Tema: Taller más Bienestar- participación en salud y Sistema General de Seguridad Social en Salud

Dependencia (Dirección / Oficina)	**Proceso**
Dirección de Participación Social, Gestión Territorial y Transectorialidad Subdirección Centro Oriente	Relacionamiento con la ciudadanía y participación Social

Objetivo	Fecha: 11 de junio 2025			
Fortalecer capacidades de las participantes y comunidad en general de la localidad de los Mártires.	Tipo de reunión	Asistencia Técnica: Asesoría ( ) Orientación ( ) Capacitación () Acompañamiento ( )		
		Otro ( ) Articulación		
	Modalidad:	Presencial (X)	Virtual ( )	Mixta ( )
	Lugar: Laboratorio Listos Mártires			
	Hora Inicio: 9:00am Hora Fin: 12m			
	Notas por: Katherine Baracaldo			
	Próxima Reunión: aun por definir			
	Quien cita: SDS			

TEMAS Y COMENTARIOS TRATADOS *

Inicia taller con presentación de Aleyder Rodríguez referente institucional de Centro Oriente para Cohesión institucional e innovación social /Ciudadanía empoderada y nuevos liderazgos, desde la gestión Institucional se busca brindar asistencia técnica a las Entidades Públicas del Sector Salud del Distrito Capital, EAPB, IPS y espacios e instancias de Participación en procesos de participación social en salud, como mecanismos y medios para que los ciudadanos y sus organizaciones incidan en las decisiones sectoriales e intersectoriales en el marco del Modelo de Atención Primaria Social MAS Bienestar, Ley Estatutaria de Salud y la Política de Participación Social en Salud.

Agenda de la actividad:

1. Presentación equipo gestión institucional
2. **Actividad 1** de introducción, concéntrese Tiempo 20 minutos
3. **Actividad 2** Normatividad en participación, quien quiere se millonario
   Tiempo 40 minutos
4. Presentación espacios e instancias Tiempo 40 minutos
5. Conclusiones y cierre



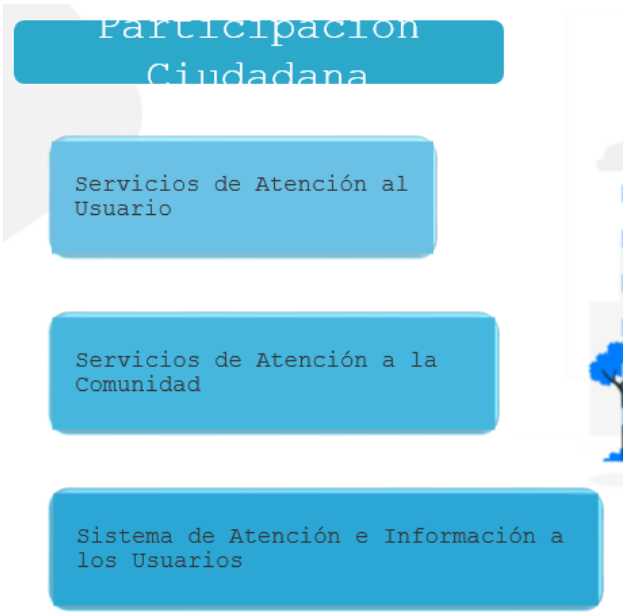
Inicia actividad rompehielos “concéntrese” la cual capto la atención y disposición de los participantes.

Se socializa la normatividad de los espacios:





Continua la presentación de instancias y espacios de participación



Asociación de usuarios:

Es una agrupación de **afiliados** del régimen contributivo y subsidiado, del **Sistema General de Seguridad Social en Salud,** que tienen derecho a utilizar unos servicios de salud, de acuerdo con su sistema de afiliación, que velarán por la calidad del servicio y la defensa del usuario.

Toda la población que está **afiliada al SGSSS** a través de los regímenes Contributivo y Subsidiado pueden pertenecer a la **Asociación de Usuarios**.

Se debe mantener un registro para dicho procedimiento en forma permanente.

Este procedimiento se hace a través de la **Oficina del Servicio de Información y Atención al Usuario** (SIAU)

y/o Servicio de Atención al Cliente.

Se constituyen en:

- **EAPB**: Empresas Administradoras de Planes de Beneficios del Régimen Subsidiado y contributivo.
- **IPS:** Instituciones Prestadoras de Servicio de Salud.
- **ESE:** Empresas Sociales del Estado tanto de carácter o condición privada, mixta o pública.

Sirven para:

- En las **IPS** se conforman para **vigilar** la prestación, calidad y oportunidad de los servicios de salud, la **defensa de los derechos** y velar por el **cumplimiento de los deberes** de los usuarios.
- En las **EAPB** se constituyen para velar por el **cumplimiento de las obligaciones administrativas** de las entidades y por la prestación y calidad de los servicios que contratan a través de la red de prestación de servicios de salud.

La calidad de usuario se configura cuando una **persona hace uso de los servicios de salud** en una Institución Prestadora de Servicios de Salud y esto le da el pleno **Derecho y Deber** a hacer parte de la **Asociación/Alianza de Usuarios.**

La legalidad de la asociación o alianza de usuarios, la da el **acta de la asamblea de conformación**; no obstante, si esto lo desean, pueden obtener personería jurídica; pero, las autoridades territoriales de salud, no pueden exigirles personería jurídica para tenerlas como validas.

ASOCIACIÓN DE USUARIOS

Es una agrupación de afiliados del Régimen Contributivo y Subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud que **propende por la calidad del servicio y la defensa del usuario**





COPACOS:

Es el Comité de Participación Comunitaria en Salud que se conforma de manera legal según el Decreto 1757 de 1994, compilado por el Decreto Único Reglamentario 780 de 2016. Pueden pertenecer Las Personas naturales y jurídicas que participan mediante organizaciones de base a nivel ciudadano, comunitario, social e institucional, con el fin de ejercer sus derechos y deberes en salud, gestionar planes y programas, planificar, evaluar y dirigir su propio desarrollo en salud.

- El COPACOS debe ser una persona con sentido de pertenencia, respetuosa, comprometida con la organización y la comunidad, responsable con sus tareas y que disponga de tiempo para asistir puntualmente a todas las reuniones para las cuales fue elegido.

Se elige un único representante por cada una de las formas organizativas sociales y comunitarias y aquellas promovidas alrededor de programas de salud.

Organizaciones tales como:

- Jóvenes
- Negritudes
- LGBTI
- Indígenas
- Mujeres
- Gremios
- Adultos mayores
- **JAL**
- Comunidades indígenas y afro/descendientes
- Sector educativo (Asociación padres de familia)

- Sector Iglesia (invitación a todas las pastorales)
- Asociaciones de Usuarios
- Entre otros.

Requisitos: Carta de nombramiento oficial del representante al COPACOS, suscrita por el presidente de la organización que representa.

Acta y listado de asistencia de la reunión interna donde se eligió al representante de la organización para el COPACOS.

- Los representantes ante el COPACOS se eligen por un periodo de 3 años consecutivos y podrán ser reelegidos máximo por otro periodo igual, y deberán estar acreditados por la organización que representen.



Para finalizar se invita a los participantes a hacer parte de estas instancias logrando que uno de ellos tenga el interés de vincularse, adicionalmente la referente de gestión Institucional responde las inquietudes que presentaron los participantes,

Continua la gestora territorial Katherine Baracaldo con la socialización del Sistema General de Seguridad Social en salud.

El Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) tiene como objetivo regular el servicio público esencial de salud y crear condiciones de acceso para toda la población residente del país, en todos los niveles de atención

El SGSSS está divido en tres componentes, a saber: el Régimen Contributivo (RC) para los que tienen capacidad de pago, el Régimen Subsidiado (RS) para los que no tienen capacidad de pago y los Regímenes Especiales (RE) para los empleados de algunas entidades del Estado.

Se socializan los tipos de afiliación al régimen subsidiado: Libre elección, Institucional y afiliación por oficio. Se

presentan conceptos importantes como Portabilidad, Movilidad y Traslado de EPS, brindado información para acceder a estos.

portabilidad todas las EPS deben garantizar el acceso a los servicios de salud a nivel nacional

Movilidad: cambio de régimen en la misma EPS

Traslado: cambio definitivo de EPS.

Se socializa quienes son la población especial en Colombia, mostrando diferentes grupos como población Habitante de Calle, NNA en protección, víctimas del conflicto armado.

Se socializa el objetivo de la encuesta Sisben y se orienta a la población para que pueda realizar esta solicitud

Adicionalmente se socializa puntos de atención al ciudadano presencial, recordando que el más cercano a la localidad se encuentra en Supercade la 30 Con 26. También se recomienda frente al tema de acceso a servicio a citas médicas y especializadas, los usuarios las deben gestionar por medio del 3187081218

3144026820 (WhatsApp), si no cuentan con acceso a teléfono pueden acercarse a las unidades de Servicios de salud, oficina de atención al usuario y buscar apoyo en cada caso.



ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	DESARROLLO Y FORTALECIMIENTO ORGANIZACIONAL DIRECCIÓN PLANEACIÓN INSTITUCIONAL Y CALIDAD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	ACTA DE REUNIÓN			
	Código:	SDS-DFO-FT-001	Versión:	1
Elaborado por: Alvaro Amado Camacho / Revisado por: Samir Andrés Salazar / Aprobado por: Luz Angela Manquillo Erazo				

COMPROMISOS*

ACCIÓN	RESPONSABLE	FECHA

REVISIÓN Y APROBACIÓN DEL ACTA

No	NOMBRES Y APELLIDOS	CORREO	TELÉFONO	DIRECCIÓN/ OFICINA/ ENTIDAD	FIRMA
1	Sor Nohemy Sanchez	srmiami.sc	3158933	Cra. 87 # 82D	SHSC
2	Alexander Rodriguez	Arodriguez@	3142255933	SDS	
3	Katherine Barracaldo	Kbarracaldo@saludcapital.gov.co	3151176624	SPS	
4					
5					
6					
7					
8					
9					

ASISTENTES

Anexo listado de asistencia SDS-DFO-FT-004.

Nota: Cuando la asistencia es igual o superior a 10 personas, se debe hacer uso del formato Listado de asistencia a reuniones SDS-DFO-FT-004, según lo establecido en el lineamiento de Actas de Reunión.

Evaluación y cierre de la reunión

¿Se logró el objetivo?		Observaciones (si aplica)
Si (X)	No ( )	Ninguna

* Se podrán incluir o eliminar filas de acuerdo con el requerimiento.

Scanned with CamScanner

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	RELACIONAMIENTO CON LA CIUDADANIA Y PARTICIPACIÓN SOCIAL DIRECCIÓN PARTICIPACIÓN SOCIAL, GESTIÓN TERRITORIAL Y TRANSECTORIALIDAD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	LISTADO DE ASISTENCIA REUNIONES COMUNITARIAS			
	Código:	SDS-RPS-FT-020	Versión:	1

Elaborado por: Nathaly López / Revisado por: Carolina Calderón – Ana Ma. Cárdenas / Aprobado por: Alejandra Taborda Restrepo

Acepta términos y condiciones: *Con mi firma, autorizo expresamente a la Secretaría Distrital de Salud y el Fondo Financiero Distrital de Salud, para hacer uso y tratamiento de mis datos personales de conformidad con lo previsto en el Decreto 1377 de 2013 que reglamenta la Ley 1581 de 2012 (Política de protección de datos personales)*

Tema: Taller MAS Bienestar Fecha: 11-06-25

Hora Inicio: 10 Am Hora Fin: 12 m Lugar: Medalla Milagrosa

N.	NOMBRE Y APELLIDO	TIPO Y NÚMERO DE DOCUMENTO	LOCALIDAD	ORGANIZACIÓN A LA QUE PERTENECE	CORREO ELECTRÓNICO	TELÉFONO	EDAD	¿Cuál es su sexo biológico?				¿Perteneces a alguno de los siguientes grupos poblacionales?									¿Perteneces a alguno de los siguientes grupos étnicos?						FIRMA
								Femenino	Masculino	Intersexual	No responde	Migrantes	Gestante	Persona con discapacidad	Víctima del conflicto armado	LGTBIQ+	Excombatiente	Persona en condición de calle	Campesino/Campesina	Persona usuaria de drogas	Ninguno	Afrodescendiente	Negro/a	Palenque San Basilio	Raizal Arch. San Andrés	Indígena	Rrom o gitano	Ninguno	
1	Aurelio Montoy	C.C. 79342750	14	Medalla Milagrosa	monroyaurelio@gmail.com	3163734727	60																						
2	Leonardo Gil	CC 79209440	14	Medalla Milagrosa	leongil@gmail.com	314 262 6991	52																						
3	Ramos Elizabeth	80265894	14	Medalla Milagrosa	—	—	—		—					—					—										
4	Jaime Moreno	19.372435	14	"		321553 2407	69																						
5	Abdul Parra	80152280	14	"			35																						

Scanned with CamScanner

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

RELACIONAMIENTO CON LA CIUDADANIA Y PARTICIPACIÓN SOCIAL
DIRECCIÓN PARTICIPACIÓN SOCIAL, GESTIÓN TERRITORIAL Y TRANSECTORIALIDAD
SISTEMA DE GESTIÓN
CONTROL DOCUMENTAL

LISTADO DE ASISTENCIA REUNIONES COMUNITARIAS

Código:	SDS-RPS-FT-020	Versión:	1

Elaborado por: Nathaly López / Revisado por: Carolina Calderón – Ana Ma. Cárdenas / Aprobado por: Alejandra Taborda Restrepo

N.	NOMBRE Y APELLIDO	TIPO Y NÚMERO DE DOCUMENTO	LOCALIDAD	ORGANIZACIÓN A LA QUE PERTENECE	CORREO ELECTRÓNICO	TELÉFONO	EDAD	¿Cuál es su sexo biológico?				¿Perteneces a alguno de los siguientes grupos poblacionales?										¿Perteneces a alguno de los siguientes grupos étnicos?							FIRMA
								Femenino	Masculino	Intersexual	No responde	Migrantes	Gestante	Persona con discapacidad	Víctima del conflicto armado	LGTBIQ+	Excombatiente	Persona en condición de calle	Campesino/Campesina	Persona usuaria de drogas	Ninguno	Afrodescendiente	Negro/a	Palenque San Basilio	Raizal Arch. San Andrés	Indígena	Room o gitano	Ninguno	
6	JUAN SEBASTIAN LONZA ROMERO	~~1166682~~ 1031166082	14	Medalla Milagrosa			28																					
7	Mauricio O.	79623866	14	"		3102277818	51		X									X										
8	Miguel Angel Trujillo Charco	1046692843	14	"					X						X			X										
9	[illegible]	102[illegible]	14	"																								
10	Adriana del Pilar Valbuena [illegible]	53159688	14	Medalla Milagrosa			37																					
11	Israel Plata	79877876	14	"			49																					
12	Edgar Chamollo	79692885	14	"		304443 8260	50																					

Scanned with CamScanner

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

RELACIONAMIENTO CON LA CIUDADANIA Y PARTICIPACIÓN SOCIAL
DIRECCIÓN PARTICIPACIÓN SOCIAL, GESTIÓN TERRITORIAL Y TRANSECTORIALIDAD
SISTEMA DE GESTIÓN
CONTROL DOCUMENTAL

LISTADO DE ASISTENCIA REUNIONES COMUNITARIAS

Código:	SDS-RPS-FT-020	Versión:	1

Elaborado por: Nathaly López / Revisado por: Carolina Calderón – Ana Ma. Cárdenas / Aprobado por: Alejandra Taborda Restrepo

N.	NOMBRE Y APELLIDO	TIPO Y NÚMERO DE DOCUMENTO	LOCALIDAD	ORGANIZACIÓN A LA QUE PERTENECE	CORREO ELECTRÓNICO	TELÉFONO	EDAD	¿Cuál es su sexo biológico?				¿Perteneces a alguno de los siguientes grupos poblacionales?										¿Perteneces a alguno de los siguientes grupos étnicos?							FIRMA
								Femenino	Masculino	Intersexual	No responde	Migrantes	Gestante	Persona con discapacidad	Victima del conflicto armado	LGTBIQ+	Excombatiente	Persona en condición de calle	Campesino/Campesina	Persona usuaria de drogas	Ninguno	Afrodescendiente	Negro/a	Palenque San Basilio	Raizal Arch. San Andrés	Indígena	Rrom o gitano	Ninguno	
6	Emilio Rueda Mateus	1127 3898177	14	Medalla Milagros			29																						
7	Javier Sucre	86005929	14	"			55																						
8	Myriam Parada	1032411223	14	"			37																						
9		1105683955	14	Medalla Milagros			36																						
10	David Orlando Castellanos Rubio	79344071	14	Medalla Milagrosa	dcastellanos1965@gmail.com	3106451425	60		X								X												
11			14	"																									
12			14	"																									

Scanned with CamScanner

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	RELACIONAMIENTO CON LA CIUDADANIA Y PARTICIPACIÓN SOCIAL DIRECCIÓN DE PARTICIPACIÓN SOCIAL, GESTIÓN TERRITORIAL Y TRANSECTORIALIDAD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	ENCUESTA DE PERCEPCIÓN GESTIÓN SOCIAL EN SALUD			
	Código:	SDS-RPS-FT-014	Versión:	1
Elaborado: Ana M. Cárdenas / Revisado: Yolanda Sepúlveda / Aprobado: Alejandra Taborda Restrepo				

Estimado y estimada participante, con el objetivo de conocer sus valoraciones y sugerencias para mejorar el desarrollo de actividades realizadas por la Dirección de Participación Social de la Secretaría Distrital de Salud a su oficina, grupo u organización, le invitamos a diligenciar la siguiente encuesta:

Nombre de la actividad: Taller + Bienestar Fecha: 17 06 25
Nombre de quien diligencia la encuesta: (opcional) _____
Teléfono: _____ Localidad de residencia: Candelaria
Organización / Entidad a la que pertenece: HC

Por favor utilice la siguiente escala para valorar los siguientes aspectos:

E: Excelente B: Bueno R: Regular D: Deficiente

A. Aspectos a evaluar		E	B	R	D
Comunicación	El lenguaje utilizado fue claro e inclusivo con todas las poblaciones	X			
	La disposición para resolver las dudas e inquietudes presentadas fue respetuosa y adecuada	X			
Oportunidad	El tiempo dedicado fue oportuno y suficiente para el desarrollo de los temas propuestos		X		
Recursos	Herramientas usadas en la actividad (por ejemplo: presentaciones, plataforma de reuniones virtuales, espacios físicos, material didáctico, equipos de audio y/o video, entre otros)		X		
Satisfacción	Se cumplió con el objetivo de la actividad desarrollada	X			
	Nivel de satisfacción de la actividad desarrollada		X		
	La información compartida fue útil y pertinente para resolver las inquietudes y necesidades	X			
Calidad	Dominio, claridad y manejo del tema por parte del expositor	X			
	Organización, planificación y cumplimiento del orden del día				
	La convocatoria clara, oportuna y utilizó diferentes medios.		X		

¿Recomendaría a otra persona las actividades de Participación Social en Salud?

Si X **Tal vez** _____ **No** _____

¿Este espacio se utilizó con el propósito para el que se citó? **Sí** X **No** _____

Si su respuesta fue NO, por favor explique: _____

Comentarios adicionales, mencione los aspectos que considere se deben tener en cuenta para futuros eventos y actividades.

Mas tiempo disponible y mas material para trabajo por parte de secretaria

¡Gracias por su participación!

Scanned with CamScanner

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	RELACIONAMIENTO CON LA CIUDADANÍA Y PARTICIPACIÓN SOCIAL DIRECCIÓN DE PARTICIPACIÓN SOCIAL, GESTIÓN TERRITORIAL Y TRANSECTORIALIDAD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	ENCUESTA DE PERCEPCIÓN GESTIÓN SOCIAL EN SALUD			
	Código:	SDS-RPS-FT-014	Versión:	1
Elaborado: Ana M. Cárdenas / Revisado: Yolanda Sepúlveda / Aprobado: Alejandra Taborda Restrepo				

Estimado y estimada participante, con el objetivo de conocer sus valoraciones y sugerencias para mejorar el desarrollo de actividades realizadas por la Dirección de Participación Social de la Secretaría Distrital de Salud a su oficina, grupo u organización, le invitamos a diligenciar la siguiente encuesta:

Nombre de la actividad: Taller + bienestar, Fecha: Junio 11/25
Nombre de quien diligencia la encuesta: (opcional) Avreliano Monroy
Teléfono: 3763934127 Localidad de residencia: Santa fe
Organización / Entidad a la que pertenece: Escuela M. Tagrosa

Por favor utilice la siguiente escala para valorar los siguientes aspectos:

E: Excelente B: Bueno R: Regular D: Deficiente

A. Aspectos a evaluar		E	B	R	D
Comunicación	El lenguaje utilizado fue claro e inclusivo con todas las poblaciones	X			
	La disposición para resolver las dudas e inquietudes presentadas fue respetuosa y adecuada	X			
Oportunidad	El tiempo dedicado fue oportuno y suficiente para el desarrollo de los temas propuestos	X			
Recursos	Herramientas usadas en la actividad (por ejemplo: presentaciones, plataforma de reuniones virtuales, espacios físicos, material didáctico, equipos de audio y/o video, entre otros)	X			
Satisfacción	Se cumplió con el objetivo de la actividad desarrollada	X			
	Nivel de satisfacción de la actividad desarrollada	X			
	La información compartida fue útil y pertinente para resolver las inquietudes y necesidades	X			
Calidad	Dominio, claridad y manejo del tema por parte del expositor	X			
	Organización, planificación y cumplimiento del orden del día	X			
	La convocatoria clara, oportuna y utilizó diferentes medios.	X			

¿Recomendaría a otra persona las actividades de Participación Social en Salud?

Si X **Tal vez** _____ **No** _____

¿Este espacio se utilizó con el propósito para el que se citó? **Sí** ✓ **No** _____

Si su respuesta fue NO, por favor explique: _____

Comentarios adicionales, mencione los aspectos que considere se deben tener en cuenta para futuros eventos y actividades.

se logro la plena atencion y participacion del grupo

¡Gracias por su participación!

Scanned with CamScanner

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	RELACIONAMIENTO CON LA CIUDADANÍA Y PARTICIPACIÓN SOCIAL DIRECCIÓN DE PARTICIPACIÓN SOCIAL, GESTIÓN TERRITORIAL Y TRANSECTORIALIDAD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	ENCUESTA DE PERCEPCIÓN GESTIÓN SOCIAL EN SALUD			
	Código:	SDS-RPS-FT-014	Versión:	1
Elaborado: Ana M. Cárdenas / Revisado: Yolanda Sepúlveda / Aprobado: Alejandra Taborda Restrepo				

Estimado y estimada participante, con el objetivo de conocer sus valoraciones y sugerencias para mejorar el desarrollo de actividades realizadas por la Dirección de Participación Social de la Secretaría Distrital de Salud a su oficina, grupo u organización, le invitamos a diligenciar la siguiente encuesta:

Nombre de la actividad: TALLER MAS BIENESTAR Fecha: 11 DE JUNIO
Nombre de quien diligencia la encuesta: (opcional) _____
Teléfono: _____ Localidad de residencia: CENTRO MARTIRES
Organización / Entidad a la que pertenece: LA MEDALLA MILAGROSA

Por favor utilice la siguiente escala para valorar los siguientes aspectos:

E: Excelente B: Bueno R: Regular D: Deficiente

A. Aspectos a evaluar		E	B	R	D
Comunicación	El lenguaje utilizado fue claro e inclusivo con todas las poblaciones	X			
	La disposición para resolver las dudas e inquietudes presentadas fue respetuosa y adecuada	X			
Oportunidad	El tiempo dedicado fue oportuno y suficiente para el desarrollo de los temas propuestos		X		
Recursos	Herramientas usadas en la actividad (por ejemplo: presentaciones, plataforma de reuniones virtuales, espacios físicos, material didáctico, equipos de audio y/o video, entre otros)	X			
Satisfacción	Se cumplió con el objetivo de la actividad desarrollada	X			
	Nivel de satisfacción de la actividad desarrollada		X		
	La información compartida fue útil y pertinente para resolver las inquietudes y necesidades	X			
Calidad	Dominio, claridad y manejo del tema por parte del expositor	X			
	Organización, planificación y cumplimiento del orden del día		X		
	La convocatoria clara, oportuna y utilizó diferentes medios.		X		

¿Recomendaría a otra persona las actividades de Participación Social en Salud?

Si X **Tal vez** _____ **No** _____

¿Este espacio se utilizó con el propósito para el que se citó? **Sí** X **No** _____

Si su respuesta fue NO, por favor explique: _____

Comentarios adicionales, mencione los aspectos que considere se deben tener en cuenta para futuros eventos y actividades.

SUBSIDIOS

¡Gracias por su participación!

Scanned with CamScanner

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	RELACIONAMIENTO CON LA CIUDADANIA Y PARTICIPACIÓN SOCIAL DIRECCIÓN DE PARTICIPACIÓN SOCIAL, GESTIÓN TERRITORIAL Y TRANSECTORIALIDAD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	ENCUESTA DE PERCEPCIÓN GESTIÓN SOCIAL EN SALUD			
	Código:	SDS-RPS-FT-014	Versión:	1
Elaborado: Ana M. Cárdenas / Revisado: Yolanda Sepúlveda / Aprobado: Alejandra Taborda Restrepo				

Estimado y estimada participante, con el objetivo de conocer sus valoraciones y sugerencias para mejorar el desarrollo de actividades realizadas por la Dirección de Participación Social de la Secretaría Distrital de Salud a su oficina, grupo u organización, le invitamos a diligenciar la siguiente encuesta:

Nombre de la actividad: Taller mas vida estar Fecha: 11 Junio 2025
Nombre de quien diligencia la encuesta: (opcional) [illegible]
Teléfono: _____ Localidad de residencia: Kennedy
Organización / Entidad a la que pertenece: Hospital Nicolás Buenaventura

Por favor utilice la siguiente escala para valorar los siguientes aspectos:

E: Excelente B: Bueno R: Regular D: Deficiente

A. Aspectos a evaluar		E	B	R	D
Comunicación	El lenguaje utilizado fue claro e inclusivo con todas las poblaciones	X			
	La disposición para resolver las dudas e inquietudes presentadas fue respetuosa y adecuada	X			
Oportunidad	El tiempo dedicado fue oportuno y suficiente para el desarrollo de los temas propuestos	X			
Recursos	Herramientas usadas en la actividad (por ejemplo: presentaciones, plataforma de reuniones virtuales, espacios físicos, material didáctico, equipos de audio y/o video, entre otros)	X			
Satisfacción	Se cumplió con el objetivo de la actividad desarrollada	X			
	Nivel de satisfacción de la actividad desarrollada	X			
	La información compartida fue útil y pertinente para resolver las inquietudes y necesidades	X			
Calidad	Dominio, claridad y manejo del tema por parte del expositor	X			
	Organización, planificación y cumplimiento del orden del día	X			
	La convocatoria clara, oportuna y utilizó diferentes medios.	X			

¿Recomendaría a otra persona las actividades de Participación Social en Salud?

Si X **Tal vez** _____ **No** _____

¿Este espacio se utilizó con el propósito para el que se citó? **Sí** X **No** _____

Si su respuesta fue NO, por favor explique: _____

Comentarios adicionales, mencione los aspectos que considere se deben tener en cuenta para futuros eventos y actividades.

Que sea mas pendiente del atencion del servicio hacia los Ciudadanos
Para evitar inconvenientes a futuro

¡Gracias por su participación!

Scanned with CamScanner