dedicada al cuidado del hogar <input type="checkbox"/>	32. Persona que cuida a otras <input type="checkbox"/>
33. Ninguna <input type="checkbox"/>	
<b>Orientación sexual</b>	
1. Homosexual <input type="checkbox"/>	5. Heterosexual <input type="checkbox"/>
2. Bisexual <input type="checkbox"/>	6. Asexual <input type="checkbox"/>
<b>Identidad de género</b>	
1. Masculino <input type="checkbox"/>	3. Transgénero <input type="checkbox"/>
2. Femenino <input type="checkbox"/>	
Persona consumidora de SPA <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Antecedente de violencia <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Persona con jefatura de hogar <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Alcohol víctima <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

#### 6. DATOS DEL AGRESOR

<b>Sexo</b>	
<input type="checkbox"/> M. Masculino	<input type="checkbox"/> F. Femenino
<input type="checkbox"/> I. Intersexual	
<b>Parentesco con la víctima</b>	
<input type="checkbox"/> 9. Padre	<input type="checkbox"/> 10. Madre
<input type="checkbox"/> 22. Pareja	<input type="checkbox"/> 23. Ex-pareja
<input type="checkbox"/> 24. Familiar	<input type="checkbox"/> 25. Ninguno
<b>Convive con el agresor (a)</b>	
<input type="checkbox"/> 1. Si	<input type="checkbox"/> 2. No
<b>Agresor no Familiar</b>	
1. Profesor (a) <input type="checkbox"/>	4. Compañero (a) de estudio <input type="checkbox"/>
2. Amigo (a) <input type="checkbox"/>	6. Desconocido (a) <input type="checkbox"/>
3. Compañero (a) de Trabajo <input type="checkbox"/>	7. Vecino (a) <input type="checkbox"/>
8. Conocido (a) sin ningún trato <input type="checkbox"/>	11. Jefe <input type="checkbox"/>
9. Sin información <input type="checkbox"/>	12. Sacerdote/pastor <input type="checkbox"/>
10. Otro <input type="checkbox"/>	13. Servidor (a) público <input type="checkbox"/>
<b>¿Hecho violento ocurrido en el marco del conflicto armado?</b>	
<input type="checkbox"/> 1. Si	<input type="checkbox"/> 2. No

#### 7. DATOS DEL HECHO

<b>Mecanismo utilizado para la agresión</b>	
1. Ahorcamiento / estrangulamiento / sofocación <input type="checkbox"/>	11. Proyecto arma de fuego <input type="checkbox"/>
2. Caidas <input type="checkbox"/>	12. Quemadura por fuego o llama <input type="checkbox"/>
3. Contundente / cortocontundente <input type="checkbox"/>	13. Quemadura por ácido, álcalis, o sustancias corrosivas <input type="checkbox"/>
4. Cortante / cortopunzante / punzante <input type="checkbox"/>	14. Quemadura con líquido hirviendo <input type="checkbox"/>
15. Otros Mecanismos <input type="checkbox"/>	16. Sustancias de uso doméstico que causan irritación <input type="checkbox"/>
<b>Sitio Anatómico comprometido con la quemadura</b>	
1. Cara <input type="checkbox"/>	5. Genitales <input type="checkbox"/>
2. Cuello <input type="checkbox"/>	6. Tronco <input type="checkbox"/>
3. Pies <input type="checkbox"/>	7. Miembro superior <input type="checkbox"/>
4. Pliegues <input type="checkbox"/>	8. Miembro inferior <input type="checkbox"/>
<b>Grado</b>	
1. Primero grado <input type="checkbox"/>	
2. Segundo grado <input type="checkbox"/>	
3. Tercer grado <input type="checkbox"/>	
<b>Extensión</b>	
1. Menor o igual al 5% <input type="checkbox"/>	
2. Del 6% al 14% <input type="checkbox"/>	
3. Mayor o igual al 15% <input type="checkbox"/>	
<b>Fecha del hecho</b>	
DD	MM
AAAA	
<b>Escenario</b>	
1. Vía pública <input type="checkbox"/>	8. Comercio y áreas de servicios (Tienda, centro comercial, etc.) <input type="checkbox"/>
2. Vivienda <input type="checkbox"/>	9. Otros espacios abiertos (bosques, potreros, etc.) <input type="checkbox"/>
3. Establecimiento educativo <input type="checkbox"/>	10. Lugares de esparcimiento con expendio de alcohol <input type="checkbox"/>
4. Lugar de trabajo <input type="checkbox"/>	11. Institución de salud <input type="checkbox"/>
7. Otro <input type="checkbox"/>	12. Área deportiva y recreativa <input type="checkbox"/>
<b>Ámbito de la violencia según lugar de ocurrencia</b>	
1. Escolar <input type="checkbox"/>	3. Institucional <input type="checkbox"/>
2. Laboral <input type="checkbox"/>	4. Virtual <input type="checkbox"/>
7. Comunitario <input type="checkbox"/>	9. Otros ámbitos <input type="checkbox"/>
8. Hogar <input type="checkbox"/>	

#### 8. ATENCIÓN REALIZADA A LA VÍCTIMA

<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Atención por Salud Mental	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Remisión a Justicia	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Remisión a Protección
---	---------------------------	---	---------------------	---	-----------------------

#### 9. ESPACIO EXCLUSIVO PARA USO DE LOS ENTES TERRITORIALES

<b>Seguimiento y clasificación final del caso</b>			
0. No Aplica <input type="checkbox"/>	6. Descartado <input type="checkbox"/>	7. Otra Actualización <input type="checkbox"/>	D. Error de Digitación <input type="checkbox"/>
<b>Fecha de ajuste</b>			
DD MM AAAA			