



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

Radicado No.: **202442400963141**

Fecha: **29-04-2024**

Código de verificación: 89AD2

Bogotá D.C.,

Señor(a)  
**ANONIMO N.N**  
Ciudad



**Asunto:** Notificación Traslado Solicitud Con Radicado N.202442401155742

Respetado ciudadano (a)

Atentamente le informamos que su solicitud se trasladó a **Secretaría Distrital de Salud de Bogotá** 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: CCEPEDES  
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: 89AD2.

**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 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.



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

Radicado No.: **202442400963131**

Fecha: **29-04-2024**

Bogotá D.C.,

Código de verificación: D0FE8



Señores

**SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD DE BOGOTÁ**

contactenos@saludcapital.gov.co

Ciudad

Asunto: Traslado solicitud prioritaria Adulto Mayor del (la) ciudadano(a) ANONIMO N.N, y radicado 202442401155742

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: **CCESPEDES**

Revisó/Aprobó: cgutierrez