

**ACTA DE REUNIÓN DE LA ASOCIACIÓN DE USUARIOS, ASODEUS DE
COOSALUD EPS
DEPARTAMENTO DE SUCRE
MUNICIPIO DE OVEJAS**

FECHA : 24-febrero-2023
LUGAR : OFICINA SUCURSAL
HORA : 3:00 P.M
PARTICIPANTES : ____ personas (Se anexa firma de los asistentes).
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. Capacitación: DEBERES Y DERECHOS

B. Actualización Normativa:

3. Información general: DEBERES Y DERECHOS:
4. Evaluación de la sesión
5. Apertura del Buzón de sugerencias
6. Programación de la próxima reunión

DESARROLLO DE LA REUNIÓN

1. VIVIANA LAMBRAÑO, 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 de Ovejas
2. Se exponen los temas preparados para el día a cargo de VIVIANA LAMBRAÑO, colaborador de Coosalud EPS.
 - 3.1. TEMAS DEL MES. NOMBRAR LOS TEMAS DEL MES.
DEBERES Y DERECHOS
 - 3.2. EXPLICACIÓN DE LOS TEMAS DEL MES
3. Se procede a evaluar la sesión. Se anexan copias.
4. Se abre el buzón de sugerencias y se elabora el acta.

[illegible]

DEPARTAMENTO:	SUCRE	FECHA (AAAA/MM/DD):	2023/02/24
MUNICIPIO:	OVEJAS		
MATERIAL ENTREGADO:		EDUCATIVO	INFORMATIVO

N°	DOC. IDENTIFICACION	NOMBRES Y APELLIDOS	FIRMA
1.	1101814905	Maria Gonzalez Diaz	Maria Gonzalez
2.	18878338	Hernan Blanco B.	Hernan Blanco
3.	26039220	Ady Villanueva Castro	Ady Villanueva
4.	64891546	Edith Montserrat Pacheco	Edith Montserrat
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			
11.			
12.			
13.			
14.			
15.			
16.			
17.			
18.			
19.			
20.			
21.			
22.			
23.			
24.			
25.			
26.			
27.			
28.			
29.			
30.			
31.			
32.			
33.			
34.			
35.			
36.			
37.			
38.			
39.			
40.			

Ciudad y fecha: 24-02-23

Señor:

COOSALUD EPS

Cordial saludo:

Por medio de la presente le estamos haciendo llegar copia del Acta de Monitoreo de los servicios No. 02 efectuada a la IPS Coofitopro

Lo anterior para que se sirva dar el trámite respectivo al mismo y de acuerdo con lo estipulado dentro de los procesos y procedimientos que a bien se tenga en COOSALUD ESP.

Atentamente,

Maria Gonzalez D.
Representante

ACTA No 002

CIUDAD Oceja - Sucre FECHA 24-02-23
IPS VISITADA: Coo te tipo
DIRECCIÓN: Calle Centro

DETALLE DE LOS HALLAZGOS:

Proceso de orientación:

Buen trato:

Agilidad:

Oportunidad asignación consulta o procedimiento o entrega de medicamentos:

Espacio amigable con el afiliado:

Calidad de la información entregada al afiliado:

Existencia de buzón de PQRSF:

Existencia de cartelera o pantalla informativa para el afiliado:

Resolutividad:

Firma de los responsables:

Maria Gonzalez Carvajal

TIPO DE CAPACITADOR:	☐ INTERNO	☐ EXTERNO	HORA DE INICIO:	HORA FINAL:
----------------------	----------------------------------	----------------------------------	-----------------	-------------

[illegible]

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 suprimidos cuando no exista deber legal o contractual de conservarlos.