

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

CONTACTO	
Nombres del Contacto **LEYDI MARCELA**	Apellidos del Contacto: **GALINDEZ GASPAR**
# Documento: **C.C. - 1130659978**	Telefono Fijo: **N/A**
Telefono Celular: **3042069544**	Correo Electronico: **marcegaspar3@gmail.com**
Dirección: **CALLE 56G # 46 B 100 LLANO VERDE**	Barrio: **1596 Ciudad Cordoba**

EL AFECTADO			
# Documento:	**C.C. - 1130659978**		
Nombres del Afectado	**LEYDI MARCELA GALINDEZ GASPAR**		
Fecha Nacimiento: **05/08/1988**(dd/mm/yyyy)		Edad: 37 (a?os)	Género: **F**
Madre gestante ☐	Salud mental ☐	Discapacidad:	
Población Especial *:	☑ Ninguno		
Dirección:	**Calle 56 G # 46 B 100** Barrio: **1596 Ciudad Cordoba**		
Área Rural:	Estrato Moda:**3**		
Usted como se Autoreconoce: **Heterosexual**		Identidad de Genero:	
Etnia *:	**No se reconoce**		
Correo Electronico:			
EPS:	**EMSSANAR EPS**	Tipo de Régimen:**Subsidiado**	

* INFORMACIÓN DE LA SOLICITUD	
Número de Solicitud * :	**183267**
Fecha de la Solicitud:	**23/07/2026**
Descripción * :	**PETICIONARIO ENVIA AL CORREO DE ATENCION AL USUARIO SOLICITUD DE AUTORIZACION DE PA?ALES DESECHABLES WINNY ETAPA 4 POR EL MEDICO TRATANTE EL DIA 18-06-2026 DOCUMENTACION RADICADA ANTE LA EPS, A LA FECHA SIN RESPUESTA.**
Observaciones :	
Tipo de Caso * :	**GESTION DE APOYO**
Antecedentes medicos:	
El Afectado está:	☑ AMBULATORIO Especifique en que piso o Area de la IPS se encuentra el afectado:
Entes de Control :	
Origen Petición * :	**EPS** **EMSSANAR EPS**
Tipo de Evento *:	**Enfermedad General**
ASIGNAR CASO *:	**DIANA.GRUESO.HIN**
Califique el Motivo por el cual el Usuario llama: *:	**AUTORIZACION DE INSUMOS**
Canal de Recepción: *:	**CORREO SAC**
Municipio de la Solicitud: *:	**CALI**
Diagnóstico relacionado con la solicitud:	**N319 DISFUNCION NEUROMUSCULAR DE LA VEJIGA**
¿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 *:	**EN TRAMITE**
	El usuario Acepta politica de Tratamiento de Datos:?* ☑

Ultima Modificación: **WILMER.ALEGRIA** en la fecha : **23/07/2026 17:35:44**

GESTION REALIZADA:

Tipo de Seguimiento	Descripción	Origen PQR	Estado	Creado Por	Fecha Creación	Modificado Por	Ultima Modificación
GESTION	Se notifica mediante correo electr?nico a la EPS Emssanar para gesti?n y respuesta del caso en menci?n, teniendo en cuenta la Ley Estatutaria de la Salud 1751 del 2015 en lo referente a los derechos de los pacientes, tiempos de respuesta y en cumplimiento de las competencias de la Secretaria Distrital de Salud y su Defensor?a del Paciente.	EMSSANAR EPS	EN TRAMITE	DIANA.GRUESO.HIN	24/07/2026 12:31:01		
GESTION	En contacto telef?nico con la usuaria Leydi Marcela Galindez Gaspar, al n?mero celular 3042069544, se confirman los datos registrados en la petici?n de la plataforma SAC. Asimismo, se informa que se proceder? con el env?o de solicitud v?a correo electr?nico ante Emssanar EPS, requiriendo la gesti?n del caso para la autorizacion de insumos.	EMSSANAR EPS	EN TRAMITE	DIANA.GRUESO.HIN	24/07/2026 12:16:23		
GESTION	Recibo caso para gesti?n el d?a 24/07/2026, se procede a realizar verificaci?n en base de datos del ADRES, informaci?n de afiliaci?n de la usuaria Leydi Marcela Galindez Gaspar, Confirmando que se encuentra activa con la EPS Emssanar, tipo de r?gimen subsidiado, se procede a dar inicio a la gesti?n correspondiente.	EMSSANAR EPS	EN TRAMITE	DIANA.GRUESO.HIN	24/07/2026 12:14:30		

Agregar Seguimiento a esta solicitud

Regresar al Menu Principal...

Miercoles Julio 29, 2026
11:24:16 AM

Usuario: **DIANA.GRUESO.HIN**