

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

EL AFECTADO			
# Documento:	**C.C. - 16790495**		
Nombres del Afectado	**JOSE ARBEY CUELLAR MARIN**		
Fecha Nacimiento: **24/10/1969**(dd/mm/yyyy)		Edad: 56 (a?os)	Género: **F**
Madre gestante ☐	Salud mental ☐	Discapacidad:	
Población Especial *:	☑ Ninguno		
Dirección:	**CALLE 46 # 28 E 114** Barrio: **1209 Doce de Octubre**		
Área Rural:	Estrato Moda:**3**		
Etnia *:	**No se reconoce**		
Telefono Fijo: **N/A**	Telefono Celular: **3173572391**		
Correo Electronico:			
EPS:	**EMSSANAR EPS**	Tipo de Régimen:**Subsidiado**	

SOLICITUDES GENERADAS PARA ESTE PACIENTE

# Queja;	Fecha Solicitud	Motivo	Tipo de Caso	Origen del Caso	Estado Solicitud	Responsable Gestión
184945	09/09/2026	CASO QUE INGRESA POR CORREO SAC PETICIONARIO ENVIA SOLICITUD PARA ENTREGA DEL MEDICAMENTO DOLUTEGRAVIR SODICO-LAMIVUDINA, DOVATO 500MG-300MG- TABLETAS RECUBIERTAS. ORDENADOS POR EL MEDICO TRATANTE EL DIA 1-9-2026, AUTORIZADO PARA LA IPS FARMACIA FARMART, EN EL PUNTO DE DISPENSACI?N LE INFORMARON QUE ACTUALMENTE NO SE ENCUENTRAN DISPONIBLE.	GESTION DE APOYO	FARMACIA FARMART	SOLICITUD APROBACION DE CIERRE	DIANA.GRUESO.HIN

Regresar al Menu Principal...

Viernes Septiembre 11, 2026
9:03:36 AM

Usuario: **DIANA.GRUESO.HIN**