



SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD
SUR OCCIDENTE ESE



20202510259771

Bogotá D.C., 27-02-2020

Señor
DANIEL ROMERO
PUBLICAR EN CARTELERA
FIJACION: 28/02/2020
DES FIJACION: 06/03/2020

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

Asunto: Respuesta CLIENTE INTERNO N° 157

En respuesta a su requerimiento relacionado con la usuaria YISELA ALEJANDRA PERLAZA LOZANO, identificada con documento de identidad 1012837444, 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.

Por lo anterior se verifica en bases de datos, COMPROBADOR DE DERECHOS y ADRES, para confirmar a que EPS pertenece la menor y hacer el reporte respecto a su petición; sin embargo se están presentando fallas con dichas bases por lo cual no es posible identificar la EPS a la cual se debe notificar la situación; sin embargo se remite el caso a los comités de convivencia y conciliación de las asociaciones de usuarios de la Subred quienes 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

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:	Karen Amaya Cifuentes	Apoyo Tecnológico I- Dirección de Participación Comunitaria y Servicio al Ciudadano	Orfeo	27/02/2020
Transcrito por:	Karen Amaya Cifuentes	Apoyo Tecnológico I- Dirección de Participación Comunitaria y Servicio al Ciudadano	Orfeo	27/02/2020
Revisado por:	Má. Fda. Morales	Trabajadora Social Servicio al Ciudadano		27/02/2020



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: 05 MES: 02 AÑO: 2020 Unidad/Sede: <u>Medio del Tumbul</u> Consecutivo Interno: _____ Consecutivo Ofiço: <u>157</u> Consecutivo SDCS: _____	Secretaría de Salud Ciudad San Gerardo ESU Recibe: <u>(Anon) Buzón</u>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------

MEDIO DE RECEPCIÓN TELÉFONO BUZÓN PERSONALMENTE <input checked="" type="checkbox"/>	NOMBRE: <u>Yula Alejandra Pedraza Lozano</u> DOCUMENTO DE IDENTIDAD: <u>1012387444</u> DIRECCIÓN: <u>CL 54 CSUC N 95 A18</u> BARRIO: <u>Loc. Kennedy</u> TELÉFONO: <u>3137881244</u> CORREO ELECTRÓNICO: _____ EPS: <u>Seguros del Estado</u>
----------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

TIPO DE POBLACION			
ADULTO MAYOR	GESTANTE	PERSONA CON DISCAPACIDAD	NINGUNO
HABITANTE DE CALLE		MEJOR DE 6 AÑOS	LGTEI
			OTRO CUAL: <u>Menor de edad</u>

POR CORREO ELECTRÓNICO
 POR CORRESPONDENCIA
 Personal

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

Queja a familiares de paciente. Suendo los 21:00 se hace llamado a la paciente Yula Alejandra Pedraza Lozano ID con T.I. 1012387444 para ser atendida por reporte de radiografía estéril tomada a los 20:20 horas que por en horas de la tarde no se cuenta con servicio, familiares de la paciente ingran al consultorio, terminado en cuando que ingresan dos acompañantes se solicita de manera respetuosa que este día y persona en este momento debe permitirse se retirara retrocederse hacia así como "mutil", se decide realizar queja por escrito en donde se menciona a coadyutor; esta mujer que permitiera realizar de la tarde permitiera por haber realizado queja por escrito a esta persona por escrito en base de experiencias. Agradecemos su atención y espero pronta respuesta ante lo sucedido

Daniel Romero
 Dr. Daniel Andrés Romero A.
 MEDICO GENERAL
 R.M. 1013437804

