



SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD
SUR OCCIDENTE ESE



20202510247241

Bogotá D.C., 04-02-2020

Señora
MARIA DE JESUS BOCANEGRA GARCIA
Publicar en Cartelera
Fijación: 05/02/2020
Desfijación: 12/02/2020

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

Asunto: Respuesta Reclamo N° 38 SDQS 81272020

Respetada Usuaría

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 atención en el servicio de urgencias de la Unidad de Servicios de Salud Occidente de Kennedy, queremos informarle que se procede a revisar en los sistemas de información, la historia clínica en la cual se evidencia que la clasificación del TRIAGE del 10/01/2020 fue realizada con categoría III. Posteriormente en valoración médica se ordena observación y líquidos endovenosos, exámenes clínicos, examen de Electrocardiograma, además de una segunda valoración por el médico que se encontraba asignado a dicho servicio; el cual revisó los exámenes ordenados incluido el electrocardiograma y descartó síndrome coronario e infección del tracto urinario.

Así mismo se evidencia que los tiempos de atención fueron oportunos, en cuanto a la decisión medica cabe resaltar que contamos con profesionales especializados, que están en la facultad de determinar conducta médica en base a los exámenes clínicos e imágenes diagnosticas que le realicen al paciente; según el estado





de salud del paciente y según definición de TRIAGE se decide si se asigna cita médica prioritaria o si en su defecto se debe atender de inmediato con un especialista.

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:	Yanith Piragauta Gutiérrez	Líder- Dirección de Servicios de Urgencias	Orfeo	28/01/2020
Transcrito por:	Karen Ámaya Cifuentes	Apoyo Tecnológico I- Servicio al Ciudadano	Orfeo	28/01/2020
Revisado por:	Luis Fernando Lizcano L.	Profesional Universitario - Servicio al Ciudadano		04/02/2020

"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 – 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.

