



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SALUD
Subred Integrada de Servicios
de Salud Sur E.S.E.

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.

RECEPCIÓN DE MANIFESTACIONES CIUDADANAS

PS-SC-NEU-FT-13 V7

FECHA DE LA INTERPOSICIÓN DE LA PETICIÓN:	AAAA	MM	DD	HORA:	
Autoriza el uso y tratamiento de datos personales:	SI	<input type="checkbox"/>		NO	<input type="checkbox"/>

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:	C.C.	<input type="checkbox"/>	C.E.	<input type="checkbox"/>	OTRO:	NÚMERO:	
	T.I.	<input type="checkbox"/>	R.C.	<input type="checkbox"/>			
SEXO:	HOMBRE	<input type="checkbox"/>	MUJER	<input type="checkbox"/>	INTERSEXUAL	<input type="checkbox"/>	

DATOS DEL PACIENTE O USUARIO AFECTADO

NOMBRE DEL PACIENTE O USUARIO INVOLUCRADO:							
TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:	C.C.	<input type="checkbox"/>	C.E.	<input type="checkbox"/>	OTRO:	NÚMERO:	
	T.I.	<input type="checkbox"/>	R.C.	<input type="checkbox"/>			
DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA:					BARRIO:		
LOCALIDAD:					ESTRATO:		
NUMEROS DE TELEFONO CONTACTO:					EPS:		
CORREO ELECTRÓNICO:							
Desea que la respuesta sea dada a través de que medio:	* Dirección de correspondencia	<input type="checkbox"/>	* Correo Electrónico	<input type="checkbox"/>	* Personalmente en la unidad	<input type="checkbox"/>	

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.

CARACTERIZACIÓN DEL PACIENTE O USUARIO

Marque con una X si se encuentra en alguna de las siguientes situaciones y/o condiciones:

CICLO VITAL		CONDICIÓN				SITUACIÓN	
Infancia	<input type="checkbox"/>	Persona con Discapacidad Física	<input type="checkbox"/>	Palenquero	<input type="checkbox"/>	Gestante	<input type="checkbox"/>
Juventud	<input type="checkbox"/>	Persona con Discapacidad Visual	<input type="checkbox"/>	Afro	<input type="checkbox"/>	Víctima de Conflicto Armado	<input type="checkbox"/>
Adulthood	<input type="checkbox"/>	Persona con Discapacidad Auditiva	<input type="checkbox"/>	Raizal	<input type="checkbox"/>	Reciclador de oficio	<input type="checkbox"/>
Vejez	<input type="checkbox"/>	Persona con Discapacidad Cognitiva	<input type="checkbox"/>	Room-Gitano	<input type="checkbox"/>	Trabajador@s Sexuales	<input type="checkbox"/>
		Persona con Discapacidad Mental	<input type="checkbox"/>	Indígena	<input type="checkbox"/>	Migrantes	<input type="checkbox"/>
		Persona con Discapacidad Múltiple	<input type="checkbox"/>			Campesinos	<input type="checkbox"/>
		Persona con Discapacidad Sordo-Ciega	<input type="checkbox"/>			Habitante de Calle	<input type="checkbox"/>

IDENTIDAD DE GÉNERO Y ORIENTACIÓN SEXUAL

LGBTI	<input type="checkbox"/>	Heterosexual	<input type="checkbox"/>
-------	--------------------------	--------------	--------------------------

DETALLES DE LA MANIFESTACIÓN

FECHA EN QUE OCURRIERON LOS HECHOS DE LA MANIFESTACIÓN:	AAAA	MM	DD
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD EN DONDE SE PRESENTÓ LA SITUACIÓN:			
SERVICIO:			

