



**CLÍNICA DE LA COSTA**  
**FORMATO DE ENTREGA Y**  
**SOCIALIZACIÓN DE DOCUMENTOS**

Código: F-SGC-32      Versión:03

Página 1 de 1

Vigente desde: Mayo de 2016

| Fecha | Año | Mes | Día |
|-------|-----|-----|-----|
|       | 20  | 10  | 21  |

| Tipo de Documento a socializar                          |  |  |                         |                                |         |                       |                   |
|---|--|--|-------------------------|--------------------------------|---------|-----------------------|-------------------|
| Manual  |  | Guía de atención   | Protocolo               | Procedimiento                  | Proceso | Registro / formato    | Documento Externo |
| Nombre del Documento                                    |  | - Participación Social en salud<br>- Derechos y deberes de los pacientes |                         |                                |         |                       |                   |
| Versión   |  | Fecha de Vigencia  |                         |                                |         |                       |                   |
| Datos del responsable de la socialización del documento |  |  |                         |                                |         |                       |                   |
| Nombre del facilitador                                  |  | Ira Tanco  |                         |                                |         |                       |                   |
| Cargo   |  | Trabajadora Social   |                         |                                |         |                       |                   |
| Personal a quien va dirigida la socialización           |  |  |                         |                                |         |                       |                   |
| Médicos   |  | Enfermeras   | Personal administrativo | Personal Auxiliar              | Otro    | Área(s) / Servicio(s) |                   |
| Tipo de Socialización                                   |  |  |                         |                                |         |                       |                   |
| Charla o Capacitación                                   |  | Distribución   | Reunión de comité       | Programa de Educación Continua |         | Otro ¿Cuál?           |                   |

**PERSONAS QUIENES RECIBIERON LA SOCIALIZACIÓN**

(Las personas abajo firmantes dan constancia que conocen el contenido del documento y se comprometen a su práctica y consulta)

| NOMBRE  | CARGO          | SERVICIO  | FIRMA   |
|---------|----------------|-----------|---------|
| [Firma] | USUARIO        | USUARIO   | [Firma] |
| [Firma] | "              | usuario   | [Firma] |
| [Firma] | "              | usuario   | [Firma] |
| [Firma] | trabajadora    | usuario   | [Firma] |
| [Firma] | asoc.          | usuario   | [Firma] |
| [Firma] |                | usuario   | [Firma] |
| [Firma] | Aux. T. Social | T. Social | [Firma] |
| [Firma] | " "            | " "       | [Firma] |
| [Firma] | cozco          | quoraeps  | [Firma] |
| [Firma] | pensionado     | Policia.  | [Firma] |
| [Firma] | USUARIO        | usuario   | [Firma] |
| [Firma] |                | usuario   | [Firma] |
| [Firma] | Usuario        | policia   | [Firma] |
| [Firma] | " "            | hogar     | [Firma] |
| [Firma] | " "            | usuario   | [Firma] |
| [Firma] | usuario        | hogar     | [Firma] |



**CLÍNICA DE LA COSTA**  
**FORMATO DE ENTREGA Y**  
**SOCIALIZACIÓN DE DOCUMENTOS**

Código: F-SGC-32 Versión: 03

Página 1 de 1

Vigente desde Mayo de 2016

|       |     |     |     |
|-------|-----|-----|-----|
| Fecha | Año | Mes | Día |
|       | 20  | 10  | 21  |

| Tipo de Documento a socializar                          |              |   |                                |               |                       |                    |                   |
|---|--------------|---|--------------------------------|---------------|-----------------------|--------------------|-------------------|
| Manual  |              | Guía de atención  | Protocolo                      | Procedimiento | Proceso               | Registro / formato | Documento Externo |
| Nombre del Documento                                    |              | - Participación social en salud.<br>- Derechos y deberes de los pacientes |                                |               |                       |                    |                   |
| Versión   |              | Fecha de Vigencia   |                                |               |                       |                    |                   |
| Datos del responsable de la socialización del documento |              |   |                                |               |                       |                    |                   |
| Nombre del facilitador                                  |              | Iva Frosco  |                                |               |                       |                    |                   |
| Cargo   |              | Trabajadora Social  |                                |               |                       |                    |                   |
| Personal a quien va dirigida la socialización           |              |   |                                |               |                       |                    |                   |
| Medicos   | Enfermeras   | Personal administrativo   | Personal Auxiliar              | Otro          | Área(s) / Servicio(s) |                    |                   |
|   |              |   |                                |               |                       |                    |                   |
| Tipo de Socialización                                   |              |   |                                |               |                       |                    |                   |
| Otras Capacitación                                      | Distribución | Reunión de comité   | Programa de Educación Continua |               |                       | Otro ¿Cuál?        |                   |
|   |              |   |                                |               |                       |                    |                   |

**PERSONAS QUIENES RECIBIERON LA SOCIALIZACIÓN**  
 (Las personas abajo firmantes dan constancia que conocen el contenido del documento y se comprometen a su práctica y consulta)

| NOMBRE                 | CARGO      | SERVICIO | FIRMA                  |
|------------------------|------------|----------|------------------------|
| Dolores Garza P        |            | Unico    | Dolores Garza          |
| Oscar Parra            |            | Unico    | Oscar Parra            |
| Rubi Miranda           |            | Unico    | Rubi Miranda           |
| JAS en                 |            | Unico    | JAS en                 |
| Manuel Jorgas          | Pericardio | Unico    | Manuel J.              |
| Melany Gonzalez        |            | Unico    | Melany G.              |
| Jacqueline Suarez      |            | Unico    | JACQUELINE Suarez      |
| Luzmila                |            | Unico    | Luzmila                |
| Martín Castro          | USUARIO    | USUARIO  | Martín C.              |
| Katerine               | Doc enf    | Unico    | Katerine               |
| Ofelia                 |            | Unico    | Ofelia                 |
| Christina              |            | Unico    | Christina              |
| Angela Cruz            |            | Unico    | Angela Cruz            |
| Alia Diego Castro      |            | Unico    | Alia Diego             |
| Charly Janel Torrealba |            | Unico    | Charly Janel Torrealba |



**CLÍNICA DE LA COSTA**  
**FORMATO DE ENTREGA Y**  
**SOCIALIZACIÓN DE DOCUMENTOS**

Código: F-SGC-32    Versión: 03

Página 1 de 1

Vigencia desde: Mayo de 2016

|              |            |            |            |
|--------------|------------|------------|------------|
| <b>Fecha</b> | <b>Año</b> | <b>Mes</b> | <b>Día</b> |
|              | 20         | 10         | 21         |

| Tipo de Documento a socializar  |                  |                         |                                |         |                       |                   |
|---|------------------|-------------------------|--------------------------------|---------|-----------------------|-------------------|
| Manual  | Guía de atención | Protocolo               | Procedimiento                  | Proceso | Registro              | Documento Externo |
| <b>Nombre del Documento</b><br>Participación social en salud<br>- Derechos y deberes de los pacientes |                  |                         |                                |         |                       |                   |
| <b>Versión</b>  |                  |                         | <b>Fecha de Vigencia</b>       |         |                       |                   |
| Datos del responsable de la socialización del documento   |                  |                         |                                |         |                       |                   |
| <b>Nombre del facilitador</b>   |                  | Iru Tioneo              |                                |         |                       |                   |
| <b>Cargo</b>  |                  | Trabajadora social      |                                |         |                       |                   |
| Personal a quien va dirigida la socialización   |                  |                         |                                |         |                       |                   |
| Médicos   | Enfermeras       | Personal administrativo | Personal Auxiliar              | Otro    | Área(s) / Servicio(s) |                   |
| <b>Tipo de Socialización</b>  |                  |                         |                                |         |                       |                   |
| Charla o Capacitación   | Distribución     | Reunión de comité       | Programa de Educación Continua |         | Otro ¿Cuál?           |                   |

**PERSONAS QUIENES RECIBIERON LA SOCIALIZACIÓN**  
 (Las personas abajo firmantes dan constancia que conocen el contenido del documento y se comprometen a su práctica y consulta)

| NOMBRE                 | CARGO                    | SERVICIO          | FIRMA                         |
|------------------------|--------------------------|-------------------|-------------------------------|
| Maite G. J. J.         |                          | Uniano            | <i>Maite G. J. J.</i>         |
| Monica S. S.           |                          | Uniano            |                               |
| Elida P. P.            |                          | Uniano            |                               |
| Edgardo M. M.          |                          | Uniano            | <i>Edgardo M. M.</i>          |
| Elly P. P.             |                          | Uniano            | <i>Elly P. P.</i>             |
| Maryuis F. F.          |                          | Uniano            | <i>Maryuis F. F.</i>          |
| Maria C. C.            |                          | Uniano            | <i>Maria C. C.</i>            |
| <del>Norma E. E.</del> | <del>As. enfermera</del> | <del>Asopul</del> | <del><i>Norma E. E.</i></del> |
| <del>L. L.</del>       |                          | Uniano            | <del><i>L. L.</i></del>       |
| <del>Alba Z. Z.</del>  |                          | Uniano            | <del><i>Alba Z. Z.</i></del>  |
| <del>S. S.</del>       | <del>reunión refir</del> | Uniano            | <del><i>S. S.</i></del>       |
| Edilberto M. M.        |                          | Uniano            | <i>Edilberto M. M.</i>        |
| Maria L. L.            |                          | Uniano            | <i>Maria L. L.</i>            |
| Yibeth T. T.           |                          | Uniano            | <i>Yibeth T. T.</i>           |
| Monica Lopez G.        | Monica Lopez             | Uniano            | <i>Monica Lopez</i>           |



**CLÍNICA DE LA COSTA**  
**FORMATO DE ENTREGA Y**  
**SOCIALIZACIÓN DE DOCUMENTOS**

Código: F-SGC-32 | Versión: 03

Página 1 de 1

Vigente desde: Mayo de 2016

|       |     |     |     |
|-------|-----|-----|-----|
| Fecha | Año | Mes | Día |
|       | 20  | 10  | 24  |

| Tipo de Documento a socializar                          |                  |  |                                |         |                       |                    |
|---|------------------|--|--------------------------------|---------|-----------------------|--------------------|
| Manual  | Guía de atención | Protocolo  | Procedimiento                  | Proceso | Registro / Formato    | Documento Estándar |
| Nombre del Documento                                    |                  | Participación Social en salud.<br>- Derechos y deberes |                                |         |                       |                    |
| Versión   |                  | Fecha de Vigencia                                      |                                |         |                       |                    |
| Datos del responsable de la socialización del documento |                  |  |                                |         |                       |                    |
| Nombre del facilitador                                  |                  | Ilyra Tranco   |                                |         |                       |                    |
| Cargo   |                  | Trabajadora Social                                     |                                |         |                       |                    |
| Personal a quien va dirigida la socialización           |                  |  |                                |         |                       |                    |
| Médicos   | Enfermeras       | Personal administrativo                                | Personal Auxiliar              | Otro    | Área(s) / Servicio(s) |                    |
|   |                  |  |                                |         |                       |                    |
| Tipo de Socialización                                   |                  |  |                                |         |                       |                    |
| Charla o Capacitación                                   | Distribución     | Reunión de comité                                      | Programa de Educación Continua |         | Otro ¿Cuál?           |                    |
|   |                  |  |                                |         |                       |                    |

**PERSONAS QUIENES RECIBIERON LA SOCIALIZACIÓN**  
 (Las personas abajo firmantes dan constancia que conocen el contenido del documento y se comprometen a su práctica y consulta)

| NOMBRE               | CARGO        | SERVICIO | FIRMA             |
|----------------------|--------------|----------|-------------------|
| Brayan A Gambin      | Estudiante   | Umanó    | Brayan Gambin     |
| Yakerline Zamora     | amadeasa     | Umanó    | Yakerline         |
| Jessu González       | empacado     | Umanó    | Jessu             |
| Luis E. Cervantes P. | empacado     | Umanó    | Luis E. Cervantes |
| Ricardo Morales P.   | Indep He     | Umanó    | Ricardo           |
| Viviana Suarez       |              | Umanó    | Viviana           |
| Sandra Ripart E.     |              | Umanó    | Sandra            |
| Nairobi Pérez E.     |              | Umanó    | Nairobi Pérez     |
| Indyca Jirón         |              | Umanó    | Indyca            |
| Manuel J. Caicedo    | ADULTO MAYOR | Umanó    | Manuel            |
| Brahe Cocon          |              | Umanó    | Brahe             |
| Lorena Gomez         | Estudiante   | Umanó    | Lorena G.         |
| Amirito Cotto        |              | Umanó    | Amirito Cotto     |
| Marpurita            | EPIEYU       | Umanó    | Marpurita         |
| Salina Rangel        | Amadeasa     | Umanó    | Salina            |
| Luis Montan          |              | Umanó    | Luis              |