Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Centro Oriente E.S.E.

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
APOYO – GESTIÓN DE CONTRATACIÓN
FORMATO INFORME Y CUENTA DE COBRO

CÓDIGO: AP-IA-FT-014
VERSIÓN: 03
FECHA: 2021-12-27

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS:	PS 1505 2024	**C.D.P. No.:**	140	**Proceso que pertenece:**	SERVICIOS AMBULATORIOS
				Servicio al que pertenece:	DIRECCION DE SERVICIOS AMBULATORIOS
				Unidad a la que pertenece:	CENTRO DE SALUD SAMPER MENDOZA

Nombre del Contratista: MARIA FERNANDA SIERRA VELASQUEZ **C.C.** BOGOTA **de:** 1.026.302.401

Fecha Inicio: 2024-01-21 **Fecha Terminación inicial:** 2024-03-20 **Valor Mensual:** $ 2.164.260 **Valor a cobrar:** $ 2.164.260

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO PLANILLA
1	ENERO-2024	$ 772.950	$ 388.500	72410569	18/01/2024
2	FEBRERO-2024	$ 2.164.260	$ 436.100	74273240	22/02/2024
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 4.328.520	$ 4.328.520	$ 2.937.210	$ 1.391.310

2. INFORME DE ACTIVIDADES REALIZADAS Y AVANCE EN CUMPLIMIENTO DEL OBJETO DEL CONTRATO

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SERVICIO TECNICO COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA II PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS HOSPITALARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

Relación de actividades para el periodo: **Desde:** 2024-02-01 **Hasta:** 2024-02-29

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO: ACTIVIDADES DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUTO O EVIDENCIA
1	Prestar el servicio de conformidad con la programación de agenda acordada con el supervisor del contrato, para el desarrollo de sus actividades.	Se desarrollaron las actividades contractuales de acuerdo al cronograma para el mes de FEBRERO DE 2024	Programacion de Turnos
2	Controlar los signos vitales de cada uno de los pacientes asignados con la periodicidad requerida según orden médica, orden de Enfermería y protocoló institucional, informando al médico y enfermera las alteraciones encontradas y registrándolas en la historia clínica digital.	Se realizo la toma al 100% de los pacientes asignados el mes de FEBRERO DE 2024	Historias Clinicas Aplicativo Dinamica
3	Orientar y preparar a los pacientes para exámenes diagnóstico de acuerdo con los protocolos de manejo y tecnología requerida. Según normas establecidas para cada procedimiento.	Se realizo la preparacion al 100% de los pacientes asignados el mes de FEBRERO DE 2024	Historias Clinicas Aplicativo Dinamica
4	Realizar actividades propias del cuidado de enfermería previniendo acciones inseguras en la prestación de servicios de salud.	El 100% de las actividades derivadas del plan de cuidado de enfermeria se realizaron teniendo en cuenta las practicas seguras el mes de FEBRERO DE 2024	Historias Clinicas Aplicativo Dinamica
5	Notificar inmediatamente las acciones inseguras ocurridas a sus pacientes al médico de turno, jefe inmediato y en el sistema de reporte.	Se realizo el reportes de los sucesos de seguriadad identificados en el mes de FEBRERO DE 2024	Aplicativo Almera
6	Informar a la enfermera jefe del servicio y al médico tratante, sobre los cambios del estado clínico de los pacientes en forma oportuna y adecuada.	Se garantizo el reporte del 100% de las desviaciones en la evolucion del paciente al equipo de trabajo el mes de FEBRERO DE 2024	Historias Clinicas Aplicativo Dinamica
7	Revisar la Historia clínica de los pacientes asignados conociendo su evolución diaria, tratamiento, para realizar el plan de cuidado de enfermería integral del paciente.	Se realizo la revision de las historias cllinica del 100% de los pacientes asignados en el mes de FEBRERO DE 2024	Historias Clinicas Aplicativo Dinamica
8	Mantener limpio y ordenado la unidad de los pacientes asignados durante el turno.	Se garantizo el proceso de limpieza y desinfeccion, rutinaria y terminal de las unidades del paciente asi como de las diferentes areas del servicio durante el mes de FEBRERO DE 2024	Formatos de Limpieza y desinfeccion

Observaciones:

Nota: Es deber contractual anexar la certificación del pago a Salud, pensión y ARL. En caso de tener contrato nuevo adjuntar el soporte de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud como cotizante y afiliación a pensión., Teniendo en cuenta que con la implementación del Decreto 1273 de 2018 el pago de aportes se hace de manera vencida de acuerdo con las fechas establecidas en el Decreto 1990 de 2016.

Maria Fernanda Sierra

Firma del Contratista

C.C. BOGOTA **de** 1.026.302.401

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS No. 1	
NOMBRE:	JULI PAOLA NEIRA BAUTISTA
CARGO:	DIRECTOR AMBULATORIOS
FIRMA	

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Centro Oriente E.S.E.

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
APOYO - SERVICIO AL CIUDADANO Y PARTICIPACIÓN SOCIAL
FORMATO ENCUESTA SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA

CÓDIGO: MI-SP-FT-007
VERSIÓN: 01
FECHA: 2018-04-20

Actualmente nos encontramos desarrollando una encuesta para conocer el grado de satisfacción de los Usuarios de acuerdo al servicio prestado, su opinión será valiosa para la mejora continua. Su participación es voluntaria y su identidad así como las respuestas suministradas serán de carácter confidencial.

UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD:	Cordialmo	**FECHA DE DILIGENCIAMIENTO:**	05 Julio 2022
SERVICIO :		**EDAD DEL PACIENTE:**	75

NOMBRES Y APELLIDOS: Carmen A. Avila			**DOCUMENTO:** 41633703			**TELEFONO y/o CELULAR DE CONTACTO:** 7554449	
SEXO	HOMBRE		**GÉNERO**	FEMENINO	X	**TIPO DE USUARIO**	POBLACION POBRE NO ASEGURADA
	MUJER	X		MASCULINO			SUBSID. — EPSS
	INTERSEXUAL			TRANSGENERO			CONTRIB. — EPS: Golis
							PARTICULAR

Marque con una X la respuesta que mejor represente su opinión con respecto a la pregunta o aspecto a evaluar.

1. ACCESIBILIDAD

¿Cual fue el medio que utilizó para programar su cita?	TELÉFONO	PERSONAL	PÁGINA WEB	CHAT	OTRO CUÁL?	
	X					
ted solicitó la cita por teléfono cuánto tiempo tuvo que esperar para que su solicitud fuera adida?	De 5 a 10 minutos	De 10 a 15 minutos	De 15 a 20 minutos	Más de 20 minutos		
		X				

	MUY MALA 1	MALA 2	REGULAR 3	BUENA 4	MUY BUENA 5	no sabe/ no responde	OBSERVACIONES
La facilidad para conseguir la cita o turno para la atención fué?				X			
La orientación e información previas para acceder a la atención fue?				X			
El tiempo de facturación para su cita le pareció?				X			
2. OPORTUNIDAD							
El cumplimiento de la hora programada para su atención fue?				X			
3.SEGURIDAD							
El orden y aseo de la instalaciones donde fue atendido le pareció?				X			
La información brindada por el personal de la institución, respecto a su estado de salud fue?				X			
4. HUMANIZACIÓN							
El trato del personal administrativo (Facturación, vigilante , aseo, etc.) durante el proceso de atención fue?				X			
to del personal de salud durante el proceso de atención fue?				X			
Las condiciones de comodidad durante la atención fueron?				X			
Las condiciones de privacidad durante la atención fueron?				X			
5. DERECHOS Y DEBERES							
La información sobre los derechos y deberes de los Usuarios fué?				X			
6. SATISFACCIÓN GLOBAL							
Cómo calificaría su experiencia con relación a los servicios de salud que ha recibido a través de los centros de atención de la Sub Red Centro Oriente ?				X			
7. EXPERIENCIA DEL SERVICIO		**Definitivamente NO**	**Probablemente NO**	**Probablemente SI**	**Definitivamente SI**	**No sabe/ No responde**	
¿Usted recomendaría a sus familiares y amigos ésta Unidad de la S d Centro Oriente para que acudieran a la prestación de algún servicio?				X			

x Carmen

NOMBRE DEL ENCUESTADOR:

¡Gracias por contestar nuestra encuesta!

CUENTA DE COBRO No 2

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

NIT. 900.959.051.7

DEBE A:

MARIA FERNANDA SIERRA VELASQUEZ

C.C 1026302401 DE BOGOTA

LA SUMA DE:

DOS MILLONES CIENTO SESENTA Y CUATRO MIL DOSCIENTOS SESENTA PESOS **MCTE**

(*$2.164.260*)

210 HORAS por prestación de servicios en cumplimiento del contrato No **PS 1505 2024** con afiliación a ARL RIESGO 3.

OBJETO: PRESTAR SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERÍA II PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

Cordialmente,

María Fernanda Sierra

NOMBRE: MARIA FERNANDA SIERRA VELASQUEZ
CC: 1026302401
CUENTA BANCARIA: 009270444798 BANCO: DAVIVIENDA
TELEFONO: 3204411655
DIRECCION: CL 48Q SUR 5C 79

29 FEBRERO 2024

	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E REGIONAL – SERVICIO AL CIUDADANO Y PARTICIPACIÓN SOCIAL FORMATO ENCUESTA DE ADHERENCIA DE DERECHOS Y DEBERES DE LOS USUARIOS	CÓDIGO: MI-SP-FT-003 VERSIÓN: 01 FECHA: 2017-06-27

Unidad de Servicios de Salud:	CANDELARIA	Nombre del encuestador:	FREDDY RODRIGUEZ		
Nombre del Ciudadano		Documento de Identidad	Fecha de Aplicación		
			Día	Mes	Año
Camilo Andres Ramirez		1026281127	08	Julio	2022

Señor(a) usuario(a) usted es muy importante para nuestra ESE, con esta encuesta quisiéramos conocer su grado de conocimiento sobre la carta de deberes y derechos de los usuarios.

1. ¿Conoce usted los deberes y derechos de los usuarios de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente?	**SI** ☒	**NO** ☐
2. De los siguientes enunciados, cuales son derechos de los usuarios?		
A. Acceder a los servicios de salud, tecnologías y medicamentos, que le garanticen una atención integral, oportuna, continua y de alta calidad, de acuerdo a la Constitución Política de Colombia.	**SI** ☒	**NO** ☐
B. Usar adecuada y racionalmente los servicios ofrecidos, mecanismos de escucha. Cumpliendo con las normas del SGSSS y actuando de buena fe en el mismo	**SI** ☐	**NO** ☒
C. Recibir información y orientación sobre los medios y canales para presentar reclamaciones, quejas, sugerencias y en general, para comunicarse con las instancias pertinentes en la Subred, así como recibir una respuesta oportuna y adecuada.	**SI** ☒	**NO** ☐
D. Contribuir solidariamente al financiamiento de los gastos que demande la atención en salud y la Seguridad Social en Salud, de acuerdo con su capacidad de pago	**SI** ☐	**NO** ☒
E. Participar a las Formas de Participación Social promovidas por la Ley en el ejercicio y exigibilidad del derecho a la salud.	**SI** ☒	**NO** ☐
3. De los siguientes enunciados, cuales son deberes del usuario?	**SI** ☐	**NO** ☐
A. Propender por su autocuidado, el de su familia y el de su comunidad al igual que atender oportunamente las recomendaciones formuladas en los programas de Promoción y Prevención	**SI** ☒	**NO** ☐
B. A que se le preste durante todo el proceso de la enfermedad, asistencia de calidad y trato humanizado por los funcionarios y colaboradores quienes estarán debidamente capacitados y autorizados para ejercer.	**SI** ☐	**NO** ☒
C. Donar órganos o rehusarme a ello, de acuerdo a lo previsto en la ley, previa asesoría por parte del médico tratante	**SI** ☒	**NO** ☐
D. Suministrar de manera oportuna, veraz y suficiente la información que se requiera para efectos de la prestación del servicio. Así como actualizar de forma periódica mis datos personales y de contacto	**SI** ☐	**NO** ☒
E. Cumplir con las citas médicas, terapias, procedimientos y ayudas diagnósticas o cancelarlas oportunamente en caso de no poder asistir.	**SI** ☒	**NO** ☐

4. Para garantizar el cumplimiento de sus Derechos y Deberes en la Subred Centro Oriente, usted puede acudir a:

A. Campañas periódicas de Derechos y Deberes.
B. La figura del Defensor del Usuario.
C. Atención del área de Jurídica las 24 horas del día.
D. Ninguna de las anteriores.

GRACIAS!

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1026302401	MARIA FERNANDA SIERRA VELASQUEZ	KR 5B 48P 84 SUR	3282828	1927fernandasierra@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-01	2024-01	I	22/02/2024	74273240	$436.100	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD												
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS010	EPS Sura	800088702-2	162.500	0		0		0	20	3.000	0	165.500	1

TOTALES PENSIÓN											
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	208.000	0	0	0	0	20	3.800	0	211.800	1

TOTALES RIESGOS LABORALES														
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-4	Vida Colpatria S.A.	860002183-9	31.700				31.700	20	600	32.300			317	32.300	1

TOTALES CAJAS						
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860056942-7	26.000	20	500	26.500	1

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	162.500	165.500
Pensión	1	208.000	211.800
Riesgos Laborales	1	31.700	32.300
CCF	1	26.000	26.500
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	428.200	436.100

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E DIMENSIONAL – SERVICIO AL CIUDADANO Y PARTICIPACIÓN SOCIAL FORMATO ENCUESTA DE ADHERENCIA DE DERECHOS Y DEBERES DE LOS USUARIOS	CÓDIGO: MI-SP-FT-003 VERSIÓN: 01 FECHA: 2017-06-27

Unidad de Servicios de Salud:	CANDELARIA	Nombre del encuestador:	FREDDY RODRIGUEZ		
Nombre del Ciudadano		Documento de Identidad	Fecha de Aplicación		
			Día	Mes	Año
Hortensia Mongo		51697492	19	Julio	2022

Señor(a) usuario(a) usted es muy importante para nuestra ESE, con esta encuesta quisiéramos conocer su grado de conocimiento sobre la carta de deberes y derechos de los usuarios.

1. ¿Conoce usted los deberes y derechos de los usuarios de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente?	**SI** ☒	**NO** ☐
2. De los siguientes enunciados, cuales son derechos de los usuarios?		
A. Acceder a los servicios de salud, tecnologías y medicamentos, que le garanticen una atención integral, oportuna, continua y de alta calidad, de acuerdo a la Constitución Política de Colombia.	**SI** ☒	**NO** ☐
B. Usar adecuada y racionalmente los servicios ofrecidos, mecanismos de escucha. Cumpliendo con las normas del SGSSS y actuando de buena fe en el mismo	**SI** ☐	**NO** ☒
C. Recibir información y orientación sobre los medios y canales para presentar reclamaciones, quejas, sugerencias y en general, para comunicarse con las instancias pertinentes en la Subred, así como recibir una respuesta oportuna y adecuada.	**SI** ☒	**NO** ☐
D. Contribuir solidariamente al financiamiento de los gastos que demande la atención en salud y la Seguridad Social en Salud, de acuerdo con su capacidad de pago	**SI** ☐	**NO** ☒
E. Pertenecer a las Formas de Participación Social promovidas por la Ley en el ejercicio y exigibilidad del derecho a la salud.	**SI** ☒	**NO** ☐
3. De los siguientes enunciados, cuales son deberes del usuario?	**SI** ☐	**NO** ☒
A. Propender por su autocuidado, el de su familia y el de su comunidad al igual que atender oportunamente las recomendaciones formuladas en los programas de Promoción y Prevención	**SI** ☒	**NO** ☐
B. Al que se le preste durante todo el proceso de la enfermedad, asistencia de calidad y trato humanizado por los funcionarios y colaboradores quienes estarán debidamente capacitados y autorizados para ejercer.	**SI** ☒	**NO** ☐
C. Donar órganos o rehusarme a ello, de acuerdo a lo previsto en la ley, previa asesoría por parte del médico tratante	**SI** ☐	**NO** ☒
D. Suministrar de manera oportuna, veraz y suficiente la información que se requiera para efectos de la prestación del servicio. Así como actualizar de forma periódica mis datos personales y de contacto	**SI** ☒	**NO** ☐
E. Cumplir con las citas médicas, terapias, procedimientos y ayudas diagnósticas o cancelarlas oportunamente en caso de no poder asistir.	**SI** ☒	**NO** ☐

4. Para garantizar el cumplimiento de sus Derechos y Deberes en la Subred Centro Oriente, usted puede acudir a:

A. Campañas periódicas de Derechos y Deberes.

B. La figura del Defensor del Usuario.

C. A la oficina del área de Jurídica las 24 horas del día.

D. Ninguna de las anteriores.

GRACIAS!

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1026302401	MARIA FERNANDA SIERRA VELASQUEZ		KR 5B 48P 84 SUR	3282828	1927fernandasierra@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-01	2024-01	I	22/02/2024	74273240	$436.100	

TALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. en el exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
CC	1026302401	SIERRA VELASQUEZ MARIA FERNANDA	59	0			N																	230201	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS010	1.300.000	162.500	14-4	1.300.000	3	31.700	CCF24	1.300.000	26.000	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E NACIONAL – SERVICIO AL CIUDADANO Y PARTICIPACIÓN SOCIAL FORMATO ENCUESTA DE ADHERENCIA DE DERECHOS Y DEBERES DE LOS USUARIOS	CÓDIGO: MI-SP-FT-003 VERSIÓN: 01 FECHA: 2017-06-27

Unidad de Servicios de Salud:	CANDELARIA	Nombre del encuestador:	FREDDY RODRIGUEZ		
Nombre del ciudadano	Documento de Identidad	Fecha de Aplicación			
		Día	Mes	Año	
Leidy Lizeth Ortiz	1085262750	18	Julio	2022	

Señor(a) usuario(a) usted es muy importante para nuestra ESE, con esta encuesta quisiéramos conocer su grado de conocimiento sobre la carta de deberes y derechos de los usuarios.

1. ¿Conoce usted los deberes y derechos de los usuarios de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente?	**SI** ☒	**NO** ☐
2. De los siguientes enunciados, ¿cuáles son derechos de los usuarios?		
A. Acceder a los servicios de salud, tecnologías y medicamentos, que le garanticen una atención integral, oportuna, continua y de alta calidad, de acuerdo a la Constitución Política de Colombia.	**SI** ☒	**NO** ☐
B. Usar adecuada y racionalmente los servicios ofrecidos, mecanismos de escucha. Cumpliendo con las normas del SGSSS y actuando de buena fe en el mismo	**SI** ☐	**NO** ☒
C. Recibir información y orientación sobre los medios y canales para presentar reclamaciones, quejas, sugerencias y en general, para comunicarse con las instancias pertinentes en la Subred, así como recibir una respuesta oportuna y adecuada.	**SI** ☒	**NO** ☐
D. Contribuir solidariamente al financiamiento de los gastos que demande la atención en salud y la Seguridad Social en Salud, de acuerdo con su capacidad de pago	**SI** ☐	**NO** ☒
E. Pertenecer a las Formas de Participación Social promovidas por la Ley en el ejercicio y exigibilidad del derecho a la salud.	**SI** ☒	**NO** ☐
3. De los siguientes enunciados, ¿cuáles son deberes del usuario?	**SI** ☐	**NO** ☐
A. Responder por su autocuidado, el de su familia y el de su comunidad al igual que atender oportunamente las recomendaciones formuladas en los programas de Promoción y Prevención	**SI** ☒	**NO** ☐
B. Al que se le preste durante todo el proceso de la enfermedad, asistencia de calidad y trato humanizado por los funcionarios y colaboradores quienes estarán debidamente capacitados y autorizados para ejercer.	**SI** ☐	**NO** ☒
C. Donar órganos o rehusarme a ello, de acuerdo a lo previsto en la ley, previa asesoría por parte del médico tratante	**SI** ☒	**NO** ☐
D. Suministrar de manera oportuna, veraz y suficiente la información que se requiera para efectos de la prestación del servicio. Así como actualizar de forma periódica mis datos personales y de contacto	**SI** ☐	**NO** ☒
E. Cumplir con las citas médicas, terapias, procedimientos y ayudas diagnósticas o cancelarlas oportunamente en caso de no poder asistir.	**SI** ☒	**NO** ☐

4. Para garantizar el cumplimiento de sus Derechos y Deberes en la Subred Centro Oriente, usted puede acudir a:

A. Campañas periódicas de Derechos y Deberes.
B. La figura del Defensor del Usuario.
C. La atención del área de Jurídica los 24 horas del día.
D. Ninguna de las anteriores

GRACIAS!