

ACTA No.01

POR MEDIO DE LA CUAL SE CONFORMA O SE RENUEVA LA ASOCIACIÓN DE USUARIOS, ASODEUS, DE COOSALUD EPS EN EL MUNICIPIO DE CHITARAQUE DEL DEPARTAMENTO DE BOYACÁ, PARA LA REPRESENTACIÓN DE LOS USUARIOS EN DICHO TERRITORIO.

El día 29 del mes de julio del año 2025, siendo las 2.00 pm se reunieron en las oficinas de COOSALUD EPS los usuarios de esta EPS, previa convocatoria llevada a cabo en el municipio de Chitaraque para conformar de manera formal y democrática la Asociación de Usuarios (ASODEUS) del municipio de Chitaraque del departamento de Boyacá, con el objetivo principal de velar por los derechos en salud de la comunidad afiliada a la institución.

Para iniciar la reunión se leyó el siguiente orden del día:

1. BIENVENIDA
2. EXPLICACIÓN DE LAS FUNCIONES DE UNA ASOCIACIÓN DE USUARIOS
3. LECTURA DEL CAPÍTULO IV DEL DECRETO 1757 de 1994: "PARTICIPACIÓN EN LAS INSTITUCIONES DEL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD".
4. PRESENTACIÓN DE LAS OPORTUNIDADES DE LAS ASODEUS A LA LUZ DEL PLAN NACIONAL DE PARTICIPACIÓN SOCIAL EN SALUD (Res.2063 de 2017)
5. POSTULACIÓN DE LOS REPRESENTANTES DE LOS USUARIOS
6. VOTACIÓN
7. VERIFICACIÓN DE LOS VOTOS VÁLIDOS
8. CONFORMACIÓN DE LA ASOCIACIÓN
9. LECTURA Y APROBACIÓN DE ESTATUTOS
10. CIERRE

DESARROLLO

1. Siendo las 2.00 pm se da comienzo a la reunión; el señor/señora MONICA JULIANA DIAZ GONZALEZ, colaborador de COOSALUD EPS en la oficina de Chitaraque , da la bienvenida y +agradecimiento a todos los usuarios que acudieron a la convocatoria y les recuerda la importancia de participar en la reunión.
2. Se da lectura y se explican 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 estos.
 - 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: “Las Alianzas o asociaciones 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 los 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 postularon los siguientes nombres para ser elegidos representantes de la comunidad en la alianza de usuarios por un periodo de dos años:

NOMBRE	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN
--------	--------------------------

JULI VIVIANA HAMON	1051286227
YENNI ANDREA LEON	1014253272
DEIBY ADHARA AMADOR	23532744
CANDY MINEYI IGLESIAS	1057515783
YOLANDA RIVERA	52447435

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.

Paso seguido a la votación se procedió al conteo de los votos, arrojando el siguiente resultado:

NOMBRE	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	VOTOS VÁLIDOS
JULI VIVIANA HAMON	1051286227	15
YENNI ANDREA LEON	1014253272	15
DEIBY ADHARA AMADOR	23532744	15
CANDY MINEYI IGLESIAS	1057515783	15
YOLANDA RIVERA	52447435	15

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

NOMBRE	CARGO	IDENTIFICACIÓN	DIRECCIÓN	TELÉFONO
JULI VIVIANA HAMON	PRESIDENTE	1051286227	BARRIO VILLA LETICIA	3138278020
YENNI ANDREA LEON	VICEPRESIDENTE	1014253272	BARRIO VILLA LETICIA	3108952618
DEIBY ADHARA AMADOR	SECRETARIA	23532744	CHITARAQUE CENTRO	3134692035
CANDY MINEYI IGLESIAS	VOCAL	1057515783	VEREDA BUENA VISTA Y ANACOS	3208894048
YOLANDA RIVERA	VOCAL	52447435	VEREDA ESGUARDO DE BLANCOS	3123513507

7. Se da lectura a los estatutos de la Asociación de Usuarios y se firma por parte del presidente y secretario como constancia de aprobación de estos.
8. Siendo las 3.20 pm se da por terminada la reunión agradeciendo nuevamente la asistencia y comprometiendo a los nuevos representantes de los usuarios a reunirse semanalmente.
- Para constancia, se firma la presente acta el día 29 del mes de julio del año 2025.

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

LISTADO DE ASISTENCIA

GT4-F-25
Act. 07
2023, Jul. 18

CAPACITACION INDUCCION ENTRENAMIENTO SOCIALIZACIÓN DE DOCUMENTOS ACTIVIDAD

FECHA: 29 Julio 2025 LUGAR:

TEMAS INCLUIDOS: Atención Infección Asociación (Dermatología)

CAPACITADORES: Monica Alvarado

TIPO DE CAPACITADOR: INTERNO EXTERNO

HORA DE INICIO: HORA FINAL:

ASISTENTE	CARGO	SUCURSAL	FIRMA
Yolanda Rodriguez Ruiz	USUARIO	BOYACA.	Yolanda Rodriguez Ruiz
Maria Elena Bustamante	USUARIO	BOYACA	Maria Elena Bustamante
Diana Rubiano Zabala	USUARIO	BOYACA.	Diana Rubiano Zabala
Jose Alberto Cardenas	USUARIO	BOYACA.	Jose Alberto Cardenas
Osmar Guerrero	USUARIO	BOYACA.	Osmar Guerrero
Sandra Herrera Pinzon	USUARIO.	BOYACA.	Sandra Herrera Pinzon
Edmundo Ruiz	USUARIO	BOYACA.	Edmundo Ruiz
Luz Dary Gonzalez	USUARIO	BOYACA.	Luz Dary Gonzalez
Reinaldo Fontecha Moreno	USUARIO	BOYACA.	Reinaldo Fontecha Moreno
Cecilia Rivera	USUARIO.	BOYACA.	Cecilia Rivera
Silvia O. León P.	USUARIO	BOYACA.	Silvia O. León P.
Maiten Orea Inchausti.	USUARIO.	BOYACA.	Maiten Orea Inchausti.

Monica Alvarado
 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 suprimidos cuando no exista deber legal o contractual de conservarlos.