



SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD  
SUR OCCIDENTE ESE



\*20202510275391\*

Bogotá D.C., 26-03-2020

Señor:

**ANONIMO**

Publicar en cartelera

Fijación: 27/03/2020

Des fijación: 03/04/2020

Bogotá D.C.

Unidad de Servicios de Salud Pablo VI  
Unidad de Servicios de Salud Estación  
Bogotá D.C.

Asunto: Respuesta Reclamo N° 331 BTE 593712020

Respetado Señor USUARIO:

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 por la no asignación de servicios totales por call center; me permito informarle, la subred integrada de servicios de salud sur occidente E.S.E cuenta con un call center distrital para realizar la asignación de los servicios se puede comunicar a los número 3078181 o 018000118181 en los cuales se realiza el agendamiento de las consultas, sin embargo en el momento se presta el servicio de terapia física de manera presencial en la USS Estación de Lunes a Sábado a partir de las 7:00 am.

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

Código Postal: 111611

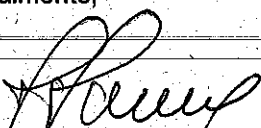


ALCALDÍA MAYOR  
DE BOGOTÁ D.C.

Ofrecemos disculpas por el inconveniente presentado, el interés de la Subred Sur Occidente es brindar servicios con calidad, calidez y un trato humanizado hacia nuestros usuarios.

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) 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: | Diana Carolina Gómez Romero   | Líder Servicio al Ciudadano – Participación Comunitaria y Servicio al Ciudadano | ORFEO   | 17/03/2020 |
| Trasmitido por: | Sandra Milena Forero Romero   | Auxiliar Área Salud – Servicio al Ciudadano                                     | ORFEO   | 26/03/2020 |
| Revisado por:   | Helmuth Alexander Loaiza Cruz | Profesional Universitario (E) Servicio al Ciudadano                             |  | 26/03/2020 |

**"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 reciba respuesta a su petición, nos dé su opinión y sugerencias contestando la ENCUESTA VIRTUAL que hemos dispuesto en el link <http://bit.ly/2uo0DyP>. 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** de forma clara mi condición de salud y el tratamiento que recibiré.
- ✓ **A ELEGIR** la Unidad de servicios de salud y los profesionales de salud que me atenderán.
- ✓ **A RECIBIR** Información, capacitación y educación en temas de salud.

**DEBERES**

- ✓ **A INFORMAR** mis antecedentes en salud, entorno familiar, hábitat y situación ética.
- ✓ **A CUMPLIR** puntualmente con las citas asignadas por la unidad de servicios de salud y presentarme en adecuadas condiciones de aseo.