

	<b>ACTA DE REUNION</b>	FECHA ELABORACION: 01-04-2019
		FECHA ACTUALIZACION: 12-10-2021
	CODIGO: CAL-F-003	PÁGINA 1 DE 6
	VERSION: 3	REVISO Y APROBÓ: Grupo Primario Gestión de Calidad

<b>HORA INICIO:</b> 2:00 Pm	<b>HORA FINAL:</b> 04:45 Pm	<b>LUGAR:</b> CENTRO SALUD MUTIS	<b>FECHA:</b> Marzo 23 de 2023
--------------------------------	--------------------------------	-------------------------------------	-----------------------------------

**TEMA A TRATAR:** capacitación en participación social a los líderes elegidos por la alianza para rendición de cuentas

PARTICIPANTES		
NOMBRE	CARGO	SERVICIO O DEPENDENCIA
LIDERES ALIANZA DE USUARIOS	LIDER ALIANZA	ALIANZA DE USUARIOS
Juan Vicente Silva	Líder SIAU	SIAU

**OBJETIVO**

Capacitar a los líderes en los espacios de participación social

SEGUIMIENTO A COMPROMISOS				
COMPROMISO	FECHA	RESPONSABLE	PORCENTAJE DE AVANCE	OBSERVACIONES

**DESARROLLO DE LA AGENDA**

**ORDEN DEL DIA**

1. saludo y bienvenida
2. capacitación sobre TBC
3. capacitación sobre participación social
4. expectativas y necesidades
5. fin reunión

**1. SALUDO Y BIENVENIDA**

Se da el saludo y bienvenida por parte del líder de la oficina de atención al usuario y se da inicio a la reunion programada.

**2. CAPACITACIÓN SOBRE TBC**

Por parte del líder de salud pública se gestionó la capacitación sobre TBC para los miembros de la alianza de usuarios y de esta manera poder ayudar a la comunidad.

**3. CAPACITACIÓN SOBRE PARTICIPACIÓN SOCIAL**

Se informa a los líderes sobre la importancia de la participación social en salud y las disposiciones del DECRETO 1757 DE 1994 por el cual se organizan y se establecen las modalidades y formas de participación social en la prestación de servicios de salud, y Decreto 780 de 2016 – Decreto reglamentario único del sector salud y protección social, así como la circular única de la súper salud

Al diligenciar este documento, autorizo de manera previa, expresa e inequívoca a ESE ISABU a dar tratamiento de mis datos personales aquí consignados, para que sean almacenados, usados, circulados o suprimidos, conforme a las finalidades incorporadas en la Política de Tratamiento de Información publicada en [www.isabu.gov.co](http://www.isabu.gov.co) y en la Carrera 9 A # calle12N, que declaro conocer y estar informado de los canales de atención consignados en la misma a los que podré dirigirme para el ejercicio de mis derechos. Así mismo, declaro que se me ha advertido la posibilidad de oponerme al tratamiento de datos sensibles, a lo cual manifiesto mi autorización expresa para su tratamiento

título VII sobre los espacios de participación social a que tienen derecho.

1. LA PARTICIPACION SOCIAL, es el proceso de interacción social para intervenir en las decisiones de salud respondiendo a intereses individuales y colectivos para la gestión y dirección de sus procesos, basada en los principios constitucionales de solidaridad, equidad y universalidad en la búsqueda de bienestar humano y desarrollo social. La participación social comprende la participación ciudadana y comunitaria, así:

a. LA PARTICIPACION CIUDADANA, es el ejercicio de los deberes y derechos del individuo, para propender por la conservación de la salud personal, familiar y comunitaria y aportar a la planeación, gestión, evaluación y veeduría en los servicios de salud.

b. LA PARTICIPACION COMUNITARIA, es el derecho que tienen las organizaciones comunitarias para participar en las decisiones de planeación, gestión, evaluación y veeduría en salud.

2. La participación en las Instituciones del Sistema General de Seguridad Social en Salud, es la interacción de los usuarios con los servidores públicos y privados para la gestión, evaluación y mejoramiento en la prestación del servicio público de salud.

#### **Alianzas o asociaciones de usuarios.**

La Alianza o 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. Todas las personas afiliadas al Sistema General de Seguridad Social en Salud podrán participar en las instituciones del sistema formando asociaciones o alianzas de usuarios que los representarán ante las instituciones prestadoras de servicios de salud y ante las empresas promotoras de salud, del orden público, mixto y privado.

**Parágrafo 1.** Las instituciones prestadoras de servicios de salud, sean públicas, privadas o mixtas, deberán convocar a sus afiliados del régimen contributivo y subsidiado, para la constitución de alianzas o asociaciones de usuarios. Para tal efecto las instituciones prestatarias de servicios de salud dispondrán de un término de seis (6) meses a partir de la vigencia del presente Decreto.

**Parágrafo 2.** Las empresas sociales del Estado, convocarán dentro del mismo plazo de seis (6) meses a los usuarios que hayan hecho uso del servicio durante el último año, para la constitución de la asociación de usuarios.

#### **Constitución de las asociaciones y alianzas de usuarios.**

Las asociaciones de usuarios se constituirán con un número plural de usuarios, de los convocados a la Asamblea de Constitución por la respectiva institución y podrán obtener su reconocimiento como tales por la autoridad competente, de acuerdo con las normas legales vigentes. Las alianzas garantizarán el ingreso permanente de los diferentes usuarios.

#### **Representantes de las alianzas de usuarios o asociaciones de usuarios.**

Las alianzas o asociaciones de usuarios elegirán sus representantes en asamblea general, y entre los

Al diligenciar este documento, autorizo de manera previa, expresa e inequívoca a ESE ISABU a dar tratamiento de mis datos personales aquí consignados, para que sean almacenados, usados, circulados o suprimidos, conforme a las finalidades incorporadas en la Política de Tratamiento de Información publicada en [www.isabu.gov.co](http://www.isabu.gov.co) y en la Carrera 9 A # calle12N, que declaro conocer y estar informado de los canales de atención consignados en la misma a los que podré dirigirme para el ejercicio de mis derechos. Así mismo, declaro que se me ha advertido la posibilidad de oponerme al tratamiento de datos sensibles, a lo cual manifiesto mi autorización expresa para su tratamiento

elegidos de éstas si hubiere varias asociaciones o alianzas de usuarios, para períodos de dos (2) años. Para el efecto, sus instancias de participación podrán ser:

1. Un (1) representante ante la Junta Directiva de la respectiva empresa promotora de salud pública y mixta.
2. Un (1) representante ante la Junta Directiva de la institución prestataria de servicios de salud de carácter hospitalario, pública y mixta.
3. Un (1) representante ante el comité de participación comunitaria respectivo.
4. Un (1) representante ante el Consejo Territorial de Seguridad Social, elegido conforme a las normas que regulen la materia.
5. Dos (2) representantes ante el comité de ética hospitalaria, de la respectiva institución prestataria de servicios de salud, pública o mixta.

**4. EXPECTATIVAS Y NECESIDADES**

Los líderes reciben la invitación para la audiencia pública de rendición de cuentas y los que no puedan asistir lo harán de manera virtual por medio de nuestras redes sociales.

Siendo las 4.45 se da por terminada la reunión.

**COMPROMISOS FINALES**

COMPROMISO	RESPONSABLE	FECHA

FIRMA PARTICIPANTES: Se adjunta planilla de asistencia

Al diligenciar este documento, autorizo de manera previa, expresa e inequívoca a ESE ISABU a dar tratamiento de mis datos personales aquí consignados, para que sean almacenados, usados, circulados o suprimidos, conforme a las finalidades incorporadas en la Política de Tratamiento de Información publicada en [www.isabu.gov.co](http://www.isabu.gov.co) y en la Carrera 9 A # calle12N, que declaro conocer y estar informado de los canales de atención consignados en la misma a los que podré dirigirme para el ejercicio de mis derechos. Así mismo, declaro que se me ha advertido la posibilidad de oponerme al tratamiento de datos sensibles, a lo cual manifiesto mi autorización expresa para su tratamiento



Al diligenciar este documento, autorizo de manera previa, expresa e inequívoca a ESE ISABU a dar tratamiento de mis datos personales aquí consignados, para que sean almacenados, usados, circulados o suprimidos, conforme a las finalidades incorporadas en la Política de Tratamiento de Información publicada en [www.isabu.gov.co](http://www.isabu.gov.co) y en la Carrera 9 A # calle12N, que declaro conocer y estar informado de los canales de atención consignados en la misma a los que podré dirigirme para el ejercicio de mis derechos. Así mismo, declaro que se me ha advertido la posibilidad de oponerme al tratamiento de datos sensibles, a lo cual manifiesto mi autorización expresa para su tratamiento

La última versión de cada documento será la única válida para su utilización y estará disponible en la Intranet de la E.S.E. ISABU, evite mantener copias digitales o impresas de este documento porque corre el riesgo de tener una versión desactualizada.



Al diligenciar este documento, autorizo de manera previa, expresa e inequívoca a ESE ISABU a dar tratamiento de mis datos personales aquí consignados, para que sean almacenados, usados, circulados o suprimidos, conforme a las finalidades incorporadas en la Política de Tratamiento de Información publicada en [www.isabu.gov.co](http://www.isabu.gov.co) y en la Carrera 9 A # calle12N, que declaro conocer y estar informado de los canales de atención consignados en la misma a los que podré dirigirme para el ejercicio de mis derechos. Así mismo, declaro que se me ha advertido la posibilidad de oponerme al tratamiento de datos sensibles, a lo cual manifiesto mi autorización expresa para su tratamiento

La última versión de cada documento será la única válida para su utilización y estará disponible en la Intranet de la E.S.E. ISABU, evite mantener copias digitales o impresas de este documento porque corre el riesgo de tener una versión desactualizada.

ISABU Instituto de Salud de Bucaramanga		CONTROL DE ASISTENCIA				FECHA DE ELABORACION		REVISOR	
		CODIGO CAL-F-003				FECHA DE ACTUALIZACION		REVISOR	
		VERSION: 3				PAGINA		REVISO Y APROBÓ	
		OBJETO POR: MUTIS				REVISO Y APROBÓ		Grupo Primario Gestión de Calidad	
FECHA:	23 Marzo 2023	HORA:		TEMA:	Alianza -	Elaborado por: Juan Vicente Silva			
TIPO:	Alianza	Resolución:		Capacitación:		CÓDIGO:			
		Resolución Social:		Socialización:		CÓDIGO:			

Nº	NOMBRE COMPLETO	CÉDULA	CARGO	OP	PP	EST	D	PROCESO / OFICINA	UBICACION / ENTIDAD	CORREO ELECTRÓNICO	FIRMA
1	Jairo Córdoba	635281832	Alianza				X	Alianza ISABU	C.S. Salud		[Firma]
2	Juan Esteban	2412484	Alianza					Alianza			[Firma]
3	Amelia Buena Silva	43285000	tecnica					Alianza isabud		3163556091	[Firma]
4	Diocelina Perez Portillo	63322694	Alianza					Alianza Moravia		3169325868	[Firma]
5	Angela Belem	63552580	Alianza							3173153070	[Firma]
6	Jay Esteban	5150190	Alianza							3172215409	[Firma]
7	Dalero Alejandro Lozano	1098925103	Alianza							3118786040	[Firma]
8	Mercedes Hernandez	37919670	Alianza					Alianza		322811425	[Firma]
9	Teresita Hernandez	12792708	Alianza					Alianza		3107783785	[Firma]
10	Rebeca Rodriguez	380973	Alianza					Alianza		3118970652	[Firma]
11	Carolina Holgado	63369166	Alianza					Alianza Moravia		3155670140	[Firma]
12	Martha Valero	63421586	Alianza					Moravia		322700930	[Firma]
13	Vina Ayala S	63366627	Alianza					Bucaramanga		31666324	[Firma]
14	Yilia Caugil D	60180072	Alianza					Moravia			[Firma]

OBSERVACIONES:

Al diligenciar este documento, autorizo de manera previa, expresa e inequívoca a la ESE ISABU a dar tratamiento de mis datos personales aquí consignados, para que sean almacenados, usados, circulados o suprimidos, conforme a las finalidades incorporadas en la Política de Tratamiento de Información publicada en [www.isabu.gov.co](http://www.isabu.gov.co) y en la Carrera 9 Calle 12 Norte - Hospital Local del Norte, que declaro conocer y estar informado de los canales de atención consignados en la misma a los que podré dirigirme para el ejercicio de mis derechos. Así mismo, declaro que se me ha advertido de oponerme al tratamiento de datos sensibles, a lo cual manifiesto mi autorización expresa para su tratamiento.

desactualizada

ISABU Instituto de Salud de Bucaramanga		CONTROL DE ASISTENCIA				FECHA DE ELABORACION		REVISOR	
		CODIGO CAL-F-003				FECHA DE ACTUALIZACION		REVISOR	
		VERSION: 3				PAGINA		REVISO Y APROBÓ	
		OBJETO POR: MUTIS				REVISO Y APROBÓ		Grupo Primario Gestión de Calidad	
FECHA:	23 Marzo 2023	HORA:		TEMA:	Alianza -	Elaborado por: Juan Vicente Silva			
TIPO:	Alianza	Resolución:		Capacitación:		CÓDIGO:			
		Resolución Social:		Socialización:		CÓDIGO:			

Nº	NOMBRE COMPLETO	CÉDULA	CARGO	OP	PP	EST	D	PROCESO / OFICINA	UBICACION / ENTIDAD	CORREO ELECTRÓNICO	FIRMA
1	Jairo Córdoba	635281832	Alianza				X	Alianza ISABU	C.S. Salud		[Firma]
2	Juan Esteban	2412484	Alianza					Alianza			[Firma]
3	Amelia Buena Silva	43285000	tecnica					Alianza isabud		3163556091	[Firma]
4	Diocelina Perez Portillo	63322694	Alianza					Alianza Moravia		3169325868	[Firma]
5	Angela Belem	63552580	Alianza							3173153070	[Firma]
6	Jay Esteban	5150190	Alianza							3172215409	[Firma]
7	Dalero Alejandro Lozano	1098925103	Alianza							3118786040	[Firma]
8	Mercedes Hernandez	37919670	Alianza					Alianza		322811425	[Firma]
9	Teresita Hernandez	12792708	Alianza					Alianza		3107783785	[Firma]
10	Rebeca Rodriguez	380973	Alianza					Alianza		3118970652	[Firma]
11	Carolina Holgado	63369166	Alianza					Alianza Moravia		3155670140	[Firma]
12	Martha Valero	63421586	Alianza					Moravia		322700930	[Firma]
13	Vina Ayala S	63366627	Alianza					Bucaramanga		31666324	[Firma]
14	Yilia Caugil D	60180072	Alianza					Moravia			[Firma]

OBSERVACIONES:

Al diligenciar este documento, autorizo de manera previa, expresa e inequívoca a la ESE ISABU a dar tratamiento de mis datos personales aquí consignados, para que sean almacenados, usados, circulados o suprimidos, conforme a las finalidades incorporadas en la Política de Tratamiento de Información publicada en [www.isabu.gov.co](http://www.isabu.gov.co) y en la Carrera 9 Calle 12 Norte - Hospital Local del Norte, que declaro conocer y estar informado de los canales de atención consignados en la misma a los que podré dirigirme para el ejercicio de mis derechos. Así mismo, declaro que se me ha advertido de oponerme al tratamiento de datos sensibles, a lo cual manifiesto mi autorización expresa para su tratamiento.

desactualizada

Al diligenciar este documento, autorizo de manera previa, expresa e inequívoca a ESE ISABU a dar tratamiento de mis datos personales aquí consignados, para que sean almacenados, usados, circulados o suprimidos, conforme a las finalidades incorporadas en la Política de Tratamiento de Información publicada en [www.isabu.gov.co](http://www.isabu.gov.co) y en la Carrera 9 A # calle 12N, que declaro conocer y estar informado de los canales de atención consignados en la misma a los que podré dirigirme para el ejercicio de mis derechos. Así mismo, declaro que se me ha advertido la posibilidad de oponerme al tratamiento de datos sensibles, a lo cual manifiesto mi autorización expresa para su tratamiento

La última versión de cada documento será la única válida para su utilización y estará disponible en la Intranet de la E.S.E. ISABU, evite mantener copias digitales o impresas de este documento porque corre el riesgo de tener una versión desactualizada.