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 # :**19104** Fecha Solicitud: **04/11/2025**

Información General Datos del Usuario

Primer Nombre Usuario: **JEFY**
Segundo Nombre Usuario:
Primer Apellido Usuario: **LISALDA**
Segundo Apellidos Usuario: **GAMBOA**
Tipo y # Documento Usuario: **T.I. - 1111811099**
Dirección: **KR. 28G #122C-34**
Barrio: **Pizamos II (2102)**
Telefono Fijo: **3135201384** Telefono Celular: **3135201384**
Fecha Nacimiento: **20/09/2014** (dd/mm/yyyy) Edad: **11 aÑos** Sexo: **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: **08/10/2025**

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: **28/10/2025**
EPS: **EMSSANAR ESS** Regimén: **Subsidiado** Estado de la Afiliación: **Activo**
Municipio: **76001 - CALI (Valle)** Portabilidad: **No aplica**

Sitio de Atención: **Territorio**

Persona que vienen a realizar la Solicitud: **JEFRY LISALDA GAMBOA**

Tipo y # Documento de la Persona que vienen a realizar la Solicitud: **T.I. - 1111811099**

Parentesco con el usuario: **Solicitante**

MOTIVO DE LA PETICION:

SE REALIZA VISITA DOMICILIARIA DE CARACTERIZACI?N EN SALUD A USUARIO JEFRY LISALDA GAMBOA POR PARTE DE LA AUXILIAR DE ENFERMERIA LISBETH QUESADA DEL PROGRAMA PAPSIVI - ESE ORIENTE, LA CUAL EST? EN CURSO DE VIDA INFANCIA , EN LA VISITA SE IDENTIFICA ESQUEMA DE INMUNIZACI?N INCOMPLETO PARA EL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO (VPH) SEG?N LA EDAD DEL USUARIO. SE PROCEDE A REALIZAR EDUCACI?N SOBRE LA IMPORTANCIA DE PREVENCI?N DE LA VACUNA DE VPH

Describir gestión realizada: **Enlace**

Funcionario que realiza la Gestión: **ESE.ORIENTE**

Motivo de la solicitud: **Solicitud de Atencion en Salud PAPSIVI (Plan de Trabajo en Salud)**

Afiliación por Oficio : ☐ # Consecutivo:

GESTION:

FECHA	RESULTADO	ENGARGADO	CAPTURA GESTIÓN	Est. Sol.
26/12/2025.	.	ESE.ORIENTE.	ESE.ORIENTE.	ASIGNADO.
04/11/2025.	SE REALIZA VISITA DOMICILIARIA DE CARACTERIZACI?N EN SALUD A USUARIO JEFRY LISALDA GAMBOA POR PARTE DE LA AUXILIAR DE ENFERMERIA LISBETH QUESADA DEL PROGRAMA PAPSIVI - ESE ORIENTE, LA CUAL EST? EN CURSO DE VIDA INFANCIA , EN LA VISITA SE IDENTIFICA ESQUEMA DE VACUNACI?N INCOMPLETO PARA EL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO (VPH) SEG?N LA EDAD DEL USUARIO, SE LE INDICA A USUARIO Y MADRE DEL USUARIO QUE LA VACUNA DE VPH EST? INDICADA PARA NI?OS Y NI?AS MENORES DE 9 A 17 A?OS COMO MEDIO DE PREVENCI?N,SE PROCEDE A REALIZAR EDUCACI?N SOBRE LA IMPORTANCIA DE PREVENCI?N DE LA VACUNA DE VPH.	ESE.ORIENTE.	ESE.ORIENTE.	SEGUIMIENTO.
17/11/2025.	SE REALIZA SEGUNDA VISITA DOMICILIARIA DE SEGUIMIENTO A USUARIO POR PARTE DE LA AUXILIAR DE ENFERMERIA LISBETH QUESADA DEL PROGRAMA PAPSIVI-ESE ORIENTE, CON EL OBJETIVO DE VERIFICAR EL CUMPLIMIENTO DEL ESQUEMA DE VACUNACI?N ACORDE A SU EDAD. DURANTE LA DILIGENCIA, LA MADRE DEL USUARIO MANIFIESTA NO HABER ASISTIDO AL PUNTO DE VACUNACI?N CON EL USUARIO, COMPROMETI?NDOSE A ACUDIR EN LOS D?AS SIGUIENTES. ANTE ESTO, SE BRINDA ORIENTACI?N EFECTIVA INDICANDO QUE LA IPS M?S CERCANA ES EL PUESTO DE SALUD DE POTRERO GRANDE, CON ATENCI?N DE LUNES A VIERNES (08:00AM A 04:00PM). SE REITERA LA IMPORTANCIA Y LOS BENEFICIOS DE LA VACUNA PARA LA PREVENCI?N DEL VIRUS DE PAPILOMA HUMANO. .	ESE.ORIENTE.	ESE.ORIENTE.	SEGUIMIENTO.
25/11/2025.	SE REALIZA LLAMADA TELEF?NICA DE SEGUIMIENTO A USUARIO POR PARTE DE LA AUXILIAR DE ENFERMERIA LISBETH QUESADA DEL PROGRAMA PAPSIVI-ESE ORIENTE, CON EL FIN DE VERIFICAR LA ADHERENCIA A LA VACUNACI?N DEL USUARIO . LA MADRE DEL MENOR MANIFIESTA EL INCUMPLIMIENTO DE LA ASISTENCIA AL SERVICIO DE VACUNACI?N, DEBIDO A FALTA DE TIEMPO POR EL TRABAJO COMO BARRERA PARA LA ATENCI?N. ANTE LA REINCIDENCIA, SE REITERA LA IMPORTANCIA DE LA VACUNACI?N EN MENORES DE 9 A 17 A?OS. TRAS AGOTAR LAS ACCIONES DE SEGUIMIENTO TELEF?NICO Y PRESENCIAL SIN LOGRAR LA CAPTACI?N EFECTIVA POR FALTA DE VOLUNTAD DE LA MADRE, SE PROCEDE AL CIERRE DE LA GESTI?N POR INCUMPLIMIENTO DE COMPROMISOS PARENTALES, DEJANDO CONSTANCIA DE LA GESTI?N INTEGRAL REALIZADA POR EL PROGRAMA PAPSIVI. .	ESE.ORIENTE.	ESE.ORIENTE.	Cierre por otros Motivos.

INGRESAR GESTION O RESPUESTA AL CASO GENERADO

Viernes Diciembre 26, 2025
4:29:06 AM

Usuario: **ESE.ORIENTE**