SECRETARIA DE SALUD PUBLICA MUNICIPAL DE SANTIAGO DE CALI

ALCALDÍA DE SANTIAGO DE CALI
SECRETARÍA DE SALUD

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

Información General Datos del Usuario

Primer Nombre Usuario: **MARIA**
Segundo Nombre Usuario: **DALIS**

Primer Apellido Usuario: **MUNOZ**
Segundo Apellidos Usuario: **PERLAZA**

Tipo y # Documento Usuario: **C.C. - 25600095**

Dirección: **KR 42C 1 54-70**

Barrio: **El MortiÑal (1917)** Barrios

Telefono Fijo: Telefono Celular: **3122205824**

Fecha Nacimiento: **10/08/1980** (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: **No Verificado** Fecha de la Verificación en Vivanto: **13/03/2023**

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: **13/03/2023**

EPS: **ASMET SALUD**

Regimén: **Subsidiado**

Estado de la Afiliación: **Activo**

Municipio: **19532 - PATIA (EL BORDO) (Cauca)**

Portabilidad: (opcional si se trata de un municipio diferente a Santiago de Cali) **En tramite**

Fecha Solicitud:	**13/03/2023**
Sitio de Atención:	**Centro Regional de Atención a Victimas**
Persona que vienen a realizar la Solicitud:	**MARIA DALIS MUNOZ PERLAZA**
Tipo y # Documento de la Persona que vienen a realizar la Solicitud:	**C.C. - 25600095**
Parentesco con el usuario:	**Solicitante**

MOTIVO DE LA PETICION:

LA SENORA MARIA LLEGA AL CRAV SOLICITANDO ORIENTACION PSICOLOGICA, POR SENTIRSE EMOCIONALMENTE ESTRESADA, COMENTA QUE LE OFRECIERON AYUDA PARA VINCULARSE AL HOGAR DE PASO, PERO EN EL LUGAR TUVO DIFICULTADES Y DURO SOLO UNA NOCHE. SE LE EXPLICA QUE SE LE VA A REMITIR A LA HAI PARA ATENCION PSICOLOGICA, A LO CUAL REFIERE QUE SI DESEA VENIR A RECIBIR LA ATENCION. Y PARA EL PROXIMO CICLO SE LE PROPONE REALIZAR LA ATENCION PSICOSOCIAL POR EL PAPSIVI.

Describir gestión realizada:	**Enlace**
Funcionario que realiza la Gestión:	**GLORIA.VEGA**
Motivo de la solicitud:	**Gestion intersectorial: Apoyo en rutas del SNARIV**
Afiliación por Oficio : ☐	# Consecutivo:

INGRESAR GESTION O RESPUESTA AL CASO GENERADO

REGRESAR Imprimir Petición

Ir a Menu Principal

Lunes Marzo 13, 2023
1:01:14 PM

Usuario: **GLORIA.VEGA**