



SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD  
**SUR OCCIDENTE ESE**



\*20202510275181\*

Bogotá D.C., 25-03-2020

Señor (a)  
ANONIMO  
PUBLICAR EN CARTELERA  
FIJACION: 3/04/2020  
DES FIJACION: 10/04/2020

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

Asunto: Respuesta RECLAMO N° 305 BTE 535752020

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 la cancelación de cita con especialista en otorrinolaringología y no le informaron, nos permitimos informarle que se indaga con la colaboradora en mención respecto a lo sucedido, quien manifiesta que no recuerda haber recibido información acerca de la cancelación de la cita, por tal razón no se notificó.

Teniendo en cuenta su comentario, se dan indicaciones directas a la colaboradora en cuanto a lo que tiene que ver con la atención humanizada, prioritaria a nuestros usuarios brindando la información requerida por ellos de manera clara y veraz. A su vez se le indica a la colaboradora mantener una actitud resolutive y con respeto satisfaciendo las necesidades de los usuarios en el punto que se encuentra.



Igualmente la colaboradora ofrece excusas por la dificultad presentada y toma dicho comentario como crítica constructiva para la mejora de la prestación del servicio siendo este más eficiente y humanizado garantizando la atención oportuna según las necesidades.

Sin embargo no es posible re-assignarle la consulta o identificar si fue posible el acceso a los servicios de salud pues no contamos con datos de contacto ni del paciente, por tanto le invitamos a solicitar sus consultas por medio del call center distrital 3078181 o 018000118181 de Lunes a Sabado de 6 am a 8 pm.

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



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:	Sandra Ginnet Tafur	Líder de Facturación- Dirección Financiera	Orfeo	08/03/2020
Transcrito por:	Karen Amaya Cifuentes	Apoyo Tecnológico I- Dirección de Participación Comunitaria y Servicio al Ciudadano	Orfeo	19/03/2020
Revisado por:	Ma. Fdz. Morales	Trabajadora Social Servicio al Ciudadano		25-03-2020

**"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 Contactenos 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** los escenarios de participación social y cómo acceder a los mecanismos de escucha.
- ✓ **A ELEGIR** Si acepto o no, la donación de órganos y/o sangre.
- ✓ **A RECIBIR** un trato digno; respetando mi religión costumbres y creencias.

**DEBERES**

- ✓ **A INFORMAR** sobre situaciones irregulares que evidencie en la unidad de servicios de salud.
- ✓ **A CUMPLIR** con el pago oportuno de los servicios y derivados de mi condición de aseguramiento.

