

ACTA No. \_\_\_\_

**POR MEDIO DE LA CUAL SE CONFORMA LA ASOCIACIÓN DE USUARIOS DE COOSALUD EPS EN EL MUNICIPIO DE SANTO TOMAS DEL DEPARTAMENTO DE ATLANTICO, PARA LA REPRESENTACIÓN DE LOS USUARIOS EN DICHO MUNICIPIO.**

El día 8 del mes de 09 del año 21, siendo las 11:00AM se reunieron en las oficinas de COOSALUD EPS, los usuarios de esta EPS, previa convocatoria llevada a cabo en el municipio de SANTO TOMAS para conformar de manera formal y democrática la Asociación de Usuarios (ASODEUS) del municipio de SANTO TOMAS del departamento de ATLANTICO, 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. ENTREGA DE CAMISETAS Y KIT
4. EXPLICACIÓN DE LAS FUNCIONES DE UNA ASOCIACIÓN DE USUARIOS
5. LECTURA DEL CAPÍTULO IV DEL DECRETO 1757 de 1994: "PARTICIPACIÓN EN LAS INSTITUCIONES DEL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD".
6. POSTULACIÓN DE LOS REPRESENTANTES DE LOS USUARIOS
7. VOTACIÓN
8. VERIFICACIÓN DE LOS VOTOS VÁLIDOS
9. CONFORMACIÓN DE LA ASOCIACIÓN
10. LECTURA Y APROBACIÓN DE ESTATUTOS
11. CIERRE

**DESARROLLO**

1. Siendo las 10AM se da inicio a la reunión, \_\_\_\_\_, colaborador de COOSALUD EPS en la oficina de COOSALUD, 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:

NOMBRE	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN
FREDYS BONETT	72.123 648



--	--	--

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

NOMBRE	CARGO	IDENTIFICACIÓN	DIRECCIÓN	TELÉFONO
FREDYS BONETT	PRESIDENTE	72.123.648	C/8 9-147	3017941977
EMILSEN HEREDIA D.	VICEPRESIDENTE	22.674.213	C/4 10-52	3145004570
EMILIANA CAROENAS	SECRETARIA	22.674.932	C/16 13-31	3002644078
MIRIDYS FONTALVO	VOCALES	1.047.339.703	C/22. 4-22	3058835777
EMMA SALCEDO B	VOCALES	32.868.608	C/4 10-34	3013649240
CARMEN CANTILLO	VOCALES	22.396.328	C/6 7 43	3014277018
DANIEL BALBUENA		72.312.493	C/3 7-78	3177112463

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 11:20 AM 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 8 del mes de 09 del año 2021

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

NOMBRE	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	TELÉFONO	FIRMA



CAPACITACION <input type="checkbox"/>		INDUCCION <input type="checkbox"/>		ENTRENAMIENTO <input type="checkbox"/>		SOCIALIZACIÓN DE DOCUMENTOS <input type="checkbox"/>		ACTIVIDAD <input type="checkbox"/>	
FECHA:									
TEMAS INCLUIDOS:									
CAPACITADOR(ES):									
TIPO DE CAPACITADOR:		INTERNO <input type="checkbox"/>		EXTERNO <input type="checkbox"/>		HORA DE INICIO:		HORA FINAL:	
ASISTENTE	CARGO	SUCURSAL	FIRMA						
1. <i>Mitadís Lucado F.</i>	<i>Usuario</i>	<i>Atlántico</i>	<i>[Firma]</i>						
2. <i>Guana Choms Monso</i>	<i>Usuario</i>	<i>Atlántico</i>	<i>[Firma]</i>						
3. <i>Eduardo Pulo Rúa</i>	<i>Usuario</i>	<i>Atlántico</i>	<i>[Firma]</i>						
4. <i>Elmy Hernández Poñoz</i>	<i>Usuario</i>	<i>Atlántico</i>	<i>[Firma]</i>						
5. <i>César Izquierdo Muñoz</i>	<i>Usuario</i>	<i>Atlántico</i>	<i>[Firma]</i>						
6. <i>José Muñoz</i>	<i>Usuario</i>	<i>Atlántico</i>	<i>[Firma]</i>						
7. <i>Dulcinea de la Hoz</i>	<i>Usuario</i>	<i>Atlántico</i>	<i>[Firma]</i>						
8. <i>Angeluyi Ceulós</i>	<i>Usuario</i>	<i>Atlántico</i>	<i>[Firma]</i>						
9. <i>Elton Pérez Dela Cruz</i>	<i>Usuario</i>	<i>Atlántico</i>	<i>[Firma]</i>						
10. <i>María García Belívar</i>	<i>Usuario</i>	<i>Atlántico</i>	<i>[Firma]</i>						
11. <i>[Firma]</i>	<i>Usuario</i>	<i>Atlántico</i>	<i>[Firma]</i>						
12. <i>Martha Cabello Suarez</i>	<i>Usuario</i>	<i>Atlántico</i>	<i>[Firma]</i>						
13. <i>Arisbel Pineda</i>	<i>Usuario</i>	<i>Atlántico</i>	<i>[Firma]</i>						
14. <i>Christy Vallejo</i>	<i>Usuario</i>	<i>Atlántico</i>	<i>[Firma]</i>						

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](http://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: \_\_\_\_\_

TEMAS INCLUIDOS: \_\_\_\_\_

CAPACITADOR(ES): \_\_\_\_\_

TIPO DE CAPACITADOR:     INTERNO     EXTERNO   

HORA DE INICIO: \_\_\_\_\_ HORA FINAL: \_\_\_\_\_

ASISTENTE	CARGO	SUCURSAL	FIRMA
Bertilda De Artega	Usuario	Atlantico	Bertilda de Artega
Maverick Futo Escobar	Usuario	Atlantico	Maverick Futo
Moises F. Heredia	Usuario	Atlantico	Moises F. Heredia
Emilia Salazar	USUARIO	"	Emilia Salazar
Candelaria	USUARIO	Atlantico	Candelaria
Rosalia Barrios	usuario	Atlantico	Rosalia Barrios
Manuela Murillo	Usuario	Atlantico	Manuela Murillo
Daniel Barrios	USUARIO	Ateo	Daniel Barrios
Diana's Badillo	USUARIO	Atlantico	Diana's Badillo
Araesi Garibay	USUARIO	Atlantico	Araesi Garibay
Janine Dize Torres	USUARIO	Atlantico	Janine Dize Torres
Maria Caballero	USUARIO	Atlantico	Maria Caballero
Yovli Escobar	USUARIO	Atlantico	Yovli Escobar
Daniel Amador Vallejo	USUARIO	Atlantico	Daniel Amador Vallejo

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 Política de Tratamiento de Información Personal de la entidad, dispuesta para su consulta en el sitio web: [www.coosalud.com](http://www.coosalud.com), y de conformidad con esta, mis datos personales podrán ser suprimidos cuando no exista deber legal o contractual de conservarlos.

CAPACITACION <input type="checkbox"/>		INDUCCION <input type="checkbox"/>		ENTRENAMIENTO <input type="checkbox"/>		SOCIALIZACIÓN DE DOCUMENTOS <input type="checkbox"/>		ACTIVIDAD <input type="checkbox"/>	
FECHA: _____ LUGAR: _____									
TEMAS INCLUIDOS: _____									
CAPACITADOR(ES): _____									
TIPO DE CAPACITADOR:		INTERNO <input type="checkbox"/>		EXTERNO <input type="checkbox"/>		HORA DE INICIO:		HORA FINAL:	
ASISTENTE	CARGO	SUCURSAL	FIRMA						
27 José G. Diaz	Usuario	Atlántico	F. G. Diaz						
28 Betty Isabel Sammartino Ruiz	Usuario	Atlántico	Betty Sammartino Ruiz						
29 Luc Mercedes Chermont	Usuario	Atlántico	Luc Chermont						
30 Constanza Sotelo Solís	Usuario	Atlántico	Constanza Sotelo Solís						
31 Tomas Chavez Mendez	Usuario	Atlántico	Tomas Chavez						
32 Gladys Alejandra Nolasco	Usuario	Atlántico	Gladys Alejandra Nolasco						
33 Ana Hilda Reyes	Usuario	Atlántico	Ana Hilda Reyes						
34 Helena Gardiol y B	Usuario	Atlántico	Helena G.						
35 Condelivia Salceda	Usuario	Atlántico	Condelivia S.						
36 Arellys Gonzalez S.	Usuario	Atlántico	Arellys Gonzalez						

\_\_\_\_\_  
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 Política de Tratamiento de Información Personal de la entidad, dispuesta para su consulta en el sitio web: [www.coosalud.com](http://www.coosalud.com), y de conformidad con esta, mis datos personales podrán ser suprimidos cuando no exista deber legal o contractual de conservarlos.