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 # :**15272** Fecha Solicitud: **01/08/2022**

Información General Datos del Usuario

Primer Nombre Usuario: **GREIDY** Segundo Nombre Usuario: **STIVEN**

Primer Apellido Usuario: **ANGULO** Segundo Apellidos Usuario: **ARELLANO**

Tipo y # Documento Usuario: **C.C. - 1111808462**

Dirección: **CRA 27I # 121 - 10**

Barrio: **Calimio Desepaz (2103)**

Telefono Fijo: Telefono Celular: **3168060173**

Fecha Nacimiento: **30/06/1995** (dd/mm/yyyy) Edad: **27 aÑos** Sexo: **M = Masculino**

Caracterización de la condicion de Vulnerabilidad y/o Vulneración

Etnia: **Negro** Discapacidad: ☐ Tipo Discapacidad: **No Aplica** Estado del RLCPD: **No Aplica**

El Usuario es *:

☑ Desplazamiento Forzado

Estado de la Inclusión en el RUV: **En Valoracion** Fecha de la Verificación en Vivanto: **01/08/2022**

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: **01/08/2022**

EPS: **NUEVA EPS SA** Regimén: **Contributivo** Estado de la Afiliación: **Retirado**

Municipio: **76001 - CALI (Valle)** Portabilidad:

Sitio de Atención: **Centro Regional de Atención a Victimas**

Persona que vienen a realizar la Solicitud: **GREIDY STIVEN ANGULO**

Tipo y # Documento de la Persona que vienen a realizar la Solicitud: **C.C. - 1111808462**

Parentesco con el usuario: **Solicitante**

MOTIVO DE LA PETICION:

SOLICITA APOYO PARA LOGRAR TRASLADO Y AFILIACIONES AL SISTEMA DE SALUD SUBCIADO DE EL Y SU FAMILIA, ESPECIALMENTE PORQUE EL TIENE TUBERCULOSIS

Describir gestión realizada: **Enlace**

Funcionario que realiza la Gestión: **CAROLINA.GONZALEZ**

Motivo de la solicitud: **Gestion diferencial del aseguramiento: Traslado**

Afiliación por Oficio : ☐ # Consecutivo:

GESTION:

FECHA	RESULTADO	ENGARGADO	CAPTURA GESTIÓN	Est. Sol.
02/08/2022.	.	CAROLINA.GONZALEZ.	CAROLINA.GONZALEZ.	ASIGNADO.
01/08/2022.	SE ENVIO AL ENLACE DE ASMET SALUD LA DOCUMENTACION DE LAS PEROSNAS DEL SISTEMA FAMILIAR, CON EL FIN DE INICIAR EL TRAMITE DE ASEGURAMIENTO SE ELIGE ESTA EPS PORQUE SU ESPOSA Y SU HIJA SE ENCUENTRABAN AFILIADAS A ELLA EN LA OTRA CIUDAD Y ELLAS SOLO NECESITARIAN EL TRASLADO DE CIUDAD, EN EL CADO DE STIVEN SE INGRESA SOLICITA ESTE INGRESO PORQUE LE QUEDARIA CERCA DE LA CASA PARA LLEVAR A CABO EL CONTROL MEDICO POR TUBERCULOSIS .	CAROLINA.GONZALEZ.	CAROLINA.GONZALEZ.	SEGUIMIENTO.
02/08/2022.	SE LOGRAN LOS TRAMITES DE ASEGURAMIENTO CON LA EPS ASMET SALUD Y SE ENVIAN LOS CERTIFICADOS DE AFILIACION EN CALI POR WHATSAPP AL NUMERO 3168060173, INDICANDOLE QUE YA PUEDEN HACER USO DE LOS PUESTOS DE SALUD CERCANOS A SU RESIDENCIA Y REPORTAR ALLI EL DIAGNOSTICO DE TB .	CAROLINA.GONZALEZ.	CAROLINA.GONZALEZ.	Cerrado por resolucion de la solicitud.

INGRESAR GESTION O RESPUESTA AL CASO GENERADO

Jueves Augosto 11, 2022
11:48:09 PM

Usuario: **CAROLINA.GONZALEZ**