



20212510417641
Bogotá D.C., 05-10-2021

Señor (a)
Usuario (a) ANONIMO
Publicar en Cartelera
Fijación: 05/10/2021
Desfijación: 12/10/2021

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

Asunto: Respuesta RECLAMO N° 1173 SDGPC 2949802021

Respetado(a) Señor(a)

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 mediante el cual manifestó inconformidad debido a la presunta demora en la atención de una cita en la Unidad de Servicios de Salud Occidente de Kennedy, queremos informar que revisamos su manifestación, sin embargo no evidenciamos datos que nos permitan realizar la verificación de los hechos, toda vez que no se evidencia el nombre del paciente, tampoco registra el nombre del profesional con el cual tenía la cita programada, por lo tanto no es posible identificar lo sucedido.

Por otra parte es importante aclarar, que de conformidad con la Ley 1755 de 2015, toda petición requiere de unos datos específicos, como lo son:

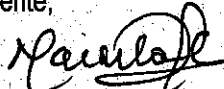
- ✓ El número de documento de identidad.
- ✓ Nombres completos del solicitante.
- ✓ Dirección donde recibirá correspondencia.
- ✓ El objeto de la petición.

Lamentamos su percepción respecto de la oportunidad en la atención brindada, la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. considera sus inquietudes como base de un aprendizaje continuo,

creando planes de mejora, que contribuyan a brindar una atención en salud respetuosa y humanizada, por lo tanto para futuros casos respetuosamente le recomendamos aportar datos de identificación.

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 MARCELA CASTELLANOS CABRERA al Tel 4399090 Ext 2520, en el horario de lunes a viernes de 07:00 am a 04:00 pm.


Cordialmente,



MARCELA CASTELLANOS CABRERA

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
FBX (57-1) 4617000

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:	Lady Hícel Moreno Ortégón	Líder de Consulta Externa Uss Kennedy- Dirección de Servicios Ambulatorios	Orfeo	20/09/2021
Transcrito por:	Karen Amaya Cifuentes	Apoyo Tecnológico I- Servicio al Ciudadano	Orfeo	04/10/2021
Revisado por:	Luis Fernando Lizcano L.	Profesional Universitario - Servicio al Ciudadano		05/10/2021

"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".

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.