



**Al contestar por favor cite estos datos:**

Radicado No.: **202442400367561**

Fecha: **23-02-2024**

Código de verificación: CDF7B

Bogotá D.C.,

Señor(a)  
**ANÓNIMO(A)**  
Ciudad



**Asunto:** Notificación Traslado Solicitud Con Radicado N.202442400459332

Respetado ciudadano (a)

Atentamente le informamos que su solicitud se trasladó a Superintendencia Nacional De Salud en cumplimiento del Artículo 21 de la Ley 1755 de 2015 por ser esta la entidad competente para responderle.

Es importante informarle que según lo establecido en el Decreto 4107 de 2011 el Ministerio de Salud y Protección Social tiene como funciones la definición de programas, planes y políticas en materia de salud y protección social, razón por la cual no tiene competencia para resolver el asunto.

Para hacerle seguimiento a dicha solicitud le recomendamos contactarse con la mencionada entidad, por los canales de atención dispuestos para ello, los cuales podrá identificar en su página web.

Cordialmente,

**Cecilia Gutierrez Ospitia**  
Coordinadora, G. Gestor de Canales de Atención y Peticiones Ciudadanas

Anexo(s): Con anexo  
Copia (s): Sin Copia  
Elaboró: CCEspeDES  
Revisó/Aprobó: cgutierrez

Para verificar la autenticidad del documento escanee el QR o ingrese al link: <https://orfeo.minsalud.gov.co/orfeo/consultaWebMinSalud/> y digite el número del radicado y el Código de verificación: CDF7B.

**Ministerio de Salud y Protección Social**

Dirección: Carrera 13 No. 32 - 76, Bogotá D.C., Colombia

PBX: (+57) 601 330 5000

Línea Gratuita: (+57) 01 8000 960020 – [www.minsalud.gov.co](http://www.minsalud.gov.co)

Página | 1

Para verificar la autenticidad del documento escanee el QR o ingrese al link: <https://orfeo.minsalud.gov.co/orfeo/consultaWebMinSalud/> y digite el número del radicado y el Código de verificación.



**Al contestar por favor cite estos datos:**

Radicado No.: **202442400367551**

Fecha: **23-02-2024**

Bogotá D.C.,

Código de verificación: 5DFCD



Señores  
**SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD**  
correointernosns@supersalud.gov.co

Ciudad

Asunto: Traslado solicitud del (la) ciudadano(a) ANONIMO N.N, y radicado 202442400459332

Respetados señores:

De acuerdo con lo previsto en el Artículo 21 de la Ley 1755 de 2015 y debido a que la petición adjunta se refiere a temas de su competencia, atentamente le remitimos la solicitud mencionada en el asunto.

Agradecemos la pronta atención que se preste a la misma.

Cordialmente,

**Cecilia Gutierrez Ospitia**  
Coordinadora, G. Gestor de Canales de Atención y Peticiones Ciudadanas

Anexo(s): Con  
Copia (s): Sin  
Elaboró:  
**CCE SPEDES**  
Revisó/Aprobó: cgutierrez

Para verificar la autenticidad del documento escaneé el QR o ingrese al link: <https://orfeo.minsalud.gov.co/orfeo/consultaWebMinSalud/> y digite el número del radicado y el Código de verificación: 5DFCD.

**Ministerio de Salud y Protección Social**  
Dirección: Carrera 13 No. 32 - 76, Bogotá D.C., Colombia  
PBX: (+57) 601 330 5000  
Línea Gratuita: (+57) 01 8000 960020 – [www.minsalud.gov.co](http://www.minsalud.gov.co)

Página | 1