



**FORMATO ACTA DE COMITÉS  
INSTITUCIONALES**

VERSIÓN

4 VERSION

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

PÁGINA

Página 1 de 4

**ACTA DE REUNIÓN COMITÉ ASOCIACION DE USUARIOS  
(MARZO 2024)**

FECHA: 7/03/2024  
HORA: 10:30 A.M.  
LUGAR: Sala de Espera

**PARTICIPANTES:**

**INTEGRANTES:**

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

**INVITADOS:** Carolina Leiton López– Auxiliar Administrativa

**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 auxiliar administrativa, Carolina Leiton, 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**

VERSIÓN

4 VERSION

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

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

**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**

VERSIÓN

4 VERSION

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

PÁGINA

Página 3 de 4

**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.
- 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)Pagina Web: <http://unidadoncosurcolombiana.com>**4. Compromisos.**

1. Realizar reunión correspondiente al mes de abril 2024.

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

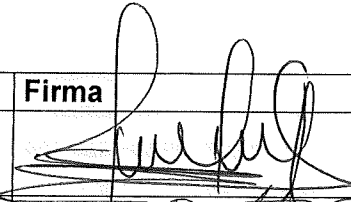

VERSIÓN

4 VERSION

PÁGINA

Página 4 de 4

**FIRMAS (Asistentes)**

Nombre	Cargo	Firma
Luis Yecid Cerón Rodríguez	Presidente	
Dagoberto Flor Espinosa	Secretario	
Carolina Leiton López	Auxiliar Administrativa	Carolina Leiton Lopez

Acta diligenciada por: Madeili Gutiérrez Muñoz (Psicóloga Clínica)

AJUSTADO POR:

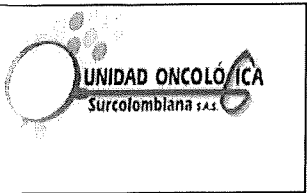
Yina Marcela Ortega Peña  
Directora de Calidad

REVISADO POR:

Chrystiam José Fernández  
Bahamón Director médico

APROBADO POR:

Ángela Cristina Gutiérrez  
Valenzuela Gerente



<b>FORMATO CONTROL DE ASISTENCIA - PACIENTES</b>		VERSIÓN	3 VERSIÓN
CÓDIGO: SGC-POA-FTO 174		PÁGINA	Página 1 de 1
FECHA ELABORACIÓN: 17/10/2014			
FECHA DE REVISIÓN: 16/10/2020			

FECHA:	7-03-2024	HORA:	10:30 am.
LUGAR:	Sala de espera.	ASISTENCIA A:	Reunión.

**TEMA (S)**

deberes y derechos de los usuarios - Medios de comunicación.

**OBJETIVO (S)**

Crear un espacio de participación a los usuarios y compartir información de interés.

**METODOLOGÍA**

Expositiva - Participativa.

RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD: Madeiri Gutierrez Maza - Psicóloga Clínica.

D.	NOMBRE	TIPO			NO. DE IDENTIFICACIÓN	OBSERVACIONES Y SUGERENCIAS
		PACIENTE	FAMILIAR	OTRO		
	Nancy Cuelar Cardob	✓			36280262	
	Margoth Porcorno	X			26628282	
	Wilmer A. Patiño		X		16185791	
	Diana Helena Jimenez		X		1017144964	NINGUNA.
	Liliana Vargas Cardoso			X	1085924252	NINGUNA.
	Maria Ines Gomez		X		26422325	X
	Yanier Roberto Rodriguez R.	X			26537761	X
	Leidy Johanna Ortiz P.	✓			26552300.	Ninguna
	Luis Geoid Cera	X			12193609	- o -
	Dagoberto Alor	X			7886919	o - o

<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
---	---	---