

SISTEMA DE SEGUIMIENTO A LAS PETICIONES CIUDADANAS - SIPECI - Módulo de Promoción Social

Información General Datos del Usuario

Primer Nombre Usuario:	**MISAEL**
Segundo Nombre Usuario:	
Primer Apellido Usuario:	**REYES**
Segundo Apellidos Usuario:	**MURILLO**
Tipo y # Documento Usuario:	**C.C. - 94330917**
Dirección:	**CALLE 72 S 1 N? 26 P 04**
Barrio:	**La Paz (0214)** Barrios

Telefono Fijo: **3206373195** Telefono Celular: **3217294303**

Fecha Nacimiento: **20/11/1976** (dd/mm/yyyy) Edad: **42 aÑos** Género: **M = Masculino**

Caracterización de la condicion de Vulnerabilidad y/o Vulneración

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

El Usuario es *:

☑ Desplazamiento Forzado

Estado de la Inclusión en el RUV: **Incluido** Fecha de la Verificación en Vivanto: **08/11/2018**

Presunta Victima de Niños Niñas y Persona en Situación PPR y Grupo

Trata de Personas: ☐ Adolescentes: ☐ de Calle: ☐ 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: **09/07/2019**

EPS: **ASOCIACION MUTUAL EMPRESA SOLIDARIA DE SALUD DE NARI?O - EMSSANAR E.S.S.**

Regimén: **Subsidiado**

Estado de la Afiliación: **Activo**

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

Portabilidad: (opcional si se trata de un municipio diferente a Santiago de Cali) **No aplica**

Fecha Solicitud:	**05/09/2022**
Sitio de Atención:	**Territorio**
Persona que vienen a realizar la Solicitud:	**MISAEL REYES MURILLO**
Tipo y # Documento de la Persona que vienen a realizar la Solicitud:	**C.C. - 94330917**
Parentesco con el usuario:	**Solicitante**

MOTIVO DE LA PETICION:

SOLICITA ACOMPANAMIENTO PSICOSOCIAL POR CONSECUENCIAS EN SALUD MENTAL A CAUSA DE LOS CAMBIOS QUE TUVIERON EN LA VIDA EL Y SU FAMILIA POR LOS HECHOS VICTIMIZANTES, QUE A SU VES HAN TRAIDO OTRAS SITUACIONES DE DIFICIL MANEJO

Describir gestión realizada:	**Orientación**
Funcionario que realiza la Gestión:	**CAROLINA.GONZALEZ**

Motivo de la solicitud: **Solicitud de Atencion Psicosocial PAPSIVI**

Afiliación por Oficio : ☐ # Consecutivo:

INGRESAR GESTION O RESPUESTA AL CASO GENERADO

REGRESAR Imprimir Petición

Ir a Menu Principal

Lunes Septiembre 12, 2022
8:09:25 PM

Usuario: **CAROLINA.GONZALEZ**