

# Servicio de Atención a la Comunidad



@sacsaludcali

ALCALDÍA DE  
SANTIAGO DE CALI  
SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA

## SISTEMA DE REGISTRO DEL SERVICIO DE ATENCION A LA COMUNIDAD SAC 24 HORAS

CONTACTO	
Nombres del Contacto <b>NIEVES ANATOLIA</b>	Apellidos del Contacto: <b>ORTIZ LANDAZURI</b>
# Documento: <b>C.C. - 66809066</b>	Telefono Fijo:
Telefono Celular: <b>3175607489-3153056690</b>	Correo Electronico:
Dirección: <b>carrera36#49a-36</b>	Barrio: <b>1501 El Retiro</b>

EL AFECTADO		
# Documento:	<b>C.C. - 66809066</b>	
Nombres del Afectado	<b>NIEVES ANATOLIA ORTIZ LANDAZURI</b>	
Fecha Nacimiento: <b>27/08/1968(dd/mm/yyyy)</b>	Edad: 57 (a?os)	Género: <b>F</b>
Madre gestante <input type="checkbox"/>	Salud mental <input type="checkbox"/>	Discapacidad:
Población Especial *:	<input checked="" type="checkbox"/> Ninguno <input checked="" type="checkbox"/> Desplazado	
Dirección:	<b>carrera36#49a-36 Barrio: 1501 El Retiro</b>	
Área Rural:	Estrato Moda:1	
Usted como se Autoreconoce: <b>Heterosexual</b>	Identidad de Genero:	
Etnia *:	<b>Afrodescendiente</b>	
Correo Electronico:		
EPS:	<b>EMSSANAR EPS Tipo de Régimen:Subsidiado</b>	

* INFORMACIÓN DE LA SOLICITUD	
Número de Solicitud *:	<b>175037</b>
Fecha de la Solicitud:	<b>23/01/2026</b>
Descripción *:	<b>PETICIONARIA SOLICITA LE SEA PROGRAMADO ECOCARDIOGRAMA TRANSTORACICO,ELECTROCARDIOGRAFIA DINAMICA HOLTER,PRO PEPTIDO ATRIAL NATRIURETICO PRO-BNP PEPTIDO CEREBRAL NATRIURETICO ORDENADO POR EL MEDICO TRATANTE EL DIA 7/11/2025 EN LA IPS HOSPITAL ISAIAS DUARTE CANCINO INFORMAN QUE NO CUENTAN CON AGENDA.</b>
Observaciones :	
Tipo de Caso *:	<b>GESTION DE APOYO</b>
Antecedentes medicos:	
El Afectado está:	<input checked="" type="checkbox"/> AMBULATORIO Especifique en que piso o Area de la IPS se encuentra el afectado:
Entes de Control :	
Origen Petición *:	<b>IPS HOSPITAL ISAIAS DUARTE CANCINO EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</b>
Tipo de Evento *:	<b>Enfermedad General</b>
ASIGNAR CASO *:	<b>USUARIO.RADICADOR</b>

Califique el Motivo por el cual el Usuario llama: *	<b>PROGRAMACION DE PROCEDIMIENTOS</b>
Canal de Recepción: *	<b>TERRITORIO</b>
Municipio de la Solicitud: *	<b>CALI</b>
Diagnóstico relacionado con la solicitud: *	<b>I500 INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA</b>
¿Ya presentó su reclamo o solicitud ante la EPS o entidad responsable de garantizar los servicios de salud? *	<b>SI</b>
Atributo de la Calidad: *	<b>OPORTUNIDAD</b>
Estado de la Solicitud *	<b>INICIO TRAMITE</b>
<b>El usuario Acepta política de Tratamiento de Datos:?</b> <input checked="" type="checkbox"/>	
Ultima Modificación: en la fecha :	

[Agregar Seguimiento a esta solicitud](#)

[Regresar al Menu Principal...](#)

Viernes Enero 23, 2026  
4:49:20 PM

Usuario: **BRIYIT.TRULLOT**