

440- 07

Caldas Antioquia, 21/06/2021

Señora
Liliana Pineda González
Solicitante
Cel: 312.294.49.97
Caldas, Antioquia


20210622132044135973
Comunicaciones Oficiales despachadas
Junio 22, 2021 13:20
Radicado 20212005973




20210628163744136264
Comunicaciones Oficiales despachadas
Junio 28, 2021 16:37
Radicado 20212006264



Asunto: Respuesta a solicitud 21061148100867.

Handwritten signature and date:
21/06/2021
1:38 pm

Sr. Liliana Pineda González, reciba un cordial saludo,

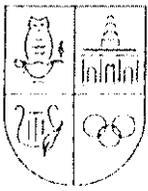
Dando respuesta a su solicitud con radicado interno N. 20211005542 de junio 11 del 2021, en la cual solicita "sacar cita para los dientes y otra para mi vista", se le comunica que en la gestión realiza con la E.S.E Hospital San Vicente de Paúl de Caldas, Antioquia, se le fue asignada la citas para la siguiente fecha.

1. Cita Odontológica en la sede de barrios Unidos del E.S.E. Hospital San Vicente de Paúl, en el 4 piso; para el día miércoles 7 de julio del 2021 a las 11:30am, se le recuerda que debe estar 15 minutos antes.
2. Cita de optometría, en la E.S.E Hospital San Vicente de Paúl, para el día miércoles 23 de junio de 2021, a las 11:30 am, debe estar una (1) hora antes para la facturación y llevar demanda inducida N. 111880 y la cedula de ciudadanía.

De igual manera se le informa señora Liliana Pineda G, que en la verificación del SISBEN, se encuentra que debe solicitar encuesta nueva por la actualización de Sisbén a versión IV, para lo cual debe aporta la siguiente documentación a la Secretaria de Salud:

1. Copia del documento de identidad de todos los integrantes del grupo familiar.
2. Copia de la cuenta de servicios públicos de la vivienda. Vigente, no tiene que ser cancelada.
3. Un correo electrónico.

Es de anotar que las copias deben ser legibles y clara, igual le informo que ha sido imposible establecer comunicación con usted en el número de contacto: 3122944947, ya que se le ha realizo reiteras llamadas y se le envió mensaje de texto solicitándole presentarse a la



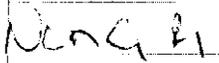
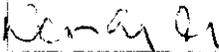
Secretaría de Salud, con el fin de darle las indicaciones para la asistencia a las citas solicitadas.

Cordialmente,


Gloria Nancy Marín Gómez
Secretaría de Salud (E)
Secretaría de Salud

Anexo: uno (1)

Copia: Personería Municipal

	Nombres Completos	Cargo	Firma	Fecha
Proyectó:	Leny Beatriz Londoño Jiménez	Profesional Universitaria - Coordinadora salud Pública.		21/06/2021
Revisó:	Gloria Nancy Marín Gómez	Secretaria de salud		21/06/2021
Aprobó:	Gloria Nancy Marín Gómez	Secretario de salud		21/06/2021



E.S.E. Hospital San Vicente de Paúl Caldas - Antioquia

17 06 2021

No. 111880

REMISIÓN DEMANDA INDUCIDA

Nombres y Apellidos Liliana Domínguez González

Teléfono 317 294 4997 Et 1107070975

SGSSS V P I O C S

Nombre de la ARS / EPS

PROGRAMA AL CUAL SE REMITE

Crecimiento y Desarrollo	<input type="checkbox"/>	Adulto Mayor	<input type="checkbox"/>	Vacunación	<input type="checkbox"/>
Planificación Familiar	<input type="checkbox"/>	Joven	<input type="checkbox"/>	Hipertensión Arterial	<input type="checkbox"/>
Prenatal	<input type="checkbox"/>	Salud Visual	<input checked="" type="checkbox"/>	Revisión Posparto	<input type="checkbox"/>
Citología	<input type="checkbox"/>	Salud Oral	<input type="checkbox"/>	Revisión del Recién Nacido	<input type="checkbox"/>
Otro	<input type="checkbox"/>				

Remitente: Bibiana Ospina R. Enfermera

Servicio:

Observaciones: Reg: 3265 Hospital Consultorio # 14.

V: vinculado P: particular O: otro régimen C: contributivo S: subsidiado



E.S.E.
Hospital
San Vicente de Paúl
Caldas - Antioquia

17 06 2021

No. 111880

REMISIÓN DEMANDA INDUCIDA

Nombres y Apellidos Liliana Pincha Gonzalez

Teléfono 3122944997 PE 1107040875

SGSSS

V	P	O	C	S
---	---	---	---	---

Nombre de la ARS / EPS

PROGRAMA AL CUAL SE REMITE

Crecimiento y Desarrollo	<input type="checkbox"/>	Adulto Mayor	<input type="checkbox"/>	Vacunación	<input type="checkbox"/>
Planificación Familiar	<input type="checkbox"/>	Joven	<input type="checkbox"/>	Hipertensión Arterial	<input type="checkbox"/>
Prenatal	<input type="checkbox"/>	Salud Visual	<input checked="" type="checkbox"/>	Revisión Posparto	<input type="checkbox"/>
Citología	<input type="checkbox"/>	Salud Oral	<input type="checkbox"/>	Revisión del Recién Nacido	<input type="checkbox"/>
Otro	<input type="checkbox"/>				

Remitente: Bibiana Parin R. Enfermera Reg: 3265 Servicio: _____

Observaciones: HOSPITAL CONSULTORIA # 14.

V: vinculado P: particular O: otro régimen C: contributivo S: subsidiado