



INSTANCIAS DE PARTICIPACIÓN CIUDADANA  
MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

## CONSEJO NACIONAL DE DISCAPACIDAD

### INTRODUCCIÓN

El Ministerio de Salud y Protección Social reconoce la participación ciudadana como un derecho fundamental y un componente esencial en la construcción de políticas públicas efectivas. En este marco, y desde el Grupo de Relacionamento Estado–Ciudadanía de la Secretaría General, se ha definido este formato como una herramienta estratégica para fortalecer dicha participación en el sector salud. Su propósito es caracterizar de manera integral las instancias de participación existentes, promoviendo la transparencia, el acceso a la información y el fortalecimiento del control social.

#### OBJETIVO PRINCIPAL

Presentar información completa de las instancias de participación para crear un sistema integrado de información que facilite el acceso ciudadano, fortalezca la transparencia y mejore la efectividad de estos espacios de participación.

#### ¿PARA QUÉ CARACTERIZAR LAS INSTANCIAS?

- ▶ **Crear** un directorio público de instancias de participación
- ▶ **Garantizar** el cumplimiento normativo (Ley 1757/2015, MIPG, CONPES 4070/2021)
- ▶ **Facilitar** el acceso ciudadano a espacios de participación
- ▶ **Identificar** oportunidades de mejora y fortalecimiento
- ▶ **Generar** reportes para rendición de cuentas

<b>¿QUÉ ES UNA INSTANCIA?</b>	Espacio formal creado mediante norma jurídica para garantizar la participación ciudadana en la gestión pública
<b>CARACTERÍSTICAS CLAVE</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>✓ Formalidad jurídica</li><li>✓ Permanencia en el tiempo</li><li>✓ Incidencia en políticas públicas</li><li>✓ Representatividad ciudadana</li></ul>

## INSTRUCCIONES PARA DILIGENCIAR

Este formulario está organizado por secciones (1 a 14). A continuación, encontrará instrucciones específicas para cada tipo de campo:

### 1. OPCIONES DE SELECCIÓN (Checkboxes ☐)

Para marcar las opciones aplicables:

- Seleccione el cuadrado ☐ con el mouse y **sombree con color** (Inicio → Color de resaltado de texto)

Ejemplo: ☐ Mensual

### 2. CAMPOS DE TEXTO (Líneas \_\_\_\_\_)

- Haga clic sobre la línea y escriba su respuesta
- La línea desaparecerá al escribir (esto es normal)
- Si no aplica, escriba 'N/A'

Ejemplo: Nombre: \_\_\_\_\_ → Nombre: Consejo Nacional de Salud

### 3. TABLAS

- Haga clic dentro de cada celda y escriba la información solicitada
- Use la tecla **TAB** para moverse entre celdas

### 4. CAMPOS OBLIGATORIOS (\*)

- Los campos marcados con **asterisco rojo (\*)** son obligatorios
- Asegúrese de completarlos todos antes de enviar

### RECOMENDACIONES GENERALES

- Use lenguaje claro y específico en sus respuestas
- Puede diligenciar por secciones y guardar el progreso
- Revise el documento antes de enviar
- Tiempo estimado de diligenciamiento: 45-60 minutos
- Para dudas contacte al Grupo de Relación Estado-Ciudadano ext.1035

### NOTA IMPORTANTE

*Este formulario hace parte del proceso de fortalecimiento de las instancias de participación ciudadana del Ministerio de Salud y Protección Social, en cumplimiento de la Política de Participación Ciudadana en la Gestión Pública establecida en el MIPG, con el objetivo de fortalecer la transparencia, la efectividad y la incidencia real de los mecanismos de participación ciudadana. La caracterización adecuada de estas instancias es fundamental para garantizar el ejercicio efectivo del derecho a la participación ciudadana.*



# FORMULARIO

## SECCIÓN 1

### IDENTIFICACIÓN GENERAL

#### 1.1 Información básica de la instancia \*

Nombre completo oficial: \* Consejo Nacional de Discapacidad

Sigla: \* CND- INSOR- INCI-Comisión Intersectorial de Cuidado

Área/Dirección responsable: \*

CND -Ministerio de la Igualdad y la Equidad

Comisión Intersectorial de Cuidado - Ministerio de la Igualdad y la Equidad

INSOR – INSOR (adscritas a Ministerio de la Igualdad y la Equidad)

INCI – INCI (adscritas a Ministerio de la Igualdad y la Equidad)

**NOTA ACLARATORIA:** Desde la Oficina de Promoción Social-Grupo de Gestión en Discapacidad, nos permitimos indicar que si bien es cierto hacemos parte de las diferentes instancias de participación Ciudadana, las secretarías técnicas, se encuentran a cargo de las Entidades en MENCIÓN ( CND -Ministerio de la Igualdad y la Equidad, Comisión Intersectorial de Cuidado - Ministerio de la Igualdad y la Equidad, INSOR – INSOR (adscritas a Ministerio de la Igualdad y la Equidad), INCI – INCI (adscritas a Ministerio de la Igualdad y la Equidad).

Con Base en lo anterior, es importante resaltar que la información solicitada no aplica para esta dependencia.

#### 1.2 Funcionario(a) Directivo \*

Nombre completo:

Cargo:

Teléfono directo:

Correo institucional:

Extensión:



### 1.3 Estado actual de la instancia \*

- ☐ Activa y funcionando regularmente
- ☐ En proceso de reglamentación
- ☐ En renovación o elección de miembros
- ☐ Otra (especifique): \_\_\_\_\_



## SECCIÓN 2 MARCO LEGAL Y NATURALEZA JURÍDICA

### 2.1 Marco normativo específico \*

Normatividad de creación (Ley/Decreto/Resolución): \* Ley 1145 de 2007

Fecha de expedición: 10 de julio de 2007

Artículos específicos:

---

---

---

Enlace web del documento:

<https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=25670>

#### Normatividad complementaria:

- ☐ Ley 1757 de 2015 - Promoción y protección del derecho a la participación
- ☐ Ley 850 de 2003 - Veedurías ciudadanas
- ☐ CONPES 4070 de 2021 - Lineamientos de política para Estado Abierto
- ☐ Ley 134 de 1994 - Mecanismos de participación ciudadana
- ☐ Ley 1712 de 2014 - Transparencia y acceso a la información pública
- ☐ Otra (especifique): CONPES\_\_\_\_\_

### 2.2 Naturaleza y función de la instancia \*

- ☐ Consultiva: Emite conceptos no vinculantes
- ☐ Deliberativa: Toma decisiones vinculantes

---

#### Ministerio de Salud y Protección Social

Dirección: Carrera 13 No. 32-76, Bogotá D.C., Colombia

Conmutador en Bogotá: (+57) 601 330 5043

Resto del país: (+57) 01 8000 960020



- ☐ Veeduría: Realiza seguimiento y control
- ☐ Concertación: Facilita acuerdos entre actores
- ☐ Mixta (especifique): \_\_\_\_\_

Justificación de la naturaleza:

---

---

---

---

---

### 2.3 Conexión constitucional y democrática \*

Explique cómo contribuye esta instancia a la Participación Ciudadana y al fortalecimiento democrático:

Participación de las poblaciones con Discapacidad

---

---

---

## SECCIÓN 3 OBJETIVOS Y PRODUCTOS

### 3.1 Objetivo y alcance \*

Objetivo específico de la instancia:

---

---

---

---

Temas de competencia:

---

---

---

---

### 3.2 Productos esperados \*

- ☐ Conceptos técnicos
- ☐ Recomendaciones de política
- ☐ Lineamientos y directrices
- ☐ Evaluaciones y seguimiento
- ☐ Informes periódicos
- ☐ Planes de acción
- ☐ Otros (especifique): \_\_\_\_\_

### 3.3 Impacto en decisiones \*

Explique cómo inciden los productos de la instancia en las decisiones del Ministerio:

---

---

---

---

## SECCIÓN 4 FUNCIONAMIENTO OPERATIVO

### 4.1 Periodicidad y modalidad \*

#### Periodicidad de reuniones:

- ☐ Mensual
- ☐ Bimensual
- ☒ Trimestral
- ☐ Semestral
- ☐ Anual
- ☐ Según necesidad
- ☐ Otra (especifique): \_\_\_\_\_

#### Modalidad de las sesiones:

- ☐ Presencial
- ☐ Virtual
- ☒ Mixta (presencial y virtual)

### 4.2 Cronograma anual \*

¿Existe cronograma anual de sesiones? ☐ Sí ☒ No

Justificación: No, porque no tenemos la Secretaría técnica del CND y quien lo lidera es el Ministerio de Igualdad

¿Se publica en la página web del MinSalud? ☐ Sí ☐ No

Justificación:

---

---

---

---

## SECCIÓN 5

### POBLACIÓN OBJETIVO Y ENFOQUE DIFERENCIAL

#### 5.1 Población objetivo \*

☐ General (toda la ciudadanía)

☒ Específica (indique el grupo poblacional): Personas con Discapacidad

Descripción de la población objetivo:

---

---

---

---

---

#### 5.2 Inclusión y garantías diferenciales

¿Incluye grupos étnicos? ☒ Sí ☐ No

¿Cuál(es)?: Rrom,

---

---

---

¿Incluye poblaciones vulnerables? ☒ Sí ☐ No ☐ No definido

#### Mecanismos de inclusión:

☐ Cupos reservados

☒ Representación proporcional

☐ Participación abierta

☐ Invitación directa

☐ Otra (especifique): \_\_\_\_\_

#### 5.3 Accesibilidad y apoyos \*

#### Medidas de accesibilidad implementadas:

☐ Intérprete de lengua de señas

☐ Documentos en Braille

☐ Plataforma web accesible





- ☐ Uso de lenguaje claro
- ☐ Espacios físicos accesibles
- ☐ Otra (especifique): \_\_\_\_\_

Justificación:

\_\_\_\_\_PREGUNTAR

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Apoyos brindados:**

- ☐ Transporte
- ☐ Alimentación
- ☐ Traducción/interpretación
- ☐ Acompañamiento técnico
- ☐ Capacitación previa
- ☐ Otra (especifique): \_\_\_\_\_PREGUNTAR \_\_\_\_\_

## SECCIÓN 6 COMPOSICIÓN Y REPRESENTACIÓN

### 6.1 Composición general (Indique número de participantes por cada uno) \*

Sector	Número
Ciudadanos	
Organizaciones sociales	
Expertos independientes	
Academia	
Sector privado	
Entidades territoriales	
Otros	
<b>Total de representantes:</b>	

### 6.2 Criterios de participación

**Nivel de formación requerido:**

☐ Ninguna específica

☐ Técnico

☐ Tecnólogo

☐ Profesional

☐ Especialización

☐ Maestría

☐ Doctorado

Experiencia mínima requerida (años):

---

Área de experiencia:

---



---

**Representación territorial:**

- ☐ No aplica
- ☐ Nivel departamental
- ☐ Nivel regional
- ☐ Urbano/Rural
- ☐ Nivel municipal
- ☐ Otra (especifique): \_\_\_\_\_

Justificación de criterios:

\_\_\_\_\_PREGUNTAR\_\_\_\_\_

---

---

---

---

## SECCIÓN 7 CONVOCATORIA Y SELECCIÓN

### 7.1 Proceso de convocatoria \*

¿Se realiza convocatoria pública? ☐ Sí ☐ No

#### Medios de difusión utilizados:

- ☐ Página web institucional
- ☐ Redes sociales
- ☐ Medios de comunicación
- ☐ A través de organizaciones
- ☐ Entidades territoriales
- ☐ Otra (especifique): \_\_\_\_\_

Frecuencia de las convocatorias:

\_\_\_\_\_

Duración del proceso de convocatoria:

\_\_\_\_\_

Número promedio de postulaciones recibidas:

\_\_\_\_\_

Número de seleccionados:

\_\_\_\_\_

### 7.2 Organizaciones participantes

Liste las principales organizaciones que participan:

**Organización 1 - Nombre:**

\_\_\_\_\_

Número de delegados:

\_\_\_\_\_

**Organización 2 - Nombre:**

\_\_\_\_\_



---

Número de delegados:

---

**Organización 3 - Nombre:**

---

Número de delegados:

---

**Organización 4 - Nombre:**

---

Número de delegados:

---

### 7.3 Requisitos organizacionales

**Tipo de organizaciones que pueden participar:**

- ☐ ONG
- ☐ Fundaciones
- ☐ Corporaciones
- ☐ Asociaciones de usuarios
- ☐ Organizaciones comunitarias
- ☐ Veedurías ciudadanas
- ☐ Gremios
- ☐ Instituciones académicas
- ☐ Colegios profesionales
- ☐ Organizaciones étnicas
- ☒ Asociaciones de pacientes/familias
- ☐ Federaciones
- ☐ Otra (especifique): \_\_\_\_\_

**Requisitos documentales obligatorios:**

- ☐ Personería jurídica
- ☐ Registro en Cámara de Comercio

---

**Ministerio de Salud y Protección Social**

Dirección: Carrera 13 No. 32-76, Bogotá D.C., Colombia

Conmutador en Bogotá: (+57) 601 330 5043

Resto del país: (+57) 01 8000 960020



- ☐ Experiencia mínima demostrable
- ☐ Representación territorial verificable
- ☐ Declaración de no conflictos de interés
- ☐ Otro (especifique): \_\_\_\_\_

DESCONOCEMOS

## SECCIÓN 8 COMUNICACIÓN Y TRANSPARENCIA

### 8.1 Canales de comunicación \*

- ☐ Correo electrónico
- ☐ WhatsApp
- ☐ Plataforma virtual (Teams, Zoom, etc.)
- ☐ Página web
- ☐ Redes sociales
- ☐ Línea telefónica
- ☐ Otra (especifique): \_\_\_\_\_

### 8.2 Información pública \*

¿Cuenta con página web propia? ☐ Sí ☐ No

URL de la página web:

\_\_\_\_\_

¿Se publican las actas de las sesiones? ☐ Sí ☐ No

¿Se publican informes de gestión? ☐ Sí ☐ No

#### Información disponible al público:

- ☐ Reglamento interno
- ☐ Cronograma de sesiones
- ☐ Lista de integrantes
- ☐ Actas de reuniones
- ☐ Informes de gestión
- ☐ Datos de contacto
- ☐ Otra (especifique): \_\_\_\_\_

## SECCIÓN 9 REPORTE Y SEGUIMIENTO

### 9.1 Reporte institucional \*

¿Se reporta en la Estrategia de Participación de MinSalud? ☐ Sí ☐ No

Si no se reporta, explique por qué:

---

---

---

### 9.2 Publicación en plataformas \*

¿Se publica en el cronograma 'Participa'? ☐ Sí ☐ No

¿Se publica en la web del MinSalud? ☐ Sí ☐ No

Información que se publica:

---

---

---

---

---

### 9.3 Difusión y comunicación

¿Se difunde información en redes sociales? ☐ Sí ☐ No

**Redes sociales utilizadas:**

- ☐ Twitter/X
- ☐ Facebook
- ☐ Instagram
- ☐ LinkedIn
- ☐ YouTube
- ☐ Otra (especifique): \_\_\_\_\_

**Otros portales de publicación:**

- ☐ Portal de Transparencia
- ☐ Urna de Cristal





- ☐ Portal Único del Estado
- ☐ Otra (especifique): \_\_\_\_\_

#### **9.4 Periodicidad de reportes**

- ☐ Antes de cada sesión
- ☐ Después de cada sesión
- ☐ Mensual
- ☐ Trimestral
- ☐ Anual
- ☐ Otra (especifique): \_\_\_\_\_

## SECCIÓN 10 EVALUACIÓN Y MEJORA

### 10.1 Mecanismos de seguimiento \*

¿Se realizan evaluaciones periódicas? ☐ Sí ☐ No

¿Se mide la satisfacción de los participantes? ☐ Sí ☐ No

¿Se evalúa el impacto de las decisiones? ☐ Sí ☐ No

### 10.2 Limitaciones identificadas

Describa las principales limitaciones o desafíos identificados:

---

---

---

---

---

---

---

### 10.3 Acciones de mejora

¿Se han implementado acciones de mejora? ☐ Sí ☐ No

Describa las acciones de mejora implementadas o planeadas:

---

---

---

---

---

---

---

## **i SECCIÓN 11**

### **INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA**

#### **11.1 Articulación con Instituciones del Estado**

¿Se articula con otras entidades? (otros ministerios, entidades territoriales, EPS, ESE, etc.)

☐ Sí ☐ No

Especifique cuáles y cómo:

---

---

---

---

---

#### **11.2 Recursos asignados**

¿Se asignan recursos específicos? ☐ Sí ☐ No

**Indique tipo de recursos:**

- ☐ Talento humano
- ☐ Recursos logísticos
- ☐ Recursos tecnológicos
- ☐ Recursos físicos
- ☐ Presupuesto específico
- ☐ Otra (especifique): \_\_\_\_\_

#### **11.3 Restricciones para la participación:**

Indique si existen restricciones para la participación:

- ☐ Conflictos de interés definidos
- ☐ Inhabilidades legales
- ☐ Incompatibilidades
- ☐ Otras restricciones (especifique): \_\_\_\_\_

Describa las restricciones:



---

---

---

---

---

---

#### 11.4 Observaciones adicionales

Información adicional relevante no incluida en las secciones anteriores:

---

---

---

---

---

---

---



## SECCIÓN 13

### DATOS DEL FUNCIONARIO RESPONSABLE

Nombre completo: \*

---

Cargo: \*

---

Dependencia: \*

---

Teléfono/Extensión: \*

---

Correo electrónico institucional: \*

---

Fecha de diligenciamiento: \*

---

Firma:

---

## SECCIÓN 14

### DOCUMENTOS ANEXOS

**Por favor adjunte los siguientes documentos (si aplica):**

- ☐ Acto administrativo de creación (normatividad)
- ☐ Reglamento interno
- ☐ Acta de instalación
- ☐ Lista actualizada de participantes
- ☐ Cronograma vigente
- ☐ Informes de gestión recientes
- ☐ Evaluaciones realizadas
- ☐ Otros documentos relevantes

