



Alcaldía de Medellín
Distrito de
Ciencia, Tecnología e Innovación

Caracterización de líderes comunitarios en salud.

Secretaría de Salud de Medellín.

* Obligatoria

OBJETIVO

El presente formulario tiene como objetivo, la caracterización de los líderes comunitarios en salud del Municipio de Medellín, mediante la recolección de algunos datos de identificación y contacto, de características poblacionales, de residencia e identificación de los espacios de participación social en salud en los cuales se encuentran vinculados. Lo anterior, con el fin de disponer de información actualizada que permita establecer el contacto permanente y la articulación en el proceso de participación social en salud de nuestro municipio.

AUTORIZACIÓN MANEJO DE DATOS PERSONALES(Copia)

Según la Ley 1581 de 2012, usted autoriza a la Secretaría de Salud el uso de la información registrada en el formulario electrónico con la finalidad de utilizar estos datos como insumo para la planeación, ejecución y procesos de los diferentes programas que desarrolla dicha secretaría. Para su información, consulte la política para el uso y tratamiento de datos personales:Protección de datos: <https://www.medellin.gov.co/irj/portal/medellin?NavigationTarget=contenido/10-Proteccion-de-datos-personales>

1. Autorizo el uso de mis datos personales *

Si

No

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

2. Correo electrónico

3. Teléfono fijo de contacto

4. Teléfono celular de contacto *

5. Tipo de documento *

Selecciona la respuesta



6. Número de documento de identidad *

7. Nacionalidad *

Colombiano (a)

Otras

8. Primer nombre *

9. Segundo nombre

10. Primer Apellido *

11. Segundo Apellido

CARACTERIZACIÓN POBLACIONAL

12. Sexo *

Selecciona la respuesta



13. Fecha de nacimiento *



14. Grado de escolaridad *

Selecciona la respuesta



15. Ocupación actual principal *

Selecciona la respuesta



16. Etnia *

Si no pertenece a una etnia, por favor seleccione "Ninguno"

Selecciona la respuesta



17. ¿Se encuentra en situación de calle? *

No

Si

18. ¿Es campesino? *

No

Si

19. ¿Es considerado(a) población víctima? *

Selecciona la respuesta



20. Orientación sexual *

Selecciona la respuesta



21. Condición de discapacidad *

Selecciona la respuesta



CARACTERIZACIÓN TERRITORIAL

22. Comuna donde vive *

Selecciona la respuesta



23. Barrio donde vive *

24. Dirección donde vive

Por favor indique su dirección separando con espacios, ej, CL 50A 44 29, no usar caracteres como # - /

25. Estrato *

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

ESPACIOS DE PARTICIPACIÓN SOCIAL EN SALUD

26. ¿En qué espacios de participación social en salud está vinculado actualmente? *

Puede seleccionar varias opciones

COPACOS-Comité de Participación Comunitaria en Salud

Veeduría

CTSSS-Consejo Territorial de Seguridad Social en Salud

Asociación de usuarios

Comité de ética

Ninguna

27. Si pertenece a una veeduría actualmente, indique el nombre o número con el cual fue registrado en la Personería de Medellín

28. Si pertenece a una Asociación de Usuarios, indique el nombre de la Institución en la cual participa

29. Indique si pertenece a otra alguna organización, red, grupo o sector *

JAL-Junta Administradora Local

JAC-Junta de Acción Comunal

Mesa ampliada de Salud

COVECOM-Comité de Vigilancia Epidemiológica Comunitaria

Ninguna

CCCP-Consejo Comunal o Corregimental de Planeación

Otras

¡Muchas gracias por sus respuestas, su participación es muy importante para nosotros!

Este contenido no está creado ni respaldado por Microsoft. Los datos que envíe se enviarán al propietario del formulario.

 Microsoft Forms