



FECHA DE LA INTERPOSICIÓN DE LA PETICIÓN:

AAAA

MM

DD

HORA

## DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL CIUDADANO

Sus datos son importantes para poder realizar el seguimiento a su caso, por favor diligencie todos los espacios:

NOMBRES Y APELLIDOS DE LA PERSONA QUE PRESENTA LA PETICIÓN:

TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:

CC

CE

TI

RC

OTRO:

Número:

SEXO:

HOMBRE

MUJER

INTERSEXUAL

NOMBRE DEL PACIENTE O USUARIO INVOLUCRADO:

TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:

CC

CE

TI

RC

OTRO:

Número:

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA:

BARRIO:

LOCALIDAD:

NÚMEROS DE TELÉFONO DE CONTACTO:

ESTRATO:

CORREO ELECTRÓNICO:

AFILIADO A: EPS

Por favor déjenos saber si se encuentra en alguna de las siguientes situaciones/condiciones:

CICLO VITAL		CONDICIÓN			SITUACIÓN	
Infancia	<input type="radio"/>	Persona con Discapacidad		<input type="radio"/>	Gestante	<input type="radio"/>
Juventud	<input type="radio"/>	Habitante de Calle		<input type="radio"/>	Víctima de Conflicto Armado	<input type="radio"/>
Adulthood	<input type="radio"/>	Étnias		<input type="radio"/>	Habitante de Calle	<input type="radio"/>
Vejez	<input type="radio"/>	Indígena	Afro	Raizal	Reciclador de oficio	<input type="radio"/>
		Palenquero	Room-Gitano		Trabajador@s Sexuales	<input type="radio"/>
IDENTIDAD DE GÉNERO Y ORIENTACIÓN SEXUAL	LGBTI <input type="radio"/>	Heterosexual <input type="radio"/>		LGBTI <input type="radio"/>	Migrantes	<input type="radio"/>
		OTROS	Peligro inminente <input type="radio"/>	Periodista en ejercicio de sus actividades <input type="radio"/>	Veterano Fuerza Pública <input type="radio"/>	Campesinos
Desea que la respuesta sea dada a través de que medio:		* Dirección de correspondencia <input type="radio"/>	* Correo Electrónico <input type="radio"/>	* Personalmente en la unidad <input type="radio"/>		

Recuerde que la respuesta a su derecho de petición se dará en un tiempo de (15) días hábiles contados a partir de la fecha de radicación y se hará mediante informe escrito. En caso de ser anónimo, se publicará por edicto en la cartelera que está ubicada en cada unidad de servicios de salud. De igual manera usted puede realizar seguimiento a través de internet en el Sistema Distrital para Gestión de Peticiones Ciudadanas, Bogotá Te Escucha, con su nombre o número de identificación.

FECHA EN QUE OCURRIERON LOS HECHOS DE LA PETICIÓN:

AAAA

MM

DD

UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD EN DONDE SE PRESENTÓ LA SITUACIÓN:

SERVICIO:

Autoriza el uso y tratamiento de datos personales

SI NO 

De conformidad con lo establecido en la Ley 1581 de 2012, por lo cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales, solicitamos su autorización para el tratamiento de su información, según lo dispuesto en nuestra política de tratamiento de datos personales, la cuál puede ser consultada en la página web de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E. Ruta:

[https://www.subredsur.gov.co/sites/default/files/mecanismosAtencionCiudadano/Politica%20de%20Tratamiento%20de%20Datos\\_0.pdf](https://www.subredsur.gov.co/sites/default/files/mecanismosAtencionCiudadano/Politica%20de%20Tratamiento%20de%20Datos_0.pdf)

Al respaldo de esta hoja puede ampliar la descripción de la situación presentada

