



**ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.**
SALUD

Subred Integrada de Servicios
de Salud Sur Occidente E.S.E



20202510246821

Bogotá D.C., 03-02-2020

Doctora
JESSICA PESCADOR MONTENEGRO
Médico General
Publicar en Cartelera
Fijación: 04/02/2020
Desfijación: 10/02/2020

Unidad de Servicios de Salud Bosa
Bogotá D.C.

Asunto: Respuesta Cliente Interno 11

Reciba un Cordial Saludo. En respuesta a su requerimiento relacionado con la no oportunidad en la gestión de los exámenes de la paciente NELLY MORA AGUDELO, por parte del personal de enfermería del área de urgencias de la Unidad de Servicios de Salud Bosa; como se mencionó en su momento por parte de la líder de la unidad, las acciones de mejoras que se tomaron fue redistribuir algunos colaboradores en otras sedes y de turnos, esto en busca de mejorar el ambiente laboral, de la misma manera como se habló personalmente con usted cuando aceptó el traslado a la Unidad de Kennedy.

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 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



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:	Luz Dary Campos	Líder Asistencial USS Bosa	Enviada por Orfeo	30/01/2020
Transcrito por:	Belenid Mora C	Tecnólogo PQRS – Servicio al Ciudadano	Enviada por Orfeo	30/01/2020
Revisado por:	Luis Fernando Lizcano L	Profesional Universitario – Servicio al Ciudadano		03/02/2020

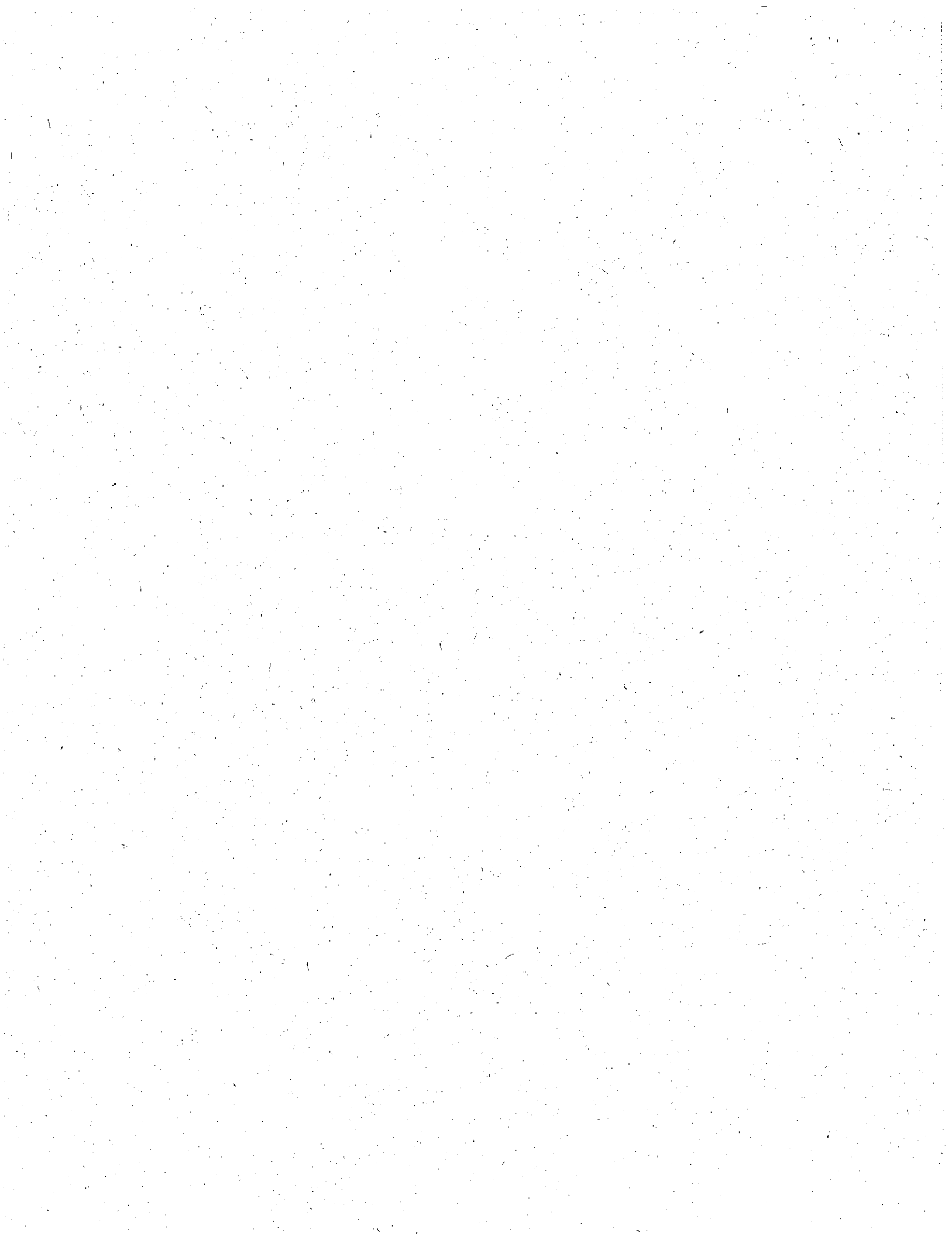
"Respetado Ciudadano – Ciudadana. La Secretaría Distrital de Salud con el propósito de mejorar la atención ciudadana, amablemente lo invita a darnos su opinión y sugerencias en la ENCUESTA DE SATISFACCIÓN SDQS-SDS que hemos dispuesto para usted en el link <http://app.saludcapital.gov.co/encuestas/index.php?sid=52866&lang=es> o acceder a la página www.saludcapital.gov.co – link de Contáctenos o Servicio al Ciudadano - ir a enlace Encuesta de Satisfacción SDQS. Sus comentarios nos comprometen a mejorar. MUCHAS GRACIAS".
Y algunos de los derechos y deberes con los que cuenta en la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente son:

DERECHO: A CONOCER de forma clara mi condición de salud y el tratamiento que recibiré.
DEBER: A INFORMAR mis antecedentes en salud, entorno familiar, hábitat y situación ética.

Calle 9#39-46
Código postal 110851
Tel.: 7560505
www.subredsuoccidente.gov.co
Info: 195

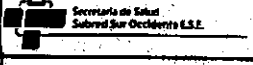

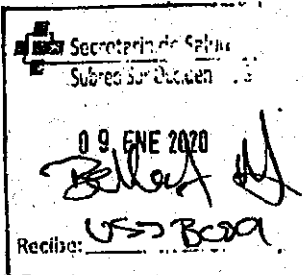


•USS Pablo VI
•USS Fontibón



licencia. Interno.

120

		REGISTRO DERECHO DE PETICION		Versión: 3 Fecha de Aprobación: 20/11/2018 Código: 03-01-FO-0003							
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: <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td>DÍA</td><td>MES</td><td>AÑO</td></tr><tr><td>22</td><td>10</td><td>2019</td></tr></table>			DÍA	MES	AÑO	22	10	2019			
DÍA	MES	AÑO									
22	10	2019									
Unidad/Sede: <u>USS Bosa</u>											
Consecutivo Interno: <u>11</u>											
Consecutivo Orfeo: _____ Consecutivo SDQS: _____											
Espacio Exclusivo para la Entidad			Espacio Exclusivo para el Sello de Recepción de la Entidad								
MEDIO DE RECEPCIÓN TELÉFONO: <input type="checkbox"/> BUZÓN: <input type="checkbox"/> PERSONALMENTE: <input checked="" type="checkbox"/>		PARA DARLE UNA RESPUESTA OPORTUNA POR FAVOR DILIGENCIE SUS DATOS									
Tipo de comentario: Exclusivo Unidad de Servicios 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"/> Queja: <input type="checkbox"/> Denuncia por corrupción: <input type="checkbox"/>		NOMBRE: _____ DOCUMENTO DE IDENTIDAD: _____ DIRECCIÓN: _____ BARRIO: _____ TELÉFONO: _____ CORREO ELECTRÓNICO: _____ EPS: _____									
TIPO DE POBLACION ADULTO MAYOR: <input checked="" 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: _____											
COMO PREFERE RECIBIR LA RESPUESTA A SU COMENTARIO POR CORREO ELECTRÓNICO: <input type="checkbox"/> POR CORRESPONDENCIA: <input type="checkbox"/>											
ESCRIBA SU EXPERIENCIA: (La situación positiva o negativa que se le presento)											
<p>Paciente Luis Antonio Céspedes CC: 429158. con Diagnóstico de EPOC exacerbado antihomonen III a quien se realiza consulta a las 19:31 del día 21/10/19. Se solicitan paraclínicos para descartar obstrucción Ra torax y terapia Respiratoria. Siendo las 02:14 del día 22/10/19 no se cuenta aun con reporte de paraclínicos. Se acunqua con paciente y familia quienes refieren que paraclínicos si fueron tomados sin embargo no fueron ingresadas las muestras a laboratorio por tanto 6 horas despues de atención no se ha definido paciente por falta de Paraclínicos.</p>											

Jefe Luis Damp Campos

Paciente Welly Mora Agudelo CC: 41667483 con Diagnóstico de falla Ventilatoria, CA de amígdala, quien presentó paro respiratorio con resucitación exitosa por trámites administrativos se realiza atención en clínica a las 00+47 del día 22/10/19 sin embargo paciente fue atendido desde las 20+15 del día 21/10/19 se solicitan Paraclinicos para descartar organicidad Rx torax, electrocardiograma, Gases arteriales aun no se cuenta con reporte de ninguna orden siendo las 4:00 del día 22/10/19.

Se insiste a enfermería en el cumplimiento oportuno de ordenes para definir conducta de los pacientes, se hace retroalimentación con jefe Jhon Velandía quien insiste en toma de los mínimos

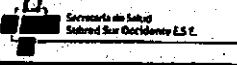

Dra. Jessica Pescador Montenegro
Medicina General
Fundación Universitaria San Martín
R.M. 1.722.870.730

Su comentario nos ayuda a mejorar. GRACIAS.

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

INTRUCCIONES DILIGENCIAMIENTO 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 desee 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 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 darnos a conocer ya sea positiva o negativa, le Solicitamos sea en letra legible y clara indicando todos los datos necesarios para emitir una respuesta oportuna

		REGISTRO DERECHO DE PETICION		Versión: 3	
				Fecha de Aprobación: 20/11/2018	
				Código: 03-01-FO-0003	
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			DÍA MES AÑO		
Unidad/Sede: PABLO VI					
Consecutivo Interno: _____					
Consecutivo Orfeo: _____					
Consecutivo SDQS: _____					
Espacio Exclusivo para la Entidad			Espacio Exclusivo para el Sello de Recepción de la Entidad		
MEDIO DE RECEPCIÓN		PARA DARLE UNA RESPUESTA OPORTUNA POR FAVOR DILIGENCIE SUS DATOS			
TELÉFONO <input type="checkbox"/> BUZÓN <input type="checkbox"/> PERSONALMENTE <input type="checkbox"/>		NOMBRE: _____			
		DOCUMENTO DE IDENTIDAD: _____			
		DIRECCIÓN: _____			
Tipo de comentario Exclusivo Unidad de Servicios		BARRIO _____			
Sugerencia <input type="checkbox"/> Queja <input type="checkbox"/> Reclamo <input type="checkbox"/> Felicitación <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"/>		TELÉFONO: _____	
				CORREO ELECTRÓNICO: _____	
				EPS: _____	
TIPO DE POBLACION					
ADULTO MAYOR <input type="checkbox"/>		GESTANTE <input type="checkbox"/>		PERSONA CON DISCAPACIDAD <input type="checkbox"/>	
HABITANTE DE CALLE <input type="checkbox"/>		MENOR DE 5 AÑOS <input type="checkbox"/>		LGTBI <input type="checkbox"/>	
				OTRO CUAL: _____	
COMO PREFERE RECIBIR LA RESPUESTA A SU COMENTARIO					
POR CORREO ELECTRÓNICO <input type="checkbox"/>			POR CORRESPONDENCIA <input type="checkbox"/>		
ESCRIBA SU EXPERIENCIA: (La situación positiva o negativa que se le presentó)					
Paciente Teresa Mendez de Acosta con cc. 20969627 90 años quien ingresa por presentar deshidratación grado II, depleción de volumen. Se entrega a jefe Jhon Velandua Ordenes de paciente Realizado a las 20+47. Sin embargo siendo las 22+42 aun no se han iniciado ordenes a lo que enfermería responde que no se ha entregado nada Se confirma con jefe del Servicio quien entrega ordenes a los auxiliares. Siendo las 00+24 del día 28/10/19. No se cuenta con reporte de parcial de orina ordenado inicialmente tomar con sonda, al preguntar a auxiliar responde.					

Jefe de Day Campes

que no se habia dado cuenta de la orden.
Por tanto han pasado al rededor de 4 horas
y no se ha podido definir paciente. Se
insiste a enfermeria en cumplimiento de ordenes

Ura. Jessica Pescader Montenegro
Medicina General
Fundación Universitaria San Martín
RM 1.023.870.730

Su comentario nos ayuda a mejorar. GRACIAS.

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

INTRUCCIONES DILIGENCIAMIENTO 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. Teléfono: 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 corresponde 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 enteramente las casillas Correo electrónico y/o dirección
11. Escriba su experiencia: En este espacio puede manifestar la situación que desea darnos a conocer ya sea positiva o negativa, le Solicitamos sea en letra legible y clara indicando todos los datos necesarios para emitir una respuesta oportuna

 Secretaría de Salud Subred Sur Occidente E.S.E.	REGISTRO DERECHO DE PETICION	Versión: 2	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de Aprobación: 13/12/2017	
		Código: 03-01-FO-0003	

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 Servicio al Ciudadano y Participación Social 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 DÍA: <input type="text"/> MES: <input type="text"/> AÑO: <input type="text"/>	Tipo de comentario exclusivo Unidad de Servicios																				
Unidad/Sede: <u>PABO VI</u> Consecutivo Interno: _____ Consecutivo SDQS: _____ Fecha apertura de buzón: _____	<table border="0"> <tr> <td>Sugerencia</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Solicitud de información</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Queja</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Derecho de petición de interés particular</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Reclamo</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Derecho de petición de interés general</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Felicitación</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Consulta</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Copia</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Denuncia por corrupción</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	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"/>
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"/>																		

MEDIO DE RECEPCIÓN	PARA DARLE UNA RESPUESTA OPORTUNA POR FAVOR DILIGENCIE SUS DATOS
TELÉFONO <input type="checkbox"/> BUZÓN DE COMENTARIOS <input type="checkbox"/> CORRESPONDENCIA <input type="checkbox"/> PERSONALMENTE <input type="checkbox"/> SDQS <input type="checkbox"/>	NOMBRE DEL USUARIO(A): _____ DOCUMENTO DE IDENTIDAD: _____ DIRECCIÓN: _____ BARRIO: _____ TELÉFONO: _____ CORREO ELECTRÓNICO: _____ EPS: _____

TIPO DE POBLACION 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"/> LGTID <input type="checkbox"/> OTRO CUAL: _____
--

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

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

01/11/19 Paciente Harold Daniel Morales Ca 1007702340
 Con lesión de tendón flexor de cuarto dedo mano izquierda quien siendo las 5:30 am se da orden de hospitalización sin embargo no se cuenta con personal de enfermería en el servicio urgencias segundo piso. Mientras se ubica a jefe del servicio paciente rompe vidrio de consultorio con fines de fuga, salta a primer piso, fue detenido por vigilantes de turno. Se confirma que en el servicio no se encuentra personal de enfermería a cargo de pacientes hospitalizados. Se informa a referente de turno y coordinador de vigilancia

Dra. Jessica Pescador Montoya
 Medicina General
 Fundación Universitaria San Martín
 RM 1.023.870.13

Jose David Campos

