



**ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.**

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



20202510248101

Bogotá D.C., 05-02-2020

Señora

CLAUDIA ALGARRA Y DEMAS FIRMANTES

Publicar en cartelera

Fijación: 06/02/2020

Des fijación: 13/02/2020

Unidad de Servicios de Salud Sur

PAPS CARVAJAL

Bogotá D.C.

Asunto: Respuesta a Cliente interno N° 44

Reciba un Cordial saludo.

En respuesta a su requerimiento relacionado con el paciente OSCAR MAURICIO TAMAYO DUQUE identificado con CC 79564030. 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 CAPITAL SALUD EPS en dos (2) 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

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.

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

CON COPIA CAPITAL SALUD EPS KRA 30 N. 45ª-52

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:	Diana Coy Silva	Técnico Operativo de Servicio al Ciudadano	Rta enviada por ORFEO	20/01/2020
Transcrito por:	Diana Coy Silva	Técnico Operativo de Servicio al Ciudadano	Rta enviada por ORFEO	20/01/2020
Revisado por:	Helmut Alexander Loaiza Cruz	Profesional Universitario (E) Servicio al Ciudadano		05/02/2020




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
Info: 195



•USS Pablo VI
•USS Fontibón

Cliente Interno

		REGISTRO DERECHO DE PETICION		Versión: _____ Fecha de Aprobación: _____ Código: _____	
Señor usuario(a) de acuerdo a la Normatividad vigente, queremos informarle que mediante este canal usted pueda 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 _____		<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">  <p>Secretaría de Salud Subred Sur Occidente E.S.E.</p> <p>15 ENE 2020</p> <p>Recibe: <i>[Signature]</i></p> </div>	
Unidad/Sede: <u>paps Corvayal 79</u>		Consecutivo Interno: <u>4124</u>		Consecutivo Oficio: _____	
Consecutivo SDQS: _____		Espacio Exclusivo para la Entidad			
MEDIO DE RECEPCION		PARA DARLE UNA RESPUESTA OPORTUNA POR FAVOR DILIGENCIE SUS DATOS			
TELEFONO BUZON PERSONALMENTE		NOMBRE: <u>DAPS 79 CORVAYAL</u>			
Tipo de comentario: <u>Exclusivo Unidad de Servicios</u>		DOCUMENTO DE IDENTIDAD: _____			
Sugerencia <input type="checkbox"/> Queja <input checked="" type="checkbox"/> Reclamo <input type="checkbox"/> Felicitación <input type="checkbox"/> Copia <input type="checkbox"/>		DIRECCION: _____ BARRIO: _____ TELEFONO: _____ CORREO ELECTRONICO: _____ EPS: _____			
TIPO DE POBLACION					
ADULTO MAYOR <input type="checkbox"/>		GESANTE <input type="checkbox"/>		PERSONA CON DISCAPACIDAD <input type="checkbox"/>	
HABITANTE DE CALLE <input type="checkbox"/>		MENOR DE AÑOS <input type="checkbox"/>		NINGUNO <input type="checkbox"/>	
COMO PREFERE REGISTRAR LA RESPUESTA A SU COMENTARIO					
<input type="checkbox"/> POR CORREO ELECTRONICO		<input type="checkbox"/> POR CORRESPONDENCIA			
ESCRIBA SU EXPERIENCIA (LA ENTREGA DE LA RESPUESTA DEBE SER EN UN LENGUAJE CLARO)					
<p>13 de enero de 2020. Estado de la Guajira, municipio Tamayo Duque. En el centro de salud de este municipio, estado de Alcega, me encuentro en un estado de no ser atendido en ese estado. Tratando con palabras vulgares a los funcionarios, en especial a las higienistas se deja en conocimiento que cada vez que asista al centro de salud ingreso en ese estado.</p> <p>Claudia Agard <i>[Signature]</i></p> <p>Gracias por su colaboración</p>					

