

	ACTA	FOR-MAN-GD-03
		Versión 0
		Fecha: JULIO 2018
		Página 1 de 4

NOMBRE DE LA REUNIÓN: SOCIALIZACION DE DERECHOS Y DEBRES CENTRO DE SALUD BELLO HORIZPNT E.S.E POPAYÁN

LUGAR (PUNTO DE ATENCIÓN Y / O ENTIDAD): ESE POPAYAN

ACTA No	HORA INICIAL:	HORA FINAL:	DIA	MES	AÑO
			26	10	2023

TEMAS A TRATAR:

- DERECHOS Y DEBERES DE LOS USUARIOS.
- BUZON DE SUGERENCIA.
- RUTAS DE ATENCIÓN.

CITADOS:

USUARIOS DE LA ASISTENTE CENTRO DE SALUD BELLO HORIZONTE

ORDEN DEL DÍA:

1. Saludo de bienvenida
2. Presentación del tema a socializar: SOCIALIZACIÓN DE DERECHOS Y DEBERE.
3. Aclaración de dudas e inquietudes.
4. Firma asistencia.
5. Agradecimientos por la asistencia.

DESARROLLO:

1. Saludo y presentación los usuarios de la capacitación.
2. Se realiza la presentación y socialización del documento DERECHOS Y DEBRES, Divulgación de ruta para acceder a la atención por parte del coordinador encargado de SIAU.
3. Diligenciamiento de listado de asistencia.

	ACTA	FOR-MAN-GD-03
		Versión 0
		Fecha: JULIO 2018
		Página 2 de 4

Objetivo: Objetivo principal de la capacitación a los usuarios asistentes al Centro de Salud Bello Horizonte es educarlos y capacitarlos en los derechos y deberes y en el hacer uso del buzón de sugerencia también en el direccionamiento y divulgación de las rutas de atención para que así puedan acceder a los servicios y nos hagan conocer sus experiencias en nuestra institución.

Derechos: Recibir atención humanizada y trato amable.

Preguntar, expresar inquietudes y ser escuchado.

Recibir atención preferencial.

Deberes: Brindar trato amable y respetuoso.

Auto-cuidado y acatar indicaciones médicas.

Hacer uso racional de los servicios.

Exponiendo a los usuarios la diferencia entre Derechos y Deberes, para que puedan asistir y hacer uso del servicio, con el cual pueda recibir la atención, información y direccionamiento.

- **BUZÓN DE SUGERENCIA:** Se realiza direccionamiento a los usuarios para que conozcan la herramienta el buzón de sugerencias, el cual nos permite conocer sus Quejas, Sugerencia, felicitaciones se les indica como debe ser el uso indicado del buzón y de qué manera se le realizara la respuesta.
- **RUTAS DE ATENCIÓN:** Presentación y socialización de rutas de atención. Se realiza divulgación a los usuarios asistentes al centro de salud bello horizonte, indicándole a cada usuario según su EPS los canales para acceder a la atención.

Objetivo: Los mensajes se envían según lo reglamentado por la Directiva Presidencial No. 04 del 03 de abril de 2012 (Política CERO PAPEL en la administración pública). Se considera una comunicación oficial conforme a lo señalado por las Leyes 527 del 1999 y 962 de 2005 (Art.10), estableciendo que un mensaje de datos transferido por medio electrónico tiene total validez y será admisible como un medio de prueba.

El envío de historias clínicas se realiza a través de correo electrónico o WhatsApp autorizado por el usuario (o acudiente)

FECHA DE RECEPCIÓN: Bello Horizonte

NOMBRE COMPLETO	# DOCUMENTO	TELEFONO	CORREO ELECTRONICO	FIRMA DEL PACIENTE
Cecilia Hume	14272578	3504916653	cebosunepiamayo@gmail.com	<i>Cecilia Hume</i>
Yely Tatiana Merlo	1006998313	3196766483	tatanamerlo@gmail.com	<i>Yely Tatiana Merlo</i>
Charles	10539157	3182645081	evancharles1961@gmail.com	<i>Charles</i>
Marina Viveros G	111756419	3156552937	cattolengopopayan@gmail.com	<i>Marina Viveros</i>
Julio Cesar Delgado	76312406	3145717250		<i>Julio Cesar Delgado</i>
Ricardo	1021969209	3135077955		
DA Roberto V. Vega	4675796	3708361188		
Tatiana Chiriz	706762890	3217750969	tato208757@gmail.com	<i>Tatiana Chiriz</i>
Edwin Germarchan	10306902	3241728024	edwingermarchanroliviana@gmail.com	<i>Edwin Germarchan</i>

Objetivo: Los mensajes se envían según lo reglamentado por la Directiva Presidencial No. 04 del 03 de abril de 2012 (Política CERO PAPEL en la administración pública). Se considera una comunicación oficial conforme a lo señalado por las Leyes 527 del 1999 y 962 de 2005 (Art.10), estableciendo que un mensaje de datos transferido por medio electrónico tiene total validez y será admisible como un medio de prueba.

El envío de historias clínicas se realiza a través de correo electrónico o WhatsApp autorizado por el usuario (o acudiente)

FECHA DE RECEPCIÓN: Bello Horizonte

NOMBRE COMPLETO	# DOCUMENTO	TELEFONO	CORREO ELECTRONICO	FIRMA DEL PACIENTE
Elmer J. de Melipon	5326829	3204111874	verde.melipon@gmail.com	<i>Elmer J. de Melipon</i>
Arb. Paloma Velasco Melero	49649506	3136900251	No	<i>Arb. Paloma Velasco Melero</i>
Agustin Alvarez	49321301	3218437211	NO	<i>Agustin Alvarez</i>
Amalpi Grajales Giron	25274777	3164414628		<i>Amalpi Grajales</i>
Yohana Portillo	1059915262	3167666477	NO	<i>Yohana Portillo</i>
Mabel Oraco	1002876820	3234810536		<i>Mabel Oraco</i>
Katherine Molina	7061789198	3106565674		<i>Katherine Molina</i>
Orlando Rodriguez	94309612	3246163392	oroactive08@gmail.com	<i>Orlando Rodriguez</i>
Hermila Sanchez	25455677	3215872638		<i>Hermila Sanchez</i>
Samira Lucner Alvarado?	3469219	3209436570	lucner_011979@hotmail.com	<i>Samira Alvarado</i>

	ACTA	FOR-MAN-GD-03
		Versión 0
		Fecha: JULIO 2018
		Página 4 de 4

