

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

CONTACTO

Nombres del Contacto **AMPARO**	Apellidos del Contacto: **BETANCOURT PEREZ**
# Documento: **C.C. - 31848404**	Telefono Fijo: **N/A**
Telefono Celular: **3025458739-3028609333**	Correo Electronico: **nana_j_b@hotmail.com**
Dirección: **calle18d #24_112**	Barrio: **1015 San Cristobal**

EL AFECTADO

# Documento:	**C.C. - 31848404**		
Nombres del Afectado **AMPARO BETANCOURT PEREZ**			
Fecha Nacimiento: **19/06/1960**(dd/mm/yyyy)		Edad: 66 (a?os)	Género: **F**
Madre gestante ☐	Salud mental ☐	Discapacidad:	
Población Especial *:	☑ Ninguno		
Dirección:	**Kar49 b # 45-57** Barrio: **1601 Mariano Ramos**		
Área Rural:	Estrato Moda:**2**		
Usted como se Autoreconoce: **Heterosexual**		Identidad de Genero:	
Etnia *:	**No se reconoce**		
Correo Electronico:			
EPS:	**EMSSANAR EPS**	Tipo de Régimen:**Subsidiado**	

*** INFORMACIÓN DE LA SOLICITUD**

Número de Solicitud * :	**184353**
Fecha de la Solicitud:	**26/08/2026**
Descripción * :	**EN EL MARCO DEL EVENTO RADIO ALERTA CALIDAD PETICIONARIA SOLICITA LE SEA PROGRAMADO CONSULTA CON ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGIA ORDENADO POR EL MEDICO TRATANTE EL DIA 14/07/2026. EN LA IPS INSTITUTO OCULAR DE OCCIDENTE INFORMAN QUE NO HAY CITAS DISPONIBLES.**
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**
Califique el Motivo por el cual el Usuario llama: *:	**PROGRAMACION CITA MEDICA CON ESPECIALISTA**
Canal de Recepción: *:	**REDES SOCIALES**
Municipio de la Solicitud: *:	**CALI**
Diagnóstico relacionado con la solicitud:	**H473 OTROS TRASTORNOS DEL DISCO OPTICO**
¿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 *:	**CIERRE EFECTIVO**
	El usuario Acepta politica de Tratamiento de Datos:?* ☑
	Ultima Modificación: **WILMER.ALEGRIA** en la fecha : **27/08/2026 14:22:41**

GESTION REALIZADA:

Tipo de Seguimiento	Descripción	Origen PQR	Estado	Creado Por	Fecha Creación	Modificado Por	Ultima Modificación
VERIFICACION	Caso para cierre efectivo, se valida chequeo cruzado. Aprueba revisi?n SI	INSTITUTO OCULAR DE OCCIDENTE	CIERRE EFECTIVO	ANDREA.RINCON	02/09/2026 12:24:46		
GESTION	En contacto telef?nico con la usuaria Amparo Betancourt Perez, al n?mero celular 3025458739, se le informo que se le program? una consulta de control con el especialista en glaucoma para el d?a 20 de septiembre a las 2:00 PM con a Dra. Lina Campuzano en el Instituto Ocular de Occidente.	INSTITUTO OCULAR DE OCCIDENTE	SOLICITUD APROBACION DE CIERRE	DIANA.GRUESO.HIN	01/09/2026 11:46:46		
GESTION	Se recibe correo electronico de respuesta de la EAPB Emssanar frente a la solicitud, en el cual dice lo siguiente: le informo que se le program? una consulta de control con el especialista en glaucoma para el d?a 20 de septiembre a las 2:00 PM con a Dra. Lina Campuzano en el Instituto Ocular de Occidente. Usuaria ya notificada. Daniela G?mez Restrepo (Auxiliar de PQRD- Emssanar EPS S.A.S.).	INSTITUTO OCULAR DE OCCIDENTE	EN TRAMITE	DIANA.GRUESO.HIN	01/09/2026 11:46:19		
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.	INSTITUTO OCULAR DE OCCIDENTE	EN TRAMITE	DIANA.GRUESO.HIN	27/08/2026 11:48:30		
GESTION	En contacto telef?nico con la usuaria Amparo Betancourt Perez, al n?mero celular 3025458739, 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.	INSTITUTO OCULAR DE OCCIDENTE	EN TRAMITE	DIANA.GRUESO.HIN	27/08/2026 11:47:06		
GESTION	Recibo caso para gesti?n el d?a 27/08/2026, se procede a realizar verificaci?n en base de datos del ADRES, informaci?n de afiliaci?n de la usuaria Amparo Betancourt Perez, 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	27/08/2026 11:35:37		

ALCALDÍA DE SANTIAGO DE CALI DESARROLLO SOCIAL SERVICIO DE SALUD PÚBLICA	MODELO INTEGRADO DE PLANEACION Y GESTIÓN (MIPG) LISTA DE CHEQUEO PARA VERIFICACION CIERRE DE CASO	MMDS01.03.13.P001.F003	
		VERSION	001

RESULTADO APLICACION LISTA DE CHEQUEO MONITORIA SAC DEL CASO # 184353

# Orden	Fecha Solicitud de revisión	Fecha Revisión	Chequeo Cruzado	Tiempos pertinentes para la Gestión	Solicitud de gestión a las entidades	Descripción completa del canal por el cual se eleva la solicitud	Pertinencia del Seguimiento	Oportunidad del seguimiento	Ortografia	Comunicación con el usuario	Notificación dentro del tiempo Legal	Ingreso de datos de oficios generados	Estado se Aprueba	Observación	Usuario que Revisó
1	01/09/2026	02/09/2026	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	Caso para cierre efectivo, se valida chequeo cruzado.	ANDREA.RINCON

Regresar al Menu Principal...

Jueves Septiembre 10, 2026
5:14:16 PM

Usuario: **DIANA.GRUESO.HIN**