SSO-2026-4-002844-4

villa J

| Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. | REGISTRO DERECHO DE PETICIÓN PQRS-F | Versión: | 8 | ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. |
|---|---|---|---|---|
| | | Fecha de Aprobación: | 2/08/2024 | |
| | | Código: | 03-01-FO-0003 | |

Señor (a) usuario(a) para garantizarle la entrega de su respuesta, le invitamos a escribir su **NOMBRE, DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA Y/O CORREO ELECTRÓNICO, COMPLETOS Y CON LETRA LEGIBLE.** También puede interponder su petición de forma Anónima si así lo desea.

***Su información será tratada conforme a nuestra política de tratamiento y protección de datos personales, que recoge las disposiciones de la Ley 1582 de 2012.***

| FECHA DEL COMENTARIO | DÍA | MES | AÑO |
|---|---|---|---|
| | 26 | 02 | 2026 |

**FAVOR DILIGENCIAR SUS DATOS**

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE O RAZÓN SOCIAL | Diana Munoz Hincapie | | | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO | C.C X | T.I | NIT | PTP | No. 30276062 | | | | |
| | R.C | PA. | PEP | C.E. | | | | | |
| NOMBRE DE LA EPS EN LA QUE SE ENCUENTRA AFILIADO(A): | Capital Salud | | | | | | | | |
| DIRECCIÓN: | Cle 52 A Su # 89 A - 47 | | | TORRE | APT. | CASA | PISO | OFC | |
| BARRIO: | Bosa Brasil | TELÉFONO: | 3144454612 | CORREO ELECTRÓNICO: | hawli1986@gmail.com | | | | |

**TIPO DE POBLACIÓN**

GENERAL [X] PERSONA MAYOR [ ] PERSONA DE GRUPO ÈTNICO [ ] PERSONA CON DISCAPACIDAD [ ]

CIUDADANO HABITANTE DE CALLE [ ] INFANTE Y/O ADOLESCENTE [ ] PERSONA DE LOS SECTORES LQTBIQ+ [ ]

OTRO [ ] CUAL_____.

**COMO PREFIERE RECIBIR LA RESPUESTA A SU COMENTARIO**

POR CORREO ELECTRÓNICO [ ] POR CORRESPONDENCIA FÍSICA [ ]

**ESCRIBA SU EXPERIENCIA: (La situación positiva o negativa que se le presentó)**

Buenos días:
Por medio de la presente deseo manifestar mis agradecimientos y felicitaciones por la atención prestada en el Centro medico Villa Javier.

Asistí a realizarme la citología con la Gek Leidy Ladino y al encontrar una pequeña anomalía, Solicité muy amablemente a la Ginecología Luz Elena Gonzales un espacio para realizar la Consulta con ella.
La Ginecología Luz elena muy amable me colaboró ya que tenía disponibilidad en la agenda y fuí atendida de inmediato.
Recibí un excelente servicio. Felicitaciones

**Su comentario nos ayuda a mejorar. GRACIAS.**

Su petición será tramitada por la oficina de Participación Comunitaria y Servicio al Ciudadano dentro de los tiempos estipulados por Ley.
Si su situación amerita una respuesta inmediata, le sugerimos respetuosamente acercarse a la Oficina de Servicio al Ciudadano del Centro de Salud u Hospital en donde se encuentra.

SSO-2026-4-002844-4

**ESPACIO EXCLUSIVO UNIDAD DE SERVICIOS**

Unidad/Sede: Villa Javier

Consecutivo Interno : 2736

Consecutivo BTE:

**MEDIO DE RECEPCIÓN**

| | |
|---|---|
| TELÉFONO | |
| BUZÓN | X |
| PERSONALMENTE | |

**USO EXCLUSIVO PARA SELLO DE RECEPCIÓN DELA ENTIDAD**

Secretaria de Salud

2 6 FEB 2026

Recibe: Sandra Forero

**TIPO DE REQUERIMIENTO**

| | | | |
|---|---|---|---|
| Sugerencia | | Solicitud de Información | |
| Reclamo | | Derecho de Petición de Interés Particular | |
| Felicitación | X | Derecho de Petición de Interés General | |
| Solicitud de Copia | | Consulta | |
| Queja | | Denuncia por posibles actos de Corrupción | |

**ESPACIO EXCLUSIVO UNIDAD DE SERVICIOS - VALIDACIÓN DIRECCIÓN DEL PETICIONARIO**

| Dirección: | Torre | Apto | Casa | Oficina | Piso |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | |

| Barrio o Conjunto: | Correo Electrónico: | Celular: |
|---|---|---|
| | | |

**AMPLIACIÓN O ACLARACIÓN DE LA PETICIÓN**

**INSTRUCCIONES DILIGENCIAMIENTO DEL FORMATO**

1. Fecha de recepción: Registre la fecha (dd-mm-aaaa), en la cual realiza su comentario.
2. Nombre de Usuario: Registre datos completos
3. Documento de identidad: Señale con una X el tipo de Documento. CC (Cédula de Ciudadanía) PA (Pasaporte), CE (Cédula de Extranjería), RC (Registro Civil), PEP (Permiso Especial de Permanencia), PTP (Permiso Temportal de Permanencia)y registre el número de documento de identidad.
4. Dirección: Registre la dirección de correspondencia donde desee que llegue su respuesta.
5. Barrio: Registre el Barrio al que corresponde la dirección de correspondencia.
6. Teléfono: Registre un número de contacto ya sea fijo o celular
7. Correo electrónico: Registre su correo electrónico, si tiene una cuenta creada
8. EPS: Registre la EPS a la que pertenece
9. Tipo de Población: Marque con un X la casilla del tipo de población con la cual usted se autoreconoce.
10. Como prefiere recibir la respuesta a su comentario: Marque con un X en la Casilla en la cual prefiera recibir su respuesta, es importante que haya diligenciado anteriormente las casillas Correo electrónico y/o dirección.
11. Escriba su experiencia: En este espacio puede manifestar la situación que desea darnos a conocer ya sea positiva o negativa, le Solicitamos sea en letra legible y clara indicando todos los datos necesarios para emitir una respuesta oportuna y completa.