## Política de Participación Social en Salud - Información de Espacios de Participación

Bienvenido. Siga las instrucciones de la Guía de respuestas enviada por correo. Oprima F5 antes de iniciar

## Ministerio de Salud y Protección Social



Recuerde todas las Preguntas deben ser resueltas							
<b>echa</b> 1. Deta	lle la fecha de diligenciamiento						
2022	2-07-23	_					
•	tamento artamento de localización del Espacio d	o Grup	o de Participación. Seleccione del o	rden alfai	bético: Nacional		
$\bigcirc$	AMAZONAS		ANTIOQUIA		ARAUCA		
	ATLANTICO		BOGOTA D.C.		BOLIVAR		
	BOYACA		CALDAS		CAQUETA		
$\overline{\bigcirc}$	CASANARE	$\overline{\bigcirc}$	CAUCA		CESAR		
$\overline{\bigcirc}$	СНОСО	$\overline{\bigcirc}$	CORDOBA		CUNDINAMARCA		
$\overline{\bigcirc}$	GUAINIA	$\overline{\bigcirc}$	GUAVIARE		HUILA		
$\overline{\bigcirc}$	LA GUAJIRA		MAGDALENA		META		
$\overline{\bigcirc}$	NARIÑO	$\overline{\bigcirc}$	NORTE DE SANTANDER		PUTUMAYO		
$\tilde{\bigcirc}$	QUINDIO	$\tilde{\bigcirc}$	RISARALDA				
$\widetilde{\bigcirc}$	ARCHIPIÉLAGO DE SAN ANDRÉS, F	PROVII	DENCIA Y SANTA CATALINA	O SA	ANTANDER		
$\widetilde{\bigcirc}$	SUCRE	$\bigcirc$	TOLIMA		VALLE DEL CAUCA		
$\tilde{\bigcirc}$	VALIPES	$\tilde{\bigcirc}$	VICHADA	_			

## municipio

3. Municipio o Distrito de localización del Espacio o Grupo de Participación. Seleccione del orden alfabético: Departamental **ABEJORRAL** ABRIAQUÍ ALEJANDRÍA AMAGÁ **ANDES AMALFI ANGELÓPOLIS** ANORÍ **ANGOSTURA** ANZÁ **APARTADÓ ARBOLETES ARGELIA ARMENIA BARBOSA BELLO BELMIRA BETANIA BETULIA BRICEÑO BURITICÁ CÁCERES CAICEDO CALDAS CAMPAMENTO** CAÑASGORDAS CARACOLÍ **CARAMANTA CAREPA CAROLINA CAUCASIA** CHIGORODÓ **CISNEROS** CIUDAD BOLÍVAR COCORNÁ CONCEPCIÓN **CONCORDIA** COPACABANA **DABEIBA DONMATÍAS** EBÉJICO **EL BAGRE** EL CARMEN DE VIBORAL **EL SANTUARIO ENTRERRÍOS ENVIGADO FREDONIA FRONTINO GIRALDO GIRARDOTA GÓMEZ PLATA GRANADA GUADALUPE GUARNE** GUATAPÉ **HELICONIA** HISPANIA ITAGÜÍ **ITUANGO** JARDÍN JERICÓ LA CEJA LA ESTRELLA LA PINTADA LA UNIÓN **LIBORINA MACEO MARINILLA** MEDELLÍN **MONTEBELLO** MURINDÓ MUTATÁ NARIÑO NECHÍ NECOCLÍ OLAYA **PEÑOL PEQUE PUEBLORRICO PUERTO BERRÍO PUERTO NARE PUERTO TRIUNFO REMEDIOS RETIRO RIONEGRO** SABANALARGA **SABANETA** SAN ANDRÉS DE CUERQUÍA SAN CARLOS **SALGAR** SAN FRANCISCO SAN JERÓNIMO SAN JOSÉ DE LA MONTAÑA SAN JUAN DE URABÁ **SAN LUIS** SAN PEDRO DE LOS MILAGROS SAN PEDRO DE URABÁ SAN RAFAEL **SAN ROQUE** SAN VICENTE FERRER SANTA BÁRBARA SANTA FÉ DE ANTIOQUIA SANTA ROSA DE OSOS SANTO DOMINGO **SEGOVIA** SOPETRÁN SONSÓN **TÁMESIS** 

23/1/22, 10.52	Politica de Participación Social en Sa	iud - información de Espaciós de Participación
TARAZÁ	TARSO	TITIRIBÍ
TOLEDO	TURBO	URAMITA
URRAO	VALDIVIA	VALPARAÍSO
VEGACHÍ	VENECIA	VIGÍA DEL FUERTE
YALÍ	YARUMAL	YOLOMBÓ
YONDÓ	ZARAGOZA	
<b>Entidad</b> <i>4. Detalle la Entidad - Institución o</i>	Empresa a la que pertenece el Espacio o Gr	upo de Participación.
}E.S.E HOSPITAL LUIS FE	ELIPE ARBELAEZ	
Nit de la Entidad		
5. Escriba el NIT (sin dígito de verif Departamento - Distrito - Municipi	icación) de la Entidad al que pertenece el Gr io)	rupo o Espacio de participación (Escriba 999999999 si es un
800029509		
<b>Tipo entidad</b> 6. Orden a la que pertenece la Ent	idad. Seleccione uno según la lista desplegal	ble
A. Entidad Territorial F. Prestadores IPS	D. EAPB	E. ESE
Nombre del Responsable de la 7. Nombre	a Gestión en Participación de la Entida	ad - Institución o Empresa
MARY LUZ		
Primer Apellido del Responsa 8. Primer Apellido	ble de la Gestión en Participación de l	a Entidad - Institución o Empresa
GOMEZ		
Segundo Apellido del Respons 9. Segundo Apellido	sable de la Gestión en Participación de	e la Entidad - Institución o Empresa
ARCILA		
Correo electrónico institucior	nal para correspondencia	
	-	Espacio o Grupo de participación (puede ser del Responsable
picalejandria2021@gma	ail.com	

## Teléfono fijo de Contacto

<i>11. Teléfono fijo de Contacto. Detalle el número fijo de la persona Responsable de la Gestión en Participación de la Entidad - Institución o Empresa (Debe empezar por 60. Digite 699999999 si no posee)</i>
6048660077
Tipo de Espacio o Grupo de Participación
12. Determine uno según la lista desplegable
O3 - Comité de Participación Comunitaria - COPACO O4 - Asociación de Usuarios
O5 - Consejo Territorial de Seguridad Social en Salud - CTSSS
06 - Veeduría Ciudadana en Salud - VEEDURIA 07 - Comités Ética Hospitalaria - COMITE DE ETICA
Nombre del Representante del Espacio o Grupo de Participación 13. Nombre
JORGE HERNAN
Primer Apellido del Representante del Espacio o Grupo de Participación 14. Primer Apellido
GUARIN
Segundo Apellido del Representante del Espacio o Grupo de Participación  15. Segundo Apellido
GIRALDO
<b>Correo electrónico del espacio de participación.</b> 16. Detalle el correo del Espacio o Grupo de Participación de la Entidad
jorgehernang@outlook.com
Teléfono celular de Contacto
17. Detalle el número celular de la persona de contacto del Espacio o Grupo de participación (Debe empezar por 3. Digite 3999999999 si no posee)
3178744889
Numero de personas
18. Número de personas que integran el Grupo o Espacio de Participación
15

Medio	de	comur	าเดล	ción

19. Medio de preferencia como se com deliberación	unica el líder o presidente con los representa	antes del espacio de participación para citación a				
A: Correo Electrónico D: Celular	B: Correo Físico E: Grupo de WhastApp	C: Teléfono Fijo F: Todos				
<b>Tiempo de actividad</b> 20. Tiempo que lleva activo o en funcionamiento el espacio de participación. Seleccione uno de la lista desplegable						
A: Menos de 5 años D: Mas de 15 años	B: Entre 5 a 9 años	C: Entre 10 a 14 años				
<b>Fecha última reunión</b> 21. Fecha última reunión deliberativa						
2022-06-04						