

**SISTEMATIZACIÓN DE LA PARTICIPACIÓN DE LA
CIUDADANÍA RENDICIÓN DE CUENTAS**

PERIODO 2018

MINISTERIO: ...DE SALUD PÚBLICA

EOD: DISTRITO DE SALUD 17D02, CALDERÓN, LLANO CHICO
GUAYLLABAMBA

MESA/GRUPO: 1 ATENCIÓN CALIDAD DE SERVICIO, AGENDAMIENTO,
REFERENCIA Y CONTRA REFERENCIA

LUGAR: AUDITORIO HOSPITAL GENERAL DOCENTE DE CALDERÓN

Y FECHA: 21 DE FEBRERO DEL 2019

Participación de la ciudadanía en los talleres institucionales

Respuestas y observaciones sobre las preguntas motivadoras:

(Se registrarán las respuestas y observaciones agrupadas, es decir la sistematización de los principales temas que se plantaron)

1. ¿Qué servicios conocía usted de lo presentado por la institución?; y
¿Cómo se enteró de los mismos?

EXISTIÓ OPINIONES DIVERSAS. LA PRINCIPAL
PREOCCUPACIÓN ES EL DESCONOCIMIENTO
DE LOS PROCESOS ASISTENCIALES Y SU
DESARROLLO

SE APLAUDIÓ LAS ACTIVIDADES REALIZADAS
POR EMERGENCIA

SE SOLICITA MEJORÍA EN LAS REFERENCIAS
EN TIEMPO DE ESPERA

2. ¿Ha participado Usted en alguna actividad de las presentadas en la
rendición de cuentas? ¿Qué aporte puede darnos para mejorar estos
servicios?

EL AÑO ANTERIOR PARTICIPARON DE LA RENDICIÓN
DE CUENTA 2017

EDUCAR A LOS COORDINADORES CON RESPECTO
A LOS PROCESOS Y TRÁMITE

3. Otras inquietudes relevantes manifestadas por la ciudadanía

- PROCESOS ASISTENCIALES
DESCONOCIMIENTO AL RESPECTO

- TRIAGE EN EMERGENCIA SOLICITAN
MAYOR SOCIALIZACIÓN

4. Consolidación de propuesta de corresponsabilidad ciudadana respecto del tema generada en el taller.

* SOCIALIZAR EN CELS LOS
CONCEPTOS DE TRIAGE

* IMPULSAR IMPORTANCIA DE ACUDIR
A LAS CITAS PROGRAMADAS

5. Consolidación de compromisos asumidos por las autoridades en el taller

* DE IGUAL MANERA SOCIALIZAR
TRIAGE E IMPULSAR EN TERRITORIO

* HACE SE COMPROMETE A BUSCAR
MEJORA EN ASIGNACIÓN DE CITAS



**Subsecretaría Nacional de Promoción de la Salud e Igualdad
Dirección Nacional de Participación Social en Salud**

6. Conclusiones del taller
(cierre del facilitador)

- SE NECESITA SOCIALIZAR EN CAMPO, TRIAGE
- SOLICITAN MEDIDA DE OTORGAR COTAS
POR SALTE DE 2º NIVEL

7. OBSERVACIONES DEL SISTEMATIZADOR/A:

Sobre la participación de la ciudadanía:

(Se refiere al grado de participación de los asistentes, motivación, etc.)

EXISTE EXTENSA PARTICIPACIÓN POR PARTE
DE LOS INTEGRANTES DE LA MESA, NO HUBO
SENTIMIENTO DE TIMIDEZ YA QUE YA HAN ASISTIDO
A OTRAS REUNIONES DE CUENTAS.

DATOS DEL EQUIPO FACILITADOR Y SISTEMATIZADOR:

FACILITADORA/FACILITADOR:

Nombre: ALEX FLORES S.

Cargo: ESPECIALISTA CALIDAD ADOZ

Correo electrónico: alflorez-12@hotmail.com

SISTEMATIZADORA/SISTEMATIZADOR:

Nombre: Katherine Verdoso

Cargo: Responsable de Promoción

Correo electrónico: katherine.verdoso@HdO2.msp.gob.ec

DELEGADO/DELEGADA DEL COMITÉ CIUDADANO LOCAL DE SALUD:

Nombre: Cecilia Moncayo

Cargo: Presidente

Correo electrónico: cecimoncayo47@gmail.com

COORDINACIÓN ZONAL 9 - SALUD - DIRECCIÓN DISTRITAL 17D02 CALDERÓN, LLANO CHICO, GUAYLLABAMBA

Lugar de la reunión:
 Fecha de la reunión:
 Hora de la reunión:
 Mesa de Trabajo Nro.: ⑨
 Objeto de la reunión:

AUDITORIO HOSPITAL DOCENTE CALDERÓN
 21 FEBRERO 2019
 15 HORAS

RENDIR CUENTAS A LA CIUDADANÍA SOBRE LOS SERVICIOS ACCIONES Y POLÍTICAS DE SALUD PERIODO 2018
 DEL DISTRITO 17D02

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	INSTITUCIÓN / BARRIO U ORGANIZACIÓN CIUDADANA QUE ASISTE A LA REUNIÓN	DATOS PARA CONTACTO	*En el caso de que se identifique con grupos de atención prioritaria detallados al pie de la matriz, llenar los casilleros y marcar con una X, según corresponda (Constitución de la República Art. 11 numeral 2 y Art. 35)							FIRMA
				GÉNERO	AUTOIDENTIFICACIÓN	PUEBLO	NACIONALIDAD	PERSONA CON DISCAPACIDAD	ADULTO MAYOR		
	Washington Molina	Coordinador Comité Ciudadano Centro Calderón	Correo electrónico: wasmo84@hotmail.com Teléfono / Extensión:	M							
	Cecilia Sonezo	Hospital Calderón	Correo electrónico: Teléfono / Extensión:								
	NORMA BRAVO	COMITÉ C. S. C.	Correo electrónico: churorita1990@hotmail.com Teléfono / Extensión: 2825872	M							
	Mariana Castillo	Comité C S C	Correo electrónico: 2823598 Teléfono / Extensión:								
	Silvia Echeverría	C.S. Llano Chico	Correo electrónico: Teléfono / Extensión: 0986909023								
	Rocio Tyjuio	C.S. Llano Chico	Correo electrónico: Teléfono / Extensión: 0996584069								
	Lidia Villarreal	C. S. C. N. 2	Correo electrónico: Teléfono / Extensión: 0984155831	M							
	Esther Alcázar	C. S. I. M.	Correo electrónico: Teléfono / Extensión: 2033973								

*Según su identidad personal autodefinen su género, pueblo y/o nacionalidad; y marque con una X en los casilleros que indica persona con discapacidad o adulto mayor.

GÉNERO: Masculino, Femenino, GLBTI

AUTOIDENTIFICACIÓN: Indígena, Afroecuatoriano/a Afrodescendiente, Negro/a, Molato/a, Montubio/a, Mestizo/a, Blanco/a, Otro/a

PUEBLOS: Chibuleo, Huancavilca, Karanki, Kañari, Kayambi, Kisapincha, Kitukara, Manta, Natabuela, Otavalo, Paltas, Panzaleo, Pastos, Puruhá, Salasaka, Saraguro, Tomabela, Waranka

NACIONALIDAD: Achuar, Awa, Cofan, Chachi, Epera, Kiwcha, Secoya, Shuar, Shiwari, Siona, Tsáchila, Huaorani, Zapara, Andoa y otros

COORDINACIÓN ZONAL 9 - SALUD - DIRECCIÓN DISTRITAL 17D02 CALDERÓN, LLANO CHICO, GUAYLLABAMBA

Lugar de la reunión:
 Fecha de la reunión:
 Hora de la reunión:
 Mesa de Trabajo Nro.:
 Objeto de la reunión:

Auditorio del Hospital General Docente Calderón
 21-02-2019
 15:00

① Rendición cuenta 17D02 - Salud de Acción del 2018

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	INSTITUCIÓN / BARRIO U ORGANIZACIÓN CIUDADANA QUE ASISTE A LA REUNIÓN	DATOS PARA CONTACTO	*En el caso de que se identifique con grupos de atención prioritaria detallados al pie de la matriz, llenar los casilleros y marcar con una X, según corresponda (Constitución de la República Art. 11 numeral 2 y Art. 35)						FIRMA
				GÉNERO	AUTOIDENTIFICACIÓN	PUEBLO	NACIONALIDAD	PERSONA CON DISCAPACIDAD	ADULTO MAYOR	
	Blanco de la Torre	San Juan Calderón	Correo electrónico							
			Teléfono / Extensión	0986803343	Huian					
	Maricela Carrasquillo	San Juan Calderón	Correo electrónico							
			Teléfono / Extensión	0985067866	Mujer					
	Tatiana Vargas Rivera	San Juan	Correo electrónico							
			Teléfono / Extensión	0960937263	Femenino					
	Elvira Azo	San Juan	Correo electrónico							
			Teléfono / Extensión	0980041355 096095	Mujer					
			Correo electrónico							
			Teléfono / Extensión							
			Correo electrónico							
			Teléfono / Extensión							
			Correo electrónico							
			Teléfono / Extensión							

*Según su identidad personal autodefinen su género, pueblo y/o nacionalidad; y marque con una X en los casilleros que indica persona con discapacidad o adulto mayor.

GÉNERO: Masculino, Femenino, GLBTI

AUTOIDENTIFICACIÓN: Indígena, Afroecuatoriano/a Afrodescendiente, Negro/a, Molato/a, Montubio/a, Mestizo/a, Blanco/a, Otro/a

PUEBLOS: Chibuleo, Huancavilca, Karanki, Kañari, Kayambi, Kisapincha, Kitukara, Manta, Natabuela, Otavalo, Paltas, Panzaleo, Pastos, Puruhá, Salasaka, Saraguro, Tomabela, Waranka

NACIONALIDAD: Achuar, Awa, Cofán, Chachi, Epera, Kiwcha, Secoya, Shuar, Shiwiar, Siona, Tsáchila, Huaorani, Zapara, Andoa y otros



COORDINACIÓN ZONAL 9 - SALUD

Lugar de la reunión:
Fecha de la reunión:
Hora de la reunión:
Mesa de Trabajo Nro.:
Objetivo de la reunión:

AUDITORIO DEL HOSPITAL GENERAL DOCENTE CALDERON
21 DE FEBERO DEL 2018
15 HORAS

1

Rendir Cuentas a la Ciudadanía sobre los servicios acciones y política del Sector Salud - Período 2018 - Distrito de salud 17D02

*En el caso de que se identifique con grupos de atención prioritaria detallados al pie de la matriz, llenar los casilleros y marcar con una X, según corresponda (Constitución de la República Art. 11 numeral 2 y Art. 35)

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	INSTITUCIÓN / ORGANIZACIÓN CIUDADANA QUE ASISTE A LA REUNIÓN	DATOS PARA CONTACTO	*En el caso de que se identifique con grupos de atención prioritaria detallados al pie de la matriz, llenar los casilleros y marcar con una X, según corresponda (Constitución de la República Art. 11 numeral 2 y Art. 35)						FIRMA
				GÉNERO	AUTOIDENTIFICACIÓN	PUEBLO	NACIONALIDAD	PERSONA CON DISCAPACIDAD	ADULTO MAYOR	
	Elvira Arzo	Institución	Correo electrónico							
		Cargo	Teléfono / Extensión							
	Tatiana Vargas	Institución	Correo electrónico							
		Cargo	Teléfono / Extensión							
	Maria del Carmen Quispe	Institución	Correo electrónico							
		Cargo	Teléfono / Extensión							
	Blanca de la Torre	Institución	Correo electrónico							
		Cargo	Teléfono / Extensión							
	MARIA ESTHER ALCAZAR	Institución	Correo electrónico							
		Cargo	Teléfono / Extensión							
	Silvia Villarreal	Institución	Correo electrónico							
		Cargo	Teléfono / Extensión							
	Rocio Tufino	Institución	Correo electrónico							
		Cargo	Teléfono / Extensión							
		Institución	Correo electrónico							
		Cargo	Teléfono / Extensión							

*Según su identidad personal autodefinen su género, pueblo y/o nacionalidad; y marque con una X en los casilleros que indica persona con discapacidad o adulto mayor.

GÉNERO: Masculino, Femenino, GLBTI

AUTOIDENTIFICACIÓN: Indígena, Afroecuatoriano/a Afrodescendiente, Negro/a, Molato/a, Montubio/a, Mestizo/a, Blanco/a, Otro/a

2UEBLOS: Chibuleo, Huañacvilca, Karanki, Kañari, Kayambi, Kisapincha, Kitukara, Manta, Natabuela, Otavalo, Paltas, Panzaleo, Pastos, Puruhá, Salasaka, Saraguro, Tomabela, Waranka.

NACIONALIDAD: Achuar, Awa, Cofán, Chachi, Epera, Kiwcha, Secoya, Shuar, Shiwar, Siona, Tsáchila, Huaorani, Zápara, Andoa y otros



COORDINACIÓN ZONAL 9 - SALUD

Lugar de la reunión:
Fecha de la reunión:
Hora de la reunión:
Mesa de Trabajo Nro.:
Objetivo de la reunión:

AUDITORIO DEL HOSPITAL GENERAL DOCENTE CALDERON
21 DE FEBERO DEL 2018
15 HORAS

1

Rendir Cuentas a la Ciudadanía sobre los servicios acciones y política del Sector Salud - Periodo 2018 - Distrito de salud 17D02

*En el caso de que se identifique con grupos de atención prioritaria detallados al pie de la matriz, llenar los casilleros y marcar con una X, según corresponda (Constitución de la República Art. 11 numeral 2 y Art. 35)

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	INSTITUCIÓN / ORGANIZACIÓN CIUDADANA QUE ASISTE A LA REUNIÓN	DATOS PARA CONTACTO	GÉNERO	AUTOIDENTIFICACIÓN	PUEBLO	NACIONALIDAD	PERSONA CON DISCAPACIDAD	ADULTO MAYOR	FIRMA
	Olivia Echeverría	Institución	Correo electrónico							
		Cargo	C-5 Llano Chico							
			Teléfono / Extensión	0986909023	Mujer					
	NORMA BRAVO	Institución	C.S.C.							
		Cargo	COMITÉ							
			Teléfono / Extensión	2825872	M.					
	Cecilia Yoncazo C.	Institución	Hospital							
		Cargo	Calderón							
			Teléfono / Extensión	0998101425						
		Institución								
		Cargo								
			Teléfono / Extensión							
		Institución								
		Cargo								
			Teléfono / Extensión							
		Institución								
		Cargo								
			Teléfono / Extensión							
		Institución								
		Cargo								
			Teléfono / Extensión							

*Según su identidad personal autodefinen su género, pueblo y/o nacionalidad; y marque con una X en los casilleros que indica persona con discapacidad o adulto mayor.

GÉNERO: Masculino, Femenino, GLBTI

AUTOIDENTIFICACIÓN: Indígena, Afroecuatoriano/a Afrodescendiente, Negro/a, Molato/a, Montubio/a, Mestizo/a, Blanco/a, Otro/a

PUEBLOS: Chibuleo, Huañacvilca, Karanki, Kañari, Kayambi, Kisapincha, Kitukara, Manta, Natabuela, Otavalo, Paltas, Panzaleo, Pastos, Puruhá, Salasaka, Saraguro, Tomabela, Waranka.

NACIONALIDAD: Achuar, Awa, Cofán, Chachi, Epera, Kiwcha, Secoya, Shuar, Shiwar, Siona, Tsáchila, Huaorani, Zápara, Andoa y otros