


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

| CONTACTO | |
|---|---|
| Nombres del Contacto **CLARIVEL** | Apellidos del Contacto: **OLIVEROS** |
| # Documento: **C.C. - 29581615** | Telefono Fijo: **N/A** |
| Telefono Celular: **3186998042/3177616540** | Correo Electronico: **N/A** |
| Dirección: **CARRERA 14 No 14 - 17** | Barrio: **0309 San Pascual** |

| EL AFECTADO | | |
|---|---|---|
| # Documento: | **C.C. - 29581615** | |
| Nombres del Afectado **CLARIVEL OLIVEROS** | | |
| Fecha Nacimiento: **08/03/1968**(dd/mm/yyyy) | Edad: 58 (a?os) | Género: **F** |
| Madre gestante ☐ | Salud mental ☐ | Discapacidad: **Si** |
| Población Especial *: | ☑ Ninguno | |
| Dirección: | **CARRERA 14 No 14 - 17** Barrio: **0309 San Pascual** | |
| Área Rural: | Estrato Moda:**1** | |
| Usted como se Autoreconoce: **Heterosexual** | | Identidad de Genero: |
| Etnia *: | **No se reconoce** | |
| Telefono Fijo: **N/A** | Telefono Celular: **3186998042- 3177616540** | |
| Correo Electronico: | | |
| EPS: | **EMSSANAR EPS** Tipo de Régimen:**Subsidiado** | |
| Modelo Preventivo de CA de mama: | Tiene Antecedentes: **No**<br>Tiene Sospechas: **No**<br>Tiene Diagnóstico: **No** | |

| * INFORMACIÓN DE LA SOLICITUD | |
|---|---|
| Número de Solicitud * : | **183977** |
| Fecha de la Solicitud: | **09/08/2026** |
| Descripción * : | **EN EL MARCO DEL EVENTO HOSPITAL CA?AVERALEJO, LA PETICIONARIA MANIFIESTA QUE REQUIERE LA PROGRAMACION DE CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR, CONSULTA DE PRIMERA VEZ NUTRICION Y DIETETICA, CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR OPTOMETRIA , ORDENADOS POR EL MEDICO TRATANTE EL DIA 3/06/2026, AUTORIZADAS PARA LA IPS PUESTO DE SALUD SAN PASCUAL, DONDE LE INFORMAN QUE NO CUENTAN CON AGENDA** |
| Observaciones : | |
| Tipo de Caso * : | **GESTION DE APOYO** |
| Antecedentes medicos: | |
| El Afectado está: | ☑ AMBULATORIO<br>Especifique en que piso o Area de la IPS se encuentra el afectado: |
| Entes de Control : | |
| Origen Petición * : | **IPS**<br>**PUESTO DE SALUD SAN PASCUAL** |
| 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: | **I10X HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)** |

¿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 07:53:05**

## * 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. | PUESTO DE SALUD SAN PASCUAL | EN TRAMITE | DIANA.GRUESO.HIN | 11/08/2026 14:54:30 | | | |
| GESTION | En contacto telef?nico con la usuaria Clarivel Oliveros, al n?mero celular 3157937606, 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 | PUESTO DE SALUD SAN PASCUAL | EN TRAMITE | DIANA.GRUESO.HIN | 11/08/2026 14:52:43 | | | |

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | programaci?n de cita con especialistas. | | | | | | | |
| 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 de la usuaria Clarivel Oliveros, Confirmando que se encuentra activa con la EPS Emssanar, tipo de r?gimen subsidiado, se procede a dar inicio a la gesti?n correspondiente. | PUESTO DE SALUD SAN PASCUAL | EN TRAMITE | DIANA.GRUESO.HIN | 11/08/2026 14:47:09 | | | |

Regresar al Menu Principal...

Miercoles Augosto 19, 2026
11:39:45 PM

Usuario: **DIANA.GRUESO.HIN**