FECHA DE DETECCIÓN: _____ **SEDE:** _____

I. DATOS DE QUIEN REALIZA LA DETECCIÓN

Nombres._____ Apellidos. _____

Identificación: CC.___T.I.___C.E.___ N°: _____

Cargo/ Rol: Teléfono. _____

_____ Programa/ Dependencia. _____

Estamento: _____ Sexo: M_____F_____Intersexual____ otro:_____

Semestre. _____ Orientación sexual: _____

Género: M___ H___ Transgénero_____Otro_____

De acuerdo con la cultura, pueblo, rasgos físicos es o se reconoce como: Indígena_____ Raizal_____

Rom o Gitano____ Afro____ LGTBIQ+ _____ Frontera_____ CA_____Otro_____Ninguno_____

II. DATOS DE LA PERSONA AFECTADA

Nombres. _____ Apellidos. _____

Identificación: CC.___T.I.___C.E.___ N° de Identidad. _____

Cargo/ Rol: Edad. _____

_____ Programa/ Dependencia. _____

Estamento: _____ Teléfono: _____

Semestre. _____

III. TIPO DE DETECCIÓN

Observación directa ☐

Relato espontáneo ☐

Información de terceros ☐

Evidencia digital ☐

Otro: _____

IV. DESCRIPCIÓN BREVE DE LA SITUACIÓN

DOCUMENTO CONTROLADO

Conductas o señales observadas:

Lenguaje verbal o no verbal:

Espacio o contexto:

Momento o frecuencia:

V. FACTORES DE RIESGO

- Aislamiento ☐
- Cambios emocionales ☐
- Miedo hacia una persona ☐
- Amenazas ☐
- Uso de poder o jerarquía ☐
- Control excesivo ☐
- Discriminación ☐
- Agresión digital ☐
- Antecedentes de violencia ☐

Otro: _____

VI. ACCIONES REALIZADAS

- Escucha inicial ☐
- Orientación sobre la ruta ☐
- Acompañamiento para recepción del caso ☐
- Ninguna ☐

Otro: _____

DOCUMENTO CONTROLADO

DOCUMENTO CONTROLADO

VII. CONSENTIMIENTO PARA CONTACTO Y ORIENTACIÓN

Autoriza contacto ☐

Fue orientada para acudir a Bienestar ☐

Solicita confidencialidad ☐

Reporte por tercero ☐

No fue posible obtener consentimiento ☐

VIII. ORIENTACIÓN Y CANAL DE REPORTE

Canal de atención informado:

Atención presencial ☐

Correo electrónico institucional ☐

Persona que realiza la orientación:

Nombre:

Cargo:

Dependencia:

Nota: La información contenida en este documento es confidencial y se utilizará únicamente para la activación de la ruta institucional de atención. Este formato corresponde a la fase de detección y no constituye recepción del caso ni apertura de proceso.

PROFESIONAL

FIRMA DE QUIEN REALIZA LA DETECCIÓN