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 # :**16894** Fecha Solicitud: **27/02/2023**

Información General Datos del Usuario

Primer Nombre Usuario: **ROCIO**
Segundo Nombre Usuario:
Primer Apellido Usuario: **MESA**
Segundo Apellidos Usuario:
Tipo y # Documento Usuario: **C.C. - 1107039790**
Dirección: **KR 96 # 104**
Barrio: **Altos de Menga - Inv Alto Vagon (0296)**
Telefono Fijo: Telefono Celular: **3205054670 - 3104709035**
Fecha Nacimiento: **03/02/1976** (dd/mm/yyyy) Edad: **47 aÑos** Sexo: **F = Femenino**

Caracterización de la condicion de Vulnerabilidad y/o Vulneración

Etnia: **No se reconoce** 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: **27/02/2023**

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: **27/02/2023**
EPS: **EMSSANAR ESS** Regimén: **Subsidiado** Estado de la Afiliación: **Activo**
Municipio: **76001 - CALI (Valle)** Portabilidad: **No**

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

Persona que vienen a realizar la Solicitud: **ROCIO MESA**

Tipo y # Documento de la Persona que vienen a realizar la Solicitud: **C.C. - 1107039790**

Parentesco con el usuario: **Solicitante**

MOTIVO DE LA PETICION:

LA SENORA ROCIO ASISTE AL CRAV EN BUSCA DE ORIENTACION PSICOLOGICA, YA QUE TIENE SITUACIONES FAMILAIRES QUE LA ESTAN AFECTANDO. SE VERIFICA EN EL VIVANTO Y ESTA INCLUIDA CON SU GRUPO FAMILIAR E IGUALMENTE ES SUCEPTIBLE PARA ATENCION PAPSIVI. SE LE COMENTO DE QUE TRATA EL PROGRAMA A LO CUAL REFIERE DESEAR RECIBIR LA ATENCION PSICOSOCIAL. SE REMITE AL COMPANERO JUAN CAMILO QUIEN ES EL ENCARGADO DE LA COMUNA 18.

Describir gestión realizada: **Enlace**

Funcionario que realiza la Gestión: **GLORIA.VEGA**

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

Afiliación por Oficio : ☐ # Consecutivo:

GESTION:				
FECHA	**RESULTADO**	**ENGARGADO**	**CAPTURA GESTIÓN**	**Est. Sol.**
10/03/2023.	.	GLORIA.VEGA.	GLORIA.VEGA.	ASIGNADO.
27/03/2023.	SE ASIGNA CASO AL COMPANERO JUAN CAMILO SANCHEZ PARA ATENCION PSICOSOCIAL PAPSIVI. .	GLORIA.VEGA.	GLORIA.VEGA.	SEGUIMIENTO.

INGRESAR GESTION O RESPUESTA AL CASO GENERADO

Viernes Marzo 10, 2023
11:41:45 AM

Usuario: **GLORIA.VEGA**