

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 CARMEN LUCIA	Apellidos del Contacto: TABARES
# Documento: C.C. - 1144190124	Telefono Fijo:
Telefono Celular: 3002036727	Correo Electronico: carmenluztaba@gmail.com
Dirección: CARRERA28I#34A-25	Barrio: 1201 Villanueva

EL AFECTADO		
# Documento:	C.C. - 1107050929	
Nombres del Afectado	MILCIADES IDROBO	
Fecha Nacimiento: 11/05/1948(dd/mm/yyyy)	Edad: 77 (a?os)	Género: M
Madre gestante <input type="checkbox"/>	Salud mental <input type="checkbox"/>	Discapacidad: Fisica
Población Especial *:	<input checked="" type="checkbox"/> Ninguno	
Dirección:	CARRERA28I#34A-25 Barrio: 1201 Villanueva	
Área Rural:	Estrato Moda: 2	
Usted como se Autoreconoce: Heterosexual	Identidad de Genero:	
Etnia *:	No se reconoce	
Correo Electronico:		
EPS:	NUEVA EPS	Tipo de Régimen: Contributivo

* INFORMACIÓN DE LA SOLICITUD	
Número de Solicitud * :	175052
Fecha de la Solicitud:	23/01/2026
Descripción * :	PETICIONARIA SOLICITA PARA SU TIO LE SEA PROGRAMADO CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN NEUROCIRUGIA. ORDENADO POR EL MEDICO TRATANTE EL DIA 21/08/2025. EN LA IPS CLINICA NUESTRA SE?ORA DE LOS REMEDIOS INFORMAN QUE NO CUENTAN CON AGENDA.
Observaciones :	
Tipo de Caso * :	GESTION DE APOYO
Antecedentes medicos:	
El Afectado está:	<input checked="" type="checkbox"/> AMBULATORIO
Entes de Control :	Especifique en que piso o Area de la IPS se encuentra el afectado:
Origen Petición * :	IPS CLINICA NUESTRA SENORA DE LOS REMEDIOS
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:	G20X ENFERMEDAD DE PARKINSON
¿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
<div>El usuario Acepta política de Tratamiento de Datos: ? <input checked="" type="checkbox"/></div> <div>Última Modificación: en la fecha :</div>	

[Agregar Seguimiento a esta solicitud](#)

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

Viernes Enero 23, 2026
4:37:56 PM

Usuario: **BRIYIT.TRULLOT**