| | | |
|---|---|---|
| ALCALDÍA DE SANTIAGO DE CALI<br>SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA<br>DESARROLLO SOCIAL<br>SERVICIO DE SALUD PUBLICA | SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD<br>SGGC - MECI - SISTEDA<br>**REGISTRO DE SOLICITUDES EN SALUD RECIBIDAS VERBALMENTE PARA EL AREA DE PROMOCION SOCIAL** | MMDS01.03.08.18.P02.F02<br>VERSION: 1<br>FECHA APROBACION: |

Solicitud # :**18864** Fecha Solicitud: **28/11/2025**

**Información General Datos del Usuario**

Primer Nombre Usuario: **OTTO** Segundo Nombre Usuario: **LUIS**
Primer Apellido Usuario: **OBANDO** Segundo Apellidos Usuario: **ENRIQUEZ**
Tipo y # Documento Usuario: **C.C. - 1087196975**
Dirección: **CL 123A # 28E-45**
Barrio: **Potrero Grande (2196)**
Telefono Fijo: **3173267491** Telefono Celular: **3173267491**
Fecha Nacimiento: **06/01/1990** (dd/mm/yyyy) Edad: **35 aÑos** Sexo: **M = Masculino**

**Caracterización de la condicion de Vulnerabilidad y/o Vulneración**

Etnia: **Afrodescendiente** Discapacidad: ☑ Tipo Discapacidad: **Multiple** Estado del RLCPD: **Registro Completo**
El Usuario es *:
☑ Desplazamiento Forzado
Estado de la Inclusión en el RUV: **Incluido** Fecha de la Verificación en Vivanto: **29/10/2025**

| | | | |
|---|---|---|---|
| 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: **52835 - TUMACO (Nari?o)** Portabilidad: **No**

Sitio de Atención: **Territorio**

Persona que vienen a realizar la Solicitud: **OTTO LUIS OBANDO ENRIQUEZ**

Tipo y # Documento de la Persona que vienen a realizar la Solicitud: **C.C. - 1087196975**

Parentesco con el usuario: **Solicitante**

**MOTIVO DE LA PETICION:**

**SE REALIZA VISITA DOMICILIARIA DE CARACTERIZACI?N EN SALUD AL USUARIO OTTO LUIS OBANDO ENRIQUEZ 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 TUMACO/NARINO, CON EAPB EMSSANAR / R?GIMEN SUBSIDIADO,FAMILIAR 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 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. |
|---|---|---|---|---|
| 02/12/2025. | . | ESE.ORIENTE. | ESE.ORIENTE. | ASIGNADO. |
| 28/11/2025. | SE REALIZA VISITA DOMICILIARIA DE CARACTERIZACI?N EN SALUD AL USUARIO OTTO LUIS OBANDO ENRIQUEZ CON C.C.-1087196975, 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 TUMACO/NARI?O, CON EAPB EMSSANAR/ R?GIMEN SUBSIDIADO ,FAMILIAR 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, REFIERE QUE ANTES CONTABA CON PORTABILIDAD PERO REQUIERE EN ESTA OCASION EL TRASLADO, SE LE INDICA AL FAMILIAR(TIA)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 USUARIA PARA INICIAR CON LA GESTI?N DE TRASLADO . | ESE.ORIENTE. | ESE.ORIENTE. | SEGUIMIENTO. |
| 05/12/2025. | SE REALIZA LLAMADA TELEF?NICA DE SEGUIMIENTO EN SALUD A CUIDADOR DEL 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. |
| 18/12/2025. | SE REALIZA LLAMADA TELEF?NICA DE SEGUIMIENTO EN SALUD A CUIDADOR DEL 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 18/12/2025 ,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. CUIDADOR DE USUARIO 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
2:19:42 AM

Usuario: **ESE.ORIENTE**