



**FORMATO ACTA DE COMITÉS  
INSTITUCIONALES**

CODIFICACIÓN: SGC-CMC-FTO-012  
FECHA ELABORACIÓN: 29-10-2012  
FECHA DE REVISIÓN: 12-12-2018

VERSIÓN

4 VERSION

PÁGINA

Página 1 de 4

**ACTA DE REUNIÓN COMITÉ ASOCIACION DE USUARIOS  
(FEBRERO 2023)**

FECHA: 20/02/2023  
HORA: 9:00 A.M.  
LUGAR: Sala de Quimioterapia

**PARTICIPANTES:**

**INTEGRANTES:**

PRESIDENTE: Luis Yecid Cerón Rodríguez  
SECRETARIO (A): Dagoberto Flor Espinosa  
PSICOLOGA: Madeili Gutiérrez Muñoz

**INVITADOS: N/A**

**ORDEN DEL DIA:**

1. Llamado a lista y verificación del Quórum.
2. Aprobación del acta anterior.
3. Derechos y deberes de los usuarios – Medios de Comunicación
4. Compromisos

**DESARROLLO DEL ORDEN DEL DÍA:**

**1. Llamado a Lista y Verificación del Quórum.**

Se hace llamado a lista encontrando Quórum para el comité asociación de usuarios, como dice el acta de conformación, cumpliendo con lo establecido.

**2. Lectura del Acta Anterior.**

Lectura del acta correspondiente, aprobada y firmada por los integrantes que asistieron al comité.

**3. Derechos y deberes de los usuarios – Medios de Comunicación**

La psicóloga clínica, socializa Derechos y deberes de los usuarios – Medios de Comunicación, de una manera didáctica, permitiendo a los usuarios la participación individual y colectiva, donde se trataron los diferentes aspectos:

**AJUSTADO POR:**

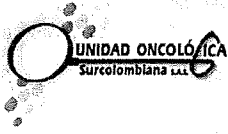
Yina Marcela Ortega Peña  
Directora de Calidad

**REVISADO POR:**

Chrystiam José Fernández  
Bahamón Director médico

**APROBADO POR:**

Ángela Cristina Gutiérrez  
Valenzuela Gerente



**FORMATO ACTA DE COMITÉS  
INSTITUCIONALES**

CODIFICACIÓN: SGC-CMC-FTO-012  
FECHA ELABORACIÓN: 29-10-2012  
FECHA DE REVISIÓN: 12-12-2018

VERSIÓN

4 VERSION

PÁGINA

Página 2 de 4

**Derechos:**

- Ser atendido sin discriminación alguna.
- Que solo se le exija su documento de identidad para
- Acceder a los servicios de salud.
- Acceder a los servicios sin que le impongan trámites administrativos diferentes a los que exige la ley.
- Recibir un trato humano, digno e individualizado.
- Recibir servicios con prioridad si tiene menos de 18 años.
- Tener la mejor asistencia médica.
- Ser informado plenamente respecto a su situación de salud, Servicios que va a recibir y riesgos del tratamiento.
- Que le autoricen y presten los servicios solicitados de manera oportuna.
- Reclamar, sugerir y recibir orientación respecto a los servicios requeridos.
- Participar en la asociación de Usuarios.
- Recibir por escrito las razones por las que se niegan los servicios.
- Respeto de su libertad y a la confidencialidad de su información clínica.
- Recibir los servicios de salud en condiciones de higiene, seguridad y respeto a su intimidad.
- Recibir los servicios sin interrupción y de manera integral.
- Tener protección especial cuando se padecen enfermedades catastróficas y de alto costo.
- Ser informado sobre los costos de su atención en salud.
- A la incapacidad médica y licencias cuando es cotizante.
- Que, en caso de urgencias, sea atendido de manera inmediata, sin que se exijan documentos o dinero.
- Elegir libremente el asegurador, la IPS y el profesional de salud.
- Recibir orientación respecto a la entidad que debe prestar los servicios de salud.
- Recibir una segunda opinión médica si lo desea.
- Recibir o rechazar apoyo espiritual o moral.
- Que usted o la persona que los representa acepte o rechace cualquier tratamiento. Que su opinión sea tenida en cuenta y respetada.
- Ser incluido en estudios de investigación científica. Solo si lo autoriza.
- Que se respete su voluntad de donar o no sus órganos

**Deberes:**

- Identificarse completamente.
- Afiliarse con su familia al Sistema de Seguridad Social en Salud.
- Brindar un trato respetuoso al personal de salud que lo atiende.

**AJUSTADO POR:**

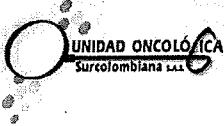
Yina Marcela Ortega Peña  
Directora de Calidad

**REVISADO POR:**

Chrystiam José Fernández  
Bahamón Director médico

**APROBADO POR:**

Ángela Cristina Gutiérrez  
Valenzuela Gerente



## FORMATO ACTA DE COMITÉS INSTITUCIONALES

CODIFICACIÓN: SGC-CMC-FTO-012  
FECHA ELABORACIÓN: 29-10-2012  
FECHA DE REVISIÓN: 12-12-2018

VERSIÓN

4 VERSION

PÁGINA

Página 3 de 4

- Responsabilizarse de su propia salud.
- Cuidar su salud, la de su familia y su comunidad.
- Cumplir de manera responsable las recomendaciones de los profesionales de salud que le atienden.
- Proporcionar información confiable.
- Cumplir las normas y actuar de buena fe frente al sistema de salud.
- Presentar sugerencias y reclamos (en caso de presentarse)
- Actuar de manera solidaria ante las situaciones que pongan en peligro la vida o salud de las personas.
- Contribuir con los aportes de acuerdo a su capacidad económica.
- Seguir los lineamientos de las normas institucionales.
- Cuidar y conservar las instalaciones de la institución.
- Colaborar con la seguridad de la institución.
- Colaborar con el cuidado del medio ambiente (clasificar adecuadamente las basuras)

Medios de comunicación:

Se comparten los medios de comunicación disponibles en la unidad para la atención al usuario.

Línea Call center: 8664810

WhatsApp: 3164286789

Correo electrónico: [siau2@unidadoncosurcolombiana.com](mailto:siau2@unidadoncosurcolombiana.com)

Página Web: <http://unidadoncosurcolombiana.com>

#### **4. Compromisos.**

1. Realizar reunión correspondiente al mes de marzo 2023.

**AJUSTADO POR:**

Yina Marcela Ortega Peña  
Directora de Calidad

**REVISADO POR:**

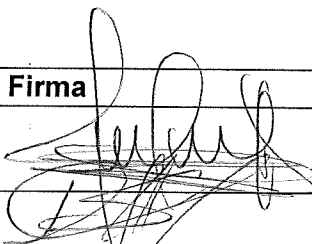

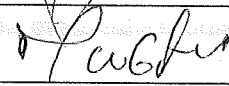
Chrystiam José Fernández  
Bahamón Director médico

**APROBADO POR:**

Ángela Cristina Gutiérrez  
Valenzuela Gerente

	<b>FORMATO ACTA DE COMITÉS INSTITUCIONALES</b>	<b>VERSIÓN</b>	<b>4 VERSION</b>
	CODIFICACIÓN: SGC-CMC-FTO-012 FECHA ELABORACIÓN: 29-10-2012 FECHA DE REVISIÓN: 12-12-2018	<b>PÁGINA</b>	<b>Página 4 de 4</b>

**FIRMAS (Asistentes)**

Nombre	Cargo	Firma
Luis Yecid Cerón Rodríguez	Presidente	
Dagoberto Flor Espinosa	Secretario	
Madeili Gutiérrez Muñoz	Psicóloga Clínica	

Acta diligenciada por: Madeili Gutiérrez Muñoz (Psicóloga Clínica)

<b>AJUSTADO POR:</b>  Yina Marcela Ortega Peña Directora de Calidad	<b>REVISADO POR:</b>  Chrystiam José Fernández Bahamón Director médico	<b>APROBADO POR:</b>  Ángela Cristina Gutiérrez Valenzuela Gerente
--	---	---



**FORMATO CONTROL DE ASISTENCIA - PACIENTES**

VERSIÓN  
3 VERSIÓN

CÓDIGO: SGC-POA-FTO 174  
FECHA ELABORACIÓN: 17/10/2014  
FECHA DE REVISIÓN: 16/10/2020

PÁGINA  
Página 1 de 1

FECHA:	20-02-2023.	HORA:	
LUGAR:	Sala de Quimioterapia	ASISTENCIA A:	Socialización.

TEMA (S)

Derechos y deberes de los usuarios y medios de comunicación.

OBJETIVO (S)

Brindar información a los usuarios sobre derechos y deberes, medios de comunicación y ofrecer un espacio de participación.

METODOLOGÍA

Expositiva - Participativa

RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD: Madeili Gutiérrez Muñoz - Psicóloga Clínica.

NO.	NOMBRE	TIPO			NO. DE IDENTIFICACIÓN	OBSERVACIONES Y SUGERENCIAS
		PACIENTE	FAMILIAR	OTRO		
1	Aldiva J. J.	X			26.562.735	
2	Sara Milena López	X			36.175.732	
3	Dora González	X			26.600.662	
4	Kelly Juliana Restrepo	X			1082805802	
5	Mafel de Valenzuela	X			26579189	
6	JUAN DE DIOS CASTRO	X			14257366	
7	NORMA C AMERQUITA	X			55189329	
8	Ruben David Perez	X			4940130	
9	Regina Santos	X			17621226	
10	Wendy Elizabeth	X			36.183.880.	
11	Sergio Andres Velasco	X			1007179124	
12						

<b>AJUSTADO POR:</b>  Luz Alejandra Lasso Moreno Líder de Recursos Humanos	<b>REVISADO POR:</b>  Blanca Cecilia López Hernández Líder de servicios ambulatorios	<b>APROBADO POR:</b>  Ángela Cristina Gutiérrez Valenzuela Gerente
---	---	---

Date	Description	Amount	Balance
1/1/20	Opening Balance		100.00
1/5/20	Deposited	50.00	150.00
1/10/20	Withdrawal	20.00	130.00
1/15/20	Deposited	30.00	160.00
1/20/20	Withdrawal	10.00	150.00
1/25/20	Deposited	40.00	190.00
1/30/20	Withdrawal	15.00	175.00
2/5/20	Deposited	25.00	200.00
2/10/20	Withdrawal	30.00	170.00
2/15/20	Deposited	15.00	185.00
2/20/20	Withdrawal	20.00	165.00
2/25/20	Deposited	35.00	200.00
2/30/20	Withdrawal	10.00	190.00
3/5/20	Deposited	20.00	210.00
3/10/20	Withdrawal	25.00	185.00
3/15/20	Deposited	15.00	200.00
3/20/20	Withdrawal	30.00	170.00
3/25/20	Deposited	25.00	195.00
3/30/20	Withdrawal	15.00	180.00
4/5/20	Deposited	30.00	210.00
4/10/20	Withdrawal	20.00	190.00
4/15/20	Deposited	10.00	200.00
4/20/20	Withdrawal	35.00	165.00
4/25/20	Deposited	25.00	190.00
4/30/20	Withdrawal	15.00	175.00
5/5/20	Deposited	30.00	205.00
5/10/20	Withdrawal	20.00	185.00
5/15/20	Deposited	15.00	200.00
5/20/20	Withdrawal	30.00	170.00
5/25/20	Deposited	25.00	195.00
5/30/20	Withdrawal	15.00	180.00
6/5/20	Deposited	30.00	210.00
6/10/20	Withdrawal	20.00	190.00
6/15/20	Deposited	10.00	200.00
6/20/20	Withdrawal	35.00	165.00
6/25/20	Deposited	25.00	190.00
6/30/20	Withdrawal	15.00	175.00