

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 GIOVANNI	Apellidos del Contacto: APONZA MERA
# Documento: C.C. - 31852810	Telefono Fijo:
Telefono Celular: 3045914128	Correo Electronico:
Dirección: CARRERA39B#48-42	Barrio: 1501 El Retiro

EL AFECTADO		
# Documento:	C.C. - 31852810	
Nombres del Afectado	GIOVANNI APONZA MERA	
Fecha Nacimiento: 05/11/1954(dd/mm/yyyy)	Edad: 71 (a?os)	Género: F
Madre gestante <input type="checkbox"/>	Salud mental <input type="checkbox"/>	Discapacidad: Ninguna
Población Especial *:	<input checked="" type="checkbox"/> Ninguno	
Dirección:	CARRERA39B#48-42 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 *:	175049
Fecha de la Solicitud:	23/01/2026
Descripción *:	PETICIONARIA SOLICITA LE SEA PROGRAMADO CONSULTA DE PRIMERA VEZ MEDICINA SUBESPECIALIZADA REUMATOLOGIA, CONSULTA DE PRIMERA VEZ MEDICINA ESPECIALIZADA NEUROLOGIA,CONSULTA DE CONTROL Y DE SEGUIMIENTO MEDICINA ESPECIALIZADA MEDICINA INTERNA. ORDENADO POR EL MEDICO TRATANTE EL DIA 06/01/2026. EN LA IPS HOSPITAL CARLOS HOLMES TRUJILLO INFORMAN QUE NO CUENTAN CON AGENDA.
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 HOSPITAL CARLOS HOLMES TRUJILLO E.S.E. RED DE SALUD DEL ORIENTE EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
Tipo de Evento *:	Enfermedad General
ASIGNAR CASO *:	USUARIO.RADICADOR

-	
Califique el Motivo por el cual el Usuario llama: *	PROGRAMACION CITA MEDICA CON ESPECIALISTA
-	
Canal de Recepción: *	TERRITORIO
-	
Municipio de la Solicitud: *	CALI
-	
Diagnóstico relacionado con la solicitud:	G464 SINDROME DE INFARTO CEREBELOSO (I60-I67?)
-	
¿Ya presentó su reclamo o solicitud ante la EPS o entidad responsable de garantizar los servicios de salud? *	SI
-	
Atributo de la Calidad:	OPORTUNIDAD
-	
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
4:39:53 PM

Usuario: **BRIYIT.TRULLOT**