


Estimados Usuarios en este manual encontrara los pasos para ingresar a nuestras herramientas:





1. Debe ingresar al link registro de Usuarios y ingresar todos los campos para que sean validados en nuestro sistema, una vez quede registrado el sistema les enviara su activación de usuario. A continuación se describe el formulario a diligenciar. Recuerde que debe registrarse para poder acceder a los servicios de nuestro portal.

Registro de Usuarios

 Campo obligatorio |  Campo visible en su perfil |  Campo **no** visible en el perfil |  Información: Dirija el ratón al icono

Nombre:	<input type="text"/>	  	<i>Nombres del Usuario</i>
Apellidos:	<input type="text"/>	  	<i>Apellidos del Usuario</i>
Correo electrónico:	<input type="text"/>	  	<i>Correo Electrónico</i>
Nombre de usuario:	<input type="text"/>	  	<i>Nombre de Usuario Mínimo 6 Caracteres</i>
Contraseña:	<input type="password"/>	  	<i>Contraseña del Usuario Mínimo 6 Caracteres Alfanuméricos</i>
Repita su contraseña:	<input type="password"/>	  	<i>Verifica la Contraseña Digitada</i>
Tipo de usuario:	<input type="checkbox"/> Paciente Hansen <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Colaborador Interno <input type="checkbox"/> Usuario		
	  <i>Tipo de Usuario a Registrar</i>		
Teléfono:	<input type="text"/>		<i>Teléfono de Contacto</i>
Dirección Residencia:	<input type="text"/>		<i>Dirección Principal de Residencia</i>
Ciudad:	<input type="text"/>		<i>Ubicación Principal</i>
Departamento:	<input type="text"/>		<i>Ubicación Principal</i>
Motivo de Registro:	<input type="checkbox"/> Solicitud de Información <input type="checkbox"/> Solicitud de Servicios <input type="checkbox"/> Editor de Contenido del Sitio <input type="checkbox"/> Auditoría Externa		
	<input type="checkbox"/> Recibir Boletines  <i>Motivo de Solicitud de Registro</i>		
Centro docente:	<input type="text"/>		<i>Ultimo Centro de Estudios</i>
Población:	<input type="text"/>		<i>Tipo de Población</i>
Provincia:	<input type="text"/>		<i>Lugar de Origen Ciudad</i>
Código postal:	<input type="text"/>		<i>Código Postal para Colombia 57</i>
País:	<input type="text"/>		<i>País de Origen del Usuario</i>
Dirección:	<input type="text"/>		<i>Dirección de Origen del Usuario</i>
Teléfono:	<input type="text"/>		<i>Teléfono Principal Usuario</i>
Fax:	<input type="text"/>		<i>Fax de Origen del Usuario</i>

Para registra sus Datos

 Campo obligatorio |  Campo visible en su perfil |  Campo **no** visible en el perfil |  Información: Dirija el ratón al icono

- Una vez registrado y activada su clave podrá ir al link acceso a usuarios del menú SIAC (Sistema de Información al Ciudadano) donde podrá ingresar su usuario y contraseña.

Iniciar sesión

Usuario Contraseña Recordarme [¿Perdiste tu Usuario/Contraseña?](#) [¿Sin cuenta todavía?](#)
[Registro](#)

- Una vez registrado podrá acceder al link Consulta estado de Tramites donde podrá tramites en [Solicitud Alojamiento de Albergue) para esto debe diligenciar el siguiente formulario, el sistema le enviara un ticket o numero de seguimiento a su trámite. Recuerde una vez enviado el tramite debe ingresar con su usuario y contraseña para consultar el estado de su trámite.

Solicitud Alojamiento de Albergue

Departamento

Primer Nombre *Primer Nombre Paciente Hansen*

Segundo Nombre *Segundo nombre Paciente Hansen*

Primer Apellido *Primer Apellido Paciente Hansen*

Segundo Apellido *Segundo Apellido Paciente Hansen*

El archivo a adjuntar Para generar el archivo tenga en cuenta lo siguiente: Escanee el documento en JPG, minimice su tamaño en 640x480 y adjunte

1. *Fotocopia Documento de Identidad Este documento debe ser adjunto para la solicitud*

Asunto *Descripción del Asunto (Ingreso o Retiro)*

Mensaje *En este espacio debe escribir el motivo de su solicitud.*

Prioridad *Tipo de prioridad (Alto, Medio, Bajo)*

Adjuntos: *En esta opción permitirá adjuntar los archivos solicitados para este trámite favor revisar el link tramites de la página principal. Extensiones válidas: jpg*

Atención al Usuario

Este formulario Permite realizar su solicitud a la oficina de Atención al usuario.



Hospital Herrera Restrepo
Carrera 11 N° 21-111, Agua de Dios
Cundinamarca - Colombia



Teléfonos Administrativos: (57+1) 834 3203, (57+1) 834 3204



Teléfono Citas Médicas: (57+1) 834 3110, Teléfono Urgencias: (57+1) 834 3151

Fax: (57+1) 834 2677

<http://www.sanatorioaguadedios.gov.co>

E-Mail

Escriba su nombre y apellidos:

Nombres y Apellidos completos del solicitante

Dirección de e-mail:

Dirección valida del correo

Tema del mensaje:

Tema de su Solicitud

Escriba su mensaje:

Mensaje o Asunto de su solicitud

Enviar una copia de este mensaje a su propio E-mail

Solicitar copia de este correo a su correo personal.

*Para mayor información favor enviar su solicitud al correo
info@sanatorioaguadedios.gov.co*