



SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD  
SUR OCCIDENTE ESE



\*20202510253431\*

Bogotá D.C., 18-02-2020

Señora  
BLANCA DE QUIJANO  
Publicar en Cartelera  
Fijación: 19/02/2020  
Desfijación: 26/02/2020

Unidad de Servicios de Salud Bosa  
Bogotá D.C.

Asunto: Respuesta Sugerencia N° 47 SDQS 272052020

Reciba un Córdial 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 solicita dar continuidad a la ruta de la salud en la Subred Sur Occidente.

De acuerdo a lo comentado por usted, queremos indicar que el Programa Ruta de la Salud que venía desarrollándose en la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente, termino el día 03 de diciembre de 2.019. Sin embargo estos contratos tienen renovaciones periódicas, por lo cual en el momento estamos en la fase de revisión y legalización para el nuevo convenio por parte de la Secretaria Distrital de Salud, esto con el objetivo de realizar la asignación presupuestal, alistamiento de vehículos y del talento humano, que permita darle continuidad al Programa y seguir prestando el servicio a los usuarios garantizando el acceso a los servicios de salud. Cualquier información adicional, puede comunicarse con el teléfono 7799800 Ext. 38495.

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

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

Código Postal: 111611



USS Pablo VI Bosa  
USS Fontibón



ALCALDÍA MAYOR  
DE BOGOTÁ D.C.

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:	Sofía Martínez Landazábal	Referente Ruta de la Salud	Enviada por Orfeo	10/02/2020
Transcrito por:	Bellanid Mora C	Tecnólogo PQRS – Servicio al Ciudadano	Enviada por Orfeo	10/02/2020
Revisado por:	Luis Fernando Lizcano L	Profesional Universitario – Servicio al Ciudadano		18/02/2020

**"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](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 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.