REGISTRO DE PQRDS

Origen
PQ

Radicado
20261000816

Fecha Radicado
05/01/2026

Hora radicado
10:00

Fecha esperada
20/01/2026

Canal de entrada
PORTAL WEB

Tipificación
PQRDS

Fecha fin despera
03/02/2026

Tipo de PQRSD
DERECHO DE PETICIÓN

Sub tipología PQRDS
INFORMACIÓN

Tipo PQRDS menor
SOLICITUDES DE PERIODISTAS

- (●) Digitalizar anexos
- ( ) Doc. Completo

Dependencia radicadora
OFICINA DE ATENCIÓN AL CIUDADANO.

Usuario radicador
jgilv1

Nivel SLA
RNG02

SLA
10

Listado tipo PQRDS
DERECHO DE PETICIÓN

Firma autorizador retipificación

Listado Sub tipología PQRDS
INFORMACIÓN

Listado tipo PQRDS menor
SOLICITUDES DE PERIODISTAS - 10

Información personal

Tipo de solicitante
PERSONA NATURAL

Tipo de documento de identidad
CÉDULA DE CIUDADANÍA

Documento de identidad
1017235106

Por favor indique su género
MASCULINO

Nombre y apellidos
Juan Diego Quiceno Mesa

Información poblacional
PERIODISTA

Notificación de la respuesta
CORREO ELECTRÓNICO

Dirección
CARRERA 20 34 31

Pais
COLOMBIA

Departamento
BOGOTÁ, D.C.

Ciudad / Municipio
BOGOTÁ, D.C.

Celular
3015581444

Teléfono
3015581444

Correo electrónico
diegoquicenom@gmail.com

Datos PQRDS

Descripción de la solicitud
Yo, Juan Diego Quiceno Mesa, identificado(a) con cédula 1017235106, con domicilio en Bogotá, correo electrónico [diegoquicenom@gmail.com] y teléfono [3015581444], en ejercicio del derecho fundamental de petición consagrado en el artículo 23 de la Constitución Política de Colombia, desarrollado por la Ley 1755 de 2015 y la Ley 1712 de 2014, respetuosamente me permito solicitar la siguiente información de carácter público relacionada con el medicamento Pembrolizumab (Keytruda). Adjunto están las solicitudes (ahora sí).

- [ ] Evidencia Física

Folios
5

Detalle de Evidencia Física
VF FI 05/01/2026

Número de Guía

Empresa Mensajería

Nombre del funcionario / servicio cuestionado

Fecha en la que se se presentó el incidente

Hora aproximada
00:00

Clasificación del producto denunciado

Registro / Notificación / Permiso sanitario invima

Motivo de la denuncia

Numero de lote, serial y/o referencia

Fecha de vencimiento

Nombre fabricante

Marca o nombre comercial del pruducto

Nombre del establecimiento donde adquirió el producto

Dirección física donde adquirió el producto

Ciudad / Municipio

Dirección electrónica donde adquirió el producto

Edad de la persona que presentó el incidente

Genero de la persona afectada

Validación Invima

La información solicitada es
- ( ) Pública
- ( ) Clasificada
- ( ) Reservada

Clasificacion de acceso

La información se entrego al solicitante
- ( ) SI
- ( ) NO

Por qué?

Información entregada

La solicitud se traslada a otra entidad
- ( ) SI
- ( ) NO

Solictud trasladada

A quien se traslada

Correo electrónico de traslado

La queja es remitida a proceso disciplinario?
- ( ) SI
- ( ) NO

Queja remitida a proceso

Proceso afectado Queja / Reclamo

Por favor indique el proceso que fue afectado por la queja / reclamo

Proceso afectado

Corresponde a una denuncia de ilegalidad
- ( ) SI
- ( ) NO

Denuncia de ilegalidad

Visita

Se programó visita?
- ( ) SI
- ( ) NO

Se programó visita?

Fecha realización de la visita

Tipo de visita
- [ ] Extraordinaria
- [ ] Listado priorizado

¿Es una denuncia de medicamento?
- ( ) SI
- ( ) NO

Denuncia de med

Principio activo

Forma farmacéutica

¿La denuncia fue validada?
- ( ) SI
- ( ) NO

Denuncia validada

Datos para la visita

Tipo documento identidad

NIT / CC para la visita

Nombre / Razón social para visita

Sucursal

Dirección

Departamento visita

Municipio visita

ID Tipo de documento