

ACTA No. 002

Con formato: Izquierda: 1,27 cm, Derecha: 1,27 cm,
Arriba: 1,27 cm, Abajo: 1,27 cm

POR MEDIO DE LA CUAL SE CONFORMA LA ASOCIACIÓN -DE USUARIOS DE COOSALUD EPS EN EL MUNICIPIO DE
Yarumal DEL DEPARTAMENTO DE Antioquia, PARA LA REPRESENTACIÓN
DE LOS USUARIOS EN DICHO MUNICIPIO.

El día 29 del mes de Marzo del año 2021, siendo las 3:00 pm. se reunieron en las
oficinas de COOSALUD EPS, los usuarios de esta EPS, previa convocatoria llevada a cabo en el municipio de
Yarumal para conformar de manera formal y democrática la Asociación de Usuarios
(ASODEUS) del municipio de Yarumal del departamento de Antioquia
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. BIENVENIDA
2. HIMNO DE COOSALUD
3. EXPLICACIÓN DE LAS FUNCIONES DE UNA ASOCIACIÓN DE USUARIOS
4. LECTURA DEL CAPÍTULO IV DEL DECRETO 1757 de 1994: "PARTICIPACIÓN EN LAS INSTITUCIONES DEL
SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD".
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 —3:00 pm— se da inicio a la reunión, Antonio Restrepo y Erwin Alberto Alcaraz— colaborador de COOSALUD EPS en la oficina de —La oficina de Yarumal—, 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 como representantes de la comunidad en la alianza de usuarios por un periodo de dos años:

Con formato: Centrado, Nivel 1, No ajustar espacio entre texto latino y asiático, No ajustar espacio entre texto asiático y números

NOMBRE	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN
BEATRIZ AMPARO PEREZ	32550230
BEATRIZ ELENA PINILLOS ARENAS	32555458
MARTHA LUZ OQUENDO	32552779
ROSALBA CALLE EUSSE	32552797
ALBA ROCIO CARVAJAL CARVAJAL	32557835

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

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

NOMBRE	CARGO	IDENTIFICACIÓN	DIRECCIÓN	TELÉFONO
BEATRIZ AMPARO PEREZ	Presidente	32550230	CRA 11 # 11-42	3218566073
BEATRIZ ELENA PINILLOS ARENAS	Vocal	32555458	CALLE 17 # 14-48	3108392123

Tabla con formato

<u>MARTHA LUZ OQUENDO</u>	<u>Vocal</u>	<u>32552779</u>	<u>CALLE 24 # 15-48</u>	<u>3136547185</u>
<u>ROSALBA CALLE EUSSE</u>	<u>Secretaria</u>	<u>32552797</u>	<u>URBANIZACION JOSE MARIA CORDOBA</u>	<u>3117406045</u>
<u>ALBA ROCIO CARVAJAL CARVAJAL</u>	<u>Vocal</u>	<u>32557835</u>	<u>CRA 16 # 15-30</u>	<u>3117328468</u>

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 5:30 PM se da por terminada la reunión agradeciendo nuevamente la asistencia y comprometiéndose a los nuevos representantes de los usuarios a reunirse semanalmente.

Para constancia, se firma la presente acta el día 29 del mes de Marzo del año 2021

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

NOMBRE	NÚMERO DE IDENTIFICACION	TELÉFONO	FIRMA
<u>Beatriz Ospina</u>	<u>3255502</u>	<u>3215554</u>	<u>Beatriz Ospina</u>
<u>Beatriz Ospina</u>	<u>32555458</u>		<u>Beatriz Ospina</u>
<u>Marta Carvajal</u>	<u>32552577</u>		<u>Marta</u>
<u>Rosalba Calle Eusse</u>	<u>32552797</u>		<u>Rosalba C.</u>
<u>Rocio Carvajal</u>	<u>32557835</u>		<u>Rocio Carvajal</u>

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 Mac Tabares</u>	<u>Servicios generales</u>	<u>Antioquia</u> <td><u>Clasmina Mac</u></td>	<u>Clasmina Mac</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: <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 Mayade R	Amo de casa	Antioquia	Maria Clementina Mayade R
Luz Habel Ceballos Ceballos	Amo de casa	Antioquia	Luz Habel Ceballos
Nancy Monara Villegas	Amo de casa	Antioquia	Nancy M.V.
Jennifer Zapata Tobon	Amo de casa	Antioquia	Jennifer Z.T.
Marta Lucia Valle Monsalve		Antioquia	Marta Lucia
Maria del C. Jillo G.		Antioquia	Maria G.
Fabiana Corderas Parra	Docente	Antioquia	Fabiana
Yoceline Paredes M.	Amo de casa	Antioquia	Yoceline
-Hacienda 612/18	Amo de casa	Antioquia	-Hacienda 612/18
Rubi Balen Roca			Rubi Balen Roca

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 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.

CAPACITACION ☒		INDUCCION ☐	ENTRENAMIENTO ☐	SOCIALIZACIÓN DE DOCUMENTOS ☐	ACTIVIDAD ☐
FECHA: <u>LUGAR: Tameza.</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. Riva</u>	<u>Independiente</u>	<u>Antioquia</u>	<u>Claudia Gomez A. Riva</u>
<u>Maria Leiver Riva</u>	<u>Ama de casa</u>	<u>Antioquia</u>	<u>Maria Leiver Riva</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: 1					
LUGAR: Yanmef.					
TEMAS INCLUIDOS: Conformación Asodelus.					
CAPACITADOR(ES):					
TIPO DE CAPACITADOR:		INTERNO ☐	EXTERNO ☐	HORA DE INICIO:	HORA FINAL:
ASISTENTE	CARGO	SUCURSAL	FIRMA		
Yuliz Amanda Maza	Ama de Casa	Antioquia	Yuliz Amanda Maza		
Alfonso León RQ	Ama de Casa	Antioquia	Alfonso León RQ		
- Oscar Jairo Z M	Leccionera	Ocaña	- Oscar Jairo Z M		
- Dulce Yx Jandano	Ama de Casa	Antioquia	- Dulce Yx Jandano		
- Juan Pablo Chavarria Correa	Detenido	Antioquia	- Juan Pablo Chavarria Correa		
- Francis Maza	Ama de Casa	Antioquia	- Francis Maza		
- Gloria Betan C U R	Ama de Casa	Antioquia	- Gloria Betan C U R		
- Orfely patino	Ama de casa	Antioquia	- Orfely patino		
- Jessica Rios Torres	Ama de casa	Antioquia	- Jessica Rios Torres		
- Albea Cecilia Vasquez E. C.	ama de casa.	Antioquia	- Albea Cecilia Vasquez E. C.		
- Luis Fernando Velazquez	Perrojero	Antioquia	- Luis Fernando Velazquez		
- MARCIO MORA VENDO	Oficios Varios	Antioquia	- MARCIO MORA VENDO		
- Cristian Esteban Hernandez Chavarria			- Cristian Esteban Hernandez Chavarria		

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.