

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PLANEACIÓN Y CALIDAD DIRECCIÓN PLANEACIÓN INSTITUCIONAL Y CALIDAD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	ACTA DE REUNIÓN			
	Código:	SDS-PYC-FT-001	Versión:	

Elaborado por: Nury Leguizamon Amaya / Revisado por: Alvaro Amado Camacho / Aprobado por: Juan Carlos Jaramillo Correa

Tema: Jornada ciudadana para la construcción del modelo de salud de Bogotá MAS Bienestar.

Dependencia (Dirección / Oficina)	Proceso
Dirección de Participación Social, Gestión Territorial y Transectorialidad	Gestión Social en Salud

Objetivo	Fecha: 27 de mayo de 2024			
Facilitar un proceso inclusivo y participativo que permita reconocer, profundizar y analizar propuestas ciudadanas que contribuyan a la construcción del modelo de salud de Bogotá MAS Bienestar, desde la perspectiva de la Participación Social Transformadora y la Atención Primaria Social. Este proceso se realizará a través de mesas de trabajo con diferentes colectivos, poblaciones, espacios e instancias de participación en salud.	Tipo de reunión	Asistencia Técnica:		
		Asesoría ()	Capacitación ()	
		Orientación ()	Acompañamiento (X)	
		Otro () _____		
	Modalidad:	Presencial (X)	Virtual ()	Mixta ()
	Lugar: Auditorio del Hemocentro Secretaría Distrital de Salud			
	Hora Inicio: 2:00 pm		Hora Fin: 5:00 pm	
Notas por: Daniela Liscano				
Próxima Reunión: pendiente definir.				
Quien cita: Dirección de Participación Social, Gestión Territorial y Transectorialidad.				

TEMAS Y COMENTARIOS TRATADOS *

Siendo las 2:00 p.m. se da inicio a jornada ciudadana para la construcción del modelo de salud de Bogotá MAS Bienestar.

Se socializa la agenda de la reunión:

1. Registro de Asistencia.
2. Saludo y Bienvenida.
3. Presentación de las generalidades del modelo MAS Bienestar.
4. Socialización de la metodología y organización de la ciudadanía por mesas de trabajo.
5. Diálogo sobre las propuestas por mesas de trabajo.
6. Cierre de la jornada con la socialización las principales conclusiones del ejercicio.
7. Evaluación de la jornada: entrega de formato y refrigerio.

Desarrollo de la agenda:

Desde la 1:30 p.m. se dispusieron mesas para realizar el registro de asistencia de los participantes a la jornada de trabajo MAS Bienestar.



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

PLANEACIÓN Y CALIDAD
DIRECCIÓN PLANEACIÓN INSTITUCIONAL Y CALIDAD
SISTEMA DE GESTIÓN
CONTROL DOCUMENTAL



ACTA DE REUNIÓN

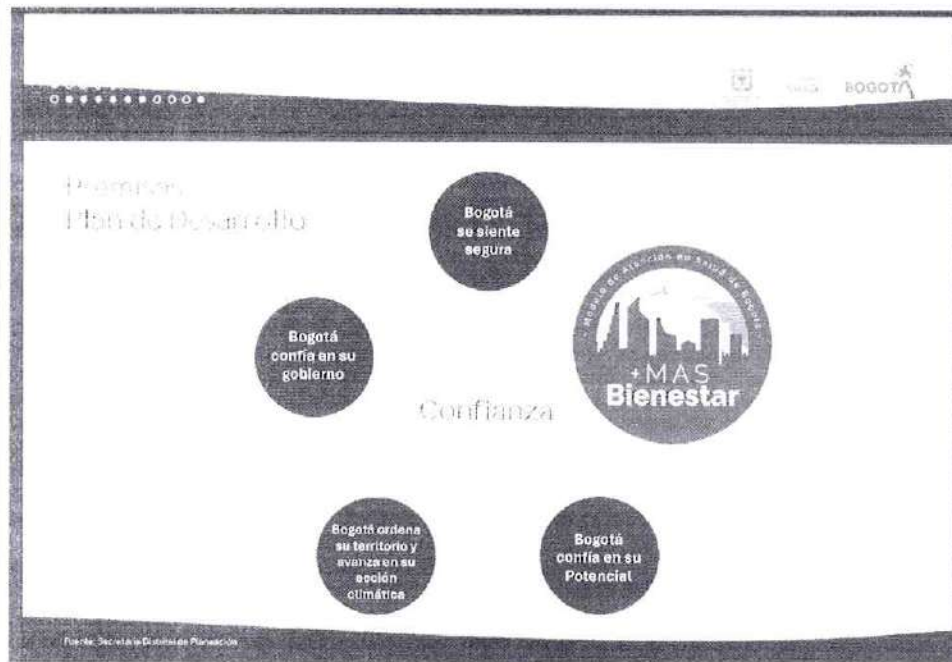
Código:	SDS-PYC-FT-001	Versión:	8
---------	----------------	----------	---

Elaborado por: Nury Leguizamón Amaya / Revisado por: Alvaro Amado Camacho / Aprobado por: Juan Carlos Jaramillo Correa

La jornada abre con la presentación y saludo por parte de la Subsecretaria de Gestión Territorial Participación y Servicio a la Ciudadanía, Alejandra Taborda, quien expone el objetivo del encuentro e invita a la ciudadanía participante a generar sus propuestas y manifestar sus preocupaciones con respecto al modelo de salud del Distrito. Plantea que el nuevo modelo Más Bienestar está fundamentado en la Atención Primaria Social la cual busca a través de las acciones intersectoriales y la gestión integral del riesgo plantear una salud integral que incluya las acciones ambientales, sociales y de salud.

Posteriormente, algunos de los participantes intervienen mencionando que este tipo de ejercicios, aunque son interesantes no son válidos pues ya se ha construido de forma previa y únicamente se requiere la validación ciudadana. La Subsecretaria responde que con base en las propuestas que salgan de estas jornadas se reestructurará el modelo de salud vigente. El cual tiene como propósito fomentar la participación social transformadora, la cual le caracterizan tres atributos: IVD- Incidente, Vinculante y Decisoria.

La agenda continúa con la presentación del Modelo de Salud Más Bienestar por parte del Asesor del Despacho Manuel González, quien genera una contextualización sobre la situación actual de la salud en Bogotá, los desafíos, las premisas del plan de desarrollo en el sector salud para la administración del Alcalde Carlos Fernando Galán y el Secretario de Salud Gerson Bermont. Así como profundizar en lo que es y requiere la atención primaria social.





ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

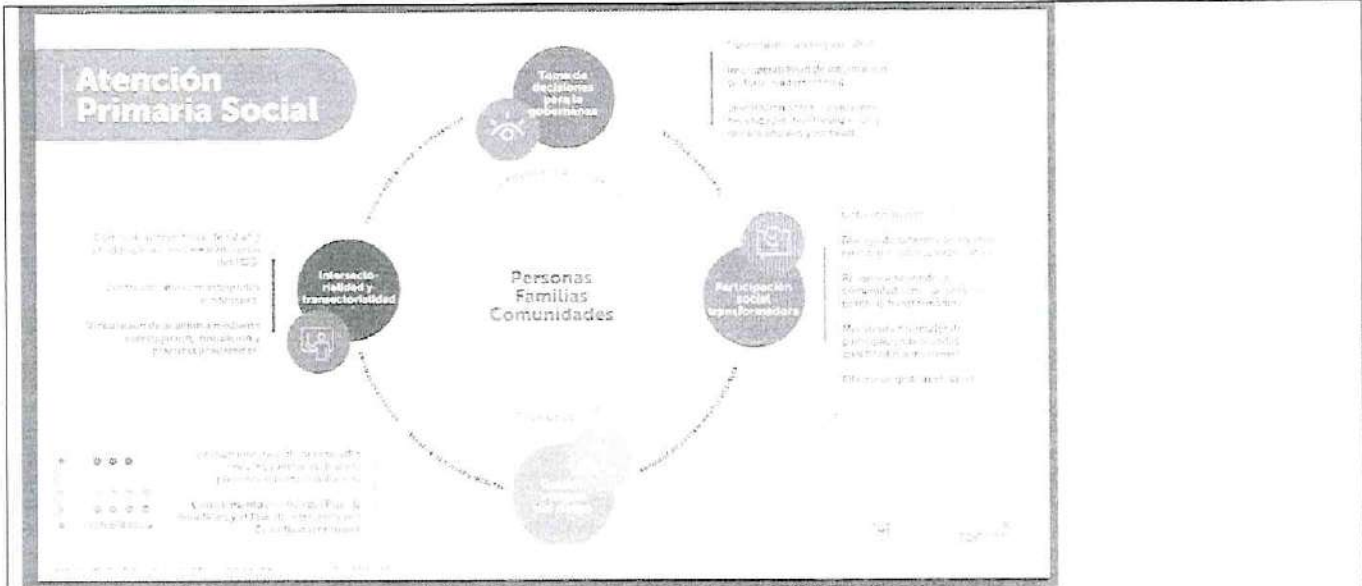
PLANEACIÓN Y CALIDAD
DIRECCIÓN PLANEACIÓN INSTITUCIONAL Y CALIDAD
SISTEMA DE GESTIÓN
CONTROL DOCUMENTAL



ACTA DE REUNIÓN

Código: SDS-PYC-FT-001 Versión: 8

Elaborado por: Nury Leguizamon Amaya / Revisado por: Alvaro Amado Camacho / Aprobado por: Juan Carlos Jaramillo Correa



La agenda continúa con la socialización de la metodología y organización de la ciudadanía por mesas de trabajo, en la cual se expone que, la ciudadanía será organizada por mesas de trabajo de acuerdo con el grupo poblacional al que pertenece. En cada mesa se abordarán los pilares del modelo de acuerdo con las propuestas presentadas.

En cada mesa se contará con un moderador y dos relatores (1 institucional y 1 comunitario, el cual se escogerá de acuerdo con los asistentes).

Mesa 1: modera María José Bustamante- Subdirectora Territorial Red Norte


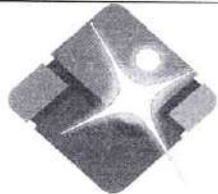
Mesa 2: modera Luis Estupiñán - Subdirector Territorial Red Centro Oriente

Mesa 3: modera Carolina Calderón - Subdirectora Territorial Red Sur Occidente

Mesa 4: modera Carlos Guzmán - Subdirector Territorial Red Sur

Para la jornada contó con enlaces técnicos delegados de las otras subsecretarías, quienes rotaron por las mesas de la jornada, realizando apoyo técnico a la construcción de las ideas ciudadanas. El diálogo sobre las propuestas se dio a través de las preguntas orientadoras de cada mesa, las cuales fueron recogidas durante el pasado evento del 4 de abril de 2024.

Antes de iniciar el trabajo por mesas, se leyeron los acuerdos para realizar el trabajo por mesas, para que las discusiones se dieran en el marco del respeto y la escucha persona por persona, respetando los tiempos del ejercicio. Una vez se reunieron las mesas, con el 'tablero de lluvia de iniciativas' las personas conocieron entre 5 ó 6 propuestas que fueron discutidas. Con cada una de las propuestas

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PLANEACIÓN Y CALIDAD DIRECCIÓN PLANEACIÓN INSTITUCIONAL Y CALIDAD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL		
	ACTA DE REUNIÓN		
	Código:	SDS-PYC-FT-001	Versión: 8
Elaborado por: Nury Leguizamon Amaya / Revisado por: Alvaro Amado Camacho / Aprobado por: Juan Carlos Jaramillo Correa			

se preguntó:

1. ¿Es necesario ajustar o complementar la propuesta?
2. ¿Cómo se implementaría?
3. ¿Qué otro actor institucional o comunitario se podría necesitar para implementar esta propuesta?

Los participantes de la mesa aportaron ideas y recomendaciones para cada una de las propuestas, y al finalizar el ejercicio, y para dar cierre a la jornada en cada mesa se socializaron las principales conclusiones de la conversación, las cuales se registraron en un formato de relatoría por mesa implementada.

Los relatores de cada mesa dieron lectura de las principales ideas que se discutieron en los grupos. Después de eso, los moderadores dieron por terminada la actividad de cada mesa en el marco de la "Jornada de participación MAS Bienestar". El encuentro finalizó con el refrigerio y diligenciamiento de la evaluación de la jornada.

COMPROMISOS*

ACCIÓN	RESPONSABLE	FECHA
Entrega formato de relatoría por mesa implementada.	Relatores de la jornada	7 de junio de 2024
Encuentro Distrital para entregar los resultados de las jornadas	Subsecretaría de Gestión Territorial, Participación y Servicio a la Ciudadanía	Julio 2024

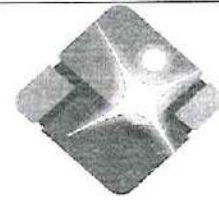
REVISIÓN Y APROBACIÓN DEL ACTA

No	NOMBRES Y APELLIDOS	CORREO	TELÉFONO	DIRECCIÓN/ OFICINA/ ENTIDAD	FIRMA
1	Daniela Liscano	ydiscano@saludcapital.gov.co	3133182232	DPSGTyT	<i>[Handwritten Signature]</i>
2	Ana María Cardenas	A1cardenas@saludcapital.gov.co	3123651664	DPSGTyT	<i>[Handwritten Signature]</i>
3	Luz Enith Molano	l.molano@saludcapital.gov.co	3114361315	DPSGTyT	<i>[Handwritten Signature]</i>
4	CAROLINA CASADERO	lccasaderon@Salud	9530	DPSGTyT	<i>[Handwritten Signature]</i>
5	_____	_____	_____	_____	_____



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

PLANEACIÓN Y CALIDAD
DIRECCIÓN PLANEACIÓN INSTITUCIONAL Y CALIDAD
SISTEMA DE GESTIÓN
CONTROL DOCUMENTAL



ACTA DE REUNIÓN

Código: SDS-PYC-FT-001 Versión: 8

Elaborado por: Nury Leguizamon Amaya / Revisado por: Alvaro Amado Camacho / Aprobado por: Juan Carlos Jaramillo Correa

No	NOMBRES Y APELLIDOS	CORREO	TELÉFONO	DIRECCIÓN/ OFICINA/ ENTIDAD	FIRMA
6					
7					
8					
9					

ASISTENTES

Anexo listado de asistencia SDS-PYC-FT-002.

Nota: Cuando la asistencia es igual o superior a 10 personas, se debe hacer uso del formato Listado de asistencia a reuniones SDS-PYC-FT-002, según lineamiento SDS-PYC-LN-011

Evaluación y cierre de la reunión

¿Se logró el objetivo?		Observaciones (si aplica)
Si (x)	No ()	Se anexa listados de asistencia y formatos de evaluación de la jornada.

* Se podrán incluir o eliminar filas de acuerdo con el requerimiento.

DIRECCIÓN PARTICIPACIÓN SOCIAL, GESTIÓN TERRITORIAL Y TRANSECTORIALIDAD
SISTEMA DE GESTIÓN
CONTROL DOCUMENTAL



LISTADO DE ASISTENCIA REUNIONES COMUNITARIAS

Código: SDS-GSS-FT-050 Versión: 4

R./ Revisado por: Andrea Picon G./ Aprobado por: María Fernanda Torres.

NACIONALIDAD	DOCUMENTO	LOCALIDAD	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO	EDAD	¿Cuál es su sexo biológico?			¿Pertenece a alguno de los siguientes grupos poblacionales?								¿Pertenece a alguno de los siguientes grupos étnicos?							FIRMA														
						Femenino	Masculino	Intersexual	No responde	Gestante	Persona con discapacidad	Victima del conflicto armado	Población LGTBQ+	Excombatiente	Persona en condición de calle	Campesino/Campesina	Persona usuaria de drogas	Ninguno	Afrodescendiente	Negra/a	Palenquera/a	Raizal	Indígena		Rom o gitano	Ninguno												
Colombia no	19072063	Kennedy	3138897860	lpacardz8@gmail.com	73	X																																
Colombia no	19349521	San Cristobal	3115249077	luis.rodriguez.g@hotmail.com	65	X																																
Colombia no	39528882	Kennedy	3138975181	stellague023@hotmail.com	61	X																																
Colombia no	52060946	San Cristobal	3102269628	luzm.avilag@hotmail.com	52	X																																
Colombia no	39528882	KENNEDY Y CENTRAL	3138975181	STELLAGUE023@HOTMAIL.COM	61	X																																
Colombia no	41527789	Rafael Uribe Uribe	3118459761	emmaromero13@yahoo.cs	73	X																																
Colombia no	41728890	Bosa	3123314694	no reporta	66	X																																



DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN INSTITUCIONAL Y CALIDAD
 SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN
 CONTROL DOCUMENTAL
 LISTADO DE ASISTENCIA REUNIONES
 Código: SDS-PYC-FT.002 V.3

Elaborado por:
Luis Carlos Martínez
 Revisado por:
Alvaro A Amado
 Aprobado por:
Sonia Luz Florez Gutierrez



Tema: Jornada de Participación MAS Bienestar Fecha: 27 de mayo 2024

Hora Inicio: 2:00 pm. Hora Fin: Lugar: Andrónico Hemocentro

No	NOMBRE	ENTIDAD O DEPENDENCIA	CARGO	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO	FIRMA
1	Diana Lora Maza	SPS / DNEFSS	Prof. Esp.	9008	dloramaza@saludcapital.gov.co	
2	Ana María Sánchez	SDS / DNEFSS	Prof. Esp.	9008	asanchez@saludcapital.gov.co	
3	Esón Andrés Triana	SDS / DNEFSS	Asesor Técnico	3114003	eatriana@saludcapital.gov.co	
4	Diana Sofía Sánchez	DEGITT Subdiale.	Asesora	4948064	dsanchez@saludcapital.gov.co	
5	Miguel José Bustamante	DRSGTIT Nale	Subdirector	8131186631	mbustamante@saludcapital.gov.co	
6	Liliana Marcela Dolzard	DRSGTIT RDO	Geóloga Ambiental	301579629	ldolzard@saludcapital.gov.co	
7	Gamilo Muñoz Henao	SDS / SPOSS	Prof. Esp.	3154941984	gmunoz@saludcapital.gov.co	
8	Priscilla Johanna Moreno	DRSGTIT	Prof. Esp.	3107302687	pmoreno@saludcapital.gov.co	
9	Edna M. Somo P.	DSC - SDS	Prof. Esp.	3168183997	esomo@saludcapital.gov.co	
10	Cavilla Giacata	DSC - SDS	Prof. Esp.	3213203316	cgiacata@saludcapital.gov.co	
11	Daniela Escano P.	DRSGTIT	Asesora	3133182232	descano@saludcapital.gov.co	
12	Carles Herrera	DRSGTIT	Subdir.	9616	cherrera@saludcapital.gov.co	
13	Pilar Chaparro	DRSGTIT	Prof. Esp.	3198164229	pchaparro@saludcapital.gov.co	
14	Ledy Johana Vargas	DRSGTIT	Asesora	3144292398	lvargas@saludcapital.gov.co	
15	Dijana Mejía	DRSGTIT	Directora (e)	9532	dmejia@saludcapital.gov.co	
16						
17						

Nota: Cuando la asistencia es menor a 10 personas solo debe firmar acta de reunión según lineamiento SDS-PYC-LN-011



Tema: Junta de coordinación mes Enero Fecha: 27 Mayo 2014.

Hora Inicio: 2:00 PM. Hora Fin: 4:00 PM. Lugar: Auditorio Hancabazo

No	NOMBRE	ENTIDAD O DEPENDENCIA	CARGO	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO	FIRMA
1	Alvaro A. Amado	Marguimenb	Coordinador	301263661	luciano@saludcapital.gov.co	[Firma]
2	Kendy Juyis	Salud Total	Ros. Ros.	3201136924	shloboaga@saludtotal.com.co	[Firma]
3	Clasda Norines D	Salud Total	Coord. Oper.	3002286861	claudia@saludtotal.com.co	[Firma]
4	Alexander Vargas	Salud Total	Coordinador	3203328802	Alexander@saludtotal.com.co	[Firma]
5	Sandra Olivos	SAC-SDS	Analista	311281514	Spolivosa@saludcapital.gov.co	[Firma]
6	Yimona A Harding M.	SDS-SETRSC	Coordinadora	3006327811	Yimona@saludcapital.gov.co	[Firma]
7	Gloria Lissette Villegas	SDS-SESSS	Coordinadora	3213741673	gluvillegas@saludcapital.gov.co	[Firma]
8	Ana María Cárdenas P	SDS - OPSGIT	Coordinadora	3123651664	amcardenas@saludcapital.gov.co	[Firma]
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						

Nota: Cuando la asistencia es menor a 10 personas solo debe firmar acta de reunión según lineamiento SDS-PYC-LN-011



DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN INSTITUCIONAL Y CALIDAD
 SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN
 CONTROL DOCUMENTAL
 LISTADO DE ASISTENCIA REUNIONES
 Código: SDS-PYC-FT.002 V.3

Elaborado por:
Luis Carlos Martínez
 Revisado por:
Alvaro A Amado
 Aprobado por:
Sonia Luz Flórez Gutiérrez



Tema: Sanada de Participación + Bieneses Fecha: 29-05-2024

Hora Inicio: 2:00pm Hora Fin: Lugar: Auditorio Hemocentro

No	NOMBRE	ENTIDAD O DEPENDENCIA	CARGO	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO	FIRMA
1	John Vanegas J.	Subred Norte	Referente Participación	304606419	referente@psasubrednorte.gov.co	
2	Luis Enrique Mora S.	Posty +	Secretaría Ejecutiva	9332	luis.mora@saludcapital.gov.co	
3	Yamirán Ortega B	OPSCA y.	Red Esp.	9333	yamirana.saludcapital.gov.co	
4	Juli Mariana Bando	OPSCA yT	Técnico O.	9333	yuliana.bando@saludcapital.gov.co	
5	Alvaro Salazar Chant	OPSCA yT	Asesoría	9087	alvaro.salazar@saludcapital.gov.co	
6	Klerna Rodríguez	OPSCA yT	Analista	9087	klerna.rodriguez@saludcapital.gov.co	
7	Andrés F. Ciro C.	OPSCA yT	Contratista	3022811824	andres.f.ciro@saludcapital.gov.co	
8	Betsy Linares Vargas	Sobred centro.	Contratista	321320086	betsy.linares@sobredcentroentorno.gov.co	
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						

Nota: Cuando la asistencia es menor a 10 personas solo debe firmar acta de reunión según lineamiento SDS-PYC-LN-011

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	GESTIÓN SOCIAL EN SALUD DIRECCIÓN DE PARTICIPACIÓN SOCIAL, GESTIÓN TERRITORIAL Y TRANSECTORIALIDAD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	ENCUESTA DE PERCEPCIÓN GESTIÓN SOCIAL EN SALUD			
	Código:	SDS-GSS-FT-048	Versión:	4
Elaborado: Equipo D. Participación Social / Revisado: Sandra Caycedo - Ana M. Cárdenas / Aprobado: María Fernanda Torres				

Estimado y estimada participante, con el objetivo de conocer sus valoraciones y sugerencias para mejorar el desarrollo de actividades realizadas por la Dirección de Participación Social de la Secretaría Distrital de Salud a su oficina, grupo u organización, le invitamos a diligenciar la siguiente encuesta:

Nombre de la actividad: Mus Bienestar Fecha: 27-05-2024
 Nombre de quien diligencia la encuesta: (opcional) Angela Heredia
 Teléfono: 3185686447 Localidad de residencia: Soatima
 Organización / Entidad a la que pertenece: Capital Salud

Por favor utilice la siguiente escala para valorar los siguientes aspectos:

E: Excelente B: Bueno R: Regular D: Deficiente

A. Aspectos a evaluar		E	B	R	D
Comunicación	El lenguaje utilizado fue claro e inclusivo con todas las poblaciones	<input type="radio"/>			
	La disposición para resolver las dudas e inquietudes presentadas fue respetuosa y adecuada		<input checked="" type="radio"/>		
Oportunidad	El tiempo dedicado fue oportuno y suficiente para el desarrollo de los temas propuestos	<input checked="" type="radio"/>			
Recursos	Herramientas usadas en la actividad (por ejemplo: presentaciones, plataforma de reuniones virtuales, espacios físicos, material didáctico, equipos de audio y/o video, entre otros)	<input checked="" type="radio"/>			
Satisfacción	Se cumplió con el objetivo de la actividad desarrollada	<input checked="" type="radio"/>			
	Nivel de satisfacción de la actividad desarrollada	<input checked="" type="radio"/>			
	La información compartida fue útil y pertinente para resolver las inquietudes y necesidades	<input checked="" type="radio"/>			
Calidad	Dominio, claridad y manejo del tema por parte del expositor	<input checked="" type="radio"/>			
	Organización, planificación y cumplimiento del orden del día	<input checked="" type="radio"/>			
	La convocatoria clara, oportuna y utilizó diferentes medios.	<input checked="" type="radio"/>			

¿Recomendaría a otra persona las actividades de Participación Social en Salud?



Si Tal vez No

¿Este espacio se utilizó con el propósito para el que se citó? Sí No

Si su respuesta fue NO, por favor explique: _____

Comentarios adicionales, mencione los aspectos que considere se deben tener en cuenta para futuros eventos y actividades.

¡Gracias por su participación!

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	GESTIÓN SOCIAL EN SALUD DIRECCIÓN DE PARTICIPACIÓN SOCIAL, GESTIÓN TERRITORIAL Y TRANSECTORIALIDAD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	ENCUESTA DE PERCEPCIÓN GESTIÓN SOCIAL EN SALUD			
	Código:	SDS-GSS-FT-048	Versión:	4
Elaborado: Equipo D. Participación Social / Revisado: Sandra Caycedo - Ana M. Cárdenas / Aprobado: María Fernanda Torres				

Estimado y estimada participante, con el objetivo de conocer sus valoraciones y sugerencias para mejorar el desarrollo de actividades realizadas por la Dirección de Participación Social de la Secretaría Distrital de Salud a su oficina, grupo u organización, le invitamos a diligenciar la siguiente encuesta:

Nombre de la actividad: Jornadas Más Bienestar. Fecha: 27-05-2024.
 Nombre de quien diligencia la encuesta: (opcional) Mery Avila.
 Teléfono: 3102269628. Localidad de residencia: _____
 Organización / Entidad a la que pertenece: _____

Por favor utilice la siguiente escala para valorar los siguientes aspectos:

E: Excelente B: Bueno R: Regular D: Deficiente

A. Aspectos a evaluar		E	B	R	D
Comunicación	El lenguaje utilizado fue claro e inclusivo con todas las poblaciones		X		
	La disposición para resolver las dudas e inquietudes presentadas fue respetuosa y adecuada		X		
Oportunidad	El tiempo dedicado fue oportuno y suficiente para el desarrollo de los temas propuestos		X		
Recursos	Herramientas usadas en la actividad (por ejemplo: presentaciones, plataforma de reuniones virtuales, espacios físicos, material didáctico, equipos de audio y/o video, entre otros)		X		
Satisfacción	Se cumplió con el objetivo de la actividad desarrollada		X		
	Nivel de satisfacción de la actividad desarrollada		X		
	La información compartida fue útil y pertinente para resolver las inquietudes y necesidades		X		
Calidad	Dominio, claridad y manejo del tema por parte del expositor		X		
	Organización, planificación y cumplimiento del orden del día		X		
	La convocatoria clara, oportuna y utilizó diferentes medios.		X		

¿Recomendaría a otra persona las actividades de Participación Social en Salud?

Si X Tal vez _____ No _____



¿Este espacio se utilizó con el propósito para el que se citó? Sí X No _____

Si su respuesta fue NO, por favor explique: _____

Comentarios adicionales, mencione los aspectos que considere se deben tener en cuenta para futuros eventos y actividades.

Mi expectativa es que nos acompañe el señor. Secretario de Salud, Gerson Bermoth. Gracias

¡Gracias por su participación!

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	GESTIÓN SOCIAL EN SALUD DIRECCIÓN DE PARTICIPACIÓN SOCIAL, GESTIÓN TERRITORIAL Y TRANSECTORIALIDAD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	ENCUESTA DE PERCEPCIÓN GESTIÓN SOCIAL EN SALUD			
	Código:	SDS-GSS-FT-048	Versión:	
Elaborado: Equipo D. Participación Social / Revisado: Sandra Caycedo - Ana M. Cárdenas / Aprobado: María Fernanda Torres				

Estimado y estimada participante, con el objetivo de conocer sus valoraciones y sugerencias para mejorar el desarrollo de actividades realizadas por la Dirección de Participación Social de la Secretaría Distrital de Salud a su oficina, grupo u organización, le invitamos a diligenciar la siguiente encuesta:

Nombre de la actividad: Jornadas Mas Bienestar Fecha: 27/05/2014
 Nombre de quien diligencia la encuesta: (opcional) Aura Pilar Rincón Barrera
 Teléfono: 3204149358 Localidad de residencia: Ponferrada
 Organización / Entidad a la que pertenece: _____

Por favor utilice la siguiente escala para valorar los siguientes aspectos:

E: Excelente B: Bueno R: Regular D: Deficiente

A. Aspectos a evaluar		E	B	R	D
Comunicación	El lenguaje utilizado fue claro e inclusivo con todas las poblaciones		X		
	La disposición para resolver las dudas e inquietudes presentadas fue respetuosa y adecuada		X		
Oportunidad	El tiempo dedicado fue oportuno y suficiente para el desarrollo de los temas propuestos		X		
Recursos	Herramientas usadas en la actividad (por ejemplo: presentaciones, plataforma de reuniones virtuales, espacios físicos, material didáctico, equipos de audio y/o video, entre otros)		X		
Satisfacción	Se cumplió con el objetivo de la actividad desarrollada		X		
	Nivel de satisfacción de la actividad desarrollada		X		
	La información compartida fue útil y pertinente para resolver las inquietudes y necesidades		X		
Calidad	Dominio, claridad y manejo del tema por parte del expositor		X		
	Organización, planificación y cumplimiento del orden del día		X		
	La convocatoria clara, oportuna y utilizó diferentes medios.		X		

¿Recomendaría a otra persona las actividades de Participación Social en Salud?


Si X Tal vez _____ No _____

¿Este espacio se utilizó con el propósito para el que se citó? Sí X No _____

Si su respuesta fue NO, por favor explique: _____

Comentarios adicionales, mencione los aspectos que considere se deben tener en cuenta para futuros eventos y actividades.

¡Gracias por su participación!

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	GESTIÓN SOCIAL EN SALUD DIRECCIÓN DE PARTICIPACIÓN SOCIAL, GESTIÓN TERRITORIAL Y TRANSECTORIALIDAD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	ENCUESTA DE PERCEPCIÓN GESTIÓN SOCIAL EN SALUD			
	Código:	SDS-GSS-FT-048	Versión:	

Elaborado: Equipo D. Participación Social / Revisado: Sandra Caycedo - Ana M. Cárdenas / Aprobado: María Fernanda Torres

Estimado y estimada participante, con el objetivo de conocer sus valoraciones y sugerencias para mejorar el desarrollo de actividades realizadas por la Dirección de Participación Social de la Secretaría Distrital de Salud a su oficina, grupo u organización, le invitamos a diligenciar la siguiente encuesta:

Nombre de la actividad: Bienestar y Salud Fecha: Mayo 27/24
 Nombre de quien diligencia la encuesta: (opcional) Luis Alfonso Castro
 Teléfono: 3012424981 Localidad de residencia: Engativa
 Organización / Entidad a la que pertenece: Salud Total

Por favor utilice la siguiente escala para valorar los siguientes aspectos:

E: Excelente B: Bueno R: Regular D: Deficiente

A. Aspectos a evaluar		E	B	R	D
Comunicación	El lenguaje utilizado fue claro e inclusivo con todas las poblaciones				
	La disposición para resolver las dudas e inquietudes presentadas fue respetuosa y adecuada		✓		
Oportunidad	El tiempo dedicado fue oportuno y suficiente para el desarrollo de los temas propuestos		✓		
Recursos	Herramientas usadas en la actividad (por ejemplo: presentaciones, plataforma de reuniones virtuales, espacios físicos, material didáctico, equipos de audio y/o video, entre otros)		✓		
Satisfacción	Se cumplió con el objetivo de la actividad desarrollada		✓		
	Nivel de satisfacción de la actividad desarrollada		✓		
	La información compartida fue útil y pertinente para resolver las inquietudes y necesidades		✓		
Calidad	Dominio, claridad y manejo del tema por parte del expositor		✓		
	Organización, planificación y cumplimiento del orden del día		✓		
	La convocatoria clara, oportuna y utilizó diferentes medios.		✓		

¿Recomendaría a otra persona las actividades de Participación Social en Salud?



Si Tal vez No

¿Este espacio se utilizó con el propósito para el que se citó? Sí No

Si su respuesta fue NO, por favor explique: _____

Comentarios adicionales, mencione los aspectos que considere se deben tener en cuenta para futuros eventos y actividades.

¡Gracias por su participación!

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	GESTIÓN SOCIAL EN SALUD DIRECCIÓN DE PARTICIPACIÓN SOCIAL, GESTIÓN TERRITORIAL Y TRANSECTORIALIDAD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	ENCUESTA DE PERCEPCIÓN GESTIÓN SOCIAL EN SALUD			
	Código:	SDS-GSS-FT-048	Versión:	

Elaborado: Equipo D. Participación Social / Revisado: Sandra Caycedo - Ana M. Cárdenas / Aprobado: María Fernanda Torres

Estimado y estimada participante, con el objetivo de conocer sus valoraciones y sugerencias para mejorar el desarrollo de actividades realizadas por la Dirección de Participación Social de la Secretaría Distrital de Salud a su oficina, grupo u organización, le invitamos a diligenciar la siguiente encuesta:

Nombre de la actividad: MARIA NELLY LADINO Fecha: 27 05 2024
 Nombre de quien diligencia la encuesta: (opcional) CAROLINA CALDERON
 Teléfono: _____ Localidad de residencia: BOSA
 Organización / Entidad a la que pertenece: _____

Por favor utilice la siguiente escala para valorar los siguientes aspectos:

E: Excelente B: Bueno R: Regular D: Deficiente

A. Aspectos a evaluar		E	B	R	D
Comunicación	El lenguaje utilizado fue claro e inclusivo con todas las poblaciones	✓			
	La disposición para resolver las dudas e inquietudes presentadas fue respetuosa y adecuada	✓			
Oportunidad	El tiempo dedicado fue oportuno y suficiente para el desarrollo de los temas propuestos	✓			
Recursos	Herramientas usadas en la actividad (por ejemplo: presentaciones, plataforma de reuniones virtuales, espacios físicos, material didáctico, equipos de audio y/o video, entre otros)	✓			
Satisfacción	Se cumplió con el objetivo de la actividad desarrollada	✓			
	Nivel de satisfacción de la actividad desarrollada	✓			
	La información compartida fue útil y pertinente para resolver las inquietudes y necesidades	✓			
Calidad	Dominio, claridad y manejo del tema por parte del expositor	✓			
	Organización, planificación y cumplimiento del orden del día	✓			
	La convocatoria clara, oportuna y utilizó diferentes medios.	✓			

¿Recomendaría a otra persona las actividades de Participación Social en Salud?



Si Tal vez _____ No _____

¿Este espacio se utilizó con el propósito para el que se citó? Sí No _____

Si su respuesta fue NO, por favor explique: _____

Comentarios adicionales, mencione los aspectos que considere se deben tener en cuenta para futuros eventos y actividades.

¡Gracias por su participación!

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	GESTIÓN SOCIAL EN SALUD DIRECCIÓN DE PARTICIPACIÓN SOCIAL, GESTIÓN TERRITORIAL Y TRANSECTORIALIDAD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	ENCUESTA DE PERCEPCIÓN GESTIÓN SOCIAL EN SALUD			
	Código:	SDS-GSS-FT-048	Versión:	

Elaborado: Equipo D. Participación Social / Revisado: Sandra Caycedo - Ana M. Cárdenas / Aprobado: María Fernanda Torres

Estimado y estimada participante, con el objetivo de conocer sus valoraciones y sugerencias para mejorar el desarrollo de actividades realizadas por la Dirección de Participación Social de la Secretaría Distrital de Salud a su oficina, grupo u organización, le invitamos a diligenciar la siguiente encuesta:

Nombre de la actividad: JORNADA DE SENSIBILIZACIÓN Fecha: 27.5.24
 Nombre de quien diligencia la encuesta: (opcional) _____
 Teléfono: _____ Localidad de residencia: _____
 Organización / Entidad a la que pertenece: SALUD TOTAL

Por favor utilice la siguiente escala para valorar los siguientes aspectos:

E: Excelente B: Bueno R: Regular D: Deficiente

A. Aspectos a evaluar		E	B	R	D
Comunicación	El lenguaje utilizado fue claro e inclusivo con todas las poblaciones		X		
	La disposición para resolver las dudas e inquietudes presentadas fue respetuosa y adecuada		X		
Oportunidad	El tiempo dedicado fue oportuno y suficiente para el desarrollo de los temas propuestos <u>FAITO</u>			X	
Recursos	Herramientas usadas en la actividad (por ejemplo: presentaciones, plataforma de reuniones virtuales, espacios físicos, material didáctico, equipos de audio y/o video, entre otros)		X		
Satisfacción	Se cumplió con el objetivo de la actividad desarrollada		X		
	Nivel de satisfacción de la actividad desarrollada		X		
	La información compartida fue útil y pertinente para resolver las inquietudes y necesidades	X			
Calidad	Dominio, claridad y manejo del tema por parte del expositor		X		
	Organización, planificación y cumplimiento del orden del día	X			
	La convocatoria clara, oportuna y utilizó diferentes medios.		X		

¿Recomendaría a otra persona las actividades de Participación Social en Salud?

Si _____ Tal vez _____ No _____



¿Este espacio se utilizó con el propósito para el que se citó? Sí X No _____

Si su respuesta fue NO, por favor explique: _____

Comentarios adicionales, mencione los aspectos que considere se deben tener en cuenta para futuros eventos y actividades.

MAS ORDEN EN INTERVENCIONES

¡Gracias por su participación!

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	GESTIÓN SOCIAL EN SALUD DIRECCIÓN DE PARTICIPACIÓN SOCIAL, GESTIÓN TERRITORIAL Y TRANSECTORIALIDAD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	ENCUESTA DE PERCEPCIÓN GESTIÓN SOCIAL EN SALUD			
	Código:	SDS-GSS-FT-048	Versión:	4
Elaborado: Equipo D. Participación Social / Revisado: Sandra Caycedo - Ana M. Cárdenas / Aprobado: María Fernanda Torres				

Estimado y estimada participante, con el objetivo de conocer sus valoraciones y sugerencias para mejorar el desarrollo de actividades realizadas por la Dirección de Participación Social de la Secretaría Distrital de Salud a su oficina, grupo u organización, le invitamos a diligenciar la siguiente encuesta:

Nombre de la actividad: MESA 4 MODELO. Fecha: 05-27-24
 Nombre de quien diligencia la encuesta: (opcional) _____
 Teléfono: 311249023 Localidad de residencia: 4
 Organización / Entidad a la que pertenece: ASO LA VICTORIA

Por favor utilice la siguiente escala para valorar los siguientes aspectos:

E: Excelente B: Bueno R: Regular D: Deficiente

A. Aspectos a evaluar		E	B	R	D
Comunicación	El lenguaje utilizado fue claro e inclusivo con todas las poblaciones	X			
	La disposición para resolver las dudas e inquietudes presentadas fue respetuosa y adecuada	X			
Oportunidad	El tiempo dedicado fue oportuno y suficiente para el desarrollo de los temas propuestos	X			
Recursos	Herramientas usadas en la actividad (por ejemplo: presentaciones, plataforma de reuniones virtuales, espacios físicos, material didáctico, equipos de audio y/o video, entre otros)	X			
Satisfacción	Se cumplió con el objetivo de la actividad desarrollada	X			
	Nivel de satisfacción de la actividad desarrollada				
Calidad	La información compartida fue útil y pertinente para resolver las inquietudes y necesidades	X			
	Dominio, claridad y manejo del tema por parte del expositor	X			
	Organización, planificación y cumplimiento del orden del día	X			
	La convocatoria clara, oportuna y utilizó diferentes medios.	X			

¿Recomendaría a otra persona las actividades de Participación Social en Salud?

Si X Tal vez _____ No _____



¿Este espacio se utilizó con el propósito para el que se citó? Sí X No _____

Si su respuesta fue NO, por favor explique: SI

Comentarios adicionales, mencione los aspectos que considere se deben tener en cuenta para futuros eventos y actividades.

MUCHAS GRACIAS TODOS UNOS LAS INFORMARÉ PRO LA PARTICIPACIÓN

¡Gracias por su participación!

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	GESTIÓN SOCIAL EN SALUD DIRECCIÓN DE PARTICIPACIÓN SOCIAL, GESTIÓN TERRITORIAL Y TRANSECTORIALIDAD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	ENCUESTA DE PERCEPCIÓN GESTIÓN SOCIAL EN SALUD			
	Código:	SDS-GSS-FT-048	Versión:	4
Elaborado: Equipo D. Participación Social / Revisado: Sandra Caycedo - Ana M. Cárdenas / Aprobado: María Fernanda Torres				

Estimado y estimada participante, con el objetivo de conocer sus valoraciones y sugerencias para mejorar el desarrollo de actividades realizadas por la Dirección de Participación Social de la Secretaría Distrital de Salud a su oficina, grupo u organización, le invitamos a diligenciar la siguiente encuesta:

Nombre de la actividad: MESA 4 - Modelo Fecha: 27-05-2024
 Nombre de quien diligencia la encuesta: (opcional) YESID EDILBERTO GARCIA HERRERA
 Teléfono: 3054246025 Localidad de residencia: KENNEDY
 Organización / Entidad a la que pertenece: SURA Asociación de Usuarios

Por favor utilice la siguiente escala para valorar los siguientes aspectos:

E: Excelente B: Bueno R: Regular D: Deficiente

A. Aspectos a evaluar		E	B	R	D
Comunicación	El lenguaje utilizado fue claro e inclusivo con todas las poblaciones	X			
	La disposición para resolver las dudas e inquietudes presentadas fue respetuosa y adecuada	X			
Oportunidad	El tiempo dedicado fue oportuno y suficiente para el desarrollo de los temas propuestos	X			
Recursos	Herramientas usadas en la actividad (por ejemplo: presentaciones, plataforma de reuniones virtuales, espacios físicos, material didáctico, equipos de audio y/o video, entre otros)	X			
Satisfacción	Se cumplió con el objetivo de la actividad desarrollada	X			
	Nivel de satisfacción de la actividad desarrollada	X			
	La información compartida fue útil y pertinente para resolver las inquietudes y necesidades	X			
Calidad	Dominio, claridad y manejo del tema por parte del expositor	X			
	Organización, planificación y cumplimiento del orden del día	X			
	La convocatoria clara, oportuna y utilizó diferentes medios.	X			

¿Recomendaría a otra persona las actividades de Participación Social en Salud?

Si X Tal vez _____ No _____



¿Este espacio se utilizó con el propósito para el que se citó? Si X No _____

Si su respuesta fue NO, por favor explique: _____

Comentarios adicionales, mencione los aspectos que considere se deben tener en cuenta para futuros eventos y actividades.

proponer la creación de un grupo de whatsapp para continuar en contacto. Gracias

¡Gracias por su participación!

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	GESTIÓN SOCIAL EN SALUD DIRECCIÓN DE PARTICIPACIÓN SOCIAL, GESTIÓN TERRITORIAL Y TRANSECTORIALIDAD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL				
	ENCUESTA DE PERCEPCIÓN GESTIÓN SOCIAL EN SALUD				
	Código:	SDS-GSS-FT-048	Versión:	4	
Elaborado: Equipo D. Participación Social / Revisado: Sandra Caycedo - Ana M. Cárdenas / Aprobado: María Fernanda Torres					

Estimado y estimada participante, con el objetivo de conocer sus valoraciones y sugerencias para mejorar el desarrollo de actividades realizadas por la Dirección de Participación Social de la Secretaría Distrital de Salud a su oficina, grupo u organización, le invitamos a diligenciar la siguiente encuesta:

Nombre de la actividad: Mesa 4 Modelo Fecha: 27/05/2024
 Nombre de quien diligencia la encuesta: (opcional) Consuelo Lora
 Teléfono: 3117104620 Localidad de residencia: Puente Aranda
 Organización / Entidad a la que pertenece: Asociación Capital

Por favor utilice la siguiente escala para valorar los siguientes aspectos:

E: Excelente B: Bueno R: Regular D: Deficiente

A. Aspectos a evaluar		E	B	R	D
Comunicación	El lenguaje utilizado fue claro e inclusivo con todas las poblaciones	X			
	La disposición para resolver las dudas e inquietudes presentadas fue respetuosa y adecuada	X			
Oportunidad	El tiempo dedicado fue oportuno y suficiente para el desarrollo de los temas propuestos	X			
Recursos	Herramientas usadas en la actividad (por ejemplo: presentaciones, plataforma de reuniones virtuales, espacios físicos, material didáctico, equipos de audio y/o video, entre otros)	R			
Satisfacción	Se cumplió con el objetivo de la actividad desarrollada	X			
	Nivel de satisfacción de la actividad desarrollada	X			
	La información compartida fue útil y pertinente para resolver las inquietudes y necesidades	X			
Calidad	Dominio, claridad y manejo del tema por parte del expositor	X			
	Organización, planificación y cumplimiento del orden del día	X			
	La convocatoria clara, oportuna y utilizó diferentes medios.	X			

¿Recomendaría a otra persona las actividades de Participación Social en Salud?

Si X Tal vez _____ No _____

¿Este espacio se utilizó con el propósito para el que se citó? Si X No _____

Si su respuesta fue NO, por favor explique: _____

Comentarios adicionales, mencione los aspectos que considere se deben tener en cuenta para futuros eventos y actividades.

Consuelo Lora

¡Gracias por su participación!

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	GESTIÓN SOCIAL EN SALUD DIRECCIÓN DE PARTICIPACIÓN SOCIAL, GESTIÓN TERRITORIAL Y TRANSECTORIALIDAD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	ENCUESTA DE PERCEPCIÓN GESTIÓN SOCIAL EN SALUD			
	Código:	SDS-GSS-FT-048	Versión:	4
Elaborado: Equipo D. Participación Social / Revisado: Sandra Caycedo - Ana M. Cárdenas / Aprobado: María Fernanda Torres				

Estimado y estimada participante, con el objetivo de conocer sus valoraciones y sugerencias para mejorar el desarrollo de actividades realizadas por la Dirección de Participación Social de la Secretaría Distrital de Salud a su oficina, grupo u organización, le invitamos a diligenciar la siguiente encuesta:

Nombre de la actividad: Jornada por Bienestar Mental Fecha: Mayo 2023
 Nombre de quien diligencia la encuesta: (opcional) Reginaldo Cifuentes Vesme
 Teléfono: 3203304649 Localidad de residencia: Regency
 Organización / Entidad a la que pertenece: ADOMedical

Por favor utilice la siguiente escala para valorar los siguientes aspectos:

E: Excelente B: Bueno R: Regular D: Deficiente

A. Aspectos a evaluar		E	B	R	D
Comunicación	El lenguaje utilizado fue claro e inclusivo con todas las poblaciones	X			
	La disposición para resolver las dudas e inquietudes presentadas fue respetuosa y adecuada		X		
Oportunidad	El tiempo dedicado fue oportuno y suficiente para el desarrollo de los temas propuestos	X			
Recursos	Herramientas usadas en la actividad (por ejemplo: presentaciones, plataforma de reuniones virtuales, espacios físicos, material didáctico, equipos de audio y/o video, entre otros)	X			
Satisfacción	Se cumplió con el objetivo de la actividad desarrollada	X			
	Nivel de satisfacción de la actividad desarrollada	X			
	La información compartida fue útil y pertinente para resolver las inquietudes y necesidades	X			
Calidad	Dominio, claridad y manejo del tema por parte del expositor	X			
	Organización, planificación y cumplimiento del orden del día	X			
	La convocatoria clara, oportuna y utilizó diferentes medios.	X			

¿Recomendaría a otra persona las actividades de Participación Social en Salud?

Si X Tal vez _____ No _____


¿Este espacio se utilizó con el propósito para el que se citó? Sí X No _____

Si su respuesta fue NO, por favor explique: _____

Comentarios adicionales, mencione los aspectos que considere se deben tener en cuenta para futuros eventos y actividades.

Buscar involucrar a población juvenil.

¡Gracias por su participación!

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	GESTIÓN SOCIAL EN SALUD DIRECCIÓN DE PARTICIPACIÓN SOCIAL, GESTIÓN TERRITORIAL Y TRANSECTORIALIDAD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	ENCUESTA DE PERCEPCIÓN GESTIÓN SOCIAL EN SALUD			
	Código:	SDS-GSS-FT-048	Versión:	

Elaborado: Equipo D. Participación Social / Revisado: Sandra Caycedo - Ana M. Cárdenas / Aprobado: María Fernanda Torres

Estimado y estimada participante, con el objetivo de conocer sus valoraciones y sugerencias para mejorar el desarrollo de actividades realizadas por la Dirección de Participación Social de la Secretaría Distrital de Salud a su oficina, grupo u organización, le invitamos a diligenciar la siguiente encuesta:

Nombre de la actividad: Mesas de trabajo Plus buenas Fecha: Mayo 27/2024
 Nombre de quien diligencia la encuesta: (opcional) Nelson Carillo Cely
 Teléfono: 312 310 8447 Localidad de residencia: Fina Boza
 Organización / Entidad a la que pertenece: Fiscal Distrital Asociación de Usuarios Capital Salud

Por favor utilice la siguiente escala para valorar los siguientes aspectos:

E: Excelente B: Bueno R: Regular D: Deficiente

A. Aspectos a evaluar		E	B	R	D
Comunicación	El lenguaje utilizado fue claro e inclusivo con todas las poblaciones	<input checked="" type="checkbox"/>			
	La disposición para resolver las dudas e inquietudes presentadas fue respetuosa y adecuada	<input checked="" type="checkbox"/>			
Oportunidad	El tiempo dedicado fue oportuno y suficiente para el desarrollo de los temas propuestos	<input checked="" type="checkbox"/>			
Recursos	Herramientas usadas en la actividad (por ejemplo: presentaciones, plataforma de reuniones virtuales, espacios físicos, material didáctico, equipos de audio y/o video, entre otros)	<input checked="" type="checkbox"/>			
Satisfacción	Se cumplió con el objetivo de la actividad desarrollada	<input checked="" type="checkbox"/>			
	Nivel de satisfacción de la actividad desarrollada	<input checked="" type="checkbox"/>			
	La información compartida fue útil y pertinente para resolver las inquietudes y necesidades	<input checked="" type="checkbox"/>			
Calidad	Dominio, claridad y manejo del tema por parte del expositor	<input checked="" type="checkbox"/>			
	Organización, planificación y cumplimiento del orden del día	<input checked="" type="checkbox"/>			
	La convocatoria clara, oportuna y utilizó diferentes medios.	<input checked="" type="checkbox"/>			

¿Recomendaría a otra persona las actividades de Participación Social en Salud?

Si Tal vez _____ No _____


¿Este espacio se utilizó con el propósito para el que se citó? Si No _____

Si su respuesta fue NO, por favor explique: _____

Comentarios adicionales, mencione los aspectos que considere se deben tener en cuenta para futuros eventos y actividades.

excelente recibir a todos a todos los miembros y secretaría de salud

¡Gracias por su participación!

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	GESTIÓN SOCIAL EN SALUD DIRECCIÓN DE PARTICIPACIÓN SOCIAL, GESTIÓN TERRITORIAL Y TRANSECTORIALIDAD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	ENCUESTA DE PERCEPCIÓN GESTIÓN SOCIAL EN SALUD			
	Código:	SDS-GSS-FT-048	Versión:	4
Elaborado: Equipo D. Participación Social / Revisado: Sandra Caycedo - Ana M. Cárdenas / Aprobado: María Fernanda Torres				

Estimado y estimada participante, con el objetivo de conocer sus valoraciones y sugerencias para mejorar el desarrollo de actividades realizadas por la Dirección de Participación Social de la Secretaría Distrital de Salud a su oficina, grupo u organización, le invitamos a diligenciar la siguiente encuesta:

Nombre de la actividad: 1º Encuentro Mas Bienestar Fecha: 27 Mayo 2024
 Nombre de quien diligencia la encuesta: (opcional) 1
 Teléfono: 3042016419 Localidad de residencia: Engativá
 Organización / Entidad a la que pertenece: Sibred Norte J

Por favor utilice la siguiente escala para valorar los siguientes aspectos:

E: Excelente B: Bueno R: Regular D: Deficiente

A. Aspectos a evaluar		E	B	R	D
Comunicación	El lenguaje utilizado fue claro e inclusivo con todas las poblaciones	✓			
	La disposición para resolver las dudas e inquietudes presentadas fue respetuosa y adecuada	✓			
Oportunidad	El tiempo dedicado fue oportuno y suficiente para el desarrollo de los temas propuestos	✓			
Recursos	Herramientas usadas en la actividad (por ejemplo: presentaciones, plataforma de reuniones virtuales, espacios físicos, material didáctico, equipos de audio y/o video, entre otros)	✓			
Satisfacción	Se cumplió con el objetivo de la actividad desarrollada	✓			
	Nivel de satisfacción de la actividad desarrollada	✓			
	La información compartida fue útil y pertinente para resolver las inquietudes y necesidades	✓			
Calidad	Dominio, claridad y manejo del tema por parte del expositor	✓			
	Organización, planificación y cumplimiento del orden del día	✓			
	La convocatoria clara, oportuna y utilizó diferentes medios.	✓			

¿Recomendaría a otra persona las actividades de Participación Social en Salud?



Si Tal vez No

¿Este espacio se utilizó con el propósito para el que se citó? Sí No

Si su respuesta fue NO, por favor explique: _____

Comentarios adicionales, mencione los aspectos que considere se deben tener en cuenta para futuros eventos y actividades.

¡Gracias por su participación!

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	GESTIÓN SOCIAL EN SALUD DIRECCIÓN DE PARTICIPACIÓN SOCIAL, GESTIÓN TERRITORIAL Y TRANSECTORIALIDAD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	ENCUESTA DE PERCEPCIÓN GESTIÓN SOCIAL EN SALUD			
	Código:	SDS-GSS-FT-048	Versión:	4
Elaborado: Equipo D. Participación Social / Revisado: Sandra Caycedo - Ana M. Cárdenas / Aprobado: María Fernanda Torres				

Estimado y estimada participante, con el objetivo de conocer sus valoraciones y sugerencias para mejorar el desarrollo de actividades realizadas por la Dirección de Participación Social de la Secretaría Distrital de Salud a su oficina, grupo u organización, le invitamos a diligenciar la siguiente encuesta:

Nombre de la actividad: Jornadas de Más Bienestar Fecha: 27/05/2025
 Nombre de quien diligencia la encuesta: (opcional) Edna M. Forero Maud
 Teléfono: 90381 Localidad de residencia: Fontibón
 Organización / Entidad a la que pertenece: Sec. Salud. - Div. Servicio a la Ciudadanía

Por favor utilice la siguiente escala para valorar los siguientes aspectos:

E: Excelente B: Bueno R: Regular D: Deficiente

A. Aspectos a evaluar		E	B	R	D
Comunicación	El lenguaje utilizado fue claro e inclusivo con todas las poblaciones	✓			
	La disposición para resolver las dudas e inquietudes presentadas fue respetuosa y adecuada	✓			
Oportunidad	El tiempo dedicado fue oportuno y suficiente para el desarrollo de los temas propuestos	✓			
Recursos	Herramientas usadas en la actividad (por ejemplo: presentaciones, plataforma de reuniones virtuales, espacios físicos, material didáctico, equipos de audio y/o video, entre otros)	✓			
Satisfacción	Se cumplió con el objetivo de la actividad desarrollada	✓			
	Nivel de satisfacción de la actividad desarrollada	✓			
	La información compartida fue útil y pertinente para resolver las inquietudes y necesidades	✓			
Calidad	Dominio, claridad y manejo del tema por parte del expositor	✓			
	Organización, planificación y cumplimiento del orden del día	✓			
	La convocatoria clara, oportuna y utilizó diferentes medios.	✓			

¿Recomendaría a otra persona las actividades de Participación Social en Salud?



Si ✓ Tal vez _____ No _____

¿Este espacio se utilizó con el propósito para el que se citó? Sí ✓ No _____

Si su respuesta fue NO, por favor explique: _____

Comentarios adicionales, mencione los aspectos que considere se deben tener en cuenta para futuros eventos y actividades.

¡Gracias por su participación!

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	GESTIÓN SOCIAL EN SALUD DIRECCIÓN DE PARTICIPACIÓN SOCIAL, GESTIÓN TERRITORIAL Y TRANSECTORIALIDAD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	ENCUESTA DE PERCEPCIÓN GESTIÓN SOCIAL EN SALUD			
	Código:	SDS-GSS-FT-048	Versión:	4
Elaborado: Equipo D. Participación Social / Revisado: Sandra Caycedo - Ana M. Cárdenas / Aprobado: María Fernanda Torres				

Estimado y estimada participante, con el objetivo de conocer sus valoraciones y sugerencias para mejorar el desarrollo de actividades realizadas por la Dirección de Participación Social de la Secretaría Distrital de Salud a su oficina, grupo u organización, le invitamos a diligenciar la siguiente encuesta:

Nombre de la actividad: Jornada UAS Bienestar Fecha: Mayo 27/2024
 Nombre de quien diligencia la encuesta: (opcional) Isilano Carvajal
 Teléfono: 3012630907 Localidad de residencia: Usaquén
 Organización / Entidad a la que pertenece: SDS

Por favor utilice la siguiente escala para valorar los siguientes aspectos:

E: Excelente B: Bueno R: Regular D: Deficiente

A. Aspectos a evaluar		E	B	R	D
Comunicación	El lenguaje utilizado fue claro e inclusivo con todas las poblaciones	✓			
	La disposición para resolver las dudas e inquietudes presentadas fue respetuosa y adecuada	✓			
Oportunidad	El tiempo dedicado fue oportuno y suficiente para el desarrollo de los temas propuestos	✓			
Recursos	Herramientas usadas en la actividad (por ejemplo: presentaciones, plataforma de reuniones virtuales, espacios físicos, material didáctico, equipos de audio y/o video, entre otros)	✓			
Satisfacción	Se cumplió con el objetivo de la actividad desarrollada	✓			
	Nivel de satisfacción de la actividad desarrollada	✓			
	La información compartida fue útil y pertinente para resolver las inquietudes y necesidades	✓			
Calidad	Dominio, claridad y manejo del tema por parte del expositor	✓			
	Organización, planificación y cumplimiento del orden del día	✓			
	La convocatoria clara, oportuna y utilizó diferentes medios.	✓			

¿Recomendaría a otra persona las actividades de Participación Social en Salud?



Si Tal vez No

¿Este espacio se utilizó con el propósito para el que se citó? Sí No

Si su respuesta fue NO, por favor explique: _____

Comentarios adicionales, mencione los aspectos que considere se deben tener en cuenta para futuros eventos y actividades.

¡Gracias por su participación!

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	GESTIÓN SOCIAL EN SALUD DIRECCIÓN DE PARTICIPACIÓN SOCIAL, GESTIÓN TERRITORIAL Y TRANSECTORIALIDAD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	ENCUESTA DE PERCEPCIÓN GESTIÓN SOCIAL EN SALUD			
	Código:	SDS-GSS-FT-048	Versión:	4
Elaborado: Equipo D. Participación Social / Revisado: Sandra Caycedo - Ana M. Cárdenas / Aprobado: Maria Fernanda Torres				

Estimado y estimada participante, con el objetivo de conocer sus valoraciones y sugerencias para mejorar el desarrollo de actividades realizadas por la Dirección de Participación Social de la Secretaría Distrital de Salud a su oficina, grupo u organización, le invitamos a diligenciar la siguiente encuesta:

Nombre de la actividad: Jornada más bienestar bloque 4 Fecha: 27/05/24
 Nombre de quien diligencia la encuesta: (opcional) Yolanda Lora
 Teléfono: ext 9000 Localidad de residencia: Puente Aranda
 Organización / Entidad a la que pertenece: SOS

Por favor utilice la siguiente escala para valorar los siguientes aspectos:

E: Excelente B: Bueno R: Regular D: Deficiente

A. Aspectos a evaluar		E	B	R	D
Comunicación	El lenguaje utilizado fue claro e inclusivo con todas las poblaciones	X			
	La disposición para resolver las dudas e inquietudes presentadas fue respetuosa y adecuada	X			
Oportunidad	El tiempo dedicado fue oportuno y suficiente para el desarrollo de los temas propuestos			X	
Recursos	Herramientas usadas en la actividad (por ejemplo: presentaciones, plataforma de reuniones virtuales, espacios físicos, material didáctico, equipos de audio y/o video, entre otros)		X		
Satisfacción	Se cumplió con el objetivo de la actividad desarrollada	X			
	Nivel de satisfacción de la actividad desarrollada	X			
	La información compartida fue útil y pertinente para resolver las inquietudes y necesidades	X			
Calidad	Dominio, claridad y manejo del tema por parte del expositor	X			
	Organización, planificación y cumplimiento del orden del día	X			
	La convocatoria clara, oportuna y utilizó diferentes medios.	X			

¿Recomendaría a otra persona las actividades de Participación Social en Salud?

Si X Tal vez _____ No _____



¿Este espacio se utilizó con el propósito para el que se citó? Si X No _____

Si su respuesta fue NO, por favor explique: _____

Comentarios adicionales, mencione los aspectos que considere se deben tener en cuenta para futuros eventos y actividades.

Contar con más participación de asociaciones de usuarios del régimen contributivo.

¡Gracias por su participación!

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	GESTIÓN SOCIAL EN SALUD DIRECCIÓN DE PARTICIPACIÓN SOCIAL, GESTIÓN TERRITORIAL Y TRANSECTORIALIDAD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	ENCUESTA DE PERCEPCIÓN GESTIÓN SOCIAL EN SALUD			
	Código:	SDS-GSS-FT-048	Versión:	

Elaborado: Equipo D. Participación Social / Revisado: Sandra Caycedo - Ana M. Cárdenas / Aprobado: María Fernanda Torres

Estimado y estimada participante, con el objetivo de conocer sus valoraciones y sugerencias para mejorar el desarrollo de actividades realizadas por la Dirección de Participación Social de la Secretaría Distrital de Salud a su oficina, grupo u organización, le invitamos a diligenciar la siguiente encuesta:

Nombre de la actividad: JORNADA MAJ BIENESTAR - BUQUE 1 Fecha: 27-05/2024
 Nombre de quien diligencia la encuesta: (opcional) Diana Salazar
 Teléfono: 3016630189 Localidad de residencia: KENFEOY
 Organización / Entidad a la que pertenece: SDS

Por favor utilice la siguiente escala para valorar los siguientes aspectos:

E: Excelente B: Bueno R: Regular D: Deficiente

A. Aspectos a evaluar		E	B	R	D
Comunicación	El lenguaje utilizado fue claro e inclusivo con todas las poblaciones	X			
	La disposición para resolver las dudas e inquietudes presentadas fue respetuosa y adecuada	X			
Oportunidad	El tiempo dedicado fue oportuno y suficiente para el desarrollo de los temas propuestos		X		
Recursos	Herramientas usadas en la actividad (por ejemplo: presentaciones, plataforma de reuniones virtuales, espacios físicos, material didáctico, equipos de audio y/o video, entre otros)	X			
Satisfacción	Se cumplió con el objetivo de la actividad desarrollada	X			
	Nivel de satisfacción de la actividad desarrollada	X			
	La información compartida fue útil y pertinente para resolver las inquietudes y necesidades	X			
Calidad	Dominio, claridad y manejo del tema por parte del expositor	X			
	Organización, planificación y cumplimiento del orden del día	X			
	La convocatoria clara, oportuna y utilizó diferentes medios.		X		

¿Recomendaría a otra persona las actividades de Participación Social en Salud?

Si X Tal vez _____ No _____

¿Este espacio se utilizó con el propósito para el que se citó? Sí X No _____

Si su respuesta fue NO, por favor explique: _____

Comentarios adicionales, mencione los aspectos que considere se deben tener en cuenta para futuros eventos y actividades.

¡Gracias por su participación!

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD</p>	<p>GESTIÓN SOCIAL EN SALUD DIRECCIÓN DE PARTICIPACIÓN SOCIAL, GESTIÓN TERRITORIAL Y TRANSECTORIALIDAD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL</p>			
	ENCUESTA DE PERCEPCIÓN GESTIÓN SOCIAL EN SALUD			
	Código:	SDS-GSS-FT-048	Versión:	

Elaborado: Equipo D. Participación Social / Revisado: Sandra Caycedo - Ana M. Cárdenas / Aprobado: María Fernanda Torres

Estimado y estimada participante, con el objetivo de conocer sus valoraciones y sugerencias para mejorar el desarrollo de actividades realizadas por la Dirección de Participación Social de la Secretaría Distrital de Salud a su oficina, grupo u organización, le invitamos a diligenciar la siguiente encuesta:

Nombre de la actividad: Asamblea más Bienestar Fecha: 27-05-2024
 Nombre de quien diligencia la encuesta: (opcional) Edher de los Angeles Galindo
 Teléfono: 3125643638 Localidad de residencia: Primavera
 Organización / Entidad a la que pertenece: Asociación de usuarios del nuevo EPS

Por favor utilice la siguiente escala para valorar los siguientes aspectos:

E: Excelente B: Bueno R: Regular D: Deficiente

A. Aspectos a evaluar		E	B	R	D
Comunicación	El lenguaje utilizado fue claro e inclusivo con todas las poblaciones	X			
	La disposición para resolver las dudas e inquietudes presentadas fue respetuosa y adecuada	X			
Oportunidad	El tiempo dedicado fue oportuno y suficiente para el desarrollo de los temas propuestos	X			
Recursos	Herramientas usadas en la actividad (por ejemplo: presentaciones, plataforma de reuniones virtuales, espacios físicos, material didáctico, equipos de audio y/o video, entre otros)	X			
Satisfacción	Se cumplió con el objetivo de la actividad desarrollada	X			
	Nivel de satisfacción de la actividad desarrollada	X			
	La información compartida fue útil y pertinente para resolver las inquietudes y necesidades	X			
Calidad	Dominio, claridad y manejo del tema por parte del expositor	X			
	Organización, planificación y cumplimiento del orden del día	X			
	La convocatoria clara, oportuna y utilizó diferentes medios.	X			

¿Recomendaría a otra persona las actividades de Participación Social en Salud?

Si X Tal vez _____ No _____


¿Este espacio se utilizó con el propósito para el que se citó? Si X No _____

Si su respuesta fue NO, por favor explique: _____

Comentarios adicionales, mencione los aspectos que considere se deben tener en cuenta para futuros eventos y actividades.

Excelente fue la mesa de trabajo con todos los compañeros

¡Gracias por su participación!

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	GESTIÓN SOCIAL EN SALUD DIRECCIÓN DE PARTICIPACIÓN SOCIAL, GESTIÓN TERRITORIAL Y TRANSECTORIALIDAD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	ENCUESTA DE PERCEPCIÓN GESTIÓN SOCIAL EN SALUD			
	Código:	SDS-GSS-FT-048	Versión:	4
Elaborado: Equipo D. Participación Social / Revisado: Sandra Caycedo - Ana M. Cárdenas / Aprobado: Maria Fernanda Torres				

Estimado y estimada participante, con el objetivo de conocer sus valoraciones y sugerencias para mejorar el desarrollo de actividades realizadas por la Dirección de Participación Social de la Secretaría Distrital de Salud a su oficina, grupo u organización, le invitamos a diligenciar la siguiente encuesta:

Nombre de la actividad: MEZA 1 JORNADA DE BIENESTAR Fecha: 27.05.2024
 Nombre de quien diligencia la encuesta: (opcional) Alejo Mario Barreto Diaz
 Teléfono: _____ Localidad de residencia: _____
 Organización / Entidad a la que pertenece: VIVA LA VIEJA EPS. ASOTEDENA

Por favor utilice la siguiente escala para valorar los siguientes aspectos:

E: Excelente B: Bueno R: Regular D: Deficiente

A. Aspectos a evaluar		E	B	R	D
Comunicación	El lenguaje utilizado fue claro e inclusivo con todas las poblaciones	X			
	La disposición para resolver las dudas e inquietudes presentadas fue respetuosa y adecuada	X			
Oportunidad	El tiempo dedicado fue oportuno y suficiente para el desarrollo de los temas propuestos			X	
Recursos	Herramientas usadas en la actividad (por ejemplo: presentaciones, plataforma de reuniones virtuales, espacios físicos, material didáctico, equipos de audio y/o video, entre otros)		X		
Satisfacción	Se cumplió con el objetivo de la actividad desarrollada	X			
	Nivel de satisfacción de la actividad desarrollada	X			
Calidad	La información compartida fue útil y pertinente para resolver las inquietudes y necesidades	X			
	Dominio, claridad y manejo del tema por parte del expositor			X	
	Organización, planificación y cumplimiento del orden del día			X	
	La convocatoria clara, oportuna y utilizó diferentes medios.		X		

¿Recomendaría a otra persona las actividades de Participación Social en Salud?

Si X Tal vez _____ No _____

¿Este espacio se utilizó con el propósito para el que se citó? Si _____ No _____

Si su respuesta fue NO, por favor explique: _____

Comentarios adicionales, mencione los aspectos que considere se deben tener en cuenta para futuros eventos y actividades.

FALTO TIEMPO PARA RESOLVER TODOS TEMAS FUERON LAS INQUIETUDES PORQUE SON MUY INTERESANTES

¡Gracias por su participación!