



\*20202510272781\*

Bogotá D.C., 18-03-2020

Señores:

**COLABORADORES**

**CAPS Pablo VI - Urgencias**

Publicar en cartelera

Fijación: 20/03/2020

Des fijación: 27/03/2020

Unidad de Servicios de Salud Pablo VI

CAPS Pablo VI - Urgencias

Bogotá D.C.

Asunto: Respuesta Cliente Interno N° 295

Reciba un Cordial saludo.

En respuesta a su requerimiento relacionado con la ciudadana Claudia Andrea Galindo Ramírez, identificada con documento de identidad 1.114.875.546, me permito informar que desde la Oficina de Participación Comunitaria y Servicio al Ciudadano objetamos el comportamiento del usuario anteriormente mencionado. Es claro que la labor realizada por el personal de salud debe estar regida por una adecuada interacción con todos los ciudadanos, sin embargo, también es necesario tener en cuenta que esto debe ser recíproco por parte de nuestros usuarios, es decir que también se brinde un trato digno a los colaboradores con el fin de mantener un ambiente de armonía y respeto.

Conforme a lo anterior, mediante el presente comunicado no solo le damos alcance a su manifestación, sino que también remitimos copia de la misma a la EPS CAPITAL SALUD, en 02 folios y a su vez manifestarle la importancia de que sus afiliados hagan efectivo acatamiento de sus Derechos y Deberes, con el fin de generar ambientes libres de hostilidad, siempre buscando la conciliación en situaciones donde se presenten inconformidad, teniendo en cuenta que nuestro objeto es brindar bienestar y mejoramiento a la calidad de vida y de la salud de nuestra población.

Por lo tanto, esperamos se realicen las acciones pertinentes y correspondientes frente a este caso.

Adicionalmente, los comités de convivencia y conciliación de las asociaciones de usuarios de la Subred adelantaran un ejercicio de sensibilización al usuario de la importancia de cumplir con el deber de respetar al personal de salud y a la comunidad usuaria de los servicios.

Cordialmente,



**MIRELLA PEÑA ROJAS**

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

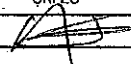


Si Usted no está de acuerdo con la respuesta que le brindamos, puede comunicarse con la Superintendencia Nacional de Salud  
PBX (57-1) 4817000

C.C Capital Salud

Carrera 30 No 45 A 52

Anexo: 02 Folios

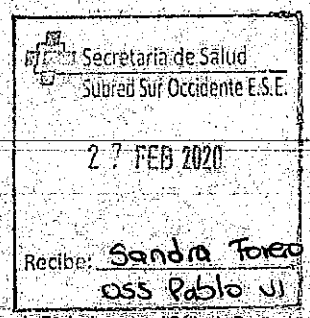
Los abajo firmantes declaramos que hemos proyectado y revisado este documento y lo encontramos ajustado a las normas y disposiciones legales por lo tanto lo presentamos para la firma.				
Aprobación	Nombre	Cargo	Firma	Fecha
Proyectado por:	Sandra Milena Forero Romero	Auxiliar Área Salud	ORFEO	13/03/2020
Transcrito por:	Sandra Milena Forero Romero	Auxiliar Área Salud	ORFEO	13/03/2020
Revisado por:	Helmuth Alexander Loaiza Cruz	Profesional Universitario (E) Servicio al Ciudadano		18/03/2020

*"Respetada ciudadana – ciudadano. La Secretaría Distrital de Salud con el propósito de mejorar su Sistema Distrital de Quejas y Soluciones, amablemente lo invita a que una vez reciba respuesta a su petición, nos dé su opinión y sugerencias contestando la ENCUESTA VIRTUAL que hemos dispuesto en el link <http://bit.ly/2uooDyP>. Para contestar la encuesta, debe digitar como contraseña el número que le asignaron a su petición. Sus comentarios nos comprometen a mejorar, no le tardará más de 4 minutos el responderla. MUCHAS GRACIAS".*

cliente Interno

	<b>REGISTRO DERECHO DE PETICION</b>	Versión: 3 Fecha de Aprobación: 20/11/2018 Código: 03-01-FO-0009	
---	-------------------------------------	--	---

Señor usuario(a) 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 y/o correo electrónico, o puede interponerla de forma Anónima.

FECHA DEL COMENTARIO DIA MES AÑO [ ][ ] [ ][ ] [ ][ ]	
Unidad/Sede: <u>Pablo VI Urgencias</u>	
Consecutivo Interno: <u>295</u>	
Consecutivo Orfeo: _____ Consecutivo SDQS: _____	
Espacio Exclusivo para la Entidad	Espacio Exclusivo para el Sello de Recepción de la Entidad

<b>MEDIO DE RECEPCIÓN</b>	<b>PARA DARLE UNA RESPUESTA OPORTUNA POR FAVOR DILIGENCIE SUS DATOS</b>
TELÉFONO <input type="checkbox"/> BUZÓN <input type="checkbox"/> PERSONALMENTE <input checked="" type="checkbox"/>	NOMBRE: <u>Servicio Urgencias</u>
Tipo de comentario <b>Exclusivo Unidad de Servicios</b>	DOCUMENTO DE IDENTIDAD: _____
Sugerencia <input type="checkbox"/> Solicitud de Información <input type="checkbox"/> Queja <input type="checkbox"/> Derecho de petición de interés particular <input type="checkbox"/> Reclamo <input type="checkbox"/> Derecho de petición de interés general <input type="checkbox"/> Felicitación <input type="checkbox"/> Consulta <input type="checkbox"/> Copia <input type="checkbox"/> Denuncia por corrupción <input type="checkbox"/>	DIRECCIÓN: _____ BARRIO: _____
	TELÉFONO: _____ CORREO ELECTRÓNICO: _____ EPS: _____

<b>TIPO DE POBLACIÓN</b>			
ADULTO MAYOR <input type="checkbox"/>	GESTANTE <input type="checkbox"/>	PERSONA CON DISCAPACIDAD <input type="checkbox"/>	NINGUNO <input type="checkbox"/>
HABITANTE DE CALLE <input type="checkbox"/>	MENOR DE 5 AÑOS <input type="checkbox"/>	LGTBI <input type="checkbox"/>	OTRO CUAL: _____

<b>COMO PREFERE RECIBIR LA RESPUESTA A SU COMENTARIO</b>			
POR CORREO ELECTRÓNICO <input type="checkbox"/>	POR CORRESPONDENCIA <input checked="" type="checkbox"/>		

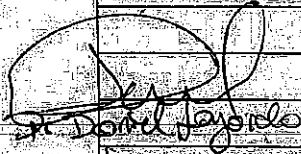
ESCRIBA SU EXPERIENCIA: (La situación positiva o negativa que se le presento)

Buenos días; de manera atenta queremos solicitar una terapia para esta usuaria Claudia Andrea Galindez Ramirez con cedula 1114875546 de pradera (valle); eps Capital Salud con dirección carrera 90 B# 42 F - 05 sur, celular 3227547632.

Esta usuaria, es una usuaria en estado de gestación que utiliza nuestros servicios de manera frecuente pero siempre que lo hace es muy activa y utiliza palabras soeces con todo el servicio tanto de urgencias como de consulta externa y toda el área asistencial y de facturación.

Agradecemos colaboración con este caso.

Adicionalmente la paciente es poco colaboradora con mala adherencia al manejo medico, no sigue las recomendaciones no asiste a los citas es poco receptivo a las indicaciones del personal de asistencia. Además es mala informante con discurso cambiante; Paciente de muy difícil trato

  
Daniel Jayale

Carolina Lizarazo  
Clara Lorenzini

Jennifer Colles G

VIVIANA ALEGRAO

Su comentario nos ayuda a mejorar. GRACIAS

VERIFICACION Y/O AMPLIACION (ESPACIO EXCLUSIVO UNIDAD DE SERVICIOS)

#### INSTRUCCIONES DE LLENADO DEL FORMATO

1. Fecha de recepción: Registre la fecha (dd-mm-aaaa) en la cual realiza su comentario.
2. Nombre de Usuario: Registre su nombre completo.
3. Documento de Identidad: Registre su número de documento de identidad.
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. Celular: Registre un número de contacto ya sea fijo o celular.
7. Correo electrónico: Registre su correo electrónico, si tiene una cuenta creada.
8. EPS: Registre la EPS a la que pertenece.
9. Tipo de Población: Marque con un X en la casilla en la cual corresponda a su tipo de población.
10. Como prefiere recibir la respuesta a su comentario: Marque con un X en la Casilla en la cual prefiere recibir su respuesta, es importante que haya diligenciado anteriormente las casillas Correo electrónico y/o dirección.
11. Escriba su experiencia: En este espacio puede manifestar la situación que desea mejorar y ser positiva o negativa, le Solicitamos sea su letra legible y clara, indicando todos los datos necesarios para emitir una respuesta oportuna.