

 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 V8	
FECHA DE LA INTERPOSICIÓN DE LA PETICIÓN:		AAAA		MM	DD	HORA:
Autoriza el uso y tratamiento de datos personales:		SI			NO	
DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL CIUDADANO						
Si usted desea interponer su Derecho de petición en forma Anónima marque con una X						
NOMBRES Y APELLIDOS DE LA PERSONA QUE PRESENTA LA PETICIÓN:						
TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:	C.C.		C.E.		OTRO:	NÚMERO:
	T.I.		R.C.			
SEXO:	HOMBRE		MUJER		INTERSEXUAL	
DATOS DEL PACIENTE O USUARIO AFECTADO						
NOMBRE DEL PACIENTE O USUARIO INVOLUCRADO:						
TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:	C.C.		C.E.		OTRO:	NÚMERO:
	T.I.		R.C.			
DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA:						BARRIO:
LOCALIDAD:						ESTRATO:
NÚMEROS DE TELÉFONO DE CONTACTO:						EPS:
CORREO ELECTRÓNICO:						
Desea que la respuesta sea dada a través de que medio:	* Dirección de correspondencia		* Correo Electrónico		*Personalmente en la unidad	
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		Persona con Discapacidad Física		Palenquero		Gestante
Juventud		Persona con Discapacidad Visual		Afro		Víctima de Conflicto Armado
Adulthood		Persona con Discapacidad Auditiva		Raizal		Reciclador de oficio
Vejez		Persona con Discapacidad Cognitiva		Room-Gitano		Trabajador@s Sexuales
		Persona con Discapacidad Mental		Indígena		Migrantes
		Persona con Discapacidad Múltiple				Campesinos
		Persona con Discapacidad Sordo-Ciega				Habitante de Calle
IDENTIDAD DE GÉNERO Y ORIENTACIÓN SEXUAL						
LGBTI		Heterosexual				
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:						



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 V8

DESCRIBA LA SITUACIÓN PRESENTADA (NO REQUIERE JUSTIFICACIÓN):

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 cual 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/politica-de-tratamiento-y-proteccion-de-datos/>

ADJUNTA DOCUMENTOS		SI			NO		
ESPACIO PARA DILIGENCIAMIENTO INTERNO DE LA SUBRED SUR							
TIPO DE REQUERIMIENTO							
QUEJA		RECLAMO		SUGERENCIA		FELICITACIÓN	
SOLICITUD DE INFORMACIÓN		SOLICITUD DE COPIA		DERECHO DE INTERÉS PARTICULAR		DERECHO DE INTERÉS GENERAL	
CONSULTA		DENUNCIA POR POSIBLES ACTOS DE CORRUPCIÓN					
MEDIO DE RECEPCIÓN:							
Buzón		Teléfono		Presencial		Mail (Contáctenos)	
Escrito		Verbal		Web (Bogotá te Escucha)		Redes Sociales	
NOMBRE DEL COLABORADOR QUE RECIBE LA PETICIÓN:							
UNIDAD DONDE SE RECIBE LA PETICIÓN:							
NÚMERO BTE:						RADICADO ÁGILSALUD:	