

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

CONTACTO	
Nombres del Contacto **HENRY**	Apellidos del Contacto: **GARCIA PEREZ**
# Documento: **C.C. - 14442004**	Telefono Fijo: **N/A**
Telefono Celular: **3016454364-3182778103**	Correo Electronico: **henrygarciaperez19@gmail.com**
Dirección: **CARRERA 14 # 4 - 63 OESTE NACIONAL**	Barrio: **0301 El Nacional**

EL AFECTADO		
# Documento:	**C.C. - 14442004**	
Nombres del Afectado **HENRY GARCIA PEREZ**		
Fecha Nacimiento: **19/08/1953**(dd/mm/yyyy)	Edad: 72 (a?os)	Género: **M**
Madre gestante ☐	Salud mental ☐	Discapacidad: **Si**
Población Especial *:	☑ Ninguno	
Dirección:	**CRA 14 OESTE # 4 - 63** Barrio: **0301 El Nacional**	
Área Rural:	Estrato Moda:**3**	
Usted como se Autoreconoce: **Heterosexual**		Identidad de Genero:
Etnia *:	**No se reconoce**	
Telefono Fijo: **N/A**	Telefono Celular: **3016454364-3182778103**	
Correo Electronico:		
EPS:	**EMSSANAR EPS**	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 * :	**183971**
Fecha de la Solicitud:	**09/08/2026**
Descripción * :	**EN EL MARCO DEL EVENTO HOSPITAL CA?AVERALEJO, EL PETICIONARIO MANIFIESTA QUE REQUIERE LA PROGRAMACION DE CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN NEUROCIRUGIA , ORDENADO POR EL MEDICO TRATANTE EL DIA 15/07/2026, AUTORIZADA PARA LA IPS HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO, DONDE LE INFORMAN QUE NO CUENTAN 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** **HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO E.S.E.**
Tipo de Evento *:	**Enfermedad General**
ASIGNAR CASO *:	**DIANA.GRUESO.HIN**
Usuario que crea el caso: *:	**MARTA.REVELO**
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:	**M198 OTRAS ARTROSIS ESPECIFICADAS**

¿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: **09/08/2026**

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 : **11/08/2026 07:49:18**

* 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 : 09/08/2026 (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 del Paciente.	HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO E.S.E.	EN TRAMITE	DIANA.GRUESO.HIN	11/08/2026 11:25:52			

GESTION	En contacto telef?nico con el usuario Henry Garcia Perez, al n?mero celular 3016454364, 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 programaci?n de cita con especialista.	HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO E.S.E.	EN TRAMITE	DIANA.GRUESO.HIN	11/08/2026 11:25:33			
GESTION	Recibo caso para gesti?n el d?a 11/08/2026, se procede a realizar verificaci?n en base de datos del ADRES, informaci?n de afiliaci?n del usuario Henry Garcia Perez, confirmando que se encuentra activo con la EPS Emssanar, tipo de r?gimen subsidiado, se procede a dar inicio a la gesti?n correspondiente.	HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO E.S.E.	EN TRAMITE	DIANA.GRUESO.HIN	11/08/2026 10:32:27			

Regresar al Menu Principal...

Miercoles Augosto 19, 2026
11:38:32 PM

Usuario: **DIANA.GRUESO.HIN**