



ALCALDÍA MAYOR  
DE BOGOTÁ D.C.

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



\*20202510241901\*

Bogotá D.C., 22-01-2020

Señoras

Esperanza Castillo y Wendy Gómez

Publicar en Cartelera

FIJACION: 28/01/2020

DES FIJACION: 04/02/2020

Unidad de Servicios de Salud Pablo VI

Unidad De Prestación De Servicios De Salud Estación

Bogotá D.C.

Asunto: Respuesta Cliente Interno N° 16

Reciba un Cordial saludo.

En respuesta a su requerimiento relacionado con la ciudadana Clara Andrea Barón, identificada con documento de identidad 1022335327, 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 01 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.

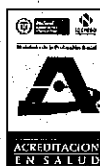
Calle 9#39-46

Código postal 110851

Tel.: 7560505

[www.subredsuoccidente.gov.co](http://www.subredsuoccidente.gov.co)

Info: 195



•USS Pablo VI  
•USS Fontibón



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

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

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  
C.C Capital Salud Carrera 30 No 45 A 52  
Anexo: 01 Folio

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:	Bellanid Mora Cubillos	Tecnólogo PQRS	ORFEO	17/01/2020
Transcrito por:	Bellanid Mora Cubillos	Tecnólogo PQRS	ORFEO	17/01/2020
Revisado por:	Helmuth Alexander Loayza Cruz	Profesional Universitario (E) Servicio al Ciudadano		22/01/2020

"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".

Calle 9#39-46  
Código postal 110851  
Tel.: 7560505  
[www.subredsuoccidente.gov.co](http://www.subredsuoccidente.gov.co)  
Info: 195



•USS Pablo VI  
•USS Fontibón

Señor usuario(a) de acuerdo a la Normatividad vigente, queremos informarle que mediante este canal 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: 31 / 12 / 2019  
 Unidad/Sede: CSI Externa  
 Consecutivo Interno: 16  
 Consecutivo Oficio: \_\_\_\_\_  
 Consecutivo SDQS: \_\_\_\_\_

Espacio Exclusivo para el Sello de Recepción de la Entidad

<b>MEDIO DE RECEPCIÓN</b>	<b>PARA DARLE UNA RESPUESTA OPORTUNA POR FAVOR DILIGENCIA SUS DATOS</b>			
TELÉFONO BUZÓN PERSONALMENTE <input type="checkbox"/>	NOMBRE:	E. Farina Castillo - Wendy Govea		
Tipo de comentario <b>Exclusivo Unidad de Servicios</b>	DOCUMENTO DE IDENTIDAD:	Fonocardiología - Área Servicios al Ciudadano		
Sugerencia <input type="checkbox"/> Queja <input checked="" type="checkbox"/> Reclamo <input type="checkbox"/> Felicitación <input type="checkbox"/> Copia <input type="checkbox"/>	DIRECCIÓN:			
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"/>	BARRIO:			
	TELÉFONO:			
	CORREO ELECTRÓNICO:			
	EPS:			

**TIPO DE POBLACION**  
 ADULTO MAYOR  GESTANTE  PERSONA CON DISCAPACIDAD  NINGUNO   
 HABITANTE DE CALLE  MENOR DE 5 AÑOS  LGTBI  OTRO CUAL: funcionarios

**CÓMO PREFERE RECIBIR LA RESPUESTA A SU COMENTARIO**  
 POR CORREO ELECTRÓNICO  POR CORRESPONDENCIA

ESCRIBA SU EXPERIENCIA: (La situación positiva o negativa que se le presentó)  
 El día 31 de diciembre del 2019 siendo las 10:15 AM.  
 La usuaria Clara envía buen día y se identifica con # 1022335327 en las instalaciones del centro médico la usuaria nos agradece verbalmente refiriendo que no nos encontramos haciendo nada que creamos que es un poco ineficiente cuando mi compañera Wendy Govea del área de Servicio al Ciudadano me estaba colaborando con la impresión de unas farmacias.  
 La usuaria llega tarde a su cita médica pero no trae el documento y no podía hacer se encontraba haciendo fila para hacer sobre el tiempo de su cita y no había fila para hacer.

debe de legible no debe mal se exige respeto  
frente a la situación

Wendy Gamall

Cc. 1012428064

Esperanza Castilla

Cc. 39530576

Su comentario nos ayuda a mejorar. GRACIAS.

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

INSTRUCCIONES DE 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, sea 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 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 para indicar todos los datos necesarios para emitir una respuesta oportuna