



000903-13626

Para responder a este documento, favor citar este número, 13626

Pereira, 08 de julio de 2016

**DIRECCION OPERATIVA DE PRESTACION DE
SERVICIOS DE SALUD**

Doctora
LUZ ADRIANA ANGEL OSORIO
Secretaria de Salud y Seguridad Social
Municipio de Pereira
Calle 19 Numero 10-02
PEREIRA, Risaralda

ALCALDIA DE PEREIRA
Radicación No: **31778-2016**
Fecha: 11/07/2016-16:09:18
Recibido por: MARIA DEL PILAR PELAEZ RIVERA
Destino: Secretaria de Salud y Seguridad Social
Anexo: **7-10/16**

Asunto: Afiliación menor de edad.

Cordial saludo

Conforme al fallo proferido dentro de la acción de tutela impetrada por la señora MARIA FERNANDA RAMIREZ URBANO identificada con cedula de ciudadanía No. 38.557.117, en representación de sus hijo menor de edad DANILO RAMIREZ RAMIREZ, identificado con tarjeta de identidad No. 1.110.290.144. El JUZGADO PRIMERO PENAL MUNICIPAL CON FUNCION DE CONTROL DE GARANTIAS DE PEREIRA QUE ORDENÓ DISPONER DE FORMA INMEDIATA LA AFILIACIÓN DEL MENOR AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD BAJO EL REGIMEN SUBSIDIADO .

Por lo colorario, solicitamos gestionar los respectivos trámites para la INSCRIPCION del menor DANILO RAMIREZ RAMIREZ identificado con tarjeta de identidad No. 1.110.290.144, en el SISBEN.

El número móvil celular de la madre MARIA FERNANDA RAMIREZ URBANO del menor DANILO RAMIREZ RAMIREZ, es 3015370437, dado que se desconoce su domicilio actual.

Anexo documentos.

Solicitud que se hace de acuerdo a la competencia única del Municipio y de conformidad al Artículo 44 de la Ley 715 de 2001.

De antemano agradezco su colaboración.

Atentamente,



000903-13626

DIRECCION OPERATIVA DE PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD

ALVARO AUGUSTO AYALA GARZON
Director Operativo Prestacion de Servicios de Salud
DIRECCION OPERATIVA DE PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD

Reviso : JOSE ASDRUBAL MORALES TORRES-Contratista ✓

Anexos Digitales:

[DANILO RAMIREZ RAMIREZ.pdf](#)

[Danilo_Ramirez.pdf](#)

[Danilo.pdf](#)

[Normas.pdf](#)

Copia interna: - Francisco Orlando Acosta Nino, Auxiliar Administrativo

Proyectó: Stephanie Urrea Molina



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO 1.110.290.144
NOMBRE RAMIREZ RAMIREZ
MUNICIPIO DANILO
DEPARTAMENTO



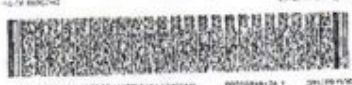
Danilo Ramirez



24-OCT-2005

CIUDAD DE CALI
CALI (VALLE)
24-OCT-2023
28-OCT-2012 CALI

O+ M
S. P. M. SEXO



D. JAVIER GONZALEZ / D. JAVIER GONZALEZ / D. JAVIER GONZALEZ



Esta identificación no se encuentra registrada.

Tipo de Documento:

Tarjeta de Identidad

Numero de Documento:

1110290144

Nombres:

Base Certificada Nacional - Corte: 26 de mayo del 2016




**EL SUSCRITO FISCAL VEINTE ESPECIALIZADO
DELEGADO ANTE LOS JUZGADOS PENALES DE CIRCUITO
ESPECIALIZADOS**

CERTIFICA QUE:

En la Fiscalía Veinte Especializado de la Seccional de Cali, se adelanta proceso penal radicado con el No, SPOA **760016000193201536039**, por los delitos de Homicidio Agravado, Concierto para Delinquir, Fabricación, Tráfico, Porte de Tenencia de Armas de Fuego, partes o municiones y Extorsión, investigación en la que señora **MARIA FERNANDA RAMIREZ URBANO**, identificada con la cédula de ciudadanía No. **38.557.117** expedida en Cali, es testigo y se encuentra amenazada.

La presente certificación se expide en Santiago de Cali, a los veintinueve (29) días del mes de junio del año dos mil dieciséis (2016), a solicitud de la señora Ramirez Urbano, con destino a CAFESALUD.


IVAN AGUIRRE BENAVIDEZ
Fiscal Veinte Especializado

 FISCALÍA ANTICORRUPCIÓN	PROCESO INVESTIGACIÓN Y JUDICIALIZACIÓN		Código: F(21-20-P-12)
	CONSTANCIA		Versión: 01
			Página: 1 de 1

Departamento: Valle del Cauca Municipio: Cali Fecha: Hora:

1. Código único de la investigación:

76	001	60	00193	2015	36039
Dpto.	Municipio	Entidad	Unidad Receptora	Año	Consecutivo

2. Descripción del asunto (indique brevemente los motivos de la constancia):

Que revisada la noticia criminal anteriormente descrita, se pudo establecer que cursa contra el señor **WEIMARH RAMIREZ VARGAS** identificado con cédula de ciudadanía 16.925.886, por los delitos de Homicidio Agravado, concierto para delinquir con fines de homicidio, fabricación, tráfico, porte o tenencia de armas de fuego, partes o municiones y extorsión. En la actualidad el señor Ramirez Vargas se encuentra con medida de aseguramiento de detención preventiva en establecimiento carcelario. Igualmente dentro de la misma se constata que la señora **MARÍA FERNANDA RAMIREZ URBANO** identificada con cédula de ciudadanía 38.557.177 actúa como testigo directo contra su excompañero sentimental y padre de su hijo y quien manifiesta que las personas que a continuación se relacionan hacen parte de su núcleo familiar:

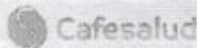
Nombre y Apellidos	Documento de identificación	Edad	Parentesco
Luisa Fernanda Gallego Ramirez	1.192.817.043	16	Hija
Danielo Ramirez Ramirez	1.116.290.144	10	Hijo
Rogers Leandro Hernández López	1.107.054.148	29	Compañero
Jorge Tulio Ramirez Valencia	14.439.646	71	Padre
Luz Stella Urbano Ortega	31.300.349	61	Madre
Ximena Ramirez Urbano	66.978.753	40	Hermana
Tulio Fabian Ramirez Urbano	94.510.086	38	Hermano
Opwaldo Londoño	1.144.197.011	19	Hermano de crianza
Jhon James Tacha Ramirez	1.144.082.636	20	Sobrino
Jhon Jair Tacha Ramirez	1.144.090.052	19	Sobrino
Santiago Garcia Ramirez	1.105.365.564	10	Sobrino
José Alexander Ocampo Rodriguez	16.938.617	36	Cuñado

3. Datos del servidor:

Nombre y apellidos:	Iván Aguirre Benavides		
Dirección:	Calle 10 # 5-77 Piso 11, Edificio San Francisco	Oficina: 1104	
Departamento:	Valle del Cauca	Municipio:	Santiago de Cali
Teléfono:	3927900 ext. 1502	Correo electrónico:	ivbu_benavides@fiscalia.gov.co
Unidad:	Especializada	No. de Fiscalía: 20	

Firma y Cargo:


 IVÁN AGUIRRE BENAVIDES
 FISCAL 20 ESPECIALIZADO



No. 3009782798

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACION

MINISTERIO DE NOVEDADES AL SERVIDOR

DATOS DEL TRABAJADOR

Nombre y Apellido: _____

Código de Identificación: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Sexo: Masculino Femenino

Estado Civil: Casado Soltero Viudo Separado

Profesión: _____

DATOS DE LA EMPRESA

Nombre de la Empresa: _____

Código de Identificación: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____

DATOS DE IDENTIFICACION DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Nº	Nombre y Apellido	Fecha de Nacimiento	Sexo	Estado Civil	Profesión
1					
2					
3					
4					
5					

DATOS DE IDENTIFICACION DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR (Continúa)

Nº	Nombre y Apellido	Fecha de Nacimiento	Sexo	Estado Civil	Profesión
6					
7					
8					
9					
10					

DATOS DE IDENTIFICACION DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR (Continúa)

Nº	Nombre y Apellido	Fecha de Nacimiento	Sexo	Estado Civil	Profesión
11					
12					
13					
14					
15					

DATOS DE IDENTIFICACION DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR (Continúa)

Nº	Nombre y Apellido	Fecha de Nacimiento	Sexo	Estado Civil	Profesión
16					
17					
18					
19					
20					

DATOS DE IDENTIFICACION DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR (Continúa)

Nº	Nombre y Apellido	Fecha de Nacimiento	Sexo	Estado Civil	Profesión
21					
22					
23					
24					
25					

DATOS DE IDENTIFICACION DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR (Continúa)

Nº	Nombre y Apellido	Fecha de Nacimiento	Sexo	Estado Civil	Profesión
26					
27					
28					
29					
30					

REPORTE DE NOVEDADES

1. Modificación de datos básicos de identificación:

2. Cambio de datos de contacto:

3. Anulación de afiliación:

4. Anulación de inscripción de afiliación:

5. Anulación de inscripción de afiliación de dependiente:

6. Anulación de inscripción de afiliación de dependiente:

7. Anulación de inscripción de afiliación de dependiente:

8. Anulación de inscripción de afiliación de dependiente:

9. Anulación de inscripción de afiliación de dependiente:

10. Anulación de inscripción de afiliación de dependiente:

11. Anulación de inscripción de afiliación de dependiente:

12. Anulación de inscripción de afiliación de dependiente:

13. Anulación de inscripción de afiliación de dependiente:

14. Anulación de inscripción de afiliación de dependiente:

15. Anulación de inscripción de afiliación de dependiente:

16. Anulación de inscripción de afiliación de dependiente:

17. Anulación de inscripción de afiliación de dependiente:

18. Anulación de inscripción de afiliación de dependiente:

DATOS DE IDENTIFICACION DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR (Continúa)

Nº	Nombre y Apellido	Fecha de Nacimiento	Sexo	Estado Civil	Profesión
31					
32					
33					
34					
35					

DECLARACIONES Y OBSERVACIONES

1. Declaración de no haber sido afiliado a otra entidad de seguridad social:

2. Declaración de no haber sido afiliado a otra entidad de seguridad social:

3. Declaración de no haber sido afiliado a otra entidad de seguridad social:

4. Declaración de no haber sido afiliado a otra entidad de seguridad social:

5. Declaración de no haber sido afiliado a otra entidad de seguridad social:

6. Declaración de no haber sido afiliado a otra entidad de seguridad social:

7. Declaración de no haber sido afiliado a otra entidad de seguridad social:

8. Declaración de no haber sido afiliado a otra entidad de seguridad social:

9. Declaración de no haber sido afiliado a otra entidad de seguridad social:

10. Declaración de no haber sido afiliado a otra entidad de seguridad social:

DATOS DE IDENTIFICACION DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR (Continúa)

Nº	Nombre y Apellido	Fecha de Nacimiento	Sexo	Estado Civil	Profesión
36					
37					
38					
39					
40					

DATOS DE IDENTIFICACION DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR (Continúa)

Nº	Nombre y Apellido	Fecha de Nacimiento	Sexo	Estado Civil	Profesión
41					
42					
43					
44					
45					

DATOS DE IDENTIFICACION DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR (Continúa)

Nº	Nombre y Apellido	Fecha de Nacimiento	Sexo	Estado Civil	Profesión
46					
47					
48					
49					
50					

DATOS DE IDENTIFICACION DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR (Continúa)

Nº	Nombre y Apellido	Fecha de Nacimiento	Sexo	Estado Civil	Profesión
51					
52					
53					
54					
55					

REGISTRADO EN LA OFICINA REGIONAL DE PEREIRA

29 JUN 2010

PEREIRA

SECRETARIA DE ESTADO

Juzgado

INFORMACIÓN DE LA ATENCIÓN Y SERVICIOS SOLICITADOS

Origen de la atención: Enfermedad General	Tipo de Servicios Solicitados: Servicios electivos
Prioridad de la atención: No Prioritaria	Ubicación del Paciente al momento de la autorización: Consulta Externa
Servicio: NA	Cama: NA
Manejo Integral segun guía de: NA	

Código CUPS	Cantidad	Descripción
1 106329	2	PRESTIGE TIRILLAS CAJA X 50
2 A10AE01	1	INSULINA GLARGINA 100UI/ml SOLUCION INYECTABLE
3 A10AB01	1	INSULINA LISPRO 100UI/ml SOLUCION INYECTABLE
4 141070	100	JERINGA INSULINA 0.5 ML 30 X 8 MM BD UNIDAD
5 204004	1	LANCETAS OPTIUM THIN CAJA X 100

Justificación Clínica:

SOLICITAN AGUJAS PARA PEN DE INSULINA 32 G X 4MM NO SE ENCONTRÓ CÓDIGO CUPS

Impresión Diagnóstica	Código CIE10	Descripción
Diagnóstico Principal	E149	DIABETES MELLITUS, NO ESPECIFICADA SIN MENCION DE COMPLICACION
Diagnóstico Relacionado 1		
Diagnóstico Relacionado 2		

Información de la Persona que lo Solicita

Nombre solicitante: MONICA A GIL	Teléfono: 0000000000000
Cargo o Actividad: MEDICO	Teléfono Celular 0000000000

Usuario del sistema(Transacción): Diana Cristina Castrillón Ortiz

Origen	Tipo Documento	Nombres y Apellidos	Departamento	Municipio	Régimen	Estado	Fecha Afiliación	Ficha Sisben	Puntaje Sisben	Nivel Sisben
BXUA	El afiliado no esta en BXUA									
DNP	El afiliado no esta en DNP									
FOSYGA										

COMENTARIOS

Empty text box for comments.

Guardar comentario



Clasificación	Correspondencia General		
Fecha de radicación:	11 de julio de 2016	Número de radicado:	31778
Tipo de documento:	DIRECCION OPERATIVA ASEGURAMIENTO	Fecha de oficio entrante:	2016-07-11 16:05
Número de oficio entrante:			
Persona natural o jurídica:	ALVARO AUGUSTO AYALA GARZON		
Descripción o asunto:	AFILIACION MENOR DE EDAD.	Tiempo de respuesta (dias):	
Anexos físicos:		Descripción de anexos físicos:	
Anexos digitales:			
Destino:	LUZ STELLA CARDONA - Obrero	Copia a:	-

