

**CONVOCATORIA No**

ASOCIACION de usuarios de Usuarios

Municipio de Puente Nacional

Para: Integrantes de ASOCIACION de Usuarios de

De: Junta directiva de ASOCIACION de usuarios

Motivo: Invitación a conformación alianza de usuarios puente nacional

Reciba un cordial saludo.

Deseamos invitarlo a participar de la conformación de la alianza de usuarios de COOSALUD del municipio de Puente Nacional y dar a conocer los avances en este campo y otras informaciones que consideramos de interés compartir con cada uno de ustedes.

Lugar: Puente Nacional

Fecha: 05/04/2021

Hora: 9 00 AM

Si desea mayor información acércate al funcionario de Coosalud, él te brindará mayor información.

Atentamente,



PRESIDENTE ASOCIACION DE USUARIOS

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

**ASAMBLEA ASOCIACION DE USUARIOS MUNICIPIO DE PUENTE NACIONAL**

El día 05 de Abril del año 2021 a las 9 .00 de la mañana se reunieron en las oficinas de la localidad los usuarios de COOSALUD EPSS previa convocatoria realizada en el Municipio de Puente Nacional de COOSALUD de la sucursal Santander, 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. Información a los afiliados sobre la conformación de la Alianza de usuarios
3. Lectura del capítulo IV del decreto 1757 “participación en las instituciones del sistema de seguridad social en salud”
4. Resumen sobre los beneficios del plan Obligatorio de Salud (POSS) y aclaración de dudas
5. Votación
6. postulación de la nueva alianza de usuarios
7. conformación de la asociación
8. un compartir con la antigua y nueva alianza
9. agradecimientos y despedida antigua alianza
10. palabras de bienvenida nueva alianza
11. Palabras del presidente ALVARO HERNANDEZ
12. cierre final

## DESARROLLO

1. Siendo las 9:00 am se da inicio a la reunión, FLORELBA OVALLE, MERCEDESGUERRERO, Auxiliares de oficina de COOSALUD, 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:

### DERECHOS

- Recibir oportunamente los servicios del plan obligatorio de Salud Subsidiado.
- Recibir atención de urgencia en todo el territorio nacional.
- Elegir libremente la ARS
- Participar en los programas de P & P
- Incluir los hijos recién nacidos.

Si no está conforme cambiar de ARS

### DEBERES

- Cuidar su salud y la de su familia
- Cumplir con los horarios de atención
- Llevar siempre sus documentos de identidad y el carné.
- No prestar ni alquilar su carnet, esto puede ocasionarle la pérdida de los derechos.
- Respetar el personal que atiende.
- Cancelar Copagos

### NORMATIVIDAD

DECRETO 1757 DE 1994 "Artículo 10. Alianzas o Asociaciones de Usuarios: Son una agrupación de afiliados al régimen contributivo y subsidiado, del SGSSS, tiene derecho a utilizar unos servicios de salud, de acuerdo a su sistema de afiliación, que velarán por calidad del servicio y la defensa del usuario.

#### COMPROMISO DEL SIAU CON EL USUARIO

- TRATO DIGNO AL USUARIO
- ATENCIÓN AL USUARIO
- PARTICIPACIÓN SOCIAL

#### INTEGRANTES DEL SIAU

- ASOCIACIONES DE USUARIOS
- LINEA AMIGA 018000
- OFICINAS DE COOSALUD
- PROMOTORAS EBS
- IPS
- USUARIOS

#### ¿QUE SON LAS ALIANZAS DE USUARIOS?

La Alianza o Asociaciones de Usuarios es una agrupación de afiliados que velarán por la calidad del servicio y la defensa de los usuarios.

#### QUIENES LO CONFORMAN

Las Asociaciones de Usuarios se constituyen con un número plural de usuarios, de los convocados a la Asamblea de Constitución y podrán obtener su reconocimiento como tales por la autoridad completa mente, de acuerdo con las normas legales vigentes.

#### ¿CUÁNTO TIEMPO FUNCIONA?

Las Alianzas ó Asociaciones de Usuarios elegirán sus representantes para períodos de dos (2) años

### ¿CUALES SON SUS FUNCIONES?

- Asesorar a sus asociados en la identificación y acceso al paquete de servicios.
- Participar en las Juntas Directivas de las Instituciones Prestatarias e Servicios de Salud, sean públicas o mixtas, para proponer y concertar las medidas necesarias para mantener y mejorar la calidad de los servicios y la atención del usuario.
- Mantener canales de comunicación con los afiliados que permitan conocer sus inquietudes y demandas para hacer propuestas ante las Juntas Directivas de la EPSS.
- Vigilar que las decisiones que se tomen en las Juntas Directivas se apliquen según lo acordado.
- Informar a las instancias que corresponda si la calidad del servicio prestado no satisface la necesidad de sus afiliados.

.Proponer a las Juntas Directivas de los organismos o entidades de salud, los días y horarios de atención al público de acuerdo con las necesidades de la comunidad, según las normas de administración de personal del respectivo organismo.

- Vigilar que las tarifas y cuotas de recuperación correspondan a las condiciones socioeconómicas de los distintos grupos de la comunidad.
- Atender las quejas que los usuarios presenten sobre las deficiencias de los servicios y vigilar que se tomen los correctivos del caso.

Proponer las medidas que mejoren la oportunidad y la calidad técnica y humana de los servicios de salud y preserven su menor costo y vigilar su cumplimiento

### ¿Cómo SE CONFORMAN?

- Convocatoria a la reunión de conformación de Alianzas de Usuarios.
- Motivación por parte de los funcionarios de la EPSS, especialmente por los de atención al usuarios y promotores de EBS.
- Celebración de la Asamblea de Usuarios, cuyo objetivo principal debe ser la conformación de la misma.
- Verificación de asistencia de cada participante en la planilla de control de asistencia.
- Elección de la Junta directiva, acorde a lo establecido en los estatutos presentados.
- Cierre de la reunión dando la bienvenida a los integrantes de la Alianza.
- 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. EL asistente de atención a los usuarios 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”. Después de haber leído y explicado las funciones y el objetivo de la asociación de usuarios se postulan los siguientes nombres para ser elegidos representantes de la comunidad en la alianza de usuarios por un periodo de dos años:

4. Resumen sobre los beneficios del plan Obligatorio de Salud (POSS) Es el conjunto de actividades, procedimientos e intervenciones, servicios, insumos y medicamentos al que tienen derecho los afiliados al Régimen Subsidiado. El Plan Obligatorio de **Salud**, por sus siglas llamado también como **:POS**), es el conjunto de servicios de atención en **salud** a que tiene derecho un usuario en el Sistema General de Seguridad Social en **Salud** de Colombia, SGSSS, cuya finalidad es la protección de la **salud**, la prevención y curación de enfermedades. Se aclara como se debe gestionar un medicamento o procedimiento no pos, se les explica que documentación se adjunta para toda solicitud no pos, y se les hace entrega de una copia de un formato no pos.

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.

6- Por unanimidad de los asistentes a la reunión y los integrantes de la alianza nombran a ALVARO HERNANDEZ con cc 13615112 como Presidente, HECTOR LINEROS con cc 19283813 como vice presidente Y LUZ HELENA ARIZA GALEANO con cc 37626037 vocal y María Inés Sanabria Ojeda con cc 39690221 vocal, quienes han desempeñado dicho cargo, por su apoyo ,entrega y gran dedicación con los afiliados

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

NOMBRES	CARGO	IDENTIFICACION	DIRECCION	TELEFONO
ALVARO HERNANDEZ	PRESIDENTE	13615112	VEREDA CULEBRILLA	3142548332 3133749146
HECTOR LINEROS	VICE- PRESIDENTE	19283813	BARRIO SANTADER CRA 7 N. 10- 47	3132458768
MARTHA LUCIA MARIN MATEUS	SECRETARIA	37625955	VEREDA POPOA SUR	<u>3124225223</u> <u>3213455895</u>
<b>ERIKA YULIETH ROMERO</b>	VOCAL	<b>1101175912</b>	VEREDA POPOA SUR	<u>3114588065</u> <u>3132774870</u>
MARIA INES SANABRIA	VOCAL  N	39690221	VEREDA IROBA	3142344011
LUZ ELENA ARIZA GALEANO	VOCAL	37626037	VEREDA RINCON	3208669589

6. a las 12.30 am se da por terminada la reunión agradeciendo nuevamente la asistencia y comprometiéndolo al nuevo representante de los usuarios a reunirse con una frecuencia 8 días.

Para mayor constancia se firma el presente acta el día 05/ DE Abril del año 2021

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

En constancia firman los integrantes de la nueva alianza de usuarios

PRESIDENTE

ALVARO HERNANDEZ

CC 13615112

VEREDA CULEBRILLA

TEL 3142548332

VICEPRESIDENTE

HECTOR LINEROS

CC 19283813

BARRIO SANTADER CRA 7 N. 10-41

TEL 3132458768

SECRETARIA

MARTHA LUCIA MARIN MATEUS

CC 376259545

VEREDA POPOA SUR

TEL 3124225225- 3213455895

VOCAL

**ERIKA YULIETH ROMERO**

*Erika Romero*  
CC1101175912

VEREDA POPOA SUR

TEL 3118990616- 3138215353

VOCAL

*Maria Ines Sanabria Ogeda*  
MARIA INES SANABRIA OGEDA

CC 39690221

VEREDA DELICIAS

TEL 3142344011

*LUZ ELENA ARIZA G*

VOCAL

LUZ ELENA ARIZA GALEANO

CC 37626037

VEREDA RINCON

TEL 3208669589

*Flor Elba Ovalle*  
FLOR ELBA OVALLE

GESTORA MUNICIPAL

PUENTE NACIONAL

*Mercedes Guerrero*  
MERCEDES GUERRERO

GESTORA MUNICIPAL

PUENTE NACIONAL

CAPACITACION  INDUCCION  ENTRENAMIENTO  SOCIALIZACIÓN DE DOCUMENTOS  ACTIVIDAD   
 TEMAS INCLUIDOS: \_\_\_\_\_ LUGAR: \_\_\_\_\_  
 CAPACITADOR(ES): \_\_\_\_\_  
 TIPO DE CAPACITADOR: INTERNO  EXTERNO  HORA DE INICIO: \_\_\_\_\_ HORA FINAL: \_\_\_\_\_

ASISTENTE	CARGO	SUCURSAL	FIRMA
Ayur celmar Estre	Afiliada a coosalud y	Santander	Ayur celmar Estre
Arlina Sotomayor	Afiliada a coosalud	Santander	Arlina Sotomayor
Ayza Sotomayor Romel	Afiliada a coosalud	Santander	Ayza Sotomayor Romel
Ethelbeth Rin	Afiliada a coosalud	Santander	Ethelbeth Rin
Maria adela Arizabaca	Afiliada a coosalud	Santander	Maria adela Arizabaca
Yeghni Fison	Afiliada a coosalud	Santander	Yeghni Fison
Clara Paves	Afiliada a coosalud	Santander	Clara Paves
Yara Pava	Afiliada a coosalud	Santander	Yara Pava
Yara Arabela	Afiliada a coosalud	Santander	Yara Arabela
Elysa Fani Pava	Afiliada a coosalud	Santander	Elysa Fani Pava
Ara Isabel Romel	Afiliada a coosalud	Santander	Ara Isabel Romel
Maria Alejandra Obando	Afiliada a coosalud	Santander	Maria Alejandra Obando
Maria Esmeralda Obando	Afiliada a coosalud	Santander	Maria Esmeralda Obando
Sara Valentina Pava	Afiliada a coosalud	Santander	Sara Valentina Pava

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

ASISTENTE	CARGO	SUCURSAL	FIRMA
Ingrid Patricia Obando	Afiliado a Coosalud	Santander	Maira A O
Wilmer ANDRES Obando	Afiliado a Coosalud	Santander	Wilmer O. O
Rosa Juli Gonzale	Afiliado a Coosalud	Santander	Rosa Ligia
Felio Higuera	Afiliado a Coosalud	Santander	Felio Higuera
Theresa Quirya	Afiliado a Coosalud	Santander	Theresa Quirya
Theresa Quirya Obando	Afiliado a Coosalud	Santander	Theresa Quirya
Fuente Aponte	Afiliado a Coosalud	Santander	Fuente Aponte
Theresa Aponte Gonzale	Afiliado a Coosalud	Santander	Theresa Aponte
Theresa Quirya	Afiliado a Coosalud	Santander	Theresa Quirya
Fernando Ovalle	Afiliado a Coosalud	Santander	Fernando Ovalle
Flor Alba Ruiz Sanchez	Afiliado a Coosalud	Santander	Flor Alba Ruiz
Fernando Ovalle	Afiliado a Coosalud	Santander	Fernando Ovalle
Edgar Garcia	Afiliado a Coosalud	Santander	Edgar Garcia

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: \_\_\_\_\_  
 TEMAS INCLUIDOS: \_\_\_\_\_  
 CAPACITADOR(ES): \_\_\_\_\_  
 TIPO DE CAPACITADOR: INTERNO  EXTERNO

ASISTENTE	CARGO	SUCURSAL	FIRMA
Ofelia Vargas	Afiliada a Coosalud	Santander	Ofelia Vargas
Ismael Quiroz	Afiliado a Coosalud	Santander	Jose Israel Quiroz
Mary Benavides	Afiliada a Coosalud	Santander	Mary Benavides
Jose Vicente Benavides	Afiliado a Coosalud	Santander	Jose Vicente B
Zaira Rosa Benavides	Afiliada a Coosalud	Santander	Zaira Rosa B.
Javier Cortés	Afiliado a Coosalud	Santander	Javier Cortés
Leon Fernando Vargas	Afiliado a Coosalud	Santander	Leon Fernando Vargas
Ingrid Vargas Falla	Afiliada a Coosalud	Santander	Ingrid Vargas
Miguel Ambrojo Pinton	Afiliado a Coosalud	Santander	Miguel Ambrojo Pinton
Enzo Pacheco	Afiliado a Coosalud	Santander	Enzo Pacheco
Alicia Velazquez	Afiliada a Coosalud	Santander	Alicia Velazquez
Agnes Parthenay	Afiliada a Coosalud	Santander	Agnes Parthenay
Stephane Velasco	Afiliado a Coosalud	Santander	Stephane Velasco
Maryory Patiño	Afiliada a Coosalud	Santander	Maryory Patiño

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, 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
Milady Sanchez	Afiliada a Coosalud	Santander	[Firma]
Cakes Sacabogse.	Afiliado a Coosalud	Santander	[Firma]
Deyri Tury Triado	Afiliada a Coosalud	Santander	[Firma]
Sandy Lorena Mosquera	Afiliada a Coosalud	Santander	[Firma]
Laura Rodriguez	Afiliada	Santander	[Firma]
Jon Luis Rodriguez	Afiliado a Coosalud	Santander	[Firma]
Carolina Gonzalez Ovelar	Afiliada a Coosalud	Santander	[Firma]
Luisa Estefania Mayoral	Afiliada a Coosalud	Santander	[Firma]
Alba Helganda Quijano	Afiliado a Coosalud	Santander	[Firma]
Zirka Paola Mayoral	Afiliado a Coosalud	Santander	[Firma]
Karen Natalia Quijano	Afiliado a Coosalud	Santander	[Firma]
Nicolás Cruz	Afiliado a Coosalud	Santander	[Firma]
Juan Carlos Puente	Afiliado a Coosalud	Santander	[Firma]
Juan Sebastian Quijano	Afiliado a Coosalud	Santander	[Firma]

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: \_\_\_\_\_  
 TEMAS INCLUIDOS: \_\_\_\_\_  
 CAPACITADOR(ES): \_\_\_\_\_  
 TIPO DE CAPACITADOR: INTERNO  EXTERNO  HORA DE INICIO: \_\_\_\_\_ HORA FINAL: \_\_\_\_\_

ASISTENTE	CARGO	SUCURSAL	FIRMA
Rosa Rosina Oajik	Afiliada a Coosalud	Santander	Rosa Rosina Oajik
Diana Peña Peña	Afiliada a Coosalud	Santander	Diana Peña Peña
Danna Isabella guaman Peña	Afiliada a Coosalud	Santander	Danna Isabella guaman
Shon Freddy quiroga Peña	Afiliado a Coosalud	Santander	Shon Freddy quiroga Peña
José Antonio Betancourth	Afiliado a Coosalud	Santander	José Antonio Betancourth
Betty Ramirez Bieda	Afiliada a Coosalud	Santander	Betty Ramirez
Don Angel Bernal	Afiliado a Coosalud	Santander	Don Angel Bernal
José Ardila Castellanos	Afiliado a Coosalud	Santander	José Ardila Castellanos
Nicolle Ardila Bernal	Afiliado a Coosalud	Santander	Nicolle Ardila Bernal
José Eduardo Ardila	Afiliado a Coosalud	Santander	José Eduardo Ardila
Angela Ferni Pasteris	Afiliada a Coosalud	Santander	ANGELMANNI
Rosario Ferni Pasteris	Afiliada a Coosalud	Santander	Rosario Ferni Pasteris
Los Veloz Pasteris Castillo	Afiliado a Coosalud	Sant	Los Veloz Pasteris

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
Edlisa Alvarado	Apl. y d. a Coosalud	Santander	Edlisa Alvarado
Sergio Proja	Apl. y d. a Coosalud	Santander	Sergio Proja
Jairo Rian	Apl. y d. a Coosalud	Santander	Jairo Rian
John Castellanos (Yany Andia)	Apl. y d. a Coosalud	Santander	John Castellanos
Yolanda Yeary Andia	Apl. y d. a Coosalud	Santander	Yolanda Andia
Yvaira Rosmis Arla	Apl. y d. a Coosalud	Santander	Yvaira Rosmis Arla
Reina Ignacia Obando	Apl. y d. a Coosalud	Santander	Reina Ignacia Obando
Fajce Castellano	Apl. y d. a Coosalud	Santander	Fajce Castellano
Emilia Zapata	Apl. y d. a Coosalud	Santander	Emilia Zapata
Quique Zapata	Apl. y d. a Coosalud	Santander	Quique Zapata
Andrés Zapata	Apl. y d. a Coosalud	Santander	Andrés Zapata
Nancy Espitia	Apl. y d. a Coosalud	Santander	Nancy Espitia
Victor Hans Sarmiento	Apl. y d. a Coosalud	Santander	Victor Hans Sarmiento

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 suministrados 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
Fernando Zamateas	CGSUI	Santander	Fernando Zamateas
Uriel Prieto	Agente a cargo	Santander	Uriel Prieto
Alvaro Soria	Agente a cargo	Santander	Alvaro Soria
Armando Femenia	Agente a cargo	Santander	Armando Femenia
Ben Rubin Zamora	Agente a cargo	Santander	Ben Rubin Zamora
Juan Pardo	Agente a cargo	Santander	Juan Pardo
Roberto Aguilar	Agente a cargo	Santander	Roberto Aguilar
Gerardo Lopez	Agente a cargo	Santander	Gerardo Lopez
Ministerio Asir	Agente a cargo	Santander	Ministerio Asir
José María Castro	Agente a cargo	Santander	José María Castro
Rosal Velasco Ariza	Agente a cargo	Santander	Rosal Velasco Ariza
Yani Pardo	Agente a cargo	Santander	Yani Pardo
William Ariza	Agente a cargo	Santander	William Ariza

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.

**LISTADO DE ASISTENCIA**

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
Candelaria Pineda de Ovalle	Afiliado a Coosalud	Santander	Jen Candelario Pineda
Kater Natalia Ariza	Coosalud - Afiliado	Puerto Viejo	K Natalia Ariza
Mónica Valentina Espeso	Afiliada a Coosalud	Puerto Viejo	Mónica Espeso
<del>Yessica Estiven GARCERA GARCERA</del>	Asesora EPS.	Puerto Nacional	<del>Yessica Estiven GARCERA GARCERA</del>
Nelda Vargas de Piñero	Afiliada Coosalud	Santander	Nelda Vargas de Piñero
Ana Leticia Quiñan	Afiliada Coosalud	Santander	Ana Leticia Quiñan
Mario c. paez	Afiliado Coosalud	Santander	Mario c. paez
Delvis Mesquera Arguerrita	Afiliado Coosalud	Santander	Delvis Mesquera Arguerrita
Laura Marie Mary Buruga	Afiliada a Coosalud	Santander	Laura Marie Mary Buruga
Erwin Rosa Ovalle	Afiliada a Coosalud	Santander	Erwin Rosa Ovalle
Yeni Anabel Rojas	28309776 Afiliada a Coosalud	Santander	Yeni Anabel Rojas
Geomir Leon Ovalle	Afiliada a Coosalud	Santander	Geomir Leon Ovalle
Decompuls Drost	Afiliada a Coosalud	Santander	Decompuls Drost
ebudua 2da Ruiz Rojas	Afiliada a Coosalud	Santander	ebudua 2da Ruiz Rojas

Leonardo Duarte Cortes  
 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: \_\_\_\_\_  
 CAPACITADORES: \_\_\_\_\_  
 TIPO DE CAPACITADOR: INTERNO  EXTERNO

ASISTENTE	CARGO	SUCURSAL	FIRMA
Maria Alejandra Alba Diet	Afiliada coosalud	Santander	Alejandra Alba
Jorge wendy alba	Afiliado coosalud	Santander	Alejandra Alba
Yolce Osvaldo	Afiliado coosalud	Santander	[Firma]
Maria Beatriz	Afiliado coosalud	Santander	[Firma]
Dorisang Mayorga	Afiliado coosalud	Santander	[Firma]
José Adonis Yalves	Afiliado coosalud	Santander	[Firma]
Diana Estelí Pradilla	Afiliado coosalud	Santander	[Firma]
Nelson Emilio Puroga H	Afiliado coosalud	Santander	[Firma]
Luz Marely Guadros	Afiliado coosalud	Santander	Luz Marely P
Yaris Albio Remon Torres	Afiliado coosalud	Santander	[Firma]
Martha Ines Fogardo	Afiliado coosalud	Santander	Martha Fogardo
Dora Duque	Afiliado coosalud	Santander	Dora Duque
Luz Adriana Nieto C	Afiliado coosalud	Santander	Luz Adriana Nieto
Luz Alarcon	Afiliado coosalud	Santander	Luz Alarcon

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, y de conformidad con esta, mis datos personales podrán ser suprimidos cuando no exista deber legal o contractual de conservarlos.

**LISTADO DE ASISTENCIA**

CAPACITACION  INDUCCION  ENTRENAMIENTO  SOCIALIZACIÓN DE DOCUMENTOS  ACTIVIDAD   
 FECHA: \_\_\_\_\_ LUGAR: \_\_\_\_\_  
 TEMAS INCLUIDOS: \_\_\_\_\_  
 CAPACITADORES: \_\_\_\_\_  
 TIPO DE CAPACITADOR: INTERNO  EXTERNO  HORA DE INICIO: \_\_\_\_\_ HORA FINAL: \_\_\_\_\_

ASISTENTE	CARGO	SUCURSAL	FIRMA
Israel Wilson	Afiliado a Nueva EPS	Santander	[Firma]
Sami Cuevas	Afiliado a Coosalud	Santander	Sonia Guervero
Lilia Pisu Corso	Afiliado a Coosalud	Santander	Lilia Peña Castro
Fabrizio Cortes Abria	Afiliado a Coosalud	Silva	Fabrizio Cortes
Peter Elvis Gomez	Afiliado a Coosalud	Silva	Rita Diana Lora
Disfemando Cabilin	Afiliado a Coosalud	Santander	[Firma]
Lilia Torres	Afiliado a Coosalud	Santander	Lilia Torres
Diana Nereida Torres Rodriguez.	Afiliado a Coosalud	Santander	[Firma]
Carlos Enrique Torres	Afiliado a Coosalud	Santander	[Firma]
Neiry Zoroth Tirado Murguera	Afiliado a Coosalud	Santander	[Firma]
Eliza Beth Ortiz Ariza	Afiliada a Coosalud	Santander	Eliza Beth Ortiz
Rosa Maria Celis N.	Afiliada	Santander	Rosa Maria Celis
Abel Duvalle	13-615 6031 Afiliado	Santander	Abel Duvalle
Cecilia Ovalle Villaverde	Afiliada	Santander	Cecilia Ovalle

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: \_\_\_\_\_

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

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

TIPO DE CAPACITADOR: INTERNO  EXTERNO  CARGO \_\_\_\_\_ HORA DE INICIO: \_\_\_\_\_ HORA FINAL: \_\_\_\_\_

ASISTENTE	CARGO	SUCURSAL	FIRMA
Maria Daines Luna	Afiliada a coosalud	Santander	Maria Daines Luna
Maria del Carmen Luna	Afiliada a coosalud	Santander	Maria del Carmen L
Buenaventura Pachon	Afiliado a coosalud	Santander	Buenaventura
Emilia Rocío Ruiz	Afiliada a coosalud	Santander	Emilia Rocío Ruiz
Yeni Echeverri	Afiliada a coosalud	Santander	Yeni Echeverri
Yeni Dora Cabero	Afiliada a coosalud	Santander	Yeni Dora Cabero
Arístides Portione	Afiliado a coosalud	Santander	Arístides Portione
Ferny Gabriela Guerrero	Afiliada a coosalud	Santander	Ferny Gabriela Guerrero
Yeny Yamile Ochoa Sanchez	Afiliada a coosalud	Santander	Yeny Yamile Ochoa Sanchez
Brenda Lorena Franco	Afiliada a coosalud	Santander	Brenda Lorena Franco
Silvia Bevan	Afiliada a coosalud	Santander	Silvia Bevan
Deisi Yurani Clavijo	Afiliada a coosalud	Santander	Deisi Yurani Clavijo
Michelle Dayana Herreno	Afiliada a coosalud	Santander	Michelle Herreno
Yania Cavanzo Peña	Afiliada a coosalud	Santander	Yania Cavanzo Peña

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.

**LISTADO DE ASISTENCIA**

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
Yani ed. Yateo Yateo	Afilada a coosalud	Santander	<i>Yani Ed. Yateo</i>
Ruber D Peña	Afilada a coosalud	Santander	<i>Ruber Peña</i>
Argie Paola Reina Peña	Afilada a coosalud	Santander	<i>Argie Paola Reina Peña</i>
Bethu castro	Afilada a coosalud	Santander	<i>Bethu Castro</i>
Luis esteban Oulle	Afilada a coosalud	Santander	<i>Luis Esteban Oulle</i>
Nelida Ardila Tovar	Afilada a coosalud	Santander	<i>Nelida Ardila Tovar</i>
Blanca Reina Yateo	Afilada a coosalud	Santander	<i>Blanca Reina Yateo</i>
Edison Robio Galindo	Afilada a coosalud	Santander	<i>Edison Robio Galindo</i>
Paola Andrea Santander	Afilada a coosalud	Santander	<i>Paola Andrea Santander</i>
Helena Patricia Pardo	Afilada a coosalud	Santander	<i>Helena Patricia Pardo</i>
Yani Pineda	Afilada a coosalud	Santander	<i>Yani Pineda</i>
Yuanu Sam	Afilada a coosalud	Santander	<i>Yuanu Sam</i>
Dora Elisa Maria de Rojas	Coosalud	Santander	<i>Dora Elisa Maria de Rojas</i>
Luis Emmerio Rojas	Coosalud	Santander	<i>Luis Emmerio Rojas</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
Gloria Cecilia Saenz	Afiliada Coosalud	Santander	Gloria C. Saenz
Rosa Mercedes Forcino	Afiliada a Coosalud	Santander	Rosa Forcino
Russel Fernan	Afiliado a Coosalud	Santander	[Firma]
Alcelda Valbuena V.	Afiliado a Coosalud	Santander	Alcelda Valbuena
Geonilde Yvonne	Afiliada a Coosalud	Santander	Geonilde Yvonne
Maria del Consistoro	Afiliada a Coosalud	Santander	Maria del Consistoro
Luz Marina Ariza	Afiliada a Coosalud	Santander	Luz Marina Ariza
Luis Contador	Afiliado a Coosalud	Santander	[Firma]
Diego Zapata	Afiliado a Coosalud	Santander	[Firma]
Priscila Gomez Henao	Afiliada a Coosalud	Santander	Priscila Gomez Henao
M. Bertha Gomez Henao	Afiliada a Coosalud	Santander	M. Bertha Gomez Henao
Gloria Mercedes Guerra	Afiliada a Coosalud	Santander	Gloria Mercedes Guerra
Raul Mateus Mateus	Afiliado a Coosalud	Santander	Raul Mateus Mateus
Robinson Yamin Mateus Nativ	Afiliado a Coosalud	Santander	Gloria Mercedes Guerra

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: \_\_\_\_\_

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

CAPACITADORES: \_\_\_\_\_

TIPO DE CAPACITADOR: INTERNO  EXTERNO  HORA DE INICIO: \_\_\_\_\_ HORA FINAL: \_\_\_\_\_

ASISTENTE	CARGO	SUCURSAL	FIRMA
Paula Andrea Sanchez Rojas	Coosalud	Afilialdo	Santander
Luz Mireya Suarez Pacheco	Afilialdo	Santander	Paula Andrea P.R.
Maria Elena Torres	Coosalud	Afilialdo	Luz Mireya Suarez
Javier Carter Ariza	Coosalud	Afilialdo	Maria Elena Torres
José Estrella Restrepo	Coosalud	Afilialdo	Javier Carter Ariza
Nelcy Masmele Castellanos	Coosalud	Afilialdo	Restrepo
José Páez	Coosalud	Afilialdo	Nelcy Masmele Castellanos
Guillermo A. Torralba	Coosalud	Afilialdo	José Páez
Carissa Rodríguez Torres	Coosalud	Afilialdo	Guillermo A. Torralba
Claudia Ylene Ardele	Coosalud	Afilialdo	Carissa Rodríguez Torres
Antonio Rubiano Acosta	Coosalud	Afilialdo	Claudia Ylene Ardele
Tania Vanessa Rubiano	Coosalud	Afilialdo	Antonio Rubiano Acosta
Samuel Sanchez	Coosalud	Afilialdo	Tania Vanessa Rubiano
Xiomara Rojas	Coosalud	Afilialdo	Samuel Sanchez
			Xiomara Rojas

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: \_\_\_\_\_

TEMAS INCLUIDOS:

CAPACITADOR(ES):

TIPO DE CAPACITADOR: INTERNO  EXTERNO  HORA DE INICIO: \_\_\_\_\_ HORA FINAL: \_\_\_\_\_

ASISTENTE	CARGO	SUCURSAL	FIRMA
Luz Stefany Peña Corzo	Afiliado a Coosalud	Santander	Fronte Nacional
Hónica Nicol. Velasco	Afiliado a Coosalud	Santander	Fronte Nacional
Luz Dery Avarado	Afiliado a Coosalud	Santander	Fronte Nacional
Marco A. Avarado	Afiliado a Coosalud	Santander	Fronte Nacional
María de la Cruz Benel	Afiliado a Coosalud	Santander	Fronte Nacional
Graciela María R	Afiliado a Coosalud	Santander	Fronte Nacional
Fernanda Herrera Caldera	Afiliado a Coosalud	Santander	Fronte Nacional
María Teresa Alba Funes	Afiliado a Coosalud	Santander	Fronte Nacional
STELLA PULIDO SOLANO	Afiliado a Coosalud	Santander	Fronte Nacional
Javier Gamboa Lemus	Afiliado a Coosalud	Santander	Fronte Nacional
Sabel yandrey	Afiliado a Coosalud	Santander	Fronte Nacional
Maria Rosalba yandrey	Afiliado a Coosalud	Santander	Fronte Nacional
Camilo Castellanos	Afiliado a Coosalud	Santander	Fronte Nacional
Florin Riquem	Afiliado a Coosalud	Santander	Fronte Nacional

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.