



SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD
SUR OCCIDENTE ESE



20202510273191

Bogotá D.C., 19-03-2020

Señor (a)

Colaborador (a) (Anónimo)

Publicar en Cartelera

Fijación: 27/03/2020

Desfijación: 03/04/2020

Unidad de Servicios de Salud Occidente de Kennedy.
Bogotá D.C.

Asunto: Respuesta Cliente Interno N° 282

Respetado(a) Colaborador(a)

Reciba un Cordial saludo. En la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente venimos trabajando por la mejora continua de la prestación de nuestros servicios de salud, buscando satisfacer sus necesidades y expectativas. Es por ello que para nosotros es de gran importancia conocer su percepción de la atención recibida, lo cual contribuye al fortalecimiento de nuestro Sistema de Gestión de la Calidad, y nos da la posibilidad de implementar acciones de mejoramiento.

En respuesta a su requerimiento sobre la no realización del mantenimiento oportuno a cada uno de los filtros instalados en las Unidades de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente ESE; es preciso señalar que ésto se presentó debido a que antes de la re organización como subredes, los antiguos hospitales nunca reportaron los filtros que se encontraban allí, por lo tanto no se contempló tener un contrato de mantenimiento preventivo y correctivo para el buen funcionamiento de los mismos.

Con base a lo anterior se consolido la cantidad de filtros instalados y la marca de los mismos para cada una de las Unidades para realizar la proyección de un requerimiento de bienes y servicio para garantizar el Mantenimiento preventivo y correctivo de los filtros instalados en la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente ESE.

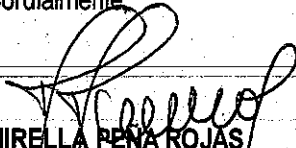
Continuamos atentos a cualquier solicitud que se encuentre dentro de nuestras competencias en el marco de la responsabilidad social con la cual nos hemos comprometido. Recuerde que cualquier inquietud adicional



SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD
SUR OCCIDENTE ESE

puede comunicarse con la Defensora del Ciudadano MIRELLA PEÑA ROJAS al Tel 2013120, en el horario de lunes a viernes de 07:00 am a 04:00 pm

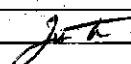
Cordialmente


MIRELLA PEÑA ROJAS
Jefe Oficina Participación Comunitaria y Servicio al Ciudadano
Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente

Supersalud 

Si Usted no está de acuerdo con la respuesta que le brindamos, puede comunicarse con la Superintendencia Nacional de Salud PBX (57-1) 4817000

Los abajo firmantes declaramos que hemos proyectado y revisado este documento y lo encontramos ajustado a las normas y disposiciones legales por lo tanto lo presentamos para la firma.

Aprobación	Nombre	Cargo	Firma	Fecha
Proyectado por:	David Ernesto Vargas Quintero.	Dirección Administrativa	Orfeo	10/03/2020
Transcrito por:	Karen Amaya Cifuentes	Apoyo Tecnológico I- Dirección de Participación Comunitaria y Servicio al Ciudadano	Orfeo	18/03/2020
Revisado por:	Luis Fernando Lizcano L	Profesional Universitario – Servicio al Ciudadano		18/03/2020

C Ext 4

	REGISTRO DERECHO DE PETICION	Versión: 3 Fecha de Aprobación: 20/11/2018 Código: 03-51-FO-0003	
--	-------------------------------------	--	--

Señor (a) (Uguarida) de acuerdo a la Normatividad vigente, queremos informarle que mediante este canal usted puede interponer derechos de petición, quejas, reclamos, solicitudes de información, denuncias por actos de corrupción, sugerencias y felicitaciones, las cuales serán tramitadas por la Oficina de Participación Comunitaria y Servicio al Ciudadano dentro de los tiempos estipulados por Ley. Si su situación amerita una respuesta inmediata, le sugerimos respetuosamente acercarse a la Oficina de Servicio al Ciudadano de la sede que se encuentra, presta a atender sus observaciones y orientarle. De igual manera lo invitamos a dejar todos sus datos completos y con letra legible en su comentario, si desea que le llegue la respuesta a su dirección de correspondencia v/o correo electrónico, o puede interponerla de forma Anónima.

FECHA DEL COMENTARIO: 26/02/2020 Unidad/Sede: _____ Consecutivo Interno: 282 Consecutivo Origo: _____ Consecutivo BDQS: _____	Secretaría de Salud Subred Sur Occidente E.S.T. 27 FEB 2020 Recibe: Ama
---	--

Especie Exclusiva para la Entidad		Especie Exclusiva para el Setor de Recepción de la Entidad	
MEDIO DE RECEPCION: TELERADIO <input type="checkbox"/> BUZON PERSONALMENTE <input type="checkbox"/>		PARA DARLE UNA RESPUESTA OPORTUNA POR FAVOR DILIGENCIE SUS DATOS	
Tipo de comentario Exclusivo Unidad de Servicios		NOMBRE: _____ DOCUMENTO DE IDENTIDAD: _____ DIRECCION: _____ BARRIO: _____ TELEFONO: _____ CORREO ELECTRONICO: _____ EPS: _____	
Sugerencia <input type="checkbox"/> Queja <input type="checkbox"/> Reclamo <input type="checkbox"/> Petición <input type="checkbox"/> Copia <input type="checkbox"/>	solicitud de información <input type="checkbox"/> Derecho de petición de interés particular <input type="checkbox"/> Derecho de petición de interés general <input type="checkbox"/> Consulta <input type="checkbox"/> Denuncia por corrupción <input type="checkbox"/>		

TIPO DE POBLACION				
ADULTO MAYOR	GESTANTE	PERSONA CON DISCAPACIDAD	NINGUNO	
HABITANTE DE CALLE	MINOR DE 3 AÑOS	LGTBI	OTRO CUAL:	
COMO PREFERE RECIBIR LA RESPUESTA A SU COMENTARIO				
POR CORREO ELECTRONICO		POR CORRESPONDENCIA		

ESCRIBA SU EXPERIENCIA: (La afirmación positiva o negativa que se le presento)

Buenos Tardes.

Mi queja es motivo los filtros de la agua. Yo soy auxiliar de enfermería trabajo aquí ya hace 5 años, con el constante trabajo y atención a tantos pacientes yo tomo mucha agua. Sin embargo dicho por un señora del Aseo de ahí que colocaron los filtros no los limpian y es verdad el agua sabe rara. (muy feo)

Yo habra optado por tomar agua de la Mave, pero en esta semana he notado que el agua tiene un sabor como a dicente de verdad sabe muy mal por lo que ahora no puedo tomar agua deo.

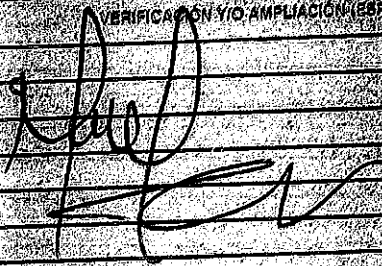
yo normalmente tomo mucha agua asi que no se me fuerite comprar todos los dias y para traer de mi casa solo puedo en un tanque que tengo.

Por favor les pido que revisen los filtros y les hagan limpieza con estos sales es muy complicado.

Además de revisar los tanques de agua
GRACIAS

Su comentario nos ayuda a mejorar. GRACIAS

VERIFICACIÓN Y/O AMPLIACIÓN (ESPACIO EXCLUSIVO UNIDAD DE SERVICIOS)



INSTRUCCIONES DE CENCIAMIENTO DEL FORMATO

1. Fecha de recepción: Registre la fecha en la que se recibe el comentario.
2. Nombre de Usuario: Registre su nombre completo.
3. Documento de identidad: Registre el número de documento del usuario.
4. Dirección: Registre la dirección de correspondencia donde desea que llegue su respuesta.
5. Barrio: Registre el Barrio al que corresponde la dirección de correspondencia.
6. Teléfono: Registre un número de contacto ya sea fijo o celular.
7. Correo electrónico: Registre su correo electrónico, si tiene una cuenta en GMAIL.
8. EPS: Registre la EPS a la que pertenece.
9. Tipo de Población: Marque con un "X" en la casilla en la que corresponde a su población.
10. Como prefiere recibir la respuesta: Marque con un "X" en la casilla en la que prefiere recibir su respuesta, es importante que haya diligenciado anteriormente las casillas de contacto y dirección.
11. Marque su experiencia: En esta sección puede manifestar su grado de satisfacción con el servicio que nos presta, si es negativo le solicitamos que sea lo más legible y clara indicando todos los datos necesarios para ampliar y mejorar el servicio.