

SISTEMA DE SEGUIMIENTO A LAS PETICIONES CIUDADANAS - SIPECI -

Consulta de Radicado

Número de Solicitud: o Número Radicado Orfeo: Buscar

ALCALDÍA DE SANTIAGO DE CALI SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA DESARROLLO SOCIAL SERVICIO DE SALUD PUBLICA	SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD SGGC - MECI - SISTEDA **REGISTRO DE SOLICITUDES EN SALUD RECIBIDAS VERBALMENTE PARA EL AREA DE PROMOCION SOCIAL**	MMDS01.03.08.18.P02.F02 VERSION 1 FECHA APROBACION

Solicitud # :**10723** Fecha Solicitud: **22/09/2021**

Información General Datos del Usuario

Primer Nombre Usuario: **SANDRA** Segundo Nombre Usuario: **MILENA**
Primer Apellido Usuario: **SALAZAR** Segundo Apellidos Usuario: **MEJIA**
Tipo y # Documento Usuario: **C.C. - 67002845**
Dirección: **CARRERA 80 N? 5 -120 VALLE DE LA FERREIRA 4**
Barrio: **Mayapan - Las Vegas (1781)**
Telefono Fijo: **00** Telefono Celular: **310-4502359 - 321-8803801**
Fecha Nacimiento: **30/06/1977** (dd/mm/yyyy) Edad: **44 aÑos** Sexo: **F = Femenino**

Caracterización de la condicion de Vulnerabilidad y/o Vulneración

Etnia: **Mestizo** Discapacidad: ☐ Tipo Discapacidad: **No Aplica** Estado del RLCPD: **No Aplica**
El Usuario es *:
☑ Otro
cual ? **NINGUNO**
Estado de la Inclusión en el RUV: **No Encontrado** Fecha de la Verificación en Vivanto: **22/09/2021**

Presunta Victima de Trata de Personas: ☐ Niños Niñas y Adolescentes: ☐ Persona en Situación de Calle: ☐ PPR y Grupo Familiar: ☐
Carretilleros: ☐ Recicladores: ☐ Desplazamiento Intraurbano: ☐ PAP 040: ☐
AUTO 006: ☐ AUTO 092: ☐ AUTO 251: ☐ AUTO 004: ☐ AUTO 005: ☐
CERREM: ☐ Medida Cautelar CIDH: ☐ Restitución de Tierras: ☐ Justicia y Paz: ☐

Información en Salud

Fecha Verificación de BDUA: **22/09/2021**
EPS: **COMFENALCO VALLE EPS** Regimén: **Contributivo** Estado de la Afiliación: **Activo**
Municipio: **76001 - CALI (Valle)** Portabilidad: **No aplica**

Actualizar Datos del Usuario

Sitio de Atención:	**Oficina de Promoción Social**
Persona que vienen a realizar la Solicitud:	**SANDRA MILENA SALAZAR MEJIA**
Tipo y # Documento de la Persona que vienen a realizar la Solicitud:	**C.C. - 67002745**
Parentesco con el usuario:	**Solicitante**

MOTIVO DE LA PETICION:

USUARIA QUE REQUIERE AUTORIZACION DE EXAMENES POR PARTE DE LA EPS COMFENANCO PACIENTE CON DX DE MELANOMA LENTIGINOSO ACRAL IN SITU. LOCALIZADO EN EL II DEDO DE MANO DERECHA (PACIENTE ZURDA). AL EF LESI?N QUE OCUPA CASI TODA LA U?A CON SIGNO DE HUTCHINGTON POSITIVO. SE ANEXA ORDEN DE DERMATOLOG?A ONCOL?GICA PARA MANEJO PRIORITARIO POR CIRUJANO ONC?LOGO, MARGEN M?NIMO DE 5 MM Y PROPUESTA DE AMPUTACI?N DE DEDO. ORDEN CON PGP DE ONCOLOG?A DE CL?NICA IMBANACO.

Describir gestión realizada:	**Orientación**
Funcionario que realiza la Gestión:	**GONZALO.LOPEZ**
Motivo de la solicitud:	**Seguimiento en el Acceso a los Servicios de Salud**
Afiliación por Oficio : ☐	# Consecutivo:

Modificar Datos de la Solicitud Original

GESTION:

FECHA	RESULTADO	ENGARGADO	CAPTURA GESTIÓN	Est. Sol.
22/09/2021.	.	GONZALO.LOPEZ.	GONZALO.LOPEZ.	ASIGNADO.
22/09/2021.	SE ESTABLECE COMUNICACION CON USUARIA SE LE SOLICITAN DATOS PERSONALES Y SE LE BRINDA INFORMACION RELACIONADA CON SU CASO, SE LE EXPLICA QUE SE REALIZO UNA PETICION VIA CORREO INSTITUCIONAL CON LEL ENLACE DE LA EPS COMFENALCO, SE ESPERA RESPUESTA DE LA EPS, EL CASO ESTA EN SEGUIMIENTO.	GONZALO.LOPEZ.	GONZALO.LOPEZ.	SEGUIMIENTO.

IMPRIMIR

Regresar al Menu Principal...

Miercoles Septiembre 22, 2021
1:57:15 PM

Usuario: **GONZALO.LOPEZ**