

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 **JOSE FELIPE**Apellidos del Contacto: **LAOIZA PEREIRA**# Documento: **C.C. - 1130634361**

Telefono Fijo:

Telefono Celular: **3226510642 - 3172148083**Correo Electronico: **jfloaizapereira@gmail.com**Dirección: **CALLE 72 K 3N71**Barrio: **0610 Ciudadela Floralia - Comfenalco**

EL AFECTADO

Documento: **C.C. - 38563836**Nombres del Afectado **NOELIA DE JESUS ARIAS**Fecha Nacimiento: **19/07/1957(dd/mm/yyyy)**

Edad: 68 (a?os)

Género: **F**Madre gestante ☐Salud mental ☐

Discapacidad:

Población Especial *:

☒ Ninguno

Dirección:

CALLE 9 C AV 46-31 Barrio: 6401 Montebello (Cabecera)

Área Rural:

Estrato Moda:

Usted como se Autoreconoce: **Heterosexual**

Identidad de Genero:

Etnia *:

No se reconoce

Telefono Fijo:

Telefono Celular:

Correo Electronico:

EPS:

EMSSANAR EPS Tipo de Régimen: **Subsidiado**

Modelo Preventivo de CA de mama:

Tiene Antecedentes: **No**

Tiene Sospechas:

Tiene Diagnóstico:

* INFORMACIÓN DE LA SOLICITUD

Número de Solicitud * : **174583**

Descripción *:

PETICIONARIA SOLICITA PARA SU SOBRINA QUIEN SE ENCUENTRA EN LA HOSPITAL MARIO CORRERA UBICADO EN EL PISO 1 CAMA 2, URGENCIA INGRESO EL DIA 01/01/2026, POR DIAGNOSTICO OBSTRUCCIONES INTESTINALES NO ESPECIFICADAS, REQUIERE QUE LE HAGA TRAFUNCION DE SAGRE LO CUAL YA ESTAN LOS DONATE Y NO SE LLEVA ACABO EL PROCEDIMIENTO

Observaciones:

PROGRAMACION

Tipo de Caso *:

GESTION DE APOYOAntecedentes
CRONICOS:

El Afectado está:

☒ HOSPITALIZADOEspecifique en que piso o Area de la IPS se encuentra el afectado: **EL PISO 1 CAMA 2**

Entes de Control:

Origen Petición * :	IPS
	HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO E.S.E.
Tipo de Evento * :	Enfermedad General
ASIGNAR CASO * :	GIOVANNY.PEREZ
Califique el Motivo por el cual el Usuario llama: * :	PROGRAMACION DE PROCEDIMIENTOS
Canal de Recepción: * :	PRESENCIAL
Municipio de la Solicitud: * :	CALI
Diagnóstico relacionado con la solicitud:	Z513 TRANSFUSION DE SANGRE
¿Ya presentó su reclamo o solicitud ante la EPS o entidad responsable de garantizar los servicios de salud? * :	SI
Atributo de la Calidad:	ACCESIBILIDAD
Estado de la Solicitud * :	INICIO TRAMITE
El caso se va a SEMAFORIZAR ?* :	El usuario Acepta política de Tratamiento de Datos:* <input checked="" type="checkbox"/>

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

Miercoles Enero 14, 2026
4:19:50 PM

Usuario: **JOSE.LOAIZA**