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 # :**18819** Fecha Solicitud: **04/11/2025**

Información General Datos del Usuario

Primer Nombre Usuario: **JOISER** Segundo Nombre Usuario: **ESMITH**
Primer Apellido Usuario: **MINA** Segundo Apellidos Usuario: **RIASCOS**
Tipo y # Documento Usuario: **T.I. - 1150944713**
Dirección: **CL 122C # 28D7 - 57**
Barrio: **Potrero Grande (2196)**
Telefono Fijo: Telefono Celular: **3114767742**
Fecha Nacimiento: **16/03/2013** (dd/mm/yyyy) Edad: **12 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: **20/10/2025**

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: **25/10/2025**
EPS: **SURA EPS** Regimén: **Subsidiado** Estado de la Afiliación: **Activo**
Municipio: **05129 - CALDAS (Antioquia)** Portabilidad: **No**

Sitio de Atención: **Territorio**

Persona que vienen a realizar la Solicitud: **JOHANA PATRICIA RIASCOS CARDENAS**

Tipo y # Documento de la Persona que vienen a realizar la Solicitud: **C.C. - 1151442823**

Parentesco con el usuario: **Madre**

MOTIVO DE LA PETICION:

SE REALIZA VISITA DOMICILIARIA DE CARACTERIZACI?N EN SALUD AL USUARIO JOISER ESMITH MINA RIASCOS POR PARTE DE LA AUXILIAR DE ENFERMERIA LISBETH QUESADA VELANDIA DEL PROGRAMA PAPSIVI - ESE ORIENTE, EL CUAL EST? EN CURSO DE VIDA ADOLESCENCIA QUIEN CUENTA CON AFILIACI?N EN SALUD EN EL MUNICIPIO DE ANTIOQUIA/CALDAS, CON EAPB SURA/SUBSIDIADO, MADRE DE EL 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.
27/11/2025.	.	ESE.ORIENTE.	ESE.ORIENTE.	ASIGNADO.
04/11/2025.	SE REALIZA VISITA DOMICILIARIA DE CARACTERIZACI?N EN SALUD AL USUARIO JOISER ESMITH MINA RIASCOS CON TI. 1150944713, POR PARTE DE LA AUXILIAR DE ENFERMERIA LISBETH QUESADA VELANDIA DEL PROGRAMA PAPSIVI - ESE ORIENTE, EL CUAL EST? EN CURSO DE VIDA ADOLESCENCIA, QUIEN CUENTA CON AFILIACI?N EN SALUD EN EL MUNICIPIO DE ANTIOQUIA/ CALDAS, CON EAPB SURA /SUBSIDIADO , MADRE DEL 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 LE INDICA A LA USUARIA QUE LA SOLICITUD SE VER? REFLEJADA HASTA EL SIGUIENTE MES APROXIMADAMENTE Y QUE SU ATENCI?N SER? ASIGNADA EN LA IPS M?S CERCANA A SU RESIDENCIA , USUARIA REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR, SE RECOPILAN LOS DATOS Y DOCUMENTOS CORRESPONDIENTES DE LA USUARIO PARA INICIAR CON LA GESTI?N DE TRASLADO .	ESE.ORIENTE.	ESE.ORIENTE.	SEGUIMIENTO.
10/11/2025.	SE REALIZA LLAMADA TELEF?NICA DE SEGUIMIENTO EN SALUD AL USUARIO POR PARTE DE LA AUXILIAR DE ENFERMERIA LISBETH QUESADA DEL PROGRAMA PAPSIVI - ESE ORIENTE, MADRE DEL USUARIO REFIERE QUE REQUIERE QUE EL TRASLADO NO SEA PARA LA MISMA EAPB SURA/SUBSIDIADO, SI NO PARA LA EAPB DE LA MADRE ASMETSALUD/SUBSIDIADO, Y REQUIERE QUE SU IPS DE ATENCION SEA EN LA RED DE SALUD DEL ORIENTE EN LA CIUDAD DE CALI, SE LE INDICA QUE SE INICIARA CON LA GESTION..	ESE.ORIENTE.	ESE.ORIENTE.	SEGUIMIENTO.
14/11/2025.	SE REALIZA SEGUNDA VISITA DOMICIALIARIA DE SEGUIMIENTO EN SALUD AL USUARIO JOISER ESMITH MINA RIASCOS POR PARTE DE LA AUXILIAR DE ENFERMERIA LISBETH QUESADA DEL PROGRAMA PAPSIVI - ESE ORIENTE, SE LE INDICA A LA MADRE DEL USUARIO JOHANA PATRICIA RIASCOS QUE YA SE REALIZ? LA GESTI?N DE TRASLADO A LA CIUDAD DE CALI, SE LE INDICA ESTAR A LA ESPERA DE RESPUESTA POR PARTE DE LA EAPB, MADRE DEL USUARIO REFIERE RECIBIR Y ACEPTAR LA INFORMACI?N, SE BRINDA EDUCACION EN SALUD.	ESE.ORIENTE.	ESE.ORIENTE.	SEGUIMIENTO.
04/12/2025.	SE REALIZA LLAMADA TELEF?NICA AL A MADRE DEL USUARIO JOISER ESMITH MINA RIASCOS POR PARTE DE LA AUXILIAR DE ENFERMERIA LISBETH QUESADA DEL PROGRAMA PAPSIVI - ESE ORIENTE, SE LE INDICA A LA MADRE QUE DESDE LA FECHA 01 /30/2025 YA CUENTA CON GESTI?N DE TRASLADO CON EAPB ASMET SALUD/ REGIMEN SUBSIDIADO CON IPS DE ATENCI?N ASIGNADA EN EL HOSPITAL CARLOS HOLMES/RED DE SALUD DEL ORIENTE ,SE LE INDICA QUE YA PUEDE ACCEDER DE MANERA PERMANENTE A LOS SERVICIOS EN SALUD EN LA CIUDAD DE CALI, SE LE BRINDA EDUCACIONES EN SALUD, MADRE DEL USUARIO REFIERE AGRADECER. .	ESE.ORIENTE.	ESE.ORIENTE.	Cerrado por resolucion de la solicitud.

INGRESAR GESTION O RESPUESTA AL CASO GENERADO

Lunes Diciembre 22, 2025
5:47:11 AM

Usuario: **ESE.ORIENTE**