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 # :**18988** Fecha Solicitud: **12/12/2025**

Información General Datos del Usuario

Primer Nombre Usuario: **YILSON** Segundo Nombre Usuario: **ESNEIDER**
Primer Apellido Usuario: **LOPEZ** Segundo Apellidos Usuario: **LOPEZ**
Tipo y # Documento Usuario: **T.I. - 1149444321**
Dirección: **INVASION BRISA DE LAS TORRES**
Barrio: **Pizamos I - Pilar (2101)**
Telefono Fijo: **3218185163** Telefono Celular: **3218185163**
Fecha Nacimiento: **09/03/2010** (dd/mm/yyyy) Edad: **15 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: **03/11/2025**

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: **09/12/2025**
EPS: **EPSS CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL CHOCO COMFACHOCO** Regimén: **Subsidiado** Estado de la Afiliación: **Activo**
Municipio: **27361 - ITSMINA (Choco)** Portabilidad: **No**

Sitio de Atención: **Territorio**

Persona que vienen a realizar la Solicitud: **YILSON ESNEIDER LOPEZ LOPEZ**

Tipo y # Documento de la Persona que vienen a realizar la Solicitud: **T.I. - 1149444321**

Parentesco con el usuario: **Solicitante**

MOTIVO DE LA PETICION:

SE REALIZA VISITA DOMICILIARIA DE CARACTERIZACI?N EN SALUD A LA USUARIA YILSON ESNEIDER LOPEZ LOPEZ POR PARTE DE LA AUXILIAR DE ENFERMERIA LISBETH QUESADA DEL PROGRAMA PAPSIVI - ESE ORIENTE, LA CUAL EST? EN CURSO DE VIDA ADOLECENCIA QUIEN CUENTA CON AFILIACI?N EN SALUD EN EL MUNICIPIO DE CHOCO/ITSMINA, CON EAPB COMFACHOCO/ R?GIMEN SUBSIDIADO, EN LA VISITA SE LOGRA IDENTIFICAR QUE EL USUARIO NO CUENTA CON ATENCION EN EL MUNICIPIO DE CALI, POR LO CUAL SE BRIND? ASESOR?A SOBRE LOS MECANISMOS DE PORTABILIDAD Y TRASLADO, SE BRINDA EDUCACION EN DERECHOS Y DEBERES EN SALUD

Describir gestión realizada: **Información**

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: **0**

GESTION:

FECHA	RESULTADO	ENGARGADO	CAPTURA GESTIÓN	Est. Sol.
17/12/2025.	.	ESE.ORIENTE.	ESE.ORIENTE.	ASIGNADO.
09/12/2025.	SE REALIZA VISITA DOMICILIARIA DE CARACTERIZACI?N EN SALUD AL USUARIO YILSON ESNEIDER LOPEZ LOPEZ C.C.-1149444321 POR PARTE DE LA AUXILIAR DE ENFERMERIA LISBETH QUESADA DEL PROGRAMA PAPSIVI - ESE ORIENTE, LA CUAL EST? EN CURSO DE VIDA ADOLESCENCIA QUIEN CUENTA CON AFILIACI?N EN SALUD EN EL MUNICIPIO DE CHOCO/ITSMINA, CON EAPB COMFACHOCO/ R?GIMEN SUBSIDIADO SE LOGRA IDENTIFICAR QUE EL USUARIO NO CUENTA CON ATENCION EN EL MUNICIPIO DE CALI, POR LO CUAL SE BRIND? ASESOR?A SOBRE LOS MECANISMOS DE PORTABILIDAD Y TRASLADO PARA GARANTIZAR LA CONTINUIDAD DEL SERVICIO. NO OBSTANTE, EL USUARIO MANIFEST? QUE SU ESTANCIA EN LA CIUDAD ES TRANSITORIA (APROXIMADAMENTE UN MES ADICIONAL), RAZ?N POR LA CUAL DESISTE DE INICIAR ALG?N PROCESO. SE LE RECUERDA LA IMPORTANCIA DE CONTAR CON ATENCION EN SALUD EN LA RESIDENCIA ACTUAL,USUARIO REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR LA INFORMACION .	ESE.ORIENTE.	ESE.ORIENTE.	SEGUIMIENTO.
09/12/2025.	FINALMENTE SE REALIZ? EL CIERRE DE LA VISITA MEDIANTE EDUCACI?N EN DERECHOS Y DEBERES EN SALUD, CON ?NFASIS EN LA CORRESPONSABILIDAD DEL USUARIO Y EL ACCESO A SERVICIOS DE URGENCIAS, ANTE LO CUAL LA USUARIA EXPRES? COMPRENSI?N Y SATISFACCI?N CON LA ORIENTACI?N RECIBIDA .	ESE.ORIENTE.	ESE.ORIENTE.	SEGUIMIENTO.
17/12/2025.	SE REALIZ? UN NUEVO SEGUIMIENTO RESPECTO A LA GESTI?N DE TRASLADO O PORTABILIDAD DE SERVICIOS DE SALUD; SIN EMBARGO, MADRE DEL USUARIO Y USUARIO PERSISTEN EN LA NEGATIVA DE REALIZAR DICHO TR?MITE, REITERANDO LOS MOTIVOS MANIFESTADOS EN EL PRIMER ENCUENTRO. ANTE ESTA SITUACI?N, SE PROCEDI? AL CIERRE DE LA VISITA PROPORCIONANDO EDUCACI?N EN SALUD INTEGRAL Y ORIENTACIONES PERTINENTES AL CURSO DE VIDA..	ESE.ORIENTE.	ESE.ORIENTE.	Cierre por otros Motivos.

INGRESAR GESTION O RESPUESTA AL CASO GENERADO

Viernes Diciembre 26, 2025
2:33:04 AM

Usuario: **ESE.ORIENTE**