



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

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



20202510249921

Bogotá D.C., 11-02-2020

Señora

MILENA MOSQUERA

Auxiliar de Laboratorio

Publicar en cartelera

Fijación: 11/02/2020

Des fijación: 18/02/2020

Unidad de Servicios de Salud Pablo VI

Unidad de Prestación de Servicios de Salud San Bernardino

Bogotá D.C.

Asunto: Respuesta Cliente Interno N° 074

Reciba un Cordial saludo.

En respuesta a su requerimiento relacionado con el familiar de la ciudadana Ibersolina Vallejo, identificada con documento de identidad 51.822.829, 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 reciproco 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 UNICAJAS CONFACUNDI, en 01 folio 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.

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

C.C Unicajas Comfacundi Calle 53 # 10 39
Anexo: 01 Folio

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:	Sandra Milena Forero Romero	Auxiliar Área Salud	ORFEO	22/01/2020
Transcrito por:	Sandra Milena Forero Romero	Auxiliar Área Salud	ORFEO	22/01/2020
Revisado por:	Helmuth Alexander Loetza Cruz	Profesional Universitario (E) Servicio al Ciudadano		11/02/2020



"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 recibe respuesta a su petición, nos dé su opinión y sugerencias contestando la ENCUESTA VIRTUAL que hemos dispuesto en el link <http://bit.ly/2u00DyP>. 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.subredsuroccidente.gov.co
Info: 195

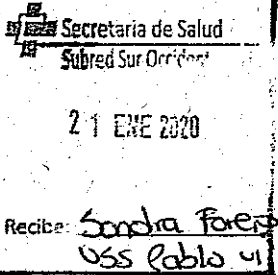


•USS Pablo VI
•USS Fontibón

cliente interno

 SECRETARÍA DE SALUD Subred Sur Occidente E.S.E.	REGISTRO DERECHO DE PÉTICIÓN	Versión: 3 Fecha de Aprobación: 2011/2018 Código: 03-01-FO-0003	 SECRETARÍA DE SALUD SUBRED SUR OCCIDENTE
--	-------------------------------------	---	---

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: <u>17/01/20</u> Unidad/Sede: <u>Sanbeño</u> Consecutivo Interno: <u>074</u> Consecutivo Orfeo: _____ Consecutivo SDQS: _____	 Secretaria de Salud Subred Sur Occidente 21 ENE 2020 Recibe: <u>Sandra Flores</u> <u>USS Pablo u1</u>
--	--

Espacio Exclusivo para la Entidad	Espacio Exclusivo para el Señor de Recepción de la Entidad
MEDIO DE RECEPCIÓN TELÉFONO BUZÓN PERSONALMENTE <input checked="" type="checkbox"/>	PARA DARLE UNA RESPUESTA OPORTUNA POR FAVOR DILIGENCIE SUS DATOS NOMBRE: <u>Familia de la senora</u> DOCUMENTO DE IDENTIDAD: <u>J. Beisolina Vallejo</u> DIRECCIÓN: <u>cc 51822829</u> BARRIO: <u>Sanbeño</u> TELÉFONO: <u>5702942</u> CORREO ELECTRÓNICO: _____ EPS: <u>capital 0</u>
Tipo de comentario Exclusivo Unidad de Servicios Sugerencia <input type="checkbox"/> Solicitud de información <input type="checkbox"/> Queja <input checked="" type="checkbox"/> Derecho de petición de interés particular <input type="checkbox"/> Reclamo <input checked="" 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"/>	

TIPO DE POBLACION			
ADULTO MAYOR	GESTANTE	PERSONA CON DISCAPACIDAD	NINGUNO <u>9</u>
HABITANTE DE CALLE	Menor de 5 años	LGTBI	OTRO CUAL:
COMO PREFERE RECIBIR LA RESPUESTA A SU COMENTARIO			
POR CORREO ELECTRÓNICO	POR CORRESPONDENCIA		

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

El día de hoy 17-01-2020 en las horas de la tarde 2:10pm me encuentro almorzando y a esa hora se entregan laboratorios pero no pude almorzar a mi hora de almuerzo ya que por falta de tiempo este a una gestante que había tenido cita en las horas de la mañana salió almorzar faltando 10 para los dos y una usuaria moles empezó a gritar que yo era una pelesosa y que no quería hacer mi trabajo le explique la situación y empezó a decirme que era una negligente, glosada y desleal se cayó aplicativo de interese y la senora muy agresiva me dijo que eran inventos mios para no entregar

Yo les dije a los usuarios que
si no servía tendrían que venir el
jueves en la tarde o espera un momento
La señora fue agresiva y muy mal
educada me dijo burlas
Indignando a los demás.
COUNCILS Mikena Mosquera
aux. Laboratorio

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 prefiera 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