

Servicio de Atención a la Comunidad



@sacsaludcali



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

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

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

* INFORMACIÓN DE LA SOLICITUD	
Número de Solicitud * :	175039
Fecha de la Solicitud:	23/01/2026
Descripción * :	<p>PETICIONARIA SOLICITA QUE LE SEA ENTREGADO LOS MEDICAMENTOS SACUBITRIL+VALSARTAN 24MG/26MGCOMPRIMIDO RECUBIERTO, CARVEDILOL 6.25 MG TABL,ESPIRONOLATONA 25MGTABLETAS, BISOPROLOL 5MG TAB REC, EMPAGLIFOZINA 10MG TABLETA. ORDENADO POR EL MEDICO TRATANTE EL DIA 7/11/2025 AUTORIZADOS EN LA IPS DROGUERIA AUDIFARMA INFORMAN QUE NO CUENTAN CON EL MEDICAMENTO.</p>
Observaciones :	
Tipo de Caso * :	GESTION DE APOYO
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 * :	IPS IPS AUDIFARMA
Tipo de Evento * :	Enfermedad General
ASIGNAR CASO * :	USUARIO.RADICADOR

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

[Agregar Seguimiento a esta solicitud](#)

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

Viernes Enero 23, 2026
4:49:56 PM

Usuario: **BRIYIT.TRULLOT**