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 # :**18820** Fecha Solicitud: **03/11/2025**

Información General Datos del Usuario

Primer Nombre Usuario: **SOILA** Segundo Nombre Usuario: **MAYELI**
Primer Apellido Usuario: **GUERRERO** Segundo Apellidos Usuario: **CAMPAZ**
Tipo y # Documento Usuario: **C.C. - 38463987**
Dirección: **KR 28 E #124 A - 21**
Barrio: **Potrero Grande (2196)**
Telefono Fijo: Telefono Celular: **3174207836**
Fecha Nacimiento: **03/11/1982** (dd/mm/yyyy) Edad: **43 aÑos** Sexo: **F = Femenino**

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: **COOSALUD E.S.S.** 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: **SOILA MAYELI GUERRERO CAMPAZ**

Tipo y # Documento de la Persona que vienen a realizar la Solicitud: **C.C. - 38463987**

Parentesco con el usuario: **Solicitante**

MOTIVO DE LA PETICION:

SE REALIZA VISITA DOMICILIARIA DE CARACTERIZACI?N EN SALUD A LA USUARIA SOILA MAYELI GUERRERO CAMPAZ POR PARTE DE LA AUXILIAR DE ENFERMERIA LISBETH QUESADA DEL PROGRAMA PAPSIVI - ESE ORIENTE, LA CUAL EST? EN CURSO DE VIDA ADULTEZ , QUIEN PRESENTA BARRERAS EN SALUD POR PARTE DE SU EAPB COOSALUD/R?GIMEN SUBSIDIADO, EN LA ASIGNACI?N DE CITA POR MEDICINA ESPECIALIZADA QUE LA USUARIA REQUIERE, SE BRINDA EDUCACI?N SOBRE LA IMPORTANCIA DE LOS DERECHO 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.
04/11/2025.	SE REALIZA VISITA DOMICILIARIA DE CARACTERIZACI?N EN SALUD A LA USUARIA SOILA MAYELI GUERRERO CAMPAZ POR PARTE DE LA AUXILIAR DE ENFERMERIA LISBETH QUESADA DEL PROGRAMA PAPSIVI - ESE ORIENTE, LA CUAL EST? EN CURSO DE VIDA ADULTEZ , QUIEN PRESENTA BARRERAS EN SALUD POR PARTE DE SU EAPB COOSALUD/R?GIMEN SUBSIDIADO, EN LA ASIGNACI?N DE CITA POR MEDICINA ESPECIALIZADA (ORTOPEDIA) QUE LA USUARIA REQUIERE, SE LE INDICA QUE SE REALIZARA LA GESTION PARA LA SOLUCION DE LA BARRERA EN SALUD Y ASIGNACION DE LA CITA REQUERIDA, SE BRINDA EDUCACI?N SOBRE LA IMPORTANCIA DE LOS DERECHO Y DEBERES EN SALUD. .	ESE.ORIENTE.	ESE.ORIENTE.	SEGUIMIENTO.
14/11/2025.	SE REALIZA VISITA DOMICILIARIA DE SEGUIMIENTO EN SALUD A LA USUARIA POR PARTE DE LA AUXILIAR DE ENFERMERIA LISBETH QUESADA DEL PROGRAMA PAPSIVI ESE - ORIENTE, SE BRINDA INFORMACI?N DE LOS DATOS DE LA CITA POR ORTOPEDIA ASIGNADA Y SUS INDICACIONES , CON FECHA: 27/11/2025 Y HORA: 01:50 PM EN EL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS, USUARIA REFIERE COMPROMETERSE A ASISTIR A LA CITA. .	ESE.ORIENTE.	ESE.ORIENTE.	SEGUIMIENTO.
02/12/2025.	SE REALIZA LLAMADA TELEF?NICA DE SEGUIMIENTO EN SALUD A LA USUARIA SOIILA MAYELI GUERRERO POR PARTE DE LA AUXILIAR DE ENFERMERIA LISBETH QUESADA DEL PROGRAMA PAPSIVI - ESE ORIENTE, EL OBJETIVO DE LA COMUNICACI?N FUE VERIFICAR LA ADHERENCIA DE LA PACIENTE A LA CITA ASIGNADA DE MEDICINA ESPECIALIZADA . LA USUARIA CONFIRM? SU ASISTENCIA, LO CUAL PERMITI? DOCUMENTAR EL CIERRE DE LA BARRERA DE ACCESO A SERVICIOS DE SALUD PREVIAMENTE IDENTIFICADA. SE REGISTRA LA SATISFACCI?N Y EL AGRADECIMIENTO MANIFESTADO POR LA USUARIA. .	ESE.ORIENTE.	ESE.ORIENTE.	Cerrado por resolucion de la solicitud.

INGRESAR GESTION O RESPUESTA AL CASO GENERADO

Lunes Diciembre 22, 2025
7:05:48 AM

Usuario: **ESE.ORIENTE**