

S- 2111
1



REPORTE REGISTRO DE PETICIÓN

Canal de recepción: TELEFONO

INFORMACIÓN DEL USUARIO

Nombre y apellidos: MARIA NEIFFE IBARRA

Documento de Identificación: 49654313

Dirección de notificación: KR 89A 45A 38 SUR AP 401 TO 4

Teléfono Fijo: 3223810024

Teléfono Móvil: 3106464921

Correo electrónico: sentmora2024@gmail.com

Dirección lugar de los hechos:

Ubicación Aproximada:

INFORMACIÓN DE LA PETICIÓN

No. de Petición: 4651122024

Asunto: Constancia registro petición

EL PRESENTE REQUERIMIENTO INGRESA A TRAVES DE LA LINEA DE SERVICIO A LA CIUDADANIA DE LA SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD EL 16/10/2024

- NOMBRES COMPLETOS: MARIA NEIFFE IBARRA
- TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO: C.C. 49654313
- EDAD: 59 AÑOS
- TELEFONO Y/O CELULAR: 3106464921
- CORREO ELECTRONICO: MARIANEIFFEIBARRA@GMAIL.COM
- NOMBRE DE LA IPS: REDES MEDICAS DE LA 26
- DIRECCION COMPLETA DE LA IPS, HOSPITAL, CLINICA: CARRERA 10 # 26 71
- SERVICIO EN LA QUE SE PRESENTO LA DIFICULTAD: EN PSIQUIATRIA
- NUMERO DE CONSULTORIO O HABITACION EN CASO DE SER UNA HOSPITALIZACION: N/A
- FECHAS EN LAS QUE OCURRIERON LOS HECHOS: 16/10/2024



SE COMUNICA LA SEÑORA MARIA NEIFFE IBARRA IDENTIFICADA CON C.C. 49654313, QUIEN INFORMA QUE TENIA UNA CITA DE PSIQUIATRIA EL DIA DE HOY A LAS 8:40 CON LA DRA. ALEJANDRA MARIA ALARCON CLAVIJO Y ELLA LE REALIZO UNAS PREGUNTAS SOBRE SU ESTADO DE SALUD, A LO QUE LA PROFESIONAL INDICO : “

¿USTED SIGUE MAL?, Y LE INFORMO QUE DEBIA HOSPITALIZARSE COMO LO HABIA INDICADO LA PROFESIONAL QUE LA HABIA ATENDIDO HACIA DOS MESES. INDICA QUE LE LLAMARON LA POLICIA Y FINALMENTE SE SINTIO COMO SI ESTUVIERA SECUESTRADA, ADICIONAL REFIERE QUE SALIO CORRIENDO HASTA EL TRANSMILENIO Y LA PERSIGUIO LA PROFESIONAL Y LA CAJERA. SOLICITA QUE LE REALICEN CAMBIO DE PROVEEDOR.

DE MANERA ATENTA SOLICITA QUE LA SDS INTERVENGA CON LAS ACCIONES A LAS QUE HAYA LUGAR.

CONTACTO:

Identificación: CC 49654313

Nombres: MARIA NEIFFE IBARRA

Departamento: BOGOTA

Ciudad: BOGOTA, D.C.

Dirección de Correspondencia: KR 89A 45A 38 SUR AP 401 TO 4

Teléfono: 3223810024

Celular: 3106464921

Correo Electrónico: marianeiffeibarra@gmail.com

¿Es el representante legal?: No

INFORMACIÓN DE REGISTRO:

Fecha de registro: 2024-10-16

Nombre del servidor: Nelsy Yolanda Torres Sanchez

Adicionalmente, lo invitamos actualizar periódicamente su información. Con este registro podrá recibir información directa en su correo electrónico y enterarse de la gestión de su petición.



SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD-SDS

Sistema de Gestión de Peticiones Ciudadanas – Bogotá te escucha -
<https://bogota.gov.co/sdqs/>

REGISTRO DIGITAL: BOGOTÁ TE ESCUCHA

