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 # :**18821** Fecha Solicitud: **03/11/2025**

Información General Datos del Usuario

Primer Nombre Usuario: **RUBEN** Segundo Nombre Usuario: **DARIO**
Primer Apellido Usuario: **ALZAMORA** Segundo Apellidos Usuario: **OBANDO**
Tipo y # Documento Usuario: **C.C. - 1086045439**
Dirección: **KR 28 E2 #123 D -13**
Barrio: **Potrero Grande (2196)**
Telefono Fijo: Telefono Celular: **3206757460**
Fecha Nacimiento: **25/06/1985** (dd/mm/yyyy) Edad: **40 aÑos** Sexo: **M = Masculino**

Caracterización de la condicion de Vulnerabilidad y/o Vulneración

Etnia: **Negro** 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: **28/10/2025**
EPS: **SOS** 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: **RUBEN DARIO ALZAMORA OBANDO**

Tipo y # Documento de la Persona que vienen a realizar la Solicitud: **C.C. - 1086045439**

Parentesco con el usuario: **Solicitante**

MOTIVO DE LA PETICION:

SE REALIZA VISITA DOMICILIARIA DE CARACTERIZACI?N EN SALUD AL USUARIO RUBEN DARIO ALZAMORA OBANDO POR PARTE DE LA AUXILIAR DE ENFERMERIA LISBETH QUESADA DEL PROGRAMA PAPSIVI - ESE ORIENTE, EL CUAL EST? EN CURSO DE VIDA ADULTEZ, CON EAPB SOS/ R?GIMEN SUBSIDIADO, USUARIO REFIERE SOLICITAR CAMBIO DE IPS A LA M?S CERCANA A SU LUGAR DE RESIDENCIA DEBIDO A QUE NO CUENTA CON LA CAPACIDAD DE TRASLADO PARA ASISTIR A LOS SERVICIOS DE SALUD EN LA IPS ASIGNADA POR LA EAPB, 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: **Solicitud de Atencion en Salud PAPSIVI (Plan de Trabajo en Salud)**

Afiliación por Oficio : ☐ # Consecutivo:

GESTION:

FECHA	RESULTADO	ENGARGADO	CAPTURA GESTIÓN	Est. Sol.
27/11/2025.	.	ESE.ORIENTE.	ESE.ORIENTE.	ASIGNADO.
03/11/2025.	SE REALIZA VISITA DOMICILIARIA DE CARACTERIZACI?N EN SALUD AL USUARIO RUBEN DARIO ALZAMORA OBANDO POR PARTE DE LA AUXILIAR DE ENFERMERIA LISBETH QUESADA DEL PROGRAMA PAPSIVI - ESE ORIENTE, LA CUAL EST? EN CURSO DE VIDA ADULTEZ, CON EAPB SOS/ R?GIMEN SUBSIDIADO, CON ATENCION EN SALUD EN COMFANDY DEL SUR, USUARIO REFIERE SOLICITAR CAMBIO DE ATENCION EN SALUD IPS A LA RED DE SALUD DEL ORIENTE EN EL PUESTO DE SALUD MAS CERCANA A SU LUGAR DE RESIDENCIA, BARRIO POTRERO GRANDE, DEBIDO A QUE NO CUENTA CON LA CAPACIDAD DE TRASLADO PARA ASISTIR A LOS SERVICIOS DE SALUD EN LA IPS ASIGNADA POR LA EAPB, SE BRINDA EDUCACI?N SOBRE LA IMPORTANCIA DE LOS DERECHOS Y DEBERES EN SALUD .	ESE.ORIENTE.	ESE.ORIENTE.	SEGUIMIENTO.
10/11/2025.	SE REALIZA LLAMADA TELEF?NICA DE SEGUIMIENTO EN SALUD AL USUARIO RUBEN ALZAMORA POR PARTE DE LA AUXILIAR DE ENFERMERIA LISBETH QUESADA DEL PROGRAMA PAPSIVI - ESE ORIENTE, SE LE INDICA AL USUARIO QUE YA SE REALIZ? LA GESTI?N DE EL CAMBIO DE IPS A LA RED DE SALUD DEL ORIENTE PARA RECIBIR SU ATENCION EN EL PUESTO DE SALUD MAS CERCANO DE SU RESIDENCIA, SE LE INDICA ESTAR A LA ESPERA DE RESPUESTA POR PARTE DE LA EAPB, USUARIO REFIERE RECIBIR Y ACEPTAR LA INFORMACI?N .	ESE.ORIENTE.	ESE.ORIENTE.	SEGUIMIENTO.
27/11/2025.	SE REALIZA LLAMADA TELEF?NICA DE SEGUIMIENTO EN SALUD AL USUARIA POR PARTE DE LA AUXILIAR DE ENFERMERIA DEL PROGRAMA PAPSIVI - ESE ORIENTE, SE LE INDICA AL USUARIO QUE DESDE LA FECHA 01/12/2025 YA CUENTA CON ATENCI?N EN SALUD ASIGNADA EN LA RED DE SALUD DEL ORIENTE , SE LE INDICA QUE YA PUEDE ACCEDER A LOS SERVICIOS EN SALUD EN EL PUESTO MAS CERCANO DE SU RESIDENCIA(PUESTO DE SALUD POTRERO GRANDE), SE LE BRINDA EDUCACIONES EN SALUD, USUARIO REFIERE AGRADECER. .	ESE.ORIENTE.	ESE.ORIENTE.	Cerrado por resolucion de la solicitud.

INGRESAR GESTION O RESPUESTA AL CASO GENERADO

Lunes Diciembre 22, 2025
7:16:28 AM

Usuario: **ESE.ORIENTE**