

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

CONTACTO	
Nombres del Contacto **MARIA ELENA**	Apellidos del Contacto: **GRISALES LOPEZ**
# Documento: **C.C. - 24823807**	Telefono Fijo: **N/A**
Telefono Celular: **3117968959**	Correo Electronico: **jairoocampo523@gmail.com**
Dirección: **CARRERA 7T B1 # 76 - 40**	Barrio: **0703 Alfonso Lopez P. 3a. Etapa**

EL AFECTADO

Documento: **C.C. - 24823807**

Nombres del Afectado **MARIA ELENA GRISALES LOPEZ**

Fecha Nacimiento: **18/08/1952**(dd/mm/yyyy) Edad: 74 (a?os) Género: **F**

Madre gestante ☐ Salud mental ☐ Discapacidad: **No**

Población Especial *:

Dirección: **CARRERA 7a B1 # 76 - 40 ALFONSO LOPEZ ETAPA 3** Barrio: **0703 Alfonso Lopez P. 3a. Etapa**

Área Rural: Estrato Moda:**3**

Usted como se Autoreconoce: **Heterosexual** Identidad de Genero:

Etnia *:

Telefono Fijo: **N/A** Telefono Celular: **3117968959**

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 * : **184082**

Fecha de la Solicitud: **18/08/2026**

Descripción * : **PETICIONARIA ENVIA AL CORREO DE ATENCION AL USUARIO EN SALUD, SOLICITUD PARA PROGRAMACION DE BIOMETRIA OCULAR, ORDENADA POR EL MEDICO TRATANTE EL DIA 29-5-2026, AUTORIZADAS PARA LA IPS INSTITUTO OCULAR DE OCCIDENTE,DONDE LE INFORMAN QUE NO CUENTAN CON AGENDA DISPONIBLE.**

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: *: **DIANA.MONTOYA**

Califique el Motivo por el cual el Usuario llama: *: **PROGRAMACION DE PROCEDIMIENTOS**

Canal de Recepción: *: **CORREO SAC**

Municipio de la Solicitud: *: **CALI**

Diagnóstico relacionado con la solicitud: **H251 CATARATA SENIL NUCLEAR**

¿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: **18/08/2026**

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 : **18/08/2026 12:35:44**

* 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 : 18/08/2026 (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	En contacto telef?nico con la se?orSe 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.	INSTITUTO OCULAR DE OCCIDENTE	EN TRAMITE	DIANA.GRUESO.HIN	19/08/2026 08:30:18			
GESTION	En contacto telef?nico con la se?ora Adriana sobrina de la usuaria Maria Elena Grisales Lopez, al n?mero celular 3117968959, se confirman los datos registrados en la petici?n de la plataforma SAC. Asimismo, se informa que se	INSTITUTO OCULAR DE OCCIDENTE	EN TRAMITE	DIANA.GRUESO.HIN	19/08/2026 08:29:39			

	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 procedimiento.							
GESTION	Recibo caso para gesti?n el d?a 18/08/2026, se procede a realizar verificaci?n en base de datos del ADRES, informaci?n de afiliaci?n de la usuaria Maria Elena Grisales Lopez, 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	18/08/2026 20:04:18			

Regresar al Menu Principal...

Miercoles Augosto 19, 2026
11:40:35 PM

Usuario: **DIANA.GRUESO.HIN**