



SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD  
SUR OCCIDENTE ESE



\*20202510249811\*

Bogotá D.C., 11-02-2020

Doctor  
FAVIO ROJAS  
Especialista Ginecología  
Publicar en Cartelera  
Fijación: 12/02/2020  
Desfijación: 19/02/2020

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

Asunto: Respuesta Cliente Interno N° 62

Respetado Doctor

En respuesta a su requerimiento relacionado con el ciudadano BRILLITE PAOLA LAGUNA LOZANO, identificado con documento de identidad 1030543229, 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 S, en el folio 1 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. Lamentamos, si de alguna manera, se sintió ofendido por los hechos en mención.

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,



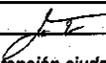
**MIRELLA PEÑA ROJAS**

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

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:	Karen Amaya Cifuentes	Apoyo Tecnológico I- Servicio al Ciudadano	Orfeo	30/01/2020
Transcrito por:	Karen Amaya Cifuentes	Apoyo Tecnológico I- Servicio al Ciudadano	Orfeo	30/01/2020
Revisado por:	Luis Fernando Lizcano L.	Profesional Universitario - Servicio al Ciudadano		11/02/2020

**"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://fapp.saludcapital.gov.co/encuestas/index.php?sid=52866&lang=es> o acceder a la página [www.saludcapital.gov.co](http://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:

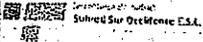
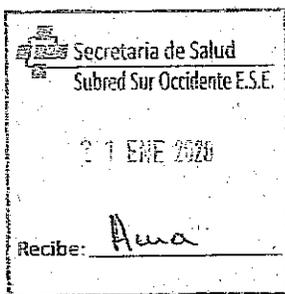
**DERECHOS**

- ✓ A CONOCER el portafolio de servicios y los costos derivados de la atención obtenida.
- ✓ A ELEGIR si deseo o no, recibir el tratamiento y/o procedimiento ordenado por el profesional de la salud.
- ✓ A RECIBIR una atención segura, integral, oportuna y eficiente de acuerdo a mi condición de salud, género y edad.

**DEBERES**

- ✓ A INFORMAR Si acepto o rechazo el tratamiento y/o procedimiento de salud ordenado por el profesional.
- ✓ A CUMPLIR Con el tratamiento y recomendaciones ordenadas por el equipo de salud.

C. EXT. 2

		<b>REGISTRO DERECHO DE PETICION</b>		Versión: 3
				Fecha de Aprobación: 20/11/2018 Código: 03-01-FO-0003
<p>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.</p>				
FECHA DEL COMENTARIO		DÍA MES AÑO 20 1 2020		
Unidad/Sede: _____		Consecutivo Interno: 62		
Consecutivo Orfeo: _____		Consecutivo SDQS: _____		
Espacio Exclusivo para la Entidad		Espacio Exclusivo para el Sello de Recepción de la Entidad		
MEDIO DE RECEPCIÓN		PARA DÁRLE UNA RESPUESTA OPORTUNA POR FAVOR DILIGENCIE SUS DATOS		
TELÉFONO BUZÓN PERSONALMENTE		NOMBRE: _____		
Tipo de comentario Exclusivo Unidad de Servicios		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: _____		
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 presento)				
Paciente Brillite Paola laguna lozano con n° cedula 1030543229 quien tiene cita a las 10:20 sin embargo llega a las 10:50 en terminos groseros, amenazante, maltratante, Agresivos Agarro la puerta del consultorio 115 a patadas estando en el momento con paciente en consulta. Se le pide a paciente que se calme y que se dirija con la jefe de consulta continuando con la misma agresividad en consultorio. Agradesco su colaboración al respecto.				
javio Rojas Gineco-obstetra Hospital Occidente Kennedy.				

