

ACTA No. _1__

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

El día 29 de Marzo del año 2021 a las 300 pm se reunieron en las oficinas de la localidad los usuarios de Coosalud EPS previa convocatoria realizada en el Municipio de Yarumal Antioquia de COOSALUD de la sucursal Antioquia municipio de Yarumal para conformar de manera formal y democrática la asociación de usuarios 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. CHARLA EDUCATIVA SOBRE DERECHOS Y DEBERES
4. LECTURA DEL CAPITULO IV DEL DECRETO 1757 “PARTICIPACION EN LAS INSTITUCIONES DEL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD”
5. POSTULACIÓN DE LOS REPRESENTANTE DE LOS USUARIOS
6. VOTACIÓN
7. CONFORMACIÓN DE LA ASOCIACIÓN
8. CIERRE

DESARROLLO

1. Siendo las 3: 00 pm se inicia la reunión, en las instalaciones de la oficina de Coosalud de manera presencial, tomando en cuenta todas las medidas de bioseguridad. Damos inicio con un saludo de bienvenida a los presentes por parte de Antonio Restrepo y Erwin Alberto Alcaraz, se les da 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. Se 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”.

Se explica los deberes y derechos de los usuarios, donde los asistentes estuvieron muy atentos

4. Después de haber leído y explicado las funciones, el objetivo de la asociación de usuarios y explicado los deberes y derechos de los 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.

NOMBRE	IDENTIFICACIÓN	VOTOS
BEATRIZ AMPARO PEREZ	32550230	25
BEATRIZ ELENA PINILLOS ARENAS	32555458	20
MARTHA LUZ OQUENDO	32552779	20
ROSALBA CALLE EUSSE	32552797	10
ALBA ROCIO CARVAJAL CARVAJAL	32557835	18

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

NOMBRES	CARGO	IDENTIFICACION	DIRECCION	TELEFONO
BEATRIZ AMPARO PEREZ	Presidenta	CC. 32550230	CRA 11 NRO 11- 42	8536551- 3218866073 1
ROSALBA CALLE EUSSE	SECRETARIA	CC. 32552797	URB JOSE M CORDOBA BLOQUE 18 APTO 102	3117406045
BEATRIZ ELENA PINILLOS ARENAS	VOCAL	CC. 3255458	CALLE 17 NRO 14-48	3108392123
ALBA ROCIO CARVAJAL CARVAJAL	VOCAL	CC. 32557835	CRA 16 NRO 15- 30	3117328468
MARTHA LUZ OQUENDO	VOCAL	CC. 32552779	CALLE 24 NRO 15-48	3136547185

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 a las 5:30 pm se da por terminada la reunión agradeciendo nuevamente la asistencia y comprometiendo al nuevo representante de los usuarios a reunirse con una frecuencia de 30 días.

Para mayor constancia se firma el presente acta el día 29 del mes de marzo de 2021

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

CAPACITACION ☒		INDUCCION ☐	ENTRENAMIENTO ☐	SOCIALIZACIÓN DE DOCUMENTOS ☐	ACTIVIDAD ☐
FECHA: _____					
TEMAS INCLUIDOS: <u>Confirmación Aodeus</u>					
CAPACITADOR(ES): _____					
TIPO DE CAPACITADOR:		INTERNO ☐	EXTERN ☐	HORA DE INICIO: _____ HORA FINAL: _____	

ASISTENTE	CARGO	SUCURSAL	FIRMA
x <u>Edo Emerson Restrepo</u>	<u>Jefa de casa</u>	<u>Antioquia</u>	<u>Edo Emerson Restrepo</u>
x <u>Bibiana Tabares</u>	<u>Ama de casa</u>	<u>Antioquia</u>	<u>Bibiana Tabares</u>
x <u>Yelfi Fadley Nispero</u>	<u>Ama de casa</u>	<u>Antioquia</u>	<u>Yelfi Zapata</u>
x <u>Fredy mazo</u>	<u>Oficios varios</u>	<u>Antioquia</u>	<u>Fredy mazo</u>
x <u>Flora E Hernandez</u>	<u>Ama de casa</u>	<u>Antioquia</u>	<u>Flora E. H.</u>
x <u>Alejandra Barrera</u>	<u>Ama de casa</u>	<u>Antioquia</u>	<u>Alejandra Barrera</u>
x <u>Doris A. P.G.</u>	<u>Ama de casa</u>	<u>Antioquia</u>	<u>Doris A. P.G.</u>
x <u>Alejandra Gómez M.</u>	<u>Ama de casa</u>	<u>Antioquia</u>	<u>Alejandra Gómez</u>
x <u>Alesica Rios Torre</u>	<u>Oficios varios</u>	<u>Antioquia</u>	<u>Jessica Rios T.</u>
x <u>Ruth moli</u>	<u>Ama de casa</u>	<u>Antioquia</u>	
x <u>Carlos Mario Osorio</u>	<u>Agricultor</u>	<u>Antioquia</u>	<u>Mario Osorio</u>
x <u>Clasmina Maza Tabares</u>	<u>Servicios generales</u>	<u>Antioquia</u>	<u>Clasmina Maza</u>
x <u>Diana M. Balbuena</u>	<u>Estilista</u>	<u>Antioquia</u>	<u>Diana Balbuena</u>
x <u>Dixon Jover Arango</u>	<u>Dibujante Arango</u>	<u>Antioquia</u>	<u>Dixon Jover</u>

Yorley Hurtado

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.

CAPACITACION ☒		INDUCCION ☐	ENTRENAMIENTO ☐	SOCIALIZACIÓN DE DOCUMENTOS ☐	ACTIVIDAD ☐
FECHA: _____					
LUGAR: <u>Tanmef.</u>					
TEMAS INCLUIDOS: <u>Confirmación Absoluta</u>					
CAPACITADOR(ES): _____					
TIPO DE CAPACITADOR: ☐ INTERNO ☐ EXTERNO		HORA DE INICIO: _____ HORA FINAL: _____			

ASISTENTE	CARGO	SUCURSAL	FIRMA
<u>Baro A. Valera</u>			<u>Baro A. Valera</u>
<u>Decy Juanita Valero Roca</u>	<u>Ama de casa</u>	<u>Antioquia</u>	<u>Decy Valero</u>
<u>Rudelis Solano</u>	<u>Ama de casa</u>	<u>Antioquia</u>	<u>Rudelis Solano</u>
<u>Gloria Cecilia Maza A.</u>	<u>Ama de casa</u>	<u>Antioquia</u>	<u>Sandra Evarista</u>
<u>Sandra Milena Evarista</u>	<u>Docente</u>	<u>Antioquia</u>	<u>Sandra Evarista</u>
<u>Claudia Gomez A. Roca</u>	<u>Independiente</u>	<u>Antioquia</u>	<u>Claudia Gomez A. Roca</u>
<u>Maria Leiver Roca</u>	<u>Ama de casa</u>	<u>Antioquia</u>	<u>Maria Leiver Roca</u>
<u>Lina Rodriguez</u>	<u>Ama de casa</u>	<u>Antioquia</u>	<u>Lina Rodriguez</u>
<u>Jorge Madrid</u>	<u>Desempleado</u>	<u>Antioquia</u>	<u>Jorge Madrid</u>
<u>Nubia Hincapié</u>	<u>Ama de casa</u>	<u>Antioquia</u>	<u>Nubia Hincapié</u>
<u>Yuris Florez</u>	<u>Ama de casa</u>	<u>Antioquia</u>	<u>Yuris Florez</u>
<u>Dora Zapata</u>		<u>Antioquia</u>	<u>Dora Zapata</u>
		<u>Antioquia</u>	
		<u>Antioquia</u>	

Yorley Hurtado

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, rectificación y retiro de datos personales conforme a 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.

CAPACITACION ☒		INDUCCION ☐	ENTRENAMIENTO ☐	SOCIALIZACIÓN DE DOCUMENTOS ☐	ACTIVIDAD ☐
FECHA: <u>LUGAR: Tanager.</u>					
TEMAS INCLUIDOS: <u>Conformación Asodeus</u>					
CAPACITADOR(ES):					
TIPO DE CAPACITADOR:		INTERNO ☐	EXTERN ☐	HORA DE INICIO: HORA FINAL:	

ASISTENTE	CARGO	SUCURSAL	FIRMA
Laura Stefany Hernandez Q.	Amo de casa	Antioquia	Laura
-Yuris Marcela Sepúlveda	Auxiliar de Alimentación	Antioquia	-Yuris Sepúlveda
Isabel Cristina López Roldán	Amo de casa	Antioquia	Isabel Lopez
Maria Clementina Maya de R	Amo de casa	Antioquia	Maria Clementina Maya de R
Luz Habel Ceballos Ceballos	Amo de casa	Antioquia	Luz Habel Ceballos
Nancy Monara Villegas	Amo de casa	Antioquia	Nancy M.V.
Jennifer Zapata Tobón	Amo de casa	Antioquia	Jennifer Z.T.
Marta Lucía Valle Monsalve		Antioquia	Marta Lucía
Maria del C. Jillo G.		Antioquia	Maria G.
Fabiana Cárdenas Parra	Docente	Antioquia	Fabiana
Yoseline Paredes M.	Amo de casa	Antioquia	Yoseline
-Hacienda 612/18	Amo de casa	Antioquia	-Hacienda 612/18
Rubi Balen Rivas			Rubi Balen Rivas

Yorlany Hurtado

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.

CAPACITACION ☒	INDUCCION ☐	ENTRENAMIENTO ☐	SOCIALIZACIÓN DE DOCUMENTOS ☐	ACTIVIDAD ☐
FECHA: 1 LUGAR: <u>Sanmef.</u>				
TEMAS INCLUIDOS: <u>Conformación Asodels.</u>				
CAPACITADOR(ES):				
TIPO DE CAPACITADOR:	INTERNO ☐	EXTERNO ☐	HORA DE INICIO:	HORA FINAL:
ASISTENTE	CARGO	SUCURSAL	FIRMA	
<u>Yuliz Amanda Maza</u>	<u>Ama de Casa</u>	<u>Antioquia</u>	<u>Amanda Maza</u>	
<u>Alfonso León RQ</u>	<u>Ama de Casa</u>	<u>Antioquia</u>	<u>Alfonso León RQ</u>	
<u>Dezar Jairo Z M</u>	<u>Leñonera</u>	<u>Osorio</u>	<u>Dezar Jairo</u>	
<u>Lucelly Jandano</u>	<u>Ama de Casa</u>	<u>Antioquia</u>	<u>Lucelly Jandano</u>	
<u>Juan Pablo Chavarria Correa</u>	<u>Detenido</u>	<u>Antioquia</u>	<u>Juan Pablo Chavarria</u>	
<u>Francy Maza</u>	<u>Ama de Casa</u>	<u>Antioquia</u>	<u>Francy Maza</u>	
<u>Gloria Betan C U R</u>	<u>Ama de Casa</u>	<u>Antioquia</u>	<u>Gloria B</u>	
<u>Orfa Velly patino</u>	<u>Ama de casa</u>	<u>Antioquia</u>	<u>Orfa Velly patino</u>	
<u>Jessica Rios Torres</u>	<u>Ama de casa</u>	<u>Antioquia</u>	<u>Jessica Rios</u>	
<u>Albice Cecilia Vasquez E. C.</u>	<u>ama de casa.</u>	<u>Antioquia</u>	<u>Albice Cecilia Vasquez E. C.</u>	
<u>Advis Fernando Velazquez</u>	<u>Perrojero</u>	<u>Antioquia</u>	<u>Advis Fernando Velazquez</u>	
<u>MARTIN MORA LENZO</u>	<u>Oficios Vinos</u>	<u>Antioquia</u>	<u>MARTIN MORA</u>	
<u>Esteban Hernandez Chavarria</u>			<u>Esteban Hernandez Chavarria</u>	

Yerley Hurtado

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.