

ACTA DE CONFORMACIÓN DE MESAS DE TRABAJO COMISIONES MIXTAS PARA LA ELABORACIÓN DEL INFORME DE RENDICIÓN DE CUENTAS 2025

UNIDAD METROPOLITANA DE SALUD CENTRO

En la ciudad de Quito, a los treinta y un (31) días de mes de marzo de 2026, siendo las 11h00, en la Sala de Bienestar de la Unidad Metropolitana de Salud Centro (UMSC), se llevó a cabo la Asamblea Ciudadana convocada con la finalidad de conformar las mesas de trabajo mixtas para la elaboración del Informe de Rendición de Cuentas correspondiente al período fiscal 2025.

La reunión contó con la participación de representantes ciudadanos, servidores de la institución y demás actores involucrados en el proceso de Rendición de Cuentas, en cumplimiento de la normativa vigente y los principios de participación ciudadana, transparencia y control social.

Durante el desarrollo de la asamblea, se procedió a la conformación de las diferentes mesas de trabajo mixtas, integradas por representantes de la ciudadanía y delegados institucionales, conforme consta en el documento adjunto que forma parte integrante de la presente acta.

Las comisiones conformadas tendrán como finalidad participar en el proceso de revisión, análisis, levantamiento de información y elaboración del Informe de Rendición de Cuentas 2025 de la Unidad Metropolitana de Salud Centro.

Sin más puntos que tratar, siendo las 13h00, se da por finalizada la presente asamblea, para constancia de lo actuado, suscriben quienes participaron en la reunión.

Tema: Conformación de Comisión Nro. 3

Fecha: 31 de marzo del 2026

Lugar: Sala de Bienestar Laboral - Unidad Metropolitana de Salud Centro

Nro.	Nombres y Apellidos	Institución	Cédula	Correo	Teléfono	Firma
1	LORENA ADRIANA IMBAGUINCO CHICERO	CONSEJO ALCALDE PALENTES FLECHER	1716863500	Seglaice.yalooe.com	0995424609	
2	Maria Elena Palacios	Ronda	172794814	maria.palacios@14 cej.mvil.com	09630180	
3	Olivia Bustamante	Ronda	1711362663	oliviabustamante enfole@gmail.com	0982530491	
4	Mirinda Azuaje	CASA DE PREVENCIÓN DE LAS ADICCIONES	1758840006	mina.3024.ma@gmail.com	0983142797	
5	ABEL SUAREZ	Ronda	09413203124		0997273124	
6	Oscar Pillajo	CAAM La Ronda	1720854836 0984854124	oscar.pillajo@quito. gob.ec	098487971	
7	Pamela Cruz	Casa de Prevención La Ronda	1723295612	pssewyn-cruz@quito. gob.ec	0978686172	
8	Shalukdo	UNSC	1722147408	shalukdo@unsc.gob.ec	0996484847	

Nota: Esta Comisión será la encargada de analizar los temas presentados por la ciudadanía y agruparlos según los ejes del Plan de Desarrollo. En caso de identificar temas que no competen al nivel de gobierno, remitirá por medio del GAD, el listado de temas según las competencias correspondientes.
Su responsabilidad es evaluar la gestión institucional, elaborar el informe de Rendición de Cuentas para el CPCCS, presentado a través de su plataforma virtual, redactar el informe de Rendición de Cuentas para la ciudadanía, en forma conjunta con la Asamblea Ciudadana o quien cumpla este rol. (Fases 2, 3 y 4).



FORMULARIO DE CONSULTA CIUDADANA RENDICIÓN DE CUENTAS 2025

UNIDAD METROPOLITANA DE SALUD CENTRO.

Se invita cordialmente a la ciudadanía a formular sus consultas respecto a los temas relacionados con las competencias institucionales que consideren de relevancia y que deban ser abordados por la máxima autoridad de la entidad, en el contexto del proceso de Rendición de Cuentas 2025.

Misión de la Unidad Metropolitana de Salud Centro: Brindar servicios de salud de primer y segundo nivel de atención ambulatoria oportunos, para contribuir al bienestar físico, mental y social de la población usuaria, con mejora continua de la calidad; trabajando en la seguridad del paciente mediante la implementación e innovación de procesos, prestaciones de salud con énfasis en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.

1. Consentimiento de autorización para el uso de mis datos personales:
En cumplimiento de la Ley Orgánica de Protección de Datos Personales (LOPD) y como parte del Registro de Datos Ciudadanos, autorizo a la Unidad Metropolitana de Salud Centro a recopilar y utilizar mis datos personales para participar en el proceso de Rendición de Cuentas 2025, en las mesas temáticas y en la atención de consultas ciudadanas.

*Obligatorio

Marque una opción: *

Acepto



No Acepto



2. Nombre completo del ciudadano: *

Mirvída Josefina Azuaje Escalante

3. Cédula de identidad: *

1758840506

4. Edad: *

57

5. Etnia: *

☐ Afroecuatoriano

☐ Montubio

☐ Indígena

☐ Blanco

☒ Mestizo

☐ Otro _____

6. Género:*

- ☐ Masculino
☒ Femenino
☐ Otro _____
☐ Prefiero no responder

7. En el marco de las competencias establecidas en el Código Municipal del Distrito Metropolitano de Quito (MDMQ) y en relación con el Eje de Gestión Metropolitana del Plan Metropolitano de Desarrollo y Ordenamiento Territorial (PMDOT), seleccione una (1) o hasta un máximo de dos (2) áreas sobre las cuales desea realizar su consulta:*

*Seleccione 2 opciones

- ☐ Atención de salud en consulta externa a los usuarios que acuden por demanda espontánea y/o derivados de la red municipal y pública de salud.
☐ Atención odontológica a los pacientes que acuden de responsabilidad municipal.
☐ Atención de control prenatal a mujeres embarazadas.
☐ Atención a usuarios con riesgo cardio metabólico (URCM).
☐ Atención médica a comerciantes autónomos autorizados y de mercados municipales para obtención de certificados de salud laboral.
☐ Atención médica preventiva a niños de CEMEIs, estudiantes de las Unidades Educativas Municipales y funcionarios municipales.
☐ Atención de Salud Integral por los equipos de salud comunitaria.
☐ Acciones de promoción y prevención de la salud por los equipos de salud comunitaria.
☐ Atención de salud a niños de CEMEIs, estudiantes de las Unidades Educativas Municipales y funcionarios municipales.
☐ Atención odontológica a niños de CEMEIs, CETIS, PETIS, estudiantes de las Unidades Educativas Municipales y funcionarios municipales.
☐ Servicio de atención amigable para adolescentes.
☒ Otros

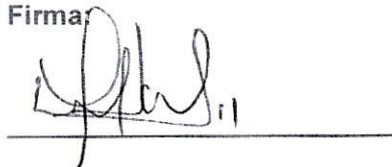
8. Plantee aquí su consulta sobre la primera área de gestión seleccionada previamente.*

Soy Beneficiaria del Programa Bellarte, Belleza Integral, y me gustaria se nombrara todos los beneficios de este programa, su alcance a todos los participante, no es un programa que termina cuando nos graduamos, es una gran oportunidad para desarrollarnos en

9. En caso de haber seleccionado más de una (1) opción, por favor detalle su consulta relacionada con la segunda área de gestión previamente seleccionada:

el ambito laboral. También los beneficios de salud mental que nos fortalece como personas, Desarrollo Psicosocial.

Firma:





FORMULARIO DE CONSULTA CIUDADANA RENDICIÓN DE CUENTAS 2025

UNIDAD METROPOLITANA DE SALUD CENTRO.

Se invita cordialmente a la ciudadanía a formular sus consultas respecto a los temas relacionados con las competencias institucionales que consideren de relevancia y que deban ser abordados por la máxima autoridad de la entidad, en el contexto del proceso de Rendición de Cuentas 2025.

Misión de la Unidad Metropolitana de Salud Centro: Brindar servicios de salud de primer y segundo nivel de atención ambulatoria oportunos, para contribuir al bienestar físico, mental y social de la población usuaria, con mejora continua de la calidad; trabajando en la seguridad del paciente mediante la implementación e innovación de procesos, prestaciones de salud con énfasis en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.

1. Consentimiento de autorización para el uso de mis datos personales:
En cumplimiento de la Ley Orgánica de Protección de Datos Personales (LOPD) y como parte del Registro de Datos Ciudadanos, autorizo a la Unidad Metropolitana de Salud Centro a recopilar y utilizar mis datos personales para participar en el proceso de Rendición de Cuentas 2025, en las mesas temáticas y en la atención de consultas ciudadanas.

*Obligatorio

Marque una opción: *

Acepto

☒

No Acepto

☐

2. Nombre completo del ciudadano: *

Louder Adriana Imbayungo Caicedo

3. Cédula de identidad: *

171 6868 300

4. Edad: *

44

5. Etnia: *

☐ Afroecuatorio

☐ Montubio

☐ Indígena

☐ Blanco

☒ Mestizo

☐ Otro _____

6. Género:*

- ☐ Masculino
☒ Femenino
☐ Otro _____
☐ Prefiero no responder

7. En el marco de las competencias establecidas en el Código Municipal del Distrito Metropolitano de Quito (MDMQ) y en relación con el Eje de Gestión Metropolitana del Plan Metropolitano de Desarrollo y Ordenamiento Territorial (PMDOT), seleccione una (1) o hasta un máximo de dos (2) áreas sobre las cuales desea realizar su consulta:*

*Seleccione 2 opciones

- ☐ Atención de salud en consulta externa a los usuarios que acuden por demanda espontánea y/o derivados de la red municipal y pública de salud.
☐ Atención odontológica a los pacientes que acuden de responsabilidad municipal.
☐ Atención de control prenatal a mujeres embarazadas.
☐ Atención a usuarios con riesgo cardio metabólico (URCM).
☐ Atención médica a comerciantes autónomos autorizados y de mercados municipales para obtención de certificados de salud laboral.
☐ Atención médica preventiva a niños de CEMEIs, estudiantes de las Unidades Educativas Municipales y funcionarios municipales.
☐ Atención de Salud Integral por los equipos de salud comunitaria.
☐ Acciones de promoción y prevención de la salud por los equipos de salud comunitaria.
☐ Atención de salud a niños de CEMEIs, estudiantes de las Unidades Educativas Municipales y funcionarios municipales.
☐ Atención odontológica a niños de CEMEIs, CETIS, PETIS, estudiantes de las Unidades Educativas Municipales y funcionarios municipales.
☐ Servicio de atención amigable para adolescentes.
☒ Otros

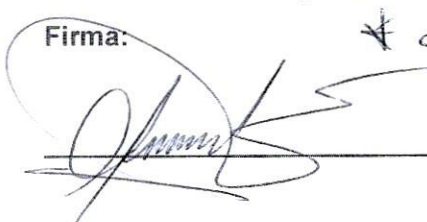
8. Plantee aquí su consulta sobre la primera área de gestión seleccionada previamente.*

Cuál es el resultado de las encuestas de satisfacción respecto
del servicio o programa preventivo para el consumo de
alcohol en las universidades?

9. En caso de haber seleccionado más de una (1) opción, por favor detalle su consulta relacionada con la segunda área de gestión previamente seleccionada:

Existe alguna retroalimentación que puedan realizar los
acompañantes o familiares de los pacientes del programa de
adicciones?

Firma:



* ¿MANTO ANEXO AL PROGRAMA DE PREVENCIÓN D' USO D'

ALCOHOL O
PROPIEDAD:

* PLANTAR EN MÓDULO TIPO VIDEO, EL PROGRAMA D' PREVENCIÓN
DE ALCOHOL. PARA DIFUNDIR COMO TALLER OBLIGATORIO
EN LA UNIVERSIDAD E INIT. TÉCNICO



FORMULARIO DE CONSULTA CIUDADANA RENDICIÓN DE CUENTAS 2025

UNIDAD METROPOLITANA DE SALUD CENTRO.

Se invita cordialmente a la ciudadanía a formular sus consultas respecto a los temas relacionados con las competencias institucionales que consideren de relevancia y que deban ser abordados por la máxima autoridad de la entidad, en el contexto del proceso de Rendición de Cuentas 2025.

Misión de la Unidad Metropolitana de Salud Centro: Brindar servicios de salud de primer y segundo nivel de atención ambulatoria oportunos, para contribuir al bienestar físico, mental y social de la población usuaria, con mejora continua de la calidad; trabajando en la seguridad del paciente mediante la implementación e innovación de procesos, prestaciones de salud con énfasis en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.

1. Consentimiento de autorización para el uso de mis datos personales:
En cumplimiento de la Ley Orgánica de Protección de Datos Personales (LOPD) y como parte del Registro de Datos Ciudadanos, autorizo a la Unidad Metropolitana de Salud Centro a recopilar y utilizar mis datos personales para participar en el proceso de Rendición de Cuentas 2025, en las mesas temáticas y en la atención de consultas ciudadanas.

*Obligatorio

Marque una opción: *

Acepto



No Acepto



2. Nombre completo del ciudadano: *

Maira Elano Palacios Montano

3. Cédula de identidad: *

176779484

4. Edad: *

43

5. Etnia: *

☐ Afroecuatoriano

☐ Montubio

☐ Indígena

☐ Blanco

☐ Mestizo

☐ Otro Afrocolombiana

6. Género:*

- ☐ Masculino
- ☒ Femenino
- ☐ Otro _____
- ☐ Prefiero no responder

7. En el marco de las competencias establecidas en el Código Municipal del Distrito Metropolitano de Quito (MDMQ) y en relación con el Eje de Gestión Metropolitana del Plan Metropolitano de Desarrollo y Ordenamiento Territorial (PMDOT), seleccione una (1) o hasta un máximo de dos (2) áreas sobre las cuales desea realizar su consulta:*

***Seleccione 2 opciones**

- ☐ Atención de salud en consulta externa a los usuarios que acuden por demanda espontánea y/o derivados de la red municipal y pública de salud.
- ☐ Atención odontológica a los pacientes que acuden de responsabilidad municipal.
- ☐ Atención de control prenatal a mujeres embarazadas.
- ☐ Atención a usuarios con riesgo cardio metabólico (URCM).
- ☐ Atención médica a comerciantes autónomos autorizados y de mercados municipales para obtención de certificados de salud laboral.
- ☐ Atención médica preventiva a niños de CEMEIs, estudiantes de las Unidades Educativas Municipales y funcionarios municipales.
- ☐ Atención de Salud Integral por los equipos de salud comunitaria.
- ☐ Acciones de promoción y prevención de la salud por los equipos de salud comunitaria.
- ☐ Atención de salud a niños de CEMEIs, estudiantes de las Unidades Educativas Municipales y funcionarios municipales.
- ☐ Atención odontológica a niños de CEMEIs, CETIS, PETIS, estudiantes de las Unidades Educativas Municipales y funcionarios municipales.
- ☐ Servicio de atención amigable para adolescentes.
- ☒ Otros

8. Plantee aquí su consulta sobre la primera área de gestión seleccionada previamente.*

Me gustaría que especificaran y hablaran un poco más sobre los procesos de Billetera y el impacto a familias beneficiadas.

9. En caso de haber seleccionado más de una (1) opción, por favor detalle su consulta relacionada con la segunda área de gestión previamente seleccionada:

Firma:

Guillermo Palacios

FORMULARIO DE CONSULTA CIUDADANA RENDICIÓN DE CUENTAS 2025

UNIDAD METROPOLITANA DE SALUD CENTRO.

Se invita cordialmente a la ciudadanía a formular sus consultas respecto a los temas relacionados con las competencias institucionales que consideren de relevancia y que deban ser abordados por la máxima autoridad de la entidad, en el contexto del proceso de Rendición de Cuentas 2025.

Misión de la Unidad Metropolitana de Salud Centro: Brindar servicios de salud de primer y segundo nivel de atención ambulatoria oportunos, para contribuir al bienestar físico, mental y social de la población usuaria, con mejora continua de la calidad; trabajando en la seguridad del paciente mediante la implementación e innovación de procesos, prestaciones de salud con énfasis en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.

1. Consentimiento de autorización para el uso de mis datos personales:
En cumplimiento de la Ley Orgánica de Protección de Datos Personales (LOPD) y como parte del Registro de Datos Ciudadanos, autorizo a la Unidad Metropolitana de Salud Centro a recopilar y utilizar mis datos personales para participar en el proceso de Rendición de Cuentas 2025, en las mesas temáticas y en la atención de consultas ciudadanas.

*Obligatorio

Marque una opción: *

Acepto

☐

No Acepto

☐

2. Nombre completo del ciudadano: *

ABEL - ALEJANDRO - SUAREZ - YONES

3. Cédula de identidad: *

091320312-1

4. Edad: *

56

5. Etnia: *

☐ Afroecuatoriano

☐ Montubio

☐ Indígena

☐ Blanco

☒ Mestizo

☐ Otro _____

6. Género:*

- ☒ Masculino
☐ Femenino
☐ Otro _____
☐ Prefiero no responder

7. En el marco de las competencias establecidas en el Código Municipal del Distrito Metropolitano de Quito (MDMQ) y en relación con el Eje de Gestión Metropolitana del Plan Metropolitano de Desarrollo y Ordenamiento Territorial (PMDOT), seleccione una (1) o hasta un máximo de dos (2) áreas sobre las cuales desea realizar su consulta:*

*Seleccione 2 opciones

- ☐ Atención de salud en consulta externa a los usuarios que acuden por demanda espontánea y/o derivados de la red municipal y pública de salud.
☐ Atención odontológica a los pacientes que acuden de responsabilidad municipal.
☐ Atención de control prenatal a mujeres embarazadas.
☐ Atención a usuarios con riesgo cardio metabólico (URCM).
☐ Atención médica a comerciantes autónomos autorizados y de mercados municipales para obtención de certificados de salud laboral.
☐ Atención médica preventiva a niños de CEMEIs, estudiantes de las Unidades Educativas Municipales y funcionarios municipales.
☐ Atención de Salud Integral por los equipos de salud comunitaria.
☐ Acciones de promoción y prevención de la salud por los equipos de salud comunitaria.
☐ Atención de salud a niños de CEMEIs, estudiantes de las Unidades Educativas Municipales y funcionarios municipales.
☐ Atención odontológica a niños de CEMEIs, CETIS, PETIS, estudiantes de las Unidades Educativas Municipales y funcionarios municipales.
☐ Servicio de atención amigable para adolescentes.
☒ Otros

8. Plantee aquí su consulta sobre la primera área de gestión seleccionada previamente.*

de mi parte = estoy muy satisfecho
de la atención = brindada por los pro
fesionales = en todas = las áreas =

9. En caso de haber seleccionado más de una (1) opción, por favor detalle su consulta relacionada con la segunda área de gestión previamente seleccionada:

Firma:

AD

FORMULARIO DE CONSULTA CIUDADANA RENDICIÓN DE CUENTAS 2025

UNIDAD METROPOLITANA DE SALUD CENTRO.

Se invita cordialmente a la ciudadanía a formular sus consultas respecto a los temas relacionados con las competencias institucionales que consideren de relevancia y que deban ser abordados por la máxima autoridad de la entidad, en el contexto del proceso de Rendición de Cuentas 2025.

Misión de la Unidad Metropolitana de Salud Centro: Brindar servicios de salud de primer y segundo nivel de atención ambulatoria oportunos, para contribuir al bienestar físico, mental y social de la población usuaria, con mejora continua de la calidad; trabajando en la seguridad del paciente mediante la implementación e innovación de procesos, prestaciones de salud con énfasis en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.

1. Consentimiento de autorización para el uso de mis datos personales:
En cumplimiento de la Ley Orgánica de Protección de Datos Personales (LOPD) y como parte del Registro de Datos Ciudadanos, autorizo a la Unidad Metropolitana de Salud Centro a recopilar y utilizar mis datos personales para participar en el proceso de Rendición de Cuentas 2025, en las mesas temáticas y en la atención de consultas ciudadanas.

*Obligatorio

Marque una opción: *

Acepto



No Acepto



2. Nombre completo del ciudadano: *

Ana Margoth Bustamante Ayala

3. Cédula de identidad: *

1711302663

4. Edad: *

55 años

5. Etnia: *

☐ Afroecuatorio

☐ Montubio

☐ Indígena

☐ Blanco

☒ Mestizo

☐ Otro _____

6. Género:*

- ☐ Masculino
- ☒ Femenino
- ☐ Otro _____
- ☐ Prefiero no responder

7. En el marco de las competencias establecidas en el Código Municipal del Distrito Metropolitano de Quito (MDMQ) y en relación con el Eje de Gestión Metropolitana del Plan Metropolitano de Desarrollo y Ordenamiento Territorial (PMDOT), seleccione una (1) o hasta un máximo de dos (2) áreas sobre las cuales desea realizar su consulta:*

*Seleccione 2 opciones

- ☐ Atención de salud en consulta externa a los usuarios que acuden por demanda espontánea y/o derivados de la red municipal y pública de salud.
- ☐ Atención odontológica a los pacientes que acuden de responsabilidad municipal.
- ☐ Atención de control prenatal a mujeres embarazadas.
- ☐ Atención a usuarios con riesgo cardio metabólico (URCM).
- ☐ Atención médica a comerciantes autónomos autorizados y de mercados municipales para obtención de certificados de salud laboral.
- ☐ Atención médica preventiva a niños de CEMEIs, estudiantes de las Unidades Educativas Municipales y funcionarios municipales.
- ☐ Atención de Salud Integral por los equipos de salud comunitaria.
- ☐ Acciones de promoción y prevención de la salud por los equipos de salud comunitaria.
- ☐ Atención de salud a niños de CEMEIs, estudiantes de las Unidades Educativas Municipales y funcionarios municipales.
- ☐ Atención odontológica a niños de CEMEIs, CETIS, PETIS, estudiantes de las Unidades Educativas Municipales y funcionarios municipales.
- ☒ Servicio de atención amigable para adolescentes,
- ☒ Otros

8. Plantee aquí su consulta sobre la primera área de gestión seleccionada previamente.*

Seria muy bueno que informen más sobre la acogida que tenemos las personas mayores de 50 años para poder sentir que aún somos valoradas.

9. En caso de haber seleccionado más de una (1) opción, por favor detalle su consulta relacionada con la segunda área de gestión previamente seleccionada:

Es muy importante aclarar la gran ayuda Psicológica que tienes al ingresar a la Secretaría de Salud Romda en especial en los adolescentes que son la esperanza del país

Firma:



Por favor Resaltar la eficacia de los programas en la comunidad.