

## AVISO

Ante la imposibilidad de notificar personalmente al-a señor-a (**CLINICA COLSANITAS**), a pesar de haberle enviado la respectiva RESPUESTA a la dirección registrada en el requerimiento ingresado en el Sistema Distrital de Quejas y Soluciones – SDQS- con No. **SDIS REQ. 720222017 ENT. 16162**

EL SUSCRITO: **PATRICIA GOMEZ CUERVO**  
*Subdirectora para la vejez*

### HACE SABER

Que teniendo en cuenta que no fue posible allegar la respuesta por:

Se desconoce la información o datos sobre el destinatario \_\_\_\_\_

1. La respuesta fue devuelta por la Oficina de correspondencia de la SDIS

Porque la dirección es incorrecta:

La dirección no existe: X

El destinatario desconocido:

No hay quien reciba la comunicación:

Cambio de domicilio:

Cerrado:

Otro: Dirección Errada:

No reporta Dirección:

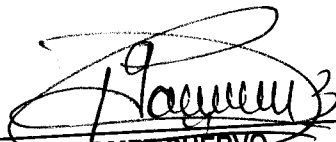
Se publica el presente aviso, con copia íntegra de la respuesta del requerimiento No. **SDIS REQ. 720222017 ENT. 16162**



Contra la presente no procede recurso alguno y el mismo se entenderá notificado al finalizar el día siguiente de desfijado este documento.

### CONSTANCIA DE FIJACIÓN

Para notificar al interesado, se fija el presente Aviso en un lugar público de la Secretaría Distrital de Integración Social, por el término de cinco (5) días hábiles, **Junio 2 de 2017**


  
PATRICIA GÓMEZ CUERVO  
Subdirectora para la Vejez

### CONSTANCIA DE DESFIJACIÓN

Luego de haber permanecido fijado por el término legal, se desfija el presente Aviso hoy:  
**Junio 08 de 2017**

PATRICIA GOMEZ CUERVO

Proyectó: Concha Llanos- Secretaria 

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL	PROCESO: DIRECCIONAMIENTO DE LOS SERVICIOS SOCIALES PROCEDIMIENTO: PARA EL TRÁMITE DE REQUERIMIENTOS CIUDADANOS A TRAVÉS DEL SISTEMA DISTRITAL DE QUEJAS Y SOLUCIONES (SDQS)	Código: F-DS-SDQS-01
		Versión: 0
		Fecha: 06/05/2016
	FORMATO: PARA REGISTRO DE RESPUESTA A REQUERIMIENTOS CIUDADANOS	Página: 1 de 2

Req. No. 720222017

Bogotá D.C,

Doctora  
**KAREN ROBERTO DAZA**  
 Trabajadora Social  
 Clínica Colsanitas 103  
 Dirección: Carrera 45 No. 103 - 65  
 Teléfono: 5948650 Ext. 5719366  
 Ciudad

SMS  
 Orig:12440:SUBDIRECCION PARA LA VEJEZ  
 Dest:CLINICA COLSANITAS SA  
 Asun:RESPUESTA  
 Fecha:21/04/2017 08:28 AM Fol:1 Anx:1  
 Ref:SAL-31921 Ref:ENI-16162 31921

**Asunto:** Respuesta Requerimiento No. 720222017  
**Referencia:** Radicado ENT: 16162 Fecha: 06/04/2017  
 Radicado Defensoría del Pueblo No. 201700082178

Apreciada Doctora Karen

Cordial saludo,

En cumplimiento a su solicitud recibida a través de la Defensoría del Pueblo en la Subdirección para la Vejez de la Secretaría Distrital de Integración Social, relacionada con la persona mayor **Enrique Martha Salgado**, identificado con C.C. 2.944.812, de manera atenta le informamos que en respuesta enviada el quince (15) de febrero del año en curso a través del SAL 10984, informamos nuestra imposibilidad para atender al señor Enrique Marha Salgado en nuestros Centros de Protección Social, debido al incumplimiento del criterio de identificación: **"No ser cotizante al Sistema General de Seguridad Social en Salud"**, por tal razón el caso fue cerrado en la Mesa Técnica de Estudio de Caso del servicio social el siete (07) de marzo de dos mil diecisiete (2017).

Por otra parte, teniendo en cuenta que usted manifiesta que no han recibido la *notificación de la Comisaria de Familia*, realizamos remisión de su solicitud a la Comisaría de Familia competente territorialmente con el fin que desde allí se adelanten las acciones correspondientes para garantizar y proteger los derechos de la persona mayor en mención.


Estaremos a su disposición para resolver cualquier inquietud adicional a través del equipo técnico de validación de condiciones en los números telefónicos 2952306 - 2956829.

Con el fin de conocer su opinión respecto al trámite de este requerimiento le invitamos a ingresar a la página de [www.integracionsocial.gov.co](http://www.integracionsocial.gov.co) -link evaluación de encuestas SDQS, con el número de requerimiento para contestar una encuesta. El ingreso al link lo podrá realizar cinco (5) días después de recibida la presente comunicación y contará con 90 días para diligenciar la encuesta.

Gracias por su aporte

Carrera. 7 No. 32 - 16 Ciudadela San Martín. Teléfono 327 97 97 [www.integracionsocial.gov.co](http://www.integracionsocial.gov.co) Información Línea 195

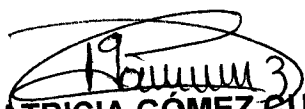
F-F-003b

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL	<b>PROCESO: DIRECCIONAMIENTO DE LOS SERVICIOS SOCIALES</b> <b>PROCEDIMIENTO: PARA EL TRÁMITE DE REQUERIMIENTOS CIUDADANOS A TRAVÉS DEL SISTEMA DISTRITAL DE QUEJAS Y SOLUCIONES (SDQS)</b>	<b>Código: F-DS-SDQS-01</b> <b>Versión: 0</b> <b>Fecha: 06/05/2016</b> <b>Página: 2 de 2</b>
	<b>FORMATO: PARA REGISTRO DE RESPUESTA A REQUERIMIENTOS CIUDADANOS</b>	

Req. No. 720222017

Finalmente, manifestamos nuestra entera disposición de trabajar por una "Bogotá Mejor Para Todos", comprometida en promover y proteger los derechos de las y los ciudadanos del Distrito Capital.

Cordialmente,

  
**PATRICIA GÓMEZ GUERVO**  
 Subdirectora para la Vejez

Copia: Equipo Técnico de Validación servicio Centro de Protección Social Subdirección para la Vejez - Calle 47 N° 69-04.  
 Defensoría del Pueblo. Doctor Fernando López Rodríguez. Defensor del Pueblo Regional Bogotá (FA). Carrera 9 No. 16 – 21. Teléfono: 3147300.

Proyectó: Mayerly Morales – Profesional Subdirección para la Vejez  
 Revisó: Cindy Johana Sánchez Herrera – Jurídica Subdirección para la Vejez

	ELABORO	REVISO	APROBO
NOMBRE	Clemente Garay Gómez	Claudia Jashajdi Mojica Cardona	Richard Romero Raad
CARGO	Profesional universitario Servicio Integral de Atención a Ciudadanía	Coordinadora Servicio Integral de Atención a Ciudadanía	Subsecretario Secretaría Distrital de Integración Social

MEMO INT: 3241-06/05/2016

**472** Motivos de Devolución

<input type="checkbox"/> Desconocido	<input type="checkbox"/> No Existe Número
<input type="checkbox"/> Rehusado	<input type="checkbox"/> No Reclamado
<input type="checkbox"/> Cerrado	<input type="checkbox"/> No Contactado
<input type="checkbox"/> Fallecido	<input type="checkbox"/> Apartado Clausurado
<input type="checkbox"/> Dirección Errada	<input type="checkbox"/> Fuerza Mayor
<input type="checkbox"/> No Reside	

Fecha 1: 25-04-16      Fecha 2: DIA MES AÑO R D

Nombre del distribuidor: MIGUEL ANGEL RAMÍREZ R.

C.C. C.C. 80 743 402      C.C.

Centro de Distribución: Norte      Centro de Distribución:

Observaciones: La persona se trasladó (Karenduta) Clínica Loisanitas (letras negras)

Con el fin de conocer su opinión respecto al trámite de este requerimiento le invitamos a ingresar a la página de [www.integracionsocial.gov.co](http://www.integracionsocial.gov.co) -link evaluación de encuestas SDQS, con el número de requerimiento para contestar una encuesta. El ingreso al link lo podrá realizar cinco (5) días después de recibida la presente comunicación y contará con 90 días para diligenciar la encuesta.

Gracias por su aporte