

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

CONTACTO	
Nombres del Contacto **LUCEIDI**	Apellidos del Contacto: **BALCAZAR DIAZ**
# Documento: **C.C. - 1144051217**	Telefono Fijo: **N/A**
Telefono Celular: **3174436346**	Correo Electronico: **alex-2707@hotmail.es**
Dirección: **VEREDA LA CASTELLANA**	Barrio: **5302 Pance (Cabecera)**

EL AFECTADO			
# Documento:	**C.C. - 29581173**		
Nombres del Afectado **MARIA ELENA GALINDEZ UNI**			
Fecha Nacimiento: **26/05/1963**(dd/mm/yyyy)		Edad: 63 (a?os)	Género: **F**
Madre gestante ☐	Salud mental ☐	Discapacidad:	
Población Especial *:	☑ Ninguno		
Dirección:	**CARRERA 29 # 72 Y - 115** Barrio: **1502 Comuneros I**		
Área Rural:	Estrato Moda:**2**		
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: Tiene Sospechas: Tiene Diagnóstico:		

* INFORMACIÓN DE LA SOLICITUD	
Número de Solicitud * :	**183873**
Fecha de la Solicitud:	**05/08/2026**
Descripción * :	**PETICIONARIA MANIFIESTA QUE REQUIERE PARA SU TIA LA PROGRAMACION DE FACO + LIO ORDENADO/A(S) POR EL MEDICO TRATANTE EL DIA 06/03/2026, AUTORIZADA PARA LA IPS INSTITUTO OCULAR DE OCCIDENTE, DONDE LE INFORMAN QUE NO CUENTAN CON DISPONIBILIDAD DE 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** **INSTITUTO OCULAR DE OCCIDENTE**
Tipo de Evento *:	**Enfermedad General**
ASIGNAR CASO *:	**DIANA.GRUESO.HIN**
Usuario que crea el caso: *:	**SANDRA.LAMAR**
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:	**H269 CATARATA**

¿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: **05/08/2026**
Fecha Ampliación de Información:	Radicado de Ampliación de Información:
Fecha de Prorroga:	**19/08/2026** Radicado de Prorroga: **0** **(han pasado 0 Dias Hábiles)**
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 : **06/08/2026 12:33:55**

* 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 : 05/08/2026 (dd/mm/yyyy)

Fecha Ampliación Información: (dd/mm/yyyy)

Radicado Ampliación de información:

Fecha de Prorroga: 19/08/2026 (dd/mm/yyyy)

Radicado de Prorroga: 0

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 expide prorroga al presente caso de gesti?n, teniendo en cuenta que la petici?n de la usuaria ya se encuentra en tr?mite ante la EAPB Emssanar y los tiempos establecidos por la Ley 1755 del 2015, adem?s por la alerta sanitaria y declaracion de emergencia por el terremoto del 10 de agosto y segun Decreto No. 4112.010.20.0975 de agosto 17 del 2026 se declara la suspension de terminos con excepciones.	INSTITUTO OCULAR DE OCCIDENTE	EN TRAMITE	DIANA.GRUESO.HIN	19/08/2026 13:30:44			
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	INSTITUTO OCULAR DE OCCIDENTE	EN TRAMITE	DIANA.GRUESO.HIN	06/08/2026 17:14:55			

	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.							
GESTION	En contacto telef?nico con la usuaria Esperanza Londo?O Gabalan, al n?mero celular 3174436346, 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 programaci?n de procedimientos.	INSTITUTO OCULAR DE OCCIDENTE	EN TRAMITE	DIANA.GRUESO.HIN	06/08/2026 17:14:33			
GESTION	Recibo caso para gesti?n el d?a 06/08/2026, se procede a realizar verificaci?n en base de datos del ADRES, informaci?n de afiliaci?n de la usuaria Maria Elena Galindez Uni, confirmando que se encuentra activa con la EPS Emssanar, tipo de r?gimen subsidiado, se procede a dar inicio a la gesti?n correspondiente.	INSTITUTO OCULAR DE OCCIDENTE	EN TRAMITE	DIANA.GRUESO.HIN	06/08/2026 17:03:22			

Regresar al Menu Principal...

Miercoles Augosto 19, 2026
11:33:23 PM

Usuario: **DIANA.GRUESO.HIN**