



SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD  
SUR OCCIDENTE ESE



\*20202510267821\*

Bogotá D.C., 11-03-2020

Señora  
GLORIA NARVAEZ  
Publicar en Cartelera  
Fijación: 13/03/2020  
Desfijación: 20/03/2020

Unidad de Servicios de Salud Sur  
USS DINDALITO  
Bogotá D.C

Asunto: Respuesta Queja No. (213) BTE 429642020

Reciba un Cordial Saludo. En la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente venimos trabajando por la mejora continua de la prestación de nuestros servicios de salud, buscando satisfacer sus necesidades y expectativas. Es por ello que para nosotros es de gran importancia conocer su percepción de la atención recibida, lo cual contribuye al fortalecimiento de nuestro Sistema de Gestión de la Calidad, y nos da la posibilidad de implementar acciones de mejoramiento.

En respuesta a su requerimiento donde considera que la atención prestada en el servicio de facturación no fue la adecuada.

Al respecto el líder del área de facturación, y en general la Subred Sur Occidente, le ofrecen disculpas por los inconvenientes ocasionados en la atención, no obstante es importante indicarle que somos una institución siempre presta a tomar las medidas necesarias para mejorar la atención brindada a nuestra población consultante y garantizar que estas situaciones no se vuelvan a presentar. En tal sentido se realizó socialización de las inconformidades presentadas por Ud. a nuestro grupo de facturación con el fin de mitigar estas inconformidades en la ejecución de las diferentes actividades que redundan en la articulación del servicio asistencial y administrativo.

Por último, es importante comunicarle que la Subred Sur Occidente cuenta con el área de humanización, donde se ofrece un espacio de escucha a la persona involucrada, y se sensibiliza frente a la importancia de brindar un trato humanizado a los usuarios y sus familias.

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

Calle 9 No. 39-46  
Commutador: 7560505  
Ext: 1008  
[www.subredsuroccidente.gov.co](http://www.subredsuroccidente.gov.co)


Código Postal: 111611



ALCALDÍA MAYOR  
DE BOGOTÁ D.C.

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.

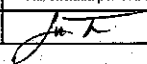
Cordialmente,



**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:	Javier Rodríguez	Líder de Facturación Unidad del Sur	Rta enviada por ORFEO	28/02/2020
Transcrito por:	Diana Coy Silva	Técnico Operativo de Servicio al Ciudadano	Rta enviada por ORFEO	10/03/2020
Revisado por:	Luis Fernando Lizcano L.	Profesional Universitario - Servicio al Ciudadano		11/03/2020

**"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.