

ACTA No. 01

**POR MEDIO DE LA CUAL SE CONFORMA O SE RENUEVA LA ASOCIACIÓN DE USUARIOS,
ASODEUS, DE COOSALUD EPS EN EL MUNICIPIO DE CIMITARRA DEL DEPARTAMENTO DE
SANTANDER, PARA LA REPRESENTACIÓN DE LOS USUARIOS EN DICHO TERRITORIO.**

El día 28 del mes de Octubre del año 2022, siendo las 08:00 AM se reunieron en las oficinas de COOSALUD EPS los usuarios de esta EPS, previa convocatoria llevada a cabo en el municipio de Cimitarra Sder para conformar de manera formal y democrática la Asociación de Usuarios (ASODEUS) del municipio de Cimitarra del departamento de Santander , con el objetivo principal de velar por los derechos en salud de la comunidad afiliada a la institución.

Para iniciar la reunión se leyó el siguiente orden del día:

1. BIENVENIDA
2. EXPLICACIÓN DE LAS FUNCIONES DE UNA ASOCIACIÓN DE USUARIOS
3. LECTURA DEL CAPÍTULO IV DEL DECRETO 1757 de 1994: “PARTICIPACIÓN EN LAS INSTITUCIONES DEL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD”.
4. PRESENTACIÓN DE LAS OPORTUNIDADES DE LAS ASODEUS A LA LUZ DEL PLAN NACIONAL DE PARTICIPACIÓN SOCIAL EN SALUD (Res.2063 de 2017)
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 9:00 AM se da comienzo a la reunión; el señor HUGO DE JESUS RINCON MATEUS , colaborador de COOSALUD EPS en la oficina de Cimitarra Sder, 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 representantes de la comunidad en la alianza de usuarios por un periodo de dos años:

NOMBRE	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN
GUILLERMO LEON LOPEZ	15364710
DONY ENITH ZORA PESTAÑA	63254551
ANGELINES CAÑAS RINCON	1099554207
SILITA AYALA GUERRERO	37696702
JOSE VICENTE FERNANDEZ MARTINEZ	91132113
ANA DORIS RESTREPO PATIÑO	42749038

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
GUILLERMO LEON LOPEZ	15364710	TODOS LOS PARTICIPANTES
DONY ENITH ZORA PESTAÑA	63254551	TODOS LOS PARTICIPANTES
ANGELINES CAÑAS RINCON	1099554207	

SILITA AYALA GUERRERO	37696702	TODOS LOS PARTICIPANTES
JOSE VICENTE FERNANDEZ MARTINEZ	91132113	TODOS LOS PARTICIPANTES
ANA DOREIS RESTREPO PATIÑO	42749038	TODOS LOS PARTICIPANTES

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

NOMBRE	CARGO	IDENTIFICACIÓN	DIRECCIÓN	TELÉFONO
GUILLERMO LEON LOPEZ	PRESIDENTE	15364710	CRA 12 7ª 13	3158766885
DONY ENITH ZORA PESTAÑA	VICEPRESIDNETE	63254551	CALLE 7 9-22 ESTADIO	3105560767
ANGELINES CAÑAS RINCON	SECRETARIA	1099554207	CRA 6 5-51 FONTANA	3203740010
SILITA AYALA GUERRERO	FISCAL	37696702	VDA SAN JOSE	3102348551
JOSE VICENTE FERNANDEZ MARTINEZ	VOCAL	91132113	CRA24 8-16	3227888144
ANA DORIS RESTREPO PATIÑO	VOCAL	42749038	CRA 4 6-14	3142522130

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 12:30 am se da por terminada la reunión agradeciendo nuevamente la asistencia y comprometiendo a los nuevos representantes de los usuarios a reunirse semanalmente.

Para constancia, se firma la presente acta el día 28 del mes de Octubre del año 2022

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

CAPACITACION ☐ INDUCCION ☐ ENTRENAMIENTO ☐ SOCIALIZACIÓN DE DOCUMENTOS ☐ ACTIVIDAD ☐

FECHA: _____ LUGAR: OFICINA LOCAL CIMITARRA

TEMAS INCLUIDOS: _____ HUGO DE JESUS RINCON MATEUS

CAPACITADOR(ES): _____ TIPO DE CAPACITADOR: INTERNO ☐ EXTERNO ☐

ASISTENTE	CARGO	SUCURSAL	HORA DE INICIO:	HORA FINAL:
Elcy Rojas Plence.	Afiliado.	Sanlander		Elcy Rojas B
Angelba Aidi Restrepo.	Afiliado.	Sanlander.		Angelba Aidi B
Heraldo Antonio Miranda	Afiliado	Sanlander		2 Sanlander
Gerardo Cerzo y Leyva.	Afiliado	Sanlander		2 Sanlander
Heraldo Miranda	Afiliado.	Sanlander		2 Sanlander
Robielba Contreras R.	Afiliado.	Sanlander		Robielba Contreras
Haryull Caroline Tenorio	Afiliado	Sanlander		Robielba Contreras
Haric Elisa Vargas.	Afiliado.	Sanlander		Robielba Contreras
Janet Caroline Rodriguez.	Afiliada.	Sanlander		Robielba Contreras
Monica Melissa Pineda.	Afiliado	Sanlander		Robielba Contreras
Jenny D. Jenceloro R.	Afiliada	Sanlander		Robielba Contreras
Carlos Cesar Cordero	Afiliado	Sanlander		Robielba Contreras
Gerardo Pardo Morales	Afiliado	Sanlander		Robielba Contreras
Guillermo Leon Lopez	Afiliado.	Sanlander		Robielba Contreras

COOSALUD

Con la firma del presente documento manifiesto de manera libre, precisa 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 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
Cristine Isabel Oliveros	Docente	Bantander	Cristine Oliveros
Blanca May Correa	Afiliado	Bantander	Blanca May Correa
Emilsen Hecolion G.	Afiliado	Bantander	Emilsen Hecolion G.
Gilberto de J. Lopez	Afiliado	Bantander	Gilberto de J. Lopez
Liliana Peña	Afiliado	Bantander	Liliana Peña
Aleida Moreno	Afiliado	Bantander	Aleida Moreno
Alfonso Blumson	Afiliado	Bantander	Alfonso Blumson
Jose Almes Rinzon	Afiliado	Bantander	Jose Almes Rinzon
Felix Elva Oyarce O.	Afiliado	Bantander	Felix Elva Oyarce O.
Auz Relaine Granados	Afiliado	Bantander	Auz Relaine Granados
Sergio Marín	Afiliado	Bantander	Sergio Marín
Rosa Emerita Regas	Afiliado	Bantander	Rosa Emerita Regas
Manuel L. Caceres	Afiliado	Bantander	Manuel L. Caceres
Manuela Arce Uribe	Afiliado	Bantander	Manuela Arce Uribe

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 cancelación 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 suministrados cuando no exista deber legal o contractual de conservarlos.

CAPACITACION ☐ INDUCCION ☐ ENTRENAMIENTO ☐ SOCIALIZACIÓN DE DOCUMENTOS ☐ ACTIVIDAD ☐

FECHA: _____ LUGAR: OFICINA LOCAL CIMITARRA

TEMAS INCLUIDOS: _____ HUGO DE JESUS RINCON MATEUS

CAPACITADOR(ES): _____ TIPO DE CAPACITADOR: INTERNO ☐ EXTERNO ☐

HORA DE INICIO: _____ HORA FINAL: _____

ASISTENTE	CARGO	SUCURSAL	FIRMA
Ruthber Amore Sanchez	Afiliado	Santander	<i>[Signature]</i>
Miraid Mayord Vanegas	Afiliada	Santander	<i>[Signature]</i>
Julio Efraim Perez G.	Afiliado	Santander	<i>[Signature]</i>
Esperanza Cepeda	Afiliado	Santander	<i>[Signature]</i>
Alexander Aguila C.	Afiliado	Santander	<i>[Signature]</i>
Cecilia Mann	Afiliado	Santander	<i>[Signature]</i>
Jose F. Vanegas Mora	Afiliado	Santander	<i>[Signature]</i>
Carlos E. Becoya	Afiliado	Santander	<i>[Signature]</i>
Doris Surani Olave B	Afiliada	Santander	<i>[Signature]</i>
Maribel Castillo	Afiliada	Santander	<i>[Signature]</i>
Gabriela Nobel Pareda R.	Afiliada	Santander	<i>[Signature]</i>
Derey Casado	Afiliada	Santander	<i>[Signature]</i>
Ana Doris Keotegb.	Afiliada	Santander	<i>[Signature]</i>
Dora Enith Zorio P	Afiliada	Santander	<i>[Signature]</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, y de conformidad con esta, mis datos personales podrán ser suprimidos cuando no exista deber legal o contractual de conservarlos.

LISTADO DE ASISTENCIA

GTB-F-25
Act.05

CAPACITACION ☒	INDUCCION ☐	ENTRENAMIENTO ☐	SOCIALIZACIÓN DE DOCUMENTOS ☐	ACTIVIDAD ☐
FECHA: _____				
TEMAS INCLUIDOS: _____				
CAPACITADOR(ES): _____				
TPO DE CAPACITADOR: _____				
LUGAR: OFICINA LOCAL CIMITARRA				
HUGO DE JESUS RINCON MATEUS				
HORA DE INICIO: _____				
HORA FINAL: _____				

ASISTENTE	CARGO	SUCURSAL	FIRMA
Sandra Milena Romero.	Isaacaria.	Santander	Sandra Milena Romero.
Mary Moreno.	Isaacaria.	Santander	Mary Moreno.
Julio Camila	Isaacaria.	Santander	Julio Camila
Areliis Herreño Avellaneda	Isaacaria.	Santander	Areliis Herreño
Melissa Martinez	Isaacaria.	Santander	Melissa Martinez
Arnulfo Beltrán	Isaacaria.	Santander	Arnulfo Beltrán
Arlio Aliza.	Isaacaria.	Santander	Arlio Aliza
Carmenza Floresque.	Isaacaria.	Santander	Carmenza Floresque
Beatha Diaz.	Isaacaria.	Santander	Beatha Diaz
Margeline Cirio Rincón.	Isaacaria.	Santander	Margeline Cirio Rincón
Silvia Ayala Guerrero.	Isaacaria.	Santander	Silvia Ayala Guerrero
Yancy Alejandro Condens	Isaacaria.	Santander	Yancy Alejandro Condens
Jose Vicente Fernandez H.	Isaacaria.	Santander	Jose Vicente Fernandez
Laura B. Barr	Isaacaria.	Santander	Laura B. Barr

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 suministrados cuando no exista deber legal o contractual de conservarlos.

CAPACITACION ☐ INDUCCION ☐ ENTRENAMIENTO ☐ SOCIALIZACIÓN DE DOCUMENTOS ☐ ACTIVIDAD ☐

FECHA: _____ LUGAR: _____

TEMAS INCIDIDOS: _____

CAPACITADOR(ES): _____

TIPO DE CAPACITADOR: INTERNO ☐ EXTERNO ☐ HORA DE INICIO: _____ HORA FINAL: _____

ASISTENTE	CARGO	SUCURSAL	FIRMA
Ingri Camacho Barantes A.	Afiliada	Santander	Ingri Barantes
Angie Pabla Cruz U.	Afiliada	Santander	Angie Cruz
Alonso Oriza Pardo	Afiliado	Santander	Alonso
Martha Lucia Alvarez	Afiliado	Santander	Martha Alvarez
Liselth Yvonne Mejia V.	Afiliada	Santander	Liselth Mejia
Dimar Torres Becerra	Afiliado	Santander	Dimar Torres
Nancy Esther Gallego	Afiliado	Santander	Nancy Gallego
Blancy del Rincón	Afiliada	Santander	Blancy Rincón
Alfredo Toboara Suarez	Afiliado	Santander	Alfredo T.
Lucelly Coba Q.	Afiliado	Santander	Lucelly Coba Q.
Maximina Villegas	Afiliada	Santander	Maximina Villegas
Nancy del R. Vencosa	Afiliada	Santander	Nancy Vencosa
Dorelly Riano Trana	Afiliado	Santander	Dorelly Riano
Arístides Isabel Oliveros Es	Afiliado	Santander	Arístides Oliveros

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 recopilados, 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 actualización 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 suministrados cuando no exista deber legal o contractual de conservarlos.