

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

CONTACTO	
Nombres del Contacto **JOSE ALDEMAR**	Apellidos del Contacto: **ARANGO CAMPI?O**
# Documento: **C.C. - 1151948595**	Telefono Fijo: **N/A**
Telefono Celular: **3014879661 - 3018077676**	Correo Electronico: **N/A**
Dirección: **CARRERA 53 B OESTE 13-39**	Barrio: **2003 Siloe**

EL AFECTADO			
# Documento:	**C.C. - 1151948595**		
Nombres del Afectado **JOSE ALDEMAR ARANGO CAMPI?O**			
Fecha Nacimiento: **23/02/1984**(dd/mm/yyyy)		Edad: 42 (a?os)	Género: **M**
Madre gestante ☐	Salud mental ☐	Discapacidad:	
Población Especial *:	☑ Ninguno		
Dirección:	**CARRERA 53 B OESTE 13-39** Barrio: **2003 Siloe**		
Área Rural:	Estrato Moda:**1**		
Usted como se Autoreconoce: **Heterosexual**		Identidad de Genero:	
Etnia *:	**No se reconoce**		
Telefono Fijo:	Telefono Celular:		
Correo Electronico:			
EPS:	**FAMISSANAR LTDA**	Tipo de Régimen:**Subsidiado**	
Modelo Preventivo de CA de mama:	Tiene Antecedentes: **No** Tiene Sospechas: **No** Tiene Diagnóstico: **No**		

* INFORMACIÓN DE LA SOLICITUD	
Número de Solicitud * :	**183391**
Fecha de la Solicitud:	**27/07/2026**
Descripción * :	**PETICIONARIO SOLICITA LE SEA PROGRAMADO LA AYUDA DIAGNOSTICA RESONANCIA MAGNETICA DE COLUMNA TORACICA SIMPLE, RESONANCIA MAGNETICA DE COLUMNA CERVICAL SIMPLE Y RESONANCIA MAGNETICACON SOPORTE DE SEDACION DE CEREBRO ORDENADO POR EL MEDICO TRATANTE EL DIA 09/07/2026 EN LA IPS H.U.V, INFORMAN QUE NO CUENTA CON AGENDA**
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 * :	**IPS** **H.U.V E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE EVARISTO GARCIA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO**
Tipo de Evento *:	**Enfermedad General**
ASIGNAR CASO *:	**DIANA.GRUESO.HIN**
Usuario que crea el caso: *:	**JOSE.LOAIZA**
Califique el Motivo por el cual el Usuario llama: *:	**PROGRAMACION DE IMAGENES DIAGNOSTICAS**
Canal de Recepción: *:	**PRESENCIAL**
Municipio de la Solicitud: *:	**CALI**
Diagnóstico relacionado con la solicitud:	**G454 AMNESIA GLOBAL TRANSITORIA**

¿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 *: **EN TRAMITE**

Fecha Ingreso Pagina Web: Fecha Radicación: **27/07/2026**

Fecha Ampliación de Información: Radicado de Ampliación de Información:

Fecha de Prorroga: Radicado de Prorroga:

Fecha de Cierre: Radicado de Cierre:

Fecha de Traslado: Radicado de Traslado:

Entidad a la que se Traslado:

Ultima Modificación: **WILMER.ALEGRIA** en la fecha : **28/07/2026 10:47:29**

* Seguimiento SAC

Tipo de Seguimiento * : GESTION DE APOYO — Diagnóstico :

Llamada realizada a : *: ○ ACOMPAÑANTE ○ PERSONAL DE IPS O EPS

Estado * : EN TRAMITE — Cierre que Solicita Aprobar * : CIERRE EFECTIVO

Tipo de Evento *: **Enfermedad General**

Caracteres Permitidos en la Descripción (**1.450**) lleva :

Descripción * :

Número de Radicado con el que ingreso el caso:

Fecha Ingreso Pagina Web: (dd/mm/yyyy) — Fecha Radicación : 27/07/2026 (dd/mm/yyyy)

Fecha Ampliación Información: (dd/mm/yyyy) — Radicado Ampliación de información:

Fecha de Prorroga: (dd/mm/yyyy) — Radicado de Prorroga:

Fecha de Cierre: (dd/mm/yyyy) — Radicado de Cierre:

Fecha de Traslado: (dd/mm/yyyy) — Radicado de Traslado:

Entidad a la que se Traslado: -- Seleccione --

Guardar Gestión

GESTION REALIZADA:

Tipo de Seguimiento	Descripción	Origen Petición	Estado	Creado Por	Fecha Creación	Modificado Por	Ultima Modificación	Modificar Gestión
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	H.U.V E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE EVARISTO GARCIA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	EN TRAMITE	DIANA.GRUESO.HIN	28/07/2026 11:33:13			

	del Paciente.							
GESTION	En contacto telef?nico con la se?ora Andrea cuidadora del usuario Jose Aldemar Arango Campi?O, al n?mero celular 3014879661, 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 Famisanar EPS, requiriendo la gesti?n del caso para programaci?n de im?genes diagnosticas.	H.U.V E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE EVARISTO GARCIA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	EN TRAMITE	DIANA.GRUESO.HIN	28/07/2026 11:32:46	DIANA.GRUESO.HIN	28/07/2026 11:35:10	
GESTION	Recibo caso para gesti?n el d?a 28/07/2026, se procede a realizar verificaci?n en base de datos del ADRES, informaci?n de afiliaci?n del usuario Jose Aldemar Arango Campi?O, confirmando que se encuentra activo con la EPS Famisanar, tipo de r?gimen subsidiado, se procede a dar inicio a la gesti?n correspondiente.	H.U.V E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE EVARISTO GARCIA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	EN TRAMITE	DIANA.GRUESO.HIN	28/07/2026 11:29:00			

Regresar al Menu Principal...

Miercoles Julio 29, 2026
11:41:02 AM

Usuario: **DIANA.GRUESO.HIN**