



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-0915

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		Motivos de Devolución:		<input type="checkbox"/> Desconocido	<input type="checkbox"/> No Existe Número
		<input type="checkbox"/> Retenido	<input type="checkbox"/> Cerrado	<input type="checkbox"/> No Reclamado	
<input type="checkbox"/> Dirección Errada		<input checked="" type="checkbox"/> Faltado	<input type="checkbox"/> Fuerza Mayor	<input type="checkbox"/> No Controlado	
<input type="checkbox"/> No Reside		<input type="checkbox"/> Fuerza Mayor	<input type="checkbox"/> Aparado Cerrado		
Fecha 1:	DD	MM	AA	Fecha 2:	DD
Número del distribuidor:				Nombre del distribuidor:	
C.C.				C.C. 105452327	
Centro de Distribución:				Centro de Distribución:	
Observaciones:				Observaciones:	
				Conjunto Cerrado sin batería	

