

**ACTA DE REUNIÓN DE LA ASOCIACIÓN DE USUARIOS, ASODEUS DE
COOSALUD EPS
MUNICIPIO DE INIRIDA**

FECHA : 30/10/2023
LUGAR : Oficina de COOSALUD EPS-S
HORA : 2:00 P.M.
ASISTENTES : (Se anexan fotos de la reunión virtual).
OBJETIVO : Reunión ordinaria de la Asociación de Usuarios.

Agenda programada para el día:

1. Bienvenida
2. Exposición de los temas preparados para el día:
 - A. Modelo de Atención en Sala
 - B. Deber: Actuar de buena fe, frente al sistema de salud
 - C. Derechos de los pacientes
 - D. Red
 - E. Canales de Comunicación
3. Evaluación de la sesión
4. Apertura del Buzón de sugerencias

DESARROLLO DE LA REUNIÓN

1. Claudia Patricia García Herrera, colaborador de COOSALUD EPS, da la bienvenida a los participantes, agradece por la asistencia a la reunión y da a conocer el objetivo de esta. Además, destaca el compromiso para con la institución al pertenecer a la Asociación de Usuarios de COOSALUD EPS en el municipio.,
2. Se exponen los temas preparados para el día a cargo de Claudia Patricia García Herrera, colaborador de Coosalud EPS.

2.1. TEMAS DEL MES.

Modelo de Atención en Sala

MODELO DE ATENCIÓN EN SALA

El canal presencial para la atención a los usuarios, se integra por la red de puntos de atención dispuestos en los municipios con capacidad de afiliación y de acuerdo con los criterios establecidos.

Tipos de punto de atención presencial

Tipología	Número de usuarios	Número de empleados
UMA: Unidad Municipal de Atención al Usuario	5.000 – 10.000	De 1 a 2
UPAS: Unidad Provincial de Atención al Usuario	Mayor a 10.000	Más de 5
Agencias	Mayor a 15.000	Más de 10
Sucursal	Ciudades principales	Más de 20
Sala del Contributivo	De acuerdo con la estrategia de crecimiento	



Deber

Mis deberes como usuario de la salud

Actuar de buena fe frente al sistema de salud.

DEBER

COOSALUD

GOBIERNO DE COLOMBIA

3

Derechos de los pacientes

DERECHOS

Tú tienes derechos y deberes

Aquí puedes conocer los derechos y deberes que tienes como afiliado de Coosalud.

Información adecuada y suficiente para conocer tus derechos y sobre los servicios de salud del régimen subsidiado, así como la red de prestación de servicios, los mecanismos y procedimientos para acceder a ellos y a las indicaciones acerca de las entidades que prestan ayuda para exigir el cumplimiento de los derechos.

[Descargar Carta](#)

[carta-derechos-deberes.pdf \(coosalud.com\)](#)

COOSALUD

COOSALUD
En Pos de tu bienestar

Carta de **derechos y deberes** del afiliado **2023**

Llámanos mediante gratis desde tu celular:

#922

O desde un teléfono fijo línea **01 8000 518611**

Trabajamos en pos de **tu bienestar**

GOBIERNO DE COLOMBIA

COOSALUD

COOSALUD APP | COOSALUD | COOSALUD APP | COOSALUD

Se les presenta la Red de prestadores que tenemos en la regional y posteriormente los Canales de comunicación



3. Se procede a evaluar la sesión. Se anexan copias.
4. Se abre el buzón de sugerencias y se elabora el acta

Para constancia firman 30 de octubre de 2023,

COOSALUD <small>El Pos de tu bienestar</small>		EVALUACION DE CAPACITACIONES, INDUCCION Y REINDUCCION	GTH-F-22 Act. 08 2020.nov.06
MÓDULO:	CAPACITACION		
ÁREA RESPONSABLE:	EXPERIENCIA DEL USUARIO		
TEMA:	Autocuidado y Calidad de Vida - Deberes-Derechos-Red-Canales de comunicación Coosalud		
NOMBRE:	Clara De Manrique		
CARGO:	USUARIO		
SUCURSAL / AGENCIA:	Tarma		
FACILITADOR:	Claudia Garcia		
FECHA:	30/10/2023		
CALIFICACIÓN:			

Para verificar los conocimientos adquiridos en la capacitación, conteste cada una de las siguientes preguntas formuladas por el facilitador.

PREGUNTAS	RESPUESTAS
1. ¿Contamos con atención preferencial en nuestras salas de atención?	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
2. ¿Actuar de buena fe frente al sistema de salud es un deber de los usuarios?	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
3. ¿Seleccione cuáles son canales de comunicación con Coosalud EPS? Selección de múltiple respuesta	<input checked="" type="checkbox"/> #922 <input checked="" type="checkbox"/> www.coosalud.com <input checked="" type="checkbox"/> defensorusuario@coosalud.com

Evalúe la satisfacción de la capacitación, conteste de la manera más honesta posible las siguientes preguntas. Toda sugerencia adicional que nos aporte se la agradeceremos e intentaremos realizar los mejoramientos pertinentes en las próximas actividades. Por favor, evalúe en la escala 1-5.

1. **UTILIDAD DE LOS CONTENIDOS DE LA CAPACITACIÓN.** Importancia y utilidad que han tenido para usted los temas tratados en la capacitación (1: Inútil, 2: Poco útiles, 3: Moderadamente útiles, 4: Útiles, 5: Muy útiles):

1 2 3 4 5

2. **METODOLOGÍA UTILIZADA EN EL CURSO.** Respecto a los métodos y estrategias utilizadas por el facilitador para impartir los contenidos fue (1: Pésimas, 2: Malas, 3: Aceptables, 4: Buenas, 5: Excelentes):

1 2 3 4 5

3. **GRADO DE MOTIVACIÓN DEL FACILITADOR.** El nivel de participación y de motivación ofrecido por el facilitador fue (1: Muy bajo, 2: Bajo, 3: Regular, 4: Alto, 5: Muy alto):

1 2 3 4 5

	EVALUACION DE CAPACITACIONES, INDUCCION Y REINDUCCION	GTM-F-32 Act. 03 2020.nov.06
		En Pos de tu bienestar

4. **CLARIDAD DE LA EXPOSICIÓN.** Respecto al lenguaje utilizado y el orden dado al curso, usted considera que fueron en general (1: Pobres, 2: Confusos, 3: Mediocras, 4: Buenos, 5: Excelentes):

1	2	3	4	5 <input checked="" type="checkbox"/>
---	---	---	---	---------------------------------------

5. **NIVEL DE ASIMILACION Y COMPROMISO PERSONAL CON LOS TEMAS TRATADOS.** Evalúese a usted mismo en el grado de motivación e interés personal para atender y seguir la capacitación y sus actividades (1: No estuve atento, no capté mi interés, 2: Estaba interesado, pero me distraje fácilmente, 3: Solo me concentré por momentos, 4: Estuve atento todo el tiempo, pero no me animé a participar, 5: Estuve atento todo el tiempo, participé activamente).

1	2	3	4	5 <input checked="" type="checkbox"/>
---	---	---	---	---------------------------------------

6. **CALIDAD DEL MATERIAL ENTREGADO.** El material que le fue entregado como apoyo a la capacitación fue (1: De muy pobre contenido, 2: Malo, no se entendía nada, 3: Regular, pudo ser mejor; 4: Bueno, ayudó mucho; 5: Excelente, no pudo ser mejor):

1	2	3	4	5 <input checked="" type="checkbox"/>
---	---	---	---	---------------------------------------

7. **CALIDAD DE LAS AYUDAS AUDIOVISUALES.** Las ayudas audiovisuales (diapositivas, carteleras, videos, etc.) utilizadas por el facilitador fueron (1: Pésimas, 2: Malas, 3: Regulares, 4: Buenas, 5: Excelentes):

1	2	3	4	5 <input checked="" type="checkbox"/>
---	---	---	---	---------------------------------------

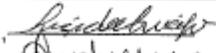
8. **INFRAESTRUCTURA Y COMODIDAD DEL LUGAR DE CAPACITACIÓN.** El sitio elegido para adelantar la capacitación fue (1: Pésimo, 2: Malo, 3: Regular, 4: Bueno, 5: Excelente):

1	2	3	4	5 <input checked="" type="checkbox"/>
---	---	---	---	---------------------------------------

9. **CUMPLIMIENTO DEL HORARIO Y DEL PROGRAMA.**

1	2	3	4	5 <input checked="" type="checkbox"/>
---	---	---	---	---------------------------------------

10. **SUGERENCIAS Y COMENTARIOS PARA EL MEJORAMIENTO DE LAS PRÓXIMAS ACTIVIDADES DE CAPACITACIÓN:**

FIRMA ASISTENTE 
 FIRMA FACILITADOR 