

GEU-F-01
ACT. 03

ACTA No. 01

**POR MEDIO DE LA CUAL SE CONFORMA LA ASOCIACION DE USUARIOS DE LA EPSS COOSALUD
EN EL MUNICIPIO DE SEGOVIA ANTIOQUIA. PARA REPRESENTACIÓN DE LOS USUARIOS.**

El día 17 de noviembre del año 2018 a las 04 pm de la tarde se reunieron en asa de la cultura ARTURO VARGAS MEDINA, de la localidad los usuarios de Coosalud EPSS previa convocatoria realizada en el Municipio de Segovia de COOSALUD de la sucursal Antioquia municipio de Segovia para conformar de manera formal y democrática la asociación de usuarios después de la renuncia de los representantes de dicha asociación, con el objetivo principal de velar por los derechos en salud de la comunidad afiliada a la institución, para dar inicio a la reunión se leyó el siguiente orden del día:

1. SALUDO DE BIENVENIDA
2. EXPLICACIÓN DE LAS FUNCIONES DE UNA ASOCIACIÓN DE USUARIOS
3. LECTURA DEL CAPITULO IV DEL DECRETO 1757 "PARTICIPACION EN LAS INSTITUCIONES DEL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD"
4. POSTULACIÓN DE LOS USUARIOS PARA PERTENECER A LA ASOCIACION
5. VOTACIÓN
6. CONFORMACIÓN DE LA ASOCIACIÓN
7. CIERRE

DESARROLLO

1. Siendo las 02 am se da inicio a la reunión, Jorge Mario Sánchez Palacio, Coordinador de UPA Nordeste, DIANA PAOLA BERRIO Y LORENA ARIAS GESTORAS MUNICIPALES, les daN un saludo de bienvenida y de agradecimiento a todos los usuarios que acudieron a la convocatoria y les recuerda la importancia de haber asistido a la reunión.

2. Se da lectura y explica las principales funciones de los miembros de una asociación de usuarios mencionando las siguientes:

- Participar en la planeación, toma de decisiones, vigilancia y control de la gestión de la afiliación, administración y prestación de los servicios de salud.
- Velar por la calidad y oportunidad en la prestación de los servicios, por la defensa de los derechos de los usuarios y por el cumplimiento de los deberes de los mismos.
- Velar porque las peticiones de quejas, reclamos y sugerencias ante las instituciones de salud, sean respondidas de manera oportuna.
- Promocionar los servicios de las entidades a las que están afiliadas o son usuarios.
- Solicitar capacitación en los temas que consideren necesarios para adelantar su labor y para el mejoramiento de la calidad de los servicios.

3. EL asistente de atención a los usuarios hace énfasis en el artículo 10 del decreto 1757 de 1994 "Alianzas o asociaciones de usuarios. La Alianza o asociación de usuarios es una agrupación de afiliados del régimen contributivo y subsidiado, del Sistema General de Seguridad Social en Salud, que tienen derecho a utilizar unos servicios de salud, de acuerdo con su sistema de afiliación, que velarán por la calidad del servicio y la defensa del usuario.

Todas las personas afiliadas al Sistema General de Seguridad Social en Salud podrán participar en las instituciones del sistema formando asociaciones o alianzas de usuarios que los representarán ante las instituciones prestadoras de servicios de salud y ante las empresas promotoras de salud, del orden público, mixto y privado".

4. Después de haber leído y explicado las funciones y el objetivo de la asociación de usuarios se postulan los siguientes nombres para ser elegidos representantes de la comunidad en la alianza de usuarios por un periodo de dos años:

5. Se procedió a votar secretamente por cada uno de los postulados para pertenecer a la asociación de usuarios, las votaciones se hicieron para los cargos de presidente, vicepresidente, secretario, y vocales.

6. Paso seguido a la votación se procedió al conteo de los votos y se estableció que el señor (a)

MARIA ELIZABETH COGOLO MORALES con c/c 21929212 fue elegido (a) como presidenta por un total de 30 votos.

ERIKA MILENA AGUDELO con c/c 1046906201 fue elegido (a) como vicepresidenta por un total de 23 votos.

JENNIFER HANEO VASQUEZ con c/c 1042091765 fue elegido (a) como presidenta por un total de 15 votos.

María Josefa puerta Gómez con c/c 22086510 fue elegido (a) como vocal 1 por un total de 11 votos.

LUZ ESTELLA MESA con c/c 27199607 fue elegido (a) como vocal por un total de 10 votos.

MARIA YADIRA GONZALEZ CORREA con c/c 42939778 7 fue elegido (a) como vocal por un total de 10 votos.

Quedando conformada por un periodo de dos años de la siguiente manera:

NOMBRES	CARGO	IDENTIFICACION	DIRECCION	TELEFONO
MARIA ELIZABETH COGOLO MORALES	PRESIDENTA	21929212	BARRIO 20 DE JULIO	3147024460
ERIKA MILENA AGUDELO	VICEPRESIDENTA	1046906201	BARRIO CORDOBA	3222492128
JENNIFER HANEO VASQUEZ	VOCAL 1	1042091765	URBANIZACION ORGULLOSAMENTE SEGOVIANO – LA REINA	3233773492
MARIA JOSEFA PUERTA GÓMEZ	VOCAL 2	22086510	BARRIO BORBOLLON	3137037983
LUZ ESTELLA MESA	VOCAL 3	27499607	BARRIO GALAN	3113832048 3104952987
MARIA YADIRA GONZALEZ CORREA	VOCAL 4	42939778	BARRIO PORRO	3235280140

7. a las 05 PM se da por terminada la reunión agradeciendo nuevamente la asistencia y comprometiéndolo al nuevo representante de los usuarios a reunirse con una frecuencia una vez por mes

Para mayor constancia se firma e presente acta el día 17 de noviembre 2017

Nota: Se anexa hoja con firma de los usuarios que asistieron a la reunión.

FIRMAN	CEDULA	TELEFONO
<u>Jennifer Henao V</u>	<u>1.042.091.765</u>	<u>323.377.3492</u>
<u>Marysuzeth Gf</u>	<u>42939778</u>	<u>3235280140</u>
<u>Milena Agudeb</u>	<u>1046906201</u>	<u>3222492128</u>
<u>Luz Esteban</u>	<u>87499607</u>	<u>3113832048</u>
<u>Elizabeth Bacollo</u>	<u>21929212</u>	<u>3147024460</u>
<u>Maria Gordera</u>	<u>2208510</u>	<u>3137037983</u>
<u>Yuliett Ariza</u>	<u>1046903068</u>	<u>3207436872</u>
<u>Jorge Sánchez</u>	<u>15405981</u>	<u>8654325</u>
_____	_____	_____
_____	_____	_____

LISTADO DE ASISTENCIA

GTH-F-23
Act. 05

q3 en total

01

CAPACITACION INDUCCION ENTRENAMIENTO SOCIALIZACIÓN DE DOCUMENTOS ACTIVIDAD

FECHA: _____ LUGAR: _____

TEMAS INCLUIDOS: _____

CAPACITADORES: Jorge Fabio Sanchez Pedraza

TIPO DE CAPACITADOR: INTERNO EXTERNO

ASISTENTE _____ CARGO _____ HORA DE INICIO: _____ HORA FINAL: _____

ASISTENTE	CARGO	SUCURSAL	FIRMA
<u>Nubia de los Angeles P.</u>			<u>Nubia</u>
<u>Elvira Uribe</u>			<u>Elvira Uribe C.</u>
<u>Ana Maria Chavarria Rosas</u>			<u>Ana Maria</u>
<u>Wilmer Rodrigo Chica Palacios</u>			<u>Wilmer Chica P.</u>
<u>Guillermina Antonia Hernandez Balbin</u>			<u>Guillermina A. Hernandez</u>
<u>ASTRID ORTIZ OBREROS E.</u>			<u>ASTRID OBREROS E.</u>
<u>Ramon Arley Alvarez Cardozo</u>			<u>Ramon Alvarez</u>
<u>Maria Ylienia Topa H</u>			<u>Maria Ylienia Topa H</u>
<u>Monica Yelina Gal Jaramilla</u>			<u>Monica Gal</u>
<u>Carlos August Restrepo Castañeda</u>			<u>Carlos August R.C.</u>
<u>Yorbeld Inoa Gomez</u>			<u>Yorbeld Inoa Gomez</u>
<u>Juz Enid Holguin Arroyave.</u>			<u>Juz Enid Holguin A.</u>
<u>Monica Cecilia Ramirez Ospina</u>			<u>Monica Ramirez</u>
<u>DOÑA ACEVEDO Suarez</u>			<u>DOÑA ACEVEDO.</u>

FIRMA DEL CAPACITADOR

[Handwritten Signature]

Con la firma del presente documento manifiesto de manera libre, previa y debidamente informada que autorizo a COOSALUD para efectuar tratamiento sobre los datos personales aquí recolectados, con la finalidad de llevar un control de asistencia a eventos de capacitación. Declaro que he sido informado de los derechos de consulta, reclamo y rectificación que tengo como titular de mis datos personales conforme a los lineamientos de la política de tratamiento de Información de Personal de la entidad, dispuesta para su consulta en el sitio web: www.coosalud.com, y de conformidad con esta, mis datos personales podrán ser suprimidos cuando no exista deber legal o contractual de conservarlos.

LISTADO DE ASISTENCIA

GTH-F-25
 Act. 05

CAPACITACION INDUCCION ENTRENAMIENTO SOCIALIZACIÓN DE DOCUMENTOS ACTIVIDAD

FECHA: _____ LUGAR: _____

TEMAS INCLUIDOS: _____

CAPACITADOR(ES): Jorge Hato Sanchez Polanco

TIPO DE CAPACITADOR: INTERNO EXTERNO CARGO: _____

HORA DE INICIO: _____ HORA FINAL: _____

ASISTENTE	CARGO	SUCURSAL	FIRMA
<u>Deferson Shid Callejas</u>			<u>[Firma]</u>
<u>Wendy Andrea Villa Rodriguez</u>			<u>Wendy Villa</u>
<u>Yuliana H</u>			<u>Yuliana H</u>
<u>Diana Carolina Cano Gomez</u>			<u>Diana Cano</u>
<u>Karen Dayana Cadavid R</u>			<u>Karen Cadavid</u>
<u>Maria Fernanda Patino</u>			<u>Maria Patino</u>
<u>Arabela Bovero Celis</u>			<u>Arabela Bovero</u>
<u>Leonela Beljorano</u>			<u>Leonela B.</u>
<u>Maria Emiliang Perez B</u>			<u>Maria Perez</u>
<u>Jorge Collier Franco</u>			<u>Jorge Franco</u>
<u>Carolina Sosa</u>			<u>Carolina Sosa</u>
<u>Veronica Cotaño</u>			<u>Veronica Cotaño</u>
<u>Blanca Opella delgado Govea</u>			<u>Blanca delgado</u>
<u>Christina Perez</u>			<u>Christina</u>

FIRMA DEL CAPACITADOR

Con la firma del presente documento manifiesto de manera libre, previa y debidamente informada que autorizo a COOSALUD para efectuar tratamiento sobre los datos personales aquí recolectados, con la finalidad de llevar un control de asistencia a eventos de capacitación. Declaro que he sido informado de los derechos de consulta, reclamo y rectificación que tengo como titular de mis datos personales conforme a los lineamientos de la política de Tratamiento de Información Personal de la entidad, dispuesta para su consulta en el sitio web: www.coosalud.com, y de conformidad con esta, mis datos personales podrán ser suministrados cuando no exista deber legal o contractual de conservarlos.

LISTADO DE ASISTENCIA

CAPACITACION INDUCCION ENTRENAMIENTO SOCIALIZACIÓN DE DOCUMENTOS ACTIVIDAD

FECHA: _____ LUGAR: _____

TEMAS INCLUIDOS: _____

CAPACITADOR(ES): Jorge HANO Sanchez Palero

TIPO DE CAPACITADOR: INTERNO EXTERNO HORA DE INICIO: _____ HORA FINAL: _____

ASISTENTE	CARGO	SUCURSAL	FIRMA
Jaceline Ossa Rodriguez			Jaceline Ossa R.
Yazneth Maura Perez			Yazneth MAURA
Mario Piedad Rivera Ospina			MARIO RIVERA
enny Katherine Camona Gomez			enny Katherine
Olga Lucia Lucas Barrios			OLGA L.
Lilisa Apudelo			Lilisa A.
Hector Elias Vallejo Lazaro			Hector Vallejo
Maria Ingrid Giraldo Velazquez			Maria Ingrid Giraldo
Diana Carolina Cardenas			Diana Cardenas
Manabon Carrere Rojas Borrero			Manabon Rojas
Mayerlyn Lombardo Avelaer.			Mayerlyn Lombardo
Yosenda Alejandra Mesa B.			Yosenda Mesa
SANDRA Nilsa GOMEZ SANCHEZ			SANDRA GOMEZ
HANO Ossa Esteban			HANO Ossa Esteban

FIRMA DEL CAPACITADOR

Con la firma del presente documento manifiesto de manera libre, previa y debidamente informada que autorizo a COOSALUD para efectuar tratamiento sobre los datos personales aquí recolectados, con la finalidad de llevar un control de asistencia a eventos de capacitación. Declaro que he sido informado de los derechos de consulta, reclamo y rectificación que tengo como titular de mis datos personales conforme a los lineamientos de la política de tratamiento de información de Personal de la entidad, dispuesta para su consulta en el sitio web: www.coosalud.com, y de conformidad con esta, mis datos personales podrán ser suministrados cuando no exista deber legal o contractual de conservarlos.

LISTADO DE ASISTENCIA

CAPACITACION INDUCCION ENTRENAMIENTO SOCIALIZACIÓN DE DOCUMENTOS ACTIVIDAD

FECHA: _____ LUGAR: _____

TEMAS INCLUIDOS: _____

CAPACITADORES: Perez Hano Sanchez Palacio

TIPO DE CAPACTADOR: INTERNO EXTERNO

ASISTENTE _____ CARGO _____ HORA DE INICIO: _____ HORA FINAL: _____

ASISTENTE	CARGO	SUCURSAL	FIRMA
Angela Horta Perez P.			Angela Horta Perez
Deisy Viniana Alvarez J.			Deisy Alvarez J.
Nidia Campos			Nidia Campos
Nad. Segura Zambrano			Nad. Segura Zambrano
Anadelkarmen Franco Tiberghin			Ana Franco
Yerlana Quena Torres			Yerlana m ^{te} Quena
Claudia Torres Chaves			Claudia Torres Chaves
Suki Estayn			Suki Estayn
Marcela Huatash Alvarez			Marcela Huatash Alvarez
Sabana Lozano			Sabana Lozano
Mirinda Rosa Lopez Ruiz			Mirinda Lopez Ruiz
Yady Torres Herrera			Yady Herrera
Maria Isabel Mora			Maria Isabel Mora
Claudia Marcela Bedoya			Claudia Bedoya

FIRMA DEL CAPACTADOR

Con la firma del presente documento manifiesto de manera libre, previa y debidamente informada que autorizo a COOSALUD para efectuar tratamiento sobre los datos personales aquí recolectados, con la finalidad de llevar un control de asistencia a eventos de capacitación. Declaro que he sido informado de los derechos de consulta, reclamo y rectificación que tengo como titular de mis datos personales conforme a los lineamientos de la política de Tratamiento de Política de Tratamiento de Información Personal de la entidad, dispuesta para su consulta en el sitio web: www.coosalud.com, y de conformidad con esta, mis datos personales podrán ser suministrados cuando no exista deber legal o contractual de conservarlos.

LISTADO DE ASISTENCIA

GTH-F-25
Act. 05

CAPACITACION INDUCCION ENTRENAMIENTO SOCIALIZACIÓN DE DOCUMENTOS ACTIVIDAD

FECHA: _____ LUGAR: _____

TEMAS INCLUIDOS: _____

CAPACITADORES: Jorge Hano Sanchez Palacios

TIPO DE CAPACITADOR: INTERNO EXTERNO CARGO _____

ASISTENTE _____ CARGO _____ SUCURSAL _____ FIRMA _____

ASISTENTE	CARGO	SUCURSAL	FIRMA
Gueth Camba Céspedes Morales			Gueth Céspedes
Censida Amparo Linares W.			Censida Linares W.
Ariadna Vartaniz Pérez			Ariadna Vartaniz
Yoliana Andrea Ceballos P.			Yoliana Ceballos
Bellly Jopet Lopez			Bellly Jopet
Wallerby Juliana Vallejo			Wallerby Vallejo
Lina Marcela Ospina			Lina
Celsa Endelis Pardo			Celsa Endelis Pardo
Andrea Janner Gordon			Andrea Janner
Sobeld Alexandra Peña G.			Alexandra Peña
NOLE MURILLO			NOLE MURILLO
Yuri Ortiz Espinoza			Yuri Ortiz
DAVAIN MARTINEZ GONZALEZ			MARTINEZ G.

FIRMA DEL CAPACITADOR

Con la firma del presente documento manifiesto de manera libre, previa y debidamente informada que autorizo a COOSALUD para efectuar tratamiento sobre los datos personales aquí recolectados, con la finalidad de llevar un control de asistencia a eventos de capacitación. Declaro que he sido informado de los derechos de consulta, reclamo y rectificación que tengo como titular de mis datos personales conforme a los lineamientos de la política de tratamiento de Política de Tratamiento de Información personal de la entidad, dispuesta para su consulta en el sitio web: www.coosalud.com, y de conformidad con esta, mis datos personales podrán ser suministrados cuando no exista deber legal o contractual de conservarlos.

LISTADO DE ASISTENCIA

GTH-F-25
 Act. 05

CAPACITACION INDUCCION ENTRENAMIENTO SOCIALIZACIÓN DE DOCUMENTOS ACTIVIDAD

FECHA: _____ LUGAR: _____

TEMAS INCLUIDOS: _____

CAPACITADORES: Jorge Hano Sanchez Palomo

TIPO DE CAPACITADOR: INTERNO EXTERNO

HORA DE INICIO: _____ HORA FINAL: _____

ASISTENTE	CARGO	SUCURSAL	FIRMA
<u>Yanny Vidal</u>	<u>garcia</u>		<u>Yanny Vidal</u>
<u>Morela de Jesus Echevarria F.</u>			<u>Morela Echevarria F.</u>
<u>Adriana magnolia Zorrilla</u>			<u>Adriana Zorrilla</u>
<u>Felisa Rocio Gutierrez Andabida</u>			<u>Felisa Gutierrez</u>
<u>Ester Herrera Salazar</u>			<u>Ester H.</u>
<u>Haniel Castro Corra</u>			<u>Haniel Castro</u>
<u>Erika Tatiana Torres E.</u>			<u>Erika Torres</u>
<u>Ana Dagnare Quinana Quinana</u>			<u>Ana Quinana</u>
<u>Maria Carolina Bastidos M.</u>			<u>Carolina Bastidos</u>
<u>SANDRA MILENA GOWCZ</u>			<u>SANDRA GOWCZ</u>
<u>NERTS URBANO HOYOS</u>			<u>NERTS URBANO HOYOS</u>
<u>MILENA PETRICIA ECHAVEZ PEREZ</u>			<u>MILENA ECHAVEZ PEREZ</u>
<u>Milagdi Elena Echevarria Roldan</u>			<u>Milagdi Echevarria</u>
<u>Beatriz Hoyos Franco</u>			<u>Beatriz Hoyos</u>

FIRMA DEL CAPACITADOR

Con la firma del presente documento manifiesto de manera libre, previa y debidamente informada que autorizo a COOSALUD para efectuar tratamiento sobre los datos personales aquí recolectados, con la finalidad de llevar un control de asistencia a eventos de capacitación. Declaro que he sido informado de los derechos de consulta, reclamo y rectificación que tengo como titular de mis datos personales conforme a los lineamientos de la política de Tratamiento de Información de Personal de la entidad, dispuesta para su consulta en el sitio web: www.coosalud.com, y de conformidad con esta, mis datos personales podrán ser suprimidos cuando no exista deber legal o contractual de conservarlos.