



**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 PREOCUPACIÓN ES EL DESCONOCIMIENTO DE LOS PROCESOS ASISTENCIALES Y SU DESARROLLO.

SE APLAUDIÓ LAS ACTIVIDADES REALIZADAS POR EMERGENCIA.

SE SOLICITA MEJORA EN LAS REFERENCIAS EN TIEMPOS 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 EN LA RENDICIÓN DE CUENTAS.

EDUCAR A LOS COORDINADORES CON RESPECTO A LOS PROCESOS Y TRABAJOS.



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 TERRITORIOS

\* 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, TRIASE  
- SOLICITAN MEDIDA DE OTORGAR COTAS  
POR PARTE 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.)

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

DATOS DEL EQUIPO FACILITADOR Y SISTEMATIZADOR:

FACILITADORA/FACILITADOR:

Nombre: ALEX FLORES S.

Cargo: ESPECIALISTA CARIAS ADOZ

Correo electrónico: alflores\_12@hotmail.com

SISTEMATIZADORA/SISTEMATIZADOR:

Nombre: Katherine Verdoso

Cargo: Responsable de Promoción

Correo electrónico: katherine.verdoso@hd02.msp.gov.ec

DELEGADO/DELEGADA DEL COMITÉ CIUDADANO LOCAL DE SALUD:

Nombre: Cecilia Moncayo

Cargo: Coordinadora

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 JOCESTE 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  | wasmo14@hotmail.com       | M   |                    |        |              |                          |              |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|     | Cecilia Soneayo     | Hospital Calderón   | Correo electrónico  |                           |   |                    |        |              |                          |              |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|     | NORMA BRAVO         | COMITÉ C.S.C.   | Correo electrónico  | churonita1990@hotmail.com | M   |                    |        |              |                          |              |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|     | Hariana Castillo    | Comité C.S.C.   | Correo electrónico  | 2823598                   |   |                    |        |              |                          |              |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|     | Silvia Echeverría   | C.S. Llano Chico  | Correo electrónico  |                           |   |                    |        |              |                          |              |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|     | Rocio Tyjuio        | C.S. Llano Chico  | Correo electrónico  |                           |   |                    |        |              |                          |              |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|     | Lidia Villarreal    | C.S.C. No 2   | Correo electrónico  |                           |   |                    |        |              |                          |              |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|     | Esther Alcaciega    | CLSIH   | Correo electrónico  |                           |   |                    |        |              |                          |              |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

\*Según su identidad personal autodefina 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, Shiwiar, 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  
 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 Calderon   | Correo electrónico   |                      |   |                    |        |              |                          |              |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|     |                           |   | Teléfono / Extensión | 0986803343           | Huyen.  |                    |        |              |                          |              |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|     | Mario del Carmen Quiñones | San Juan Calderon   | 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<br>096095 | Mujer   |                    |        |              |                          |              |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|     |                           |   | Correo electrónico   |                      |   |                    |        |              |                          |              |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|     |                           |   | Teléfono / Extensión |                      |   |                    |        |              |                          |              |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|     |                           |   | Correo electrónico   |                      |   |                    |        |              |                          |              |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|     |                           |   | Teléfono / Extensión |                      |   |                    |        |              |                          |              |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|     |                           |   | Correo electrónico   |                      |   |                    |        |              |                          |              |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|     |                           |   | Teléfono / Extensión |                      |   |                    |        |              |                          |              |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

\*Según su identidad personal autodefina 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, GLBT  
 AUTOIDENTIFICACIÓN: Indígena, Afroecuatoriano/a Afrodescendiente, Negro/a, Molato/a, Montubio/a, Mestizo/a, Blanco/a, Otro/a  
 PUEBLOS: Chibuleo, Huaancavilca, 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 - DIRECCIÓN DISTRITAL 17D02 CALDERÓN, LLANO CHICO, GUAYLLABAMBA

Lugar de la reunión: Auditorio H6DC.  
 Fecha de la reunión: 2014-02-21.  
 Hora de la reunión: 4:45 P.M.  
 Mesa de Trabajo Nro.: 5  
 Objeto de la reunión: Participación Social Interinstitucional.

| 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 |       |
|     | M. Cristina Urbina  | CLS Marianitas  | Correo electrónico<br>Teléfono / Extensión 0998048407                        | F   | Mestizo            |        | Ecuador      | NO                       |              |       |
|     | Josafino Vela       | Navinto   | Correo electrónico<br>Teléfono / Extensión 2036119                           | F   | Mestizo            |        | Ecuadoriano  | NO.                      | Si           |       |
|     | Liliana Andrade     | Asociación Agrícola Huertos Familiares Balcones de Zabela             | Correo electrónico<br>Teléfono / Extensión 0992594845                        | F   | Mestizo            |        | Ecuadoriano  | NO                       |              |       |
|     | Mariana Pulcra      | Cenopungo #1  | Correo electrónico<br>Teléfono / Extensión 0995714985                        | F   | Mestizo            |        | Ecuadoriano  | NO.                      | Si           |       |
|     | Gladys Pijal        | C.L.S Llano Chico   | Correo electrónico gladys.pijal@gmail.com<br>Teléfono / Extensión 0995602855 | F   | mestizo            |        | Ecuadoriano  | NO                       | NO           |       |
|     | Blemer Ocho         | Cenopungo #1  | Correo electrónico<br>Teléfono / Extensión 0998331743                        | F   | Mestizo            |        | Ecuadoriano  | NO                       | NO           |       |
|     | Cecilia Diaz        | Cenopungo #1  | Correo electrónico<br>Teléfono / Extensión 0999490047                        | F   | Mestizo            |        | Ecuador      | NO                       | Si           |       |
|     | Elena Alvarez       | Cenopungo   | Correo electrónico<br>Teléfono / Extensión 0999083003                        | F.  |                    |        | Ecuador      | NO                       | Si           |       |

\*Según su identidad personal autodefina 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, Huaancavilca, Karanki, Kañari, Kayambi, Kisapincha, Kitukara, Manta, Natabuela, Otavalo, Paltas, Panzaleo, Pastos, Puruha, Salasaka, Saraguro, Tomabela, Waranka.  
 NACIONALIDAD: Achuar, Awa, Cofan, Chachi, Epera, Kiwcha, Secoya, Shuar, Shiwiar, 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:

| 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 |                  |
|     |                     |   | Correo electrónico   |   |                    |         |              |                          |              |                  |
|     | Beriniasta Vega     | San Joce de Choban  | Teléfono / Extensión | 2034455   | F                  | Mestizo | Ecuatoriano  | NO                       | SI           | Beriniasta Vega  |
|     | JUAN PADILLA        | CALDERON  | Correo electrónico   |   |                    |         |              |                          |              |                  |
|     |                     |   | Teléfono / Extensión | 3899091   | M                  | Mestizo | Ecuator.     | NO                       | NO           |                  |
|     | Raúl Méndez S.      | San José de Morona  | Correo electrónico   | 2826454   | U.                 | Mestizo | Ecuatoriano  |                          |              | Raúl Méndez S.   |
|     | Rene' Gonzalez M    | CS. Calderon  | Teléfono / Extensión | 2030081<br>0995571005   | M.                 |         | Ecuatoriano  | NO                       | SI           | Rene' Gonzalez M |
|     | Rene' Gonzalez M    | CS Calderon   | Correo electrónico   | 0995571005  | M.                 | Local   | Ecuatoriano  | NO                       | SI           | Rene' Gonzalez M |
|     |                     |   | Teléfono / Extensión |   |                    |         |              |                          |              |                  |
|     |                     |   | Correo electrónico   |   |                    |         |              |                          |              |                  |
|     |                     |   | Teléfono / Extensión |   |                    |         |              |                          |              |                  |
|     |                     |   | Correo electrónico   |   |                    |         |              |                          |              |                  |
|     |                     |   | Teléfono / Extensión |   |                    |         |              |                          |              |                  |
|     |                     |   | Correo electrónico   |   |                    |         |              |                          |              |                  |
|     |                     |   | Teléfono / Extensión |   |                    |         |              |                          |              |                  |

\*Según su identidad personal autodefina 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, Huaancavilca, Karanki, Kañari, Kayambi, Kisapincha, Kitukara, Manta, Natabuela, Otavalo, Paltas, Panzaleo, Pastos, Puruha, Salasaka, Saraguro, Tomabela, Waranka.

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