

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

CONTACTO

Nombres del Contacto **GOBERNACION DEL VALLE DEL CAUCA**
Apellidos del Contacto: **DEFENSORIA DEL PACIENTE.**

Documento: **NIT - 890399029-5**
Telefono Fijo: **6200000 EXT 1965-1935**

Telefono Celular:
Correo Electronico: **defensoriapacientevalle@valledelcauca.gov.co**

Dirección: **CARRERA 6 CALLE 9 Y 10**
Barrio: **0311 San Pedro**

EL AFECTADO

Documento: **R.C. - 1241439778**

Nombres del Afectado **ALLAN JOEL SUAREZ ESPINOSA**

Fecha Nacimiento: **25/10/2019**(dd/mm/yyyy) Edad: 6 (a?os) Género: **M**

Madre gestante ☐ Salud mental ☐ Discapacidad:

Población Especial *:

Dirección: **CARRERA 1B 1 # 72 - 69** Barrio: **0601 San Luis**

Área Rural: Estrato Moda:**2**

Usted como se Autoreconoce: Identidad de Genero:

Etnia *: **No se reconoce**

Telefono Fijo: **N/A** Telefono Celular: **3184754091-3158490232**

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 * : **184741**

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

Descripción * : **GOBERNACION DEL VALLE ENVIA AL CORREO DE ATENCION AL USUARIO SOLICITA LE SEA AUTORIZADO CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN GENETICA MEDICA, CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN NEUROLOGIA PEDIATRICA, CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGIA, CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR MEDICINA GENERAL, ORDENADA POR EL MEDICO TRATANTE DESDE EL DIA 03/06/2026 Y 16/06/2026, DOCUMENTACION RADICADA ANTE LA EPS A LA FECHA SIN RESPUESTA.**

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 :	**Secretaria de Salud Departamental**
Origen Petición * :	**EPS EMSSANAR EPS**
Tipo de Evento *:	**Enfermedad General**
ASIGNAR CASO *:	**DIANA.GRUESO.HIN**
Usuario que crea el caso: *:	**NATALIA.FAJARDO**
Califique el Motivo por el cual el Usuario llama: *:	**AUTORIZACION DE CITA CON ESPECIALISTA**
Canal de Recepción: *:	**CORREO SAC**
Municipio de la Solicitud: *:	**CALI**
Diagnóstico relacionado con la solicitud:	**S524 FRACTURA DE LA DIAFISIS DEL CUBITO Y DEL RADIO**
¿Ya presentó su reclamo o solicitud ante la EPS o entidad responsable de garantizar los servicios de salud? *:	**SI**
Atributo de la Calidad:	**ACCESIBILIDAD**
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 : **07/09/2026 10:14:02**

* 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.	EMSSANAR EPS	EN TRAMITE	DIANA.GRUESO.HIN	07/09/2026 11:30:15			
GESTION	En contacto telef?nico con la se?ora Aura esposa del padre del usuario Allan Joel Suarez Espinosa, al n?mero celular 3158490232, 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 autorizacion de citas con especialistas y medicina general.	EMSSANAR EPS	EN TRAMITE	DIANA.GRUESO.HIN	07/09/2026 11:29:58			
GESTION	Recibo caso para gesti?n el d?a 07/09/2026, se procede a realizar verificaci?n en base de datos del ADRES, informaci?n de afiliaci?n del usuario Allan Joel Suarez Espinosa, confirmando que se encuentra activo con la EPS Emssanar, tipo de r?gimen subsidiado, se procede a dar inicio a la gesti?n correspondiente.	EMSSANAR EPS	EN TRAMITE	DIANA.GRUESO.HIN	07/09/2026 11:23:44			

Regresar al Menu Principal...

Jueves Septiembre 10, 2026
4:59:23 PM

Usuario: **DIANA.GRUESO.HIN**