

Abejorral 03 de marzo de 2020

MUNICIPIO DE ABEJORRAL  
ARCHIVO Y CORRESPONDENCIA

02-03-2020  
Daniela Ruiz Palaco

Dra.

**ALBA NURY BEDOYA A**

Directora local de Salud

Ciudad

ASUNTO: **ENTREGA DE COPIAS DE ACTA DE LIGA DE USUARIOS**

Cordial Saludo,

Adjunto a la presente enviamos copia el Acta Nro. 168 de Reunión con la Asociación de usuarios de **COOSALUD EPS-S**, realizada el 28 DE FEBRERO de 2020.



**SANDRA MILENA ISAZA MARTINEZ**

Coordinadora UPA

**COOSALUD EPS-S**

Sucursal Antioquia

**CONVOCATORIA No 168**

Liga de usuarios de Coosalud Municipio de Abejorral

Para: Integrantes de Ligas de Usuarios de Abejorral

De: Junta directiva de Liga de usuarios

Motivo: Invitación a sesión

Reciba un cordial saludo.

Deseamos invitarlo a participar de la sesión **168** de la liga de usuarios de nuestra zona, con el fin de dar a conocer los avances en este campo y otras informaciones que consideramos de interés compartir con cada uno de ustedes.

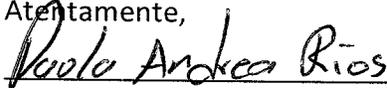
Lugar: oficina de COOSALUD EPS Abejorral

Fecha: 28 de febrero de 2020

Hora: 4.00 am

Si desea mayor información acércate al funcionario de Coosalud, el té brindará mayor información.

Atentamente,



PRESIDENTE LIGA DE USUARIOS

Nombre del usuario	Identificación	Firma del usuario
PAOLA ANDREA RIOS SALDARRIAGA	1022035165	Paola Andrea Rios
LUZ AMPARO RIOS LOPEZ	43764083	Luz Amparo Rios Lopez
MARIA ELENA LOPEZ RUIZ	29171321	Maria Elena Lopez
MARIO DE JESUS MUÑOZ	70781778	
MARIA OLGA TABARES CARDONA	21421412	Maria Olga Tabares
MAGDALENA MONTES SALDARRIAGA	22105112	
PASTORA INES SILVA LOPEZ	21421036	Pastora S
ROSALBA GRAJALES DE CASTRILLON	21420733	
MARIA ELVIA CASTAÑO DE ZULUAGA	21417256	Elvia Castano
ROMAN ANTONIO CASTRILLON	3360941	
SIGIFREDO DE JESUS GONZALEZ	15376457	Sigifredo Gonzalez

ACTA DE CAPACITACION CONTINUA  
COOSALUD EPS-S  
MUNICIPIO DE ABEJORRAL

FECHA : 28 de febrero de 2020  
LUGAR : Oficina de COOSALUD EPS-S  
HORA : 4 pm de la tarde  
ASISTENTES : 09 personas (Se anexa firma de los asistentes).  
OBJETIVO : Reunión educativa

Agenda programada para el día:

1. Saludo.
2. Himno a COOSALUD.
3. Exposición de los temas preparados para el día.
4. Evaluación de la capacitación.
5. Apertura del Buzón de sugerencias.
6. programación de la próxima reunión.

DESARROLLO DE LA REUNION

1.El Auxiliar de Mercadeo y Aseguramiento del municipio de Abejorral ADRIANA MARIA PALACIO CH, da el saludo a los asistentes, les da los agradecimientos por su asistencia a la reunión y da a conocer el objetivo de esta además les agradece el compromiso con la institución al postularse a ser nuevamente elegidos como integrantes de la liga de usuarios de COOSALUD EPS en el Municipio.

2. procedemos a escuchar el Himno a COOSALUD.

3. la exposición de los temas preparados para el día está a cargo de ADRIANA MARIA PALACIO CH Auxiliar de mercadeo y aseguramiento del a upa Abejorral, el cual se denomina DEBERES Y DERECHOS

Es el derecho que tiene el afiliado de cambiar de regimen subsidiado hacia el regimen contributivo y vice versa, en el momento que cambien sus condiciones socio economicas. Sin que exista interrupción en la afiliación, ni cambio de EPS. Derecho que ejerce desde el 28 de junio de 2014, mediante el decreto 3047 de 2013.

ser respetado en su voluntad de participar o no en investigaciones realizadas por personal científicamente calificado, siempre y cuando se le haya informado acerca de los objetivos, métodos, posibles beneficios, riesgos previsibles e incomodidades que el proceso investigativo pueda implicar.

morir con dignidad y respeto de su voluntad de permitir que el proceso de la muerte siga su curso natural en la fase terminal de su enfermedad.

### **DEBERES DE LOS USUARIOS**

propender por su autocuidado, el de su familia y el de su comunidad.

atender oportunamente las recomendaciones formuladas en los programas de promoción y prevención.

- actuar de manera solidaria ante las situaciones que pongan en peligro la vida o la salud de las personas

cumplir las normas del sistema de salud.

de buena fe frente al sistema de salud.

- suministrar de manera oportuna y suficiente la información que se requiera para efectos del servicio.
- contribuir solidariamente al financiamiento de los gastos que demande la atención en salud y la seguridad social en salud, de acuerdo con su capacidad de pago

### **RECOMENDACIONES GENERALES SOBRE DERECHOS Y DEBERES DE POBLACION EN CONDICION DE DISCAPACIDAD**

La atención que brinde el personal de Coosalud debe estar libre de actitudes y comportamientos que reproduzcan prácticas discriminatorias, tales como: prejuicios y estereotipos en razón del sexo, la orientación sexual, la raza, etnia, religión, edad, origen

Las personas con discapacidad tienen **derecho** a estar afiliados al Sistema General de Seguridad Social en **Salud** (SGSSS), recibir servicios en **salud** física y mental de acuerdo con su discapacidad, sin discriminación, en igualdad de condiciones que los demás, y en instituciones cercanas a su lugar de residencia.

Nuestros Afiliados sin restricciones por motivos de raza, sexo, edad, idioma, religión, opiniones políticas o de cualquier índole, origen social, posición económica o condición social, tiene **DERECHO A:**

- Acceder a los servicios y tecnologías de salud, que le garanticen una atención integral, oportuna y de alta calidad.

- Recibir la atención de urgencias que sea requerida con la oportunidad que su condición amerite sin que sea exigible documento o cancelación de pago previo alguno.

a que la historia clínica sea tratada de manera confidencial y reservada y que únicamente pueda ser conocida por terceros, previa autorización del paciente o en los casos previstos en la ley, ya poder consultar la totalidad de su historia clínica en forma gratuita y a obtener copia de la misma.

- a que se le preste durante todo el proceso de la enfermedad, asistencia de calidad por trabajadores de la salud debidamente capacitados y autorizados para ejercer.

- a la provisión y acceso oportuno a las tecnologías y a los medicamentos requeridos.

a recibir prestaciones de salud en las condiciones y términos consagrados en la ley.

- a recibir un trato digno, respetando sus creencias y costumbres, así como las opiniones que tengan sobre los procedimientos.

a que la historia clínica sea tratada de manera confidencial y reservada y que únicamente pueda ser conocida por terceros, previa autorización del paciente o en los casos previstos en la ley, ya poder consultar la totalidad de su historia clínica en forma gratuita y a obtener copia de la misma.

- a que se le preste durante todo el proceso de la enfermedad, asistencia de calidad por trabajadores de la salud debidamente capacitados y autorizados para ejercer.

- a la provisión y acceso oportuno a las tecnologías y a los medicamentos requeridos.

a recibir información sobre los canales formales para presentar i reclamaciones, quejas, sugerencias y en general, para comunicarse con la 1 administración de las instituciones, así como a recibir una respuesta por escrito; i m) a solicitar y recibir explicaciones o rendición de cuentas acerca de los costos por los tratamientos de salud recibidos.

- a recibir los servicios de salud en condiciones de higiene, seguridad y respeto a su intimidad.

**5. INFORME DE PQR**

Continuamos con el informe de los PQR recibidos en el municipio de Abejorral durante el mes febrero 2020

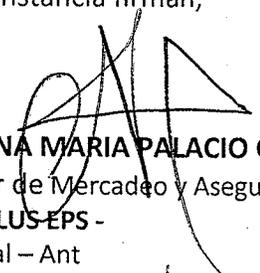
**5.1 felicitaciones** no se recibieron ninguna

**5.2 sugerencias** no se recibió ninguna

**5.3 reclamos** no se recibió ninguno

**6.** se plantea como fecha tentativa para la próxima reunión, el viernes 27 febrero de 2020 las 4 pm de la tarde en la Oficina de COOSALUD

Para constancia firman,

  
**ADRIANA MARIA PALACIO CH**  
Auxiliar de Mercadeo y Aseguramiento  
**COOSALUD-EPS -**  
Abejorral – Ant

  
**MARIA OLGA TABARES CARDONA**  
Secretario Asociación de usuarios  
**COOSALUD EPS**  
Abejorral -Ant

LISTADO DE ASISTENCIA

CAPACITACION  INDUCCION  ENTRENAMIENTO  SOCIALIZACIÓN DE  DOCUMENTOS  CTTIVIDAD

2020/02/28

TEMAS INCLUIDOS: DERECHOS Y DEBERES

CAPACITADOR(ES): ADRIANA MARIA PALACIO C

TIPO DE CAPACITADOR:  INTERNO  NO

LUGAR: OFICINA DE COOSALUD\_ABEJORRAL

HORA DE INICIO: 4PM HORA FINAL: 5:30 PM

ASISTENTE	CARGO	SUCURSAL	FIRMA
PAOLA ANDREA RIOS Saldarriaga	VICEPRESIDENTE	ANTIOQUIA	Paola Andrea Rios
LUZ AMPARO RIOS LOPEZ	VOCAL	ANTIOQUIA	Luz Amparo Rios L.
MARIA ELENA LOPEZ RUIZ	VERIFICADOR IPS	ANTIOQUIA	Maria Elena Lopez
MARIO DE JESUS MUÑOZ	PRESIDENTE	ANTIOQUIA	Mario de Jesus
MARIA OLGA TABARES CARDONA	SECRETARIA	ANTIOQUIA	Maria Olga Tabares
MAGDALENA MONTES Saldarriaga	VOCAL	ANTIOQUIA	Magdalena Montes
PASTORA INES SILVA LOPEZ	COMITE DE QUEJA	ANTIOQUIA	Pastora Ines
ROSALBA GRAJALES DE CASTRILLON	VOCAL	ANTIOQUIA	Rosalba Grajales
MARIA ELVA CASTAÑO DE ZULIAGA	VOCAL	ANTIOQUIA	Maria Elva Castano
ROMAN ANTONIO CASTRILLON	VOCAL	ANTIOQUIA	Roman Antonio
SIGIFREDO DE JESUS GONZALEZ	VOCAL	ANTIOQUIA	Sigifredo Gonzalez

Adriana Maria Palacio C  
FIRMA DEL CAPACITADOR  
H36371

<b>MÓDULO:</b>	CAPACITACIÓN
<b>ÁREA RESPONSABLE:</b>	ASEGURAMIENTO
<b>TEMA:</b>	DERECHOS Y DEBERES
<b>CARGO:</b>	GESTOR MUNICIPAL
<b>SUCURSAL / AGENCIA:</b>	ANTIOQUIA SUROESTE
<b>FACILITADOR:</b>	ADRIANA MARIA PALACIO CHICA
<b>FECHA:</b>	28-02-2020
<b>CALIFICACIÓN:</b>	4.5

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

PREGUNTAS	RESPUESTAS
<b>¿mencione 3 derechos de los usuarios</b>	-Escoger la eps -Ser tratado con amabilidad y respeto -reserva de la historia clínica
<b>¿mencione 3 deberes de los usuarios</b>	-asistir a las citas puntualmente -portar el documento de identidad -morir dignamente.
<b>1. Se le ha vulnerado en alguna ocasión alguno de sus derechos como usuario. Si su respuesta es positiva detalle Brevemente para saber cuál de ellos y en que oficina.</b>	Hasta e momento no me han vulnerado mis derechos

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: Inútiles, 2: Poco útiles, 3: Moderadamente útiles, 4: Útiles, 5: Muy útiles):

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

- 2. METODOLOGIA 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
---	---	---	---	---

- 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: Mediocres, 4: Buenos, 5: Excelentes):

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

- 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

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
---	---	---	---	---

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
---	---	---	---	---

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
---	---	---	---	---

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

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

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

FIRMA ASISTENTE

*Adriana Rios Palacios*

FIRMA FACILITADOR

*[Firma]*

Nombre del usuario	Identificación	Firma del usuario
PAOLA ANDREA RIOS SALDARRIAGA	1022035165	<i>Paola Andrea Rios</i>
LUZ AMPARO RIOS LOPEZ	43764083	<i>Luz Amparo Rios Lopez</i>
MARIA ELENA LOPEZ RUIZ	29171321	<i>Maria Elena Lopez Ruiz</i>
MARIO DE JESUS MUÑOZ	70781778	
MARIA OLGA TABARES CARDONA	21421412	<i>Maria Olga Tabares</i>
MAGDALENA MONTES SALDARRIAGA	22105112	
	1015216503	
PASTORA INES SILVA LOPEZ	21421036	<i>Pastora Ines Silva Lopez</i>
ROSALBA GRAJALES DE CASTRILLON	21420733	
MARIA ELVIA CASTAÑO DE ZULUAGA	21417256	<i>Maria Elvia Castaño</i>
ROMAN ANTONIO CASTRILLON	3360941	
SIGIFREDO DE JESUS GONZALEZ	15376457	<i>Sigifredo Bezael</i>