



PS-110-1203

Manizales, 29 de marzo del 2019

Señor

HILDERANDO ARANGO MUÑOZ

Carrera 7, # 16-29 interior 3

Urbanización el Redil- Barrio San Juan

Sibaté, Cundinamarca

Dirección Territorial de Salud de Caldas	
Despachado	472
Fecha	02 ABR 2019
Nur	03210

Referencia: Comunicación / PACIENTE: SANTIAGO ARANGO MARULANDA / PQR 239 - 19

La Dirección Territorial de Salud de Caldas dentro de las funciones de Inspección Vigilancia y Control, establecidas en la ley 715 de 2001 y de conformidad con lo establecido en el artículo 47 de la ley 1437 de 2011 Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo, se permite iniciar averiguaciones preliminares de acuerdo a la queja interpuesta por el señor HILDERANDO ARANGO MUÑOZ, en la que manifiesta su inconformismo por los servicios de salud brindados a su menor SANTIAGO ARANGO MARULANDA, por parte de la ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL FELIPE SUAREZ de Salamina, Caldas, en el procedimiento requerido. Por lo anterior se solicitan los siguientes documentos a:

ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL FELIPE SUAREZ

- Historia Clínica COMPLETA, en medio físico y magnético correspondiente al paciente SANTIAGO ARANGO MARULANDA
- Realizar un pronunciamiento detallado respecto de la queja allegada a este ente territorial.
- Informe de auditoría médica en el cual hagan un pronunciamiento respecto de la atención medica realizada al menor SANTIAGO ARANGO MARULANDA
- Equipo interdisciplinario que intervino en el proceso de atención. (Administrativos, enfermeros, auxiliares de enfermería, etcétera).

Lo anterior para su conocimiento.

Cordialmente,

ADRIANA RAMÍREZ CATAÑO

Subdirector de Prestación de Servicios y Aseguramiento

Proyectó: Manuela Alejandra Arcila Ramírez – Abogada Externa

Revisó: Jaime Díaz González – Abogado Externo



Certificate No. LAT-0015

Sede principal
Teléfonos: +57 (6) 8783096 - 8783097 - Fax: +57 (6) 8783171 / Dirección: Cl. 49 No. 26 - 46
Manizales, Caldas
E-mail: información@saluddecaldas.gov.co / www.saluddecaldas.gov.co

472		Motive de Devolución		<input type="checkbox"/> Desconocido	<input type="checkbox"/> No Existe Número
		<input type="checkbox"/> Retenido	<input type="checkbox"/> No Registrado	<input type="checkbox"/> Derruido	<input type="checkbox"/> No Controlado
<input type="checkbox"/> Dirección Errada		<input checked="" type="checkbox"/> Fallado	<input type="checkbox"/> Aparato Clausurado	<input type="checkbox"/> Fuerza Mayor	
<input type="checkbox"/> No Reside					
Fecha 1:	DA	DD	MM	AYO	Fecha 2:
Número del distribuidor:				0704/19	
C.C.				Nombre del distribuidor	
Centro de Distribución:				CC/1092452327	
Observaciones:				Centro de Distribución	
				Observaciones:	
				Conjunto	
				Cerrado sin batería	