



\*20202510267201\*

Bogotá D.C., 11-03-2020

Señor (a)

Usuario (a) (Anónimo)

Publicar en cartelera

Fijación: 13/03/2020

Des fijación: 20/03/2020

Unidad de Servicios de Salud Sur

PAPS 72 ARGELIA

Bogotá D.C

Asunto: Respuesta a Reclamo No. (194) SDQS 429352020

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 petición, donde hace referencia al servicio prestando en la unidad de Argelia.

Al respecto, es preciso mencionar que comprendemos las necesidades de nuestros usuarios y aún más si existen situaciones que generan inconformidad sobre la calidad del servicio, es deber de la institución garantizar que todo nuestro personal trate a los usuarios con calidad, oportunidad y comprensión, con el fin de prestar un servicio integral que cumpla con los estándares de calidad establecidos.

Por tanto, se procedió a verificar el servicio requerido, pero fue imposible debido que la petición no registra datos personales y telefónicos donde pudiéramos comunicarnos con Ud.

En lo relacionado con la actitud de servicio, nos permitimos informarle que las apreciaciones realizadas se dieron a conocer a la colaboradora a quien se le recordó la importancia de brindar un servicio con cordialidad y respeto para nuestros usuarios y sus familias.

Finalmente, la Subred Sur Occidente E.S.E, le ofrece disculpas sin en algún momento sintió que sus derechos en salud fueron vulnerados. Esperamos que la próxima visita a la unidad sea de su mayor agrado.

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,

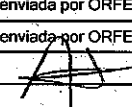


**MIRELLA PEÑA ROJAS**

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) 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:	María Cristina Pedraza	Líder Operativo oftalmología	Rta enviada por ORFEO	25/02/2020
Transcrito por:	Diana Coy Silva	Técnico Operativo de Servicio al Ciudadano	Rta enviada por ORFEO	10/03/2020
Revisado por:	Helmuth Alexander Lozaia Cruz	Profesional Universitario (E) 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 desea 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.