

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

CONTACTO

Nombres del Contacto **MARIA DUFAY**	Apellidos del Contacto: **GARCIA**
# Documento: **C.C. - 31945301**	Telefono Fijo:
Telefono Celular: **3104695604-3017557543**	Correo Electronico: **mariadufaygarcia@gmail.com**
Dirección: **K 2 VIA MONTEBELLO CAMPO ALEGRE**	Barrio: **9999 Sin Informacion de Barrio**

EL AFECTADO

Documento: **C.C. - 1110295967**

Nombres del Afectado **LAURA SOFIA LOMBANA GARCIA**

Fecha Nacimiento: **24/04/2008**(dd/mm/yyyy) Edad: 18 (a?os) Género: **F**

Madre gestante ☐ Salud mental ☐ Discapacidad:

Población Especial *:

Dirección: **K 2 VIA MONTEBELLO CAMPO ALEGRE** Barrio: **9999 Sin Informacion de Barrio**

Área Rural: Estrato Moda:

Usted como se Autoreconoce: Identidad de Genero:

Etnia *:

Telefono Fijo: Telefono Celular:

Correo Electronico:

EPS: **EMSSANAR EPS** Tipo de Régimen:**Contributivo**

Modelo Preventivo de CA de mama:
Tiene Antecedentes: **No**
Tiene Sospechas: **No**
Tiene Diagnóstico: **No**

* INFORMACIÓN DE LA SOLICITUD

Número de Solicitud * : **184719**

Fecha de la Solicitud: **04/09/2026**

Descripción * : **PETICIONARIO ENVIA AL CORREO DE ATENCION AL USUARIO SOLICITUD PARA QUE LE SEA PROGRAMADO CONSULTA DE PRIMERA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ENDOCRINOLOGIA ORDENADA POR EL MEDICO TRATANTE EL DIA 8-07-2026 DIRECCIONADA PARA LA IPS HUV DONDE ES INFORMADA 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 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: *:	**MARIA.SOLARTE**
Califique el Motivo por el cual el Usuario llama: *:	**PROGRAMACION CITA MEDICA CON ESPECIALISTA**
Canal de Recepción: *:	**CORREO SAC**
Municipio de la Solicitud: *:	**CALI**
Diagnóstico relacionado con la solicitud:	**R619 HIPERHIDROSIS**
¿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: **04/09/2026**
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 : **04/09/2026 11:00:56**

* 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 : 04/09/2026 (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.	H.U.V E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE EVARISTO GARCIA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	EN TRAMITE	DIANA.GRUESO.HIN	04/09/2026 14:26:30			
GESTION	En contacto telef?nico con la usuaria Laura Sofia Lombana Garcia, al n?mero celular 3104695604, 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 cita con especialista.	H.U.V E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE EVARISTO GARCIA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	EN TRAMITE	DIANA.GRUESO.HIN	04/09/2026 14:26:11			
GESTION	Recibo caso para gesti?n el d?a 04/09/2026, se procede a realizar verificaci?n en base de datos del ADRES, informaci?n de afiliaci?n de la usuaria Laura Sofia Lombana Garcia, Confirmando que se encuentra activa con la EPS Emssanar, tipo de r?gimen contributivo, 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	04/09/2026 14:24:49			

Regresar al Menu Principal...

Jueves Septiembre 10, 2026
5:04:09 PM

Usuario: **DIANA.GRUESO.HIN**