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 # :**19022** Fecha Solicitud: **12/12/2025**

Información General Datos del Usuario

Primer Nombre Usuario: **JHON** Segundo Nombre Usuario: **JAIRO**
Primer Apellido Usuario: **SINISTERRA** Segundo Apellidos Usuario: **PANAMEÑO**
Tipo y # Documento Usuario: **C.C. - 1192917179**
Dirección: **K 37 # 55A 04**
Barrio: **Comuneros I (1502)**
Telefono Fijo: **3158281733** Telefono Celular: **3158281733**
Fecha Nacimiento: **12/04/1994** (dd/mm/yyyy) Edad: **31 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: **01/12/2025**

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: **12/12/2025**
EPS: **EMSSANAR ESS** Regimén: **Subsidiado** Estado de la Afiliación: **Activo**
Municipio: **76109 - BUENAVENTURA (Valle)** Portabilidad: **No**

Sitio de Atención: **Territorio**

Persona que vienen a realizar la Solicitud: **JHON JAIRO SINISTERRA PANAME?O**

Tipo y # Documento de la Persona que vienen a realizar la Solicitud: **C.C. - 1192917179**

Parentesco con el usuario: **Solicitante**

MOTIVO DE LA PETICION:

SE REALIZA VISITA DOMICILIARIA DE CARACTERIZACI?N EN SALUD AL USUARIO JHON JAIRO SINISTERRA PANAMENO POR PARTE DE LA AUXILIAR DE ENFERMERIA LISBETH QUESADA DEL PROGRAMA PAPSIVI - ESE ORIENTE, LA CUAL EST? EN CURSO DE VIDA ADULTEZ QUIEN CUENTA CON AFILIACI?N EN SALUD EN EL MUNICIPIO DE BUENAVENTURA/VALLE, CON EAPB ?EMSSANAR / R?GIMEN SUBSIDIADO, USUARIO REFIERE SOLICITAR TRASLADO A LA CIUDAD DE CALI PARA PODER ACCEDER A LOS SERVICIOS DE SALUD DEBIDO A QUE SU RESIDENCIA EN CALI SER? DE MANERA PERMANENTE, SE BRINDA EDUCACI?N SOBRE LA IMPORTANCIA DE LOS DERECHOS Y DEBERES EN SALUD

Describir gestión realizada: **Enlace**

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

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

Afiliación por Oficio : ☐ # Consecutivo:

GESTION:

FECHA	RESULTADO	ENGARGADO	CAPTURA GESTIÓN	Est. Sol.
20/12/2025.	.	ESE.ORIENTE.	ESE.ORIENTE.	ASIGNADO.
12/12/2025.	SE REALIZA VISITA DOMICILIARIA DE CARACTERIZACI?N EN SALUD AL USUARIO JHON JAIRO SINISTERRA PANAME?O CON C.C.-1192917179 POR PARTE DE LA AUXILIAR DE ENFERMERIA LISBETH QUESADA DEL PROGRAMA PAPSIVI - ESE ORIENTE, LA CUAL EST? EN CURSO DE VIDA ADULTEZ QUIEN CUENTA CON AFILIACI?N EN SALUD EN EL MUNICIPIO DE BUENAVENTURA/ VALLE, CON EAPB EMSSANAR/ R?GIMEN SUBSIDIADO , USUARIO REFIERE SOLICITAR UN TRASLADO DE ATENCI?N EN SALUD A LA CIUDAD DE CALI, DADO QUE SU RESIDENCIA SER? PERMANENTE. SE LE BRIND? LA ORIENTACI?N PERTINENTE, INFORMANDO QUE LA NOVEDAD DE TRASLADO SE VER? REFLEJADA EN EL SISTEMA APROXIMADAMENTE AL INICIO DEL MES SIGUIENTE, Y QUE SU ASIGNACI?N DE RED (IPS) SER? EN LA M?S CERCANA A SU VIVIENDA . EL USUARIO EXPRES? SU ENTENDIMIENTO Y CONFORMIDAD CON EL PROCESO. FINALMENTE, SE PROCEDI? A LA RECOLECCI?N Y VERIFICACI?N DE DATOS Y SOPORTE DE DOCUMENTOS PARA INICIAR FORMALMENTE LA GESTI?N ADMINISTRATIVA DEL TRASLADO..	ESE.ORIENTE.	ESE.ORIENTE.	SEGUIMIENTO.
16/12/2025.	SE REALIZA LLAMADA TELEF?NICA DE SEGUIMIENTO EN SALUD A USUARIO POR PARTE DE LA AUXILIAR DE ENFERMERIA LISBETH QUESADA DEL PROGRAMA PAPSIVI - ESE ORIENTE, EL OBJETIVO DE LA COMUNICACI?N ES NOTIFICAR QUE SE HA GESTIONADO CORRECTAMENTE POR CORREO EL PROCESO DE TRASLADO DE LA ATENCI?N A LA CIUDAD DE CALI. SE LE PROPORCION? LA INDICACI?N FORMAL DE MANTENERSE A LA ESPERA DE LA RESPUESTA OFICIAL POR PARTE DE LA (EAPB), REFERENTE A LA APROBACI?N Y COORDINACI?N EFECTIVA DEL TRASLADO, MANIFEST? RECIBIR Y ACEPTAR LA INFORMACI?N SUMINISTRADA. .	ESE.ORIENTE.	ESE.ORIENTE.	SEGUIMIENTO.
19/12/2025.	SE REALIZA LLAMADA TELEF?NICA DE SEGUIMIENTO EN SALUD A USUARIO POR PARTE DE LA AUXILIAR DE ENFERMERIA LISBETH QUESADA DEL PROGRAMA PAPSIVI - ESE ORIENTE, SE LE BRINDA INFORMACI?N DE LA GESTI?N EXITOSA DEL TRASLADO DE ATENCI?N EN SALUD, SU REGISTRO YA SE ENCUENTRA ACTIVO CON LA (EAPB)EMSSANAR EN EL R?GIMEN / SUBSIDIADO A PARTIR DEL 01/01/2026,SE LE HA ASIGNADO LA ATENCI?N EN LA RED DE SALUD DEL ORIENTE EN LA IPS M?S CERCANA A SU VIVIENDA. SE LE INDIC? QUE YA TIENE ACCESO PLENO Y PERMANENTE DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN LA CIUDAD DE CALI. ADICIONALMENTE, SE PROPORCIONARON ORIENTACIONES Y EDUCACI?N EN SALUD PERTINENTES A SU CASO. USUARIA EXPRES? SU AGRADECIMIENTO POR LA GESTI?N REALIZADA. .	ESE.ORIENTE.	ESE.ORIENTE.	Cerrado por resolucion de la solicitud.

INGRESAR GESTION O RESPUESTA AL CASO GENERADO

Viernes Diciembre 26, 2025
2:36:34 AM

Usuario: **ESE.ORIENTE**