mutualser
Atención sin tanta vuelta

NIT: 806008394-7

Buenavista, 30 de junio de 2022

Doctora
REGINA AMELL ARIÑEZ
SECRETARIA DE SALUD MUNICIPAL
Buenavista - Sucre

Asunto: Remisión de Documentos

Cordial saludo,

Para dar cumplimiento al decreto 1757/1994 y de conformidad con la Circular Única de la Superintendencia Nacional de Salud, en su título VII, Protección de los Usuarios y la Participación Ciudadana, se envía copia del acta de confirmación de la alianza de usuario de Mutual Ser EPS

Cordialmente,

ALCALDIA MUNICIPAL
BUENAVISTA - SUCRE
SECRETARIA DE SALUD
Fecha: 01-07-2022 Hora: 4:05 PM
No. de Folios:
Remitente: Mutual SER
Firma de quien recibe: Elana Salwan

YASMINA DEL CARMEN RAMOS MARRUGO
Coordinadora de Atención al Usuario
Mutual SER EPS

Cra. 17 #15 - 80, Barrio Chucuri, Sincelejo.
Línea permanente de atención al usuario 01 8000 1168 82
E-mail: mutualser@mutualser.org

mutualser Atención sin tanta vuelta	**ACTA DE CONSTITUCIÓN O RE-ESTRUCTURACION DE ALIANZAS DE USUARIOS ASOCIACIÓN MUTUAL SER EPS**	CÓDIGO DE MUNICIPIO: 70110 REGIONAL: SUCRE FECHA: 23/06/2022

Constitución __X__ Reestructuración ____

Nombre Asociación o Alianza: Asociación de Usuarios de Mutual ser Buenavista

Tipo de Asociación o Alianza: Municipal **Municipio:** Buenavista

Departamento: Sucre

Lugar de celebración de la asamblea: Institución Educativa Buenavista – Auditorio Principal

Periodo de constitución y/o re-estructuración Desde 23-06-2022 Hasta: 23-06-2024

La Asociación Mutual SER EPS-S, Se da inicio a la Asamblea de constitución y/o re-estructuración de Alianza de Usuarios según lo estipulado en el Decreto 1757 de 1994, siguiendo el orden del día

1. Verificación quórum y toma de asistencia.
2. Instalación y objetivo de la actividad.
3. Charla a los asistentes sobre Normatividad en salud, POSS, SIAU, Participación Social (Decreto 1757/94) y la importancia de las Alianzas de Usuarios en el sistema de salud.
4. Presentación de los miembros actuales de la Alianza de Usuarios, y socialización del informe de Gestión.
5. Intervención o preguntas de los asistentes.
6. Motivación a los asistentes a postularse para hacer parte de la asociación o alianza de Usuarios.
7. Presentación de los postulados y elección o ratificación por parte de la asamblea general.
8. Cierre de la asamblea.
9. Capacitación a la nueva Alianza de Usuarios y conformación de grupos de trabajo.
10. Diligenciamiento del Acta de constitución y/o re-estructuración y firma de los elegidos.

ALCALDIA MUNICIPAL
BUENAVISTA - SUCRE
SECRETARIA DE SALUD
Fecha: 01-07-2022 Hora: 4:06 pm
No. de Folios:
Remitente: Mutual ser
Firma de quien recibe: Elana Galvan

DESARROLLO

Anote los aspectos más relevantes de la asamblea según orden del día.

Se da inició la asamblea municipal de afiliados, donde se da la cordial bienvenida a los asistentes, previa verificación del quórum. Se brinda espacio la coordinadora de atención al usuario para que se dirija a los asistentes, se continúa dando a conocer el objetivo de la actividad, el cual es, promover la cultura de participación social en salud, se cita el marco legal de participación social en salud, decreto 1757 de 1994; el cual reglamenta las formas de participación en salud, por ello se explica que a través de esta herramienta el estado define que todos los actores del sistema conforme las asociaciones o alianzas de usuario para que los afiliados participen en las decisiones que llevan a mejorar o preservar la calidad de los servicios de salud, Se resalta que la participación en salud es un derecho y un deber como afiliados de una EPS, se aclara que la alianza de usuario es un grupo de afiliado del sistema General de Salud, cuyo objetivo es propender por la vigilancia la calidad de los servicios y lo defensa de los derechos de los usuarios cuya estructura organizativa se regirá de acuerdo a lo definido el proceso de Constitución y reestructuración de la siguiente manera: un comité organizador, grupo de trabajo y representantes ante los espacios de participación social municipal; se menciona sus derechos y deberes como alianza de usuario, en este orden de ideas se amplía el contexto del tema agregando que las alianzas de usuarios realizan labor voluntaria, qué consiste en orientar y velar por la calidad de los servicios de salud de la red contratada, cuyo beneficio de aprendizaje o conocimiento adquirido en las capacitaciones que se les proporciona de la EPS.

Asistente participación social brinda información del programa de participación social en salud, el cual cuenta con los siguientes aspectos: información active pedagógica, promoción y control sociales, se busca la transformación y constitución del conocimiento, promover la interacción entre participantes y empoderamiento de los ciudadanos hacia sus derechos y deberes, se motiva los asistentes a vincularse al grupo.

Posteriormente se brinda información de la EPS resaltando que cuenta con oficinas locales, página web www.mutualser.org, línea permanente de atención al usuario, zona ser,

se realiza presentación de los afiliados que se postularon, se brinda orientación a la nueva alianza de usuario, se conforman los grupos de trabajo, se diligencia el acta de conformación y firma de los elegidos, se da por terminada la reunión agradecimiento a los participantes.

Las personas que han sido elegidas para hacer parte de la Alianza de Usuarios de la EPS-S, Mutual SER, no tendrán jerarquía entre ellos y realizaran su ejercicio de participación de forma voluntaria y son los siguientes grupos de trabajo.

FIRMAS

JUNTA DIRECTIVA

Nombre y Apellidos	*Documento*	*Correo y Teléfono*	*Cargo*	*Firma*
Maria del Pilar Arrieta Saco			PRESIDENTE	
Marisela Salcedo Pérez			SECRETARIA	
Huber Acosta Moreno			TESORERO	

REPRESENTANTES A LOS GRUPOS DE TRABAJO EN LA VIGILANCIA DE LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD

Especialidad del grupo	*Nombres y apellidos*	*Documento*	*Firma*
E.S.E	Maria del Pilar Arrieta Saco		
	Alejandro Amell		
	Edith Cure Garrido		
REHABILITAR	Marisela Salcedo Pérez		
	Kely Amell Sacco		
LABORATORIO	Huber Acosta Moreno		
	Aurora Arinez G		

mutualser Atención sin tanta vuelta	**ACTA DE CONSTITUCIÓN O RE-ESTRUCTURACION DE ALIANZAS DE USUARIOS ASOCIACIÓN MUTUAL SER EPS**	CÓDIGO DE MUNICIPIO: 70110 REGIONAL: SUCRE FECHA: 23/06/2022

Especialidad del grupo	*Nombres y apellidos*	*Documento*	*Firma*
FARMACIA	Yohanis Navarro Salcedo Maria del Pilar Arrieta Saco		Yohanis Navarro

REPRESENTANTES COMITES ESPECIALIZADOS – ENFERMEDADES DE ALTO COSTO Y ENFERMEDADES RUINOSAS (aplica para vigilancia de 2 y 3 nivel de los servicios de salud)

Especialidad del grupo	*Nombres y apellidos*	*Documento*	*Firma*

DELEGADOS A LA APERTURA DE BUZONES DE QUEJAS Y/O SUGERENCIAS

Nombres y apellidos	*Documento*	*Dirección y Teléfono*	*Firma*
Alejandro Amell			
Edith Cure Garrido			

DELEGADOS REPRESENTANTES AL SISBEN

Nombres y apellidos	*Documento*	*Dirección y Teléfono*	*Firma*
Kely Amell Sacco			Kely Amell S

DELEGADOS PARA LAS ELECCIONES DE LA JUNTA DIRECTIVA DE LA IPS Y/O E.S.E.

Nombre de la IPS y/o E.S.E	*Nombre y Apellidos*	*Dirección y Teléfono*	*Documento*	*Firma*
	Edith Cure Garrido			

mutualser Atención sin tanta vuelta	ACTA DE CONSTITUCIÓN O RE-ESTRUCTURACION DE ALIANZAS DE USUARIOS ASOCIACIÓN MUTUAL SER EPS	CÓDIGO DE MUNICIPIO: 70110 REGIONAL: SUCRE FECHA: 23/06/2022

DELEGADOS REPRESENTANTES AL COPACO

Nombre y Apellidos	*Documento*	*Dirección y teléfono*	*Firma*
Yahanis Navarro			Yohanis N.

DELEGADOS REPRESENTANTES AL COMITÉ DE ÉTICA HOSPITALARIA

Nombre y apellidos	*Documento*	*Dirección y teléfono*	*Firma*
Marisela Salcedo Pérez			

DELEGADOS REPRESENTANTES A LAS VEEDURÍAS

Nombre y apellidos	*Documento*	*Dirección y teléfono*	*Firma*
Huber Acosta Moreno			

REPRESENTANTES ANTE EL COMITÉ TÉCNICO CIENTÍFICO DE LA EPS-S

Nombres y Apellidos	*Documento*	*Dirección y teléfono*	*Firma*
Maria del Pilar Arrieta Saco			

DELEGADOS PARA LAS ELECCIONES DEL CONSEJO MUNICIPAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

Nombres y apellidos	*Documento*	*Dirección y teléfono*	*Firma*
Aurora Arinez G			

mutualser Atención sin tanta vuelta	**ACTA DE CONSTITUCIÓN O RE-ESTRUCTURACION DE ALIANZAS DE USUARIOS ASOCIACIÓN MUTUAL SER EPS**	CÓDIGO DE MUNICIPIO: 70110 REGIONAL: SUCRE FECHA: 23/06/2022

REVISOR FISCAL

Nombres y apellidos	***Documento***	***Dirección y teléfono***	***Firma***
Aurora Arinez G			Aurora Ariñez

OBSERVACIONES

Se postularon 8 afiliados, los cuales fueron ratificados por el resto de la asamblea

Para mayor constancia se firma en Buenavista a los 23 días del mes de junio del año 2022.

Se anexa listado de asistencia.

RADICADO EN LA SECRETARIA DE SALUD MUNICIPAL

ALCALDIA MUNICIPAL
BUENAVISTA - SUCRE
SECRETARIA DE SALUD
Fecha: 01-07-2022 Hora: 4:08 p.m
No. de Folios:
Remitente: Mutual Ser
Firma de quien recibe: Eliana Galvan

mutualser Atención sin tanta vuelta	**ASISTENCIA DE LA ASAMBLEA DE AFILIADOS DE MUTUAL SER PARA LA CONSTITUCIÓN O RE-ESTRUCTURACION DE ALIANZAS DE USUARIOS**	**MUNICIPIO:** BUENAVISTA **REGIONAL:** SUCRE **FECHA:** 23 DE JUNIO 2022

REGISTRO DE ASISTENCIA

#	*NOMBRE Y APELLIDOS*	*DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN*	*BARRIO O SECTOR*	*FIRMA*
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
26				
27				
28				

mutualser Atención sin tanta vuelta	**ASISTENCIA DE LA ASAMBLEA DE AFILIADOS DE MUTUAL SER PARA LA CONSTITUCIÓN O RE-ESTRUCTURACION DE ALIANZAS DE USUARIOS**	**MUNICIPIO:** BUENAVISTA **REGIONAL:** SUCRE **FECHA:** 23 DE JUNIO 2022

#	*NOMBRE Y APELLIDOS*	*DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN*	*BARRIO O SECTOR*	*FIRMA*
29				
30				
31				
32				
33				
34				
35				
36				
37				
38				
39				
40				
41				
42				
43				
44				
45				
46				
47				
48				
49				
50				
51				
52				
53				
54				
55				
56				
57				

FUNDACIÓN SERSOCIAL	FORMULARIO DE DATOS PERSONALES	FSER-PS-F-004

Proceso:	Tipo de Datos:
Participación en Salud___ **Promoción de la Salud**____	**Ingreso** X **Actualización** ____ **Fecha** 23/06/2023
CAMPO PARA SER DILIGENCIADO POR FUNCIONARIO DE	CAMPO PARA SER DILIGENCIADO POR FUNCIONARIO DE FUNDACIÓN

DATOS PERSONALES

Nombres: María del Pilar	**Apellidos:** Arrieta Saco		
No. Documento de Identificación:	**Fecha de Nacimiento:** 12/04/84	**Edad:** 38	**Sexo:** F
Dirección de Residencia:	**Departamento:** Sucre	**Municipio:** Buenavista	
Teléfono: 3016883240	**Correo Electrónico:**		
No. total de hijos: 2 (dos)	**Menores de 10 años:** 1	**¿Cuantos? M** ____	**F** 2

INFORMACIÓN ACADÉMICA

Primarios: SI X NO ____	**Secundarios:** SI X NO ____	**Último Grado Cursado:** ____	
Tecnológicos: SI X NO ____	**Universitarios:** SI ____ NO ____		
Técnicos: SI ____ NO ____	**Cursos:** SI ____ NO ____		
Nombre del estudio realizado: Inc Edu. Basica Primaria			

¿Ha pertenecido a otros grupos organizados? SI ____ NO X ; En caso de contestar SI, por favor diligencie la siguiente información:

Organización	Cargo	Período

Escriba nombres y apellidos completos de la persona a la cual usted representa (Si aplica): ____

FIRMA: [signature] 33739691

V1. 03/02/2017

FUNDACIÓN SERSOCIAL	FORMULARIO DE DATOS PERSONALES	FSER-PS-F-004

Proceso:	Tipo de Datos:
Participación en Salud___ **Promoción de la Salud**____	**Ingreso** X **Actualización** ____ **Fecha** 23/06/2022

DATOS PERSONALES

Nombres: Marcela	**Apellidos:** Salcedo Perez		
No. Documento de Identificación:	**Fecha de Nacimiento:** DD/MM/AA	**Edad:** 52	**Sexo:** ____
Dirección de Residencia:	**Departamento:** Sucre	**Municipio:** Buenavista	
Teléfono: 3146246585	**Correo Electrónico:**		
No. total de hijos: 2	**Menores de 10 años:** no	**¿Cuantos? M** ____	**F** ____

INFORMACIÓN ACADÉMICA

Primarios: SI X NO ____	**Secundarios:** SI X NO ____	**Último Grado Cursado:** 11°	
Tecnológicos: SI ____ NO ____	**Universitarios:** SI ____ NO ____		
Técnicos: SI ____ NO ____	**Cursos:** SI ____ NO ____		
Nombre del estudio realizado: ____			

¿Ha pertenecido a otros grupos organizados? SI X NO ____ ; En caso de contestar SI, por favor diligencie la siguiente información:

Organización	Cargo	Período

Escriba nombres y apellidos completos de la persona a la cual usted representa (Si aplica): ____

FIRMA: ____

V1. 03/02/2017

FUNDACIÓN SERSOCIAL	FORMULARIO DE DATOS PERSONALES	FSER-PS-F-004

Proceso: **Participación en Salud**___ **Promoción de la Salud**___	Tipo de Datos: **Ingreso** X **Actualización** ___ **Fecha** 23/06/2022

DATOS PERSONALES

Nombres: Hober Arturo	**Apellidos:** Acosta Moreno		
No. Documento de Identificación:	**Fecha de Nacimiento:** 02/10/59	**Edad:** 62	**Sexo:** M
Dirección de Residencia:	**Departamento:** Sucre	**Municipio:** My Vista	
Teléfono:	**Correo Electrónico:**		
No. total de hijos: ___	**Menores de 10 años:** ___	**¿Cuantos? M** ___	**F** ___

INFORMACIÓN ACADÉMICA

Primarios: SI X NO ___	**Secundarios:** SI X NO ___	**Último Grado Cursado:** ___
Tecnológicos: SI ___ NO ___	**Universitarios:** SI ___ NO ___	
Técnicos: SI ___ NO ___	**Cursos:** SI ___ NO ___	
Nombre del estudio realizado: ___		

¿Ha pertenecido a otros grupos organizados? SI ___ NO ___; En caso de contestar SI, por favor diligencie la siguiente información:

Organización	Cargo	Período

Escriba nombres y apellidos completos de la persona a la cual

FUNDACIÓN SERSOCIAL	FORMULARIO DE DATOS PERSONALES	FSER-PS-F-004

Proceso: **Participación en Salud**___ **Promoción de la Salud**___ CAMPO PARA SER DILIGENCIADO POR FUNCIONARIO DE	Tipo de Datos: **Ingreso** X **Actualización** ___ **Fecha** 23-06-2022 CAMPO PARA SER DILIGENCIADO POR FUNCIONARIO DE FUNDACIÓN

DATOS PERSONALES

Nombres: Alejandro Amell Arrieta	**Apellidos:** Amell Arrieta		
No. Documento de Identificación.	**Fecha de Nacimiento:** 26/04/1960	**Edad:** 62	**Sexo:** Masculino
Dirección de Residencia:	**Departamento:** Sucre	**Municipio:** My Vista	
Teléfono: 3022351381	**Correo Electrónico:**		
No. total de hijos: 3	**Menores de 10 años:** NO	**¿Cuantos? M** 1	**F** 2

INFORMACIÓN ACADÉMICA

Primarios: SI ___ NO ___	**Secundarios:** SI X NO ___	**Último Grado Cursado:** ___
Tecnológicos: SI ___ NO ___	**Universitarios:** SI ___ NO ___	
Técnicos: SI ___ NO ___	**Cursos:** SI ___ NO ___	
Nombre del estudio realizado: ___		

¿Ha pertenecido a otros grupos organizados? SI ___ NO X; En caso de contestar SI, por favor diligencie la siguiente información:

Organización	Cargo	Período

Escriba nombres y apellidos completos de la persona a la cual usted representa (Si aplica): ___

FIRMA: [signature]

FUNDACIÓN SERSOCIAL	FORMULARIO DE DATOS PERSONALES	FSER-PS-F-004

Proceso:	Tipo de Datos:
Participación en Salud___ **Promoción de la Salud**____	**Ingreso** X **Actualización** ____ **Fecha** 23/06/2022
CAMPO PARA SER DILIGENCIADO POR FUNCIONARIO DE	CAMPO PARA SER DILIGENCIADO POR FUNCIONARIO DE FUNDACIÓN

DATOS PERSONALES

Nombres: Edith Maria	**Apellidos:** Cura Barrios		
No. Documento de Identificación:	**Fecha de Nacimiento:** 01/05/1983	**Edad:** 39	**Sexo:** F
Dirección de Residencia: ?	**Departamento:** Sucre	**Municipio:** Bernardo	
Teléfono: 3016857095	**Correo Electrónico:** edithcura6@hotmail.com.		
No. total de hijos: 1	**Menores de 10 años:** 1	**¿Cuantos? M** 1	**F** ____

INFORMACIÓN ACADÉMICA

Primarios: SI X NO ____	**Secundarios:** SI X NO ____	**Último Grado Cursado:** ____	
Tecnológicos: SI X NO ____	**Universitarios:** SI ____ NO ____		
Técnicos: SI ____ NO ____	**Cursos:** SI X NO ____		

Nombre del estudio realizado: Tec en Administracion de empresas con enfasis en Economia Solidaria

¿Ha pertenecido a otros grupos organizados? SI ____ NO X ; En caso de contestar SI, por favor diligencie la siguiente información:

Organización	Cargo	Período

Escriba nombres y apellidos completos de la persona a la cual usted representa (Si aplica): ____

FIRMA: Edith Cura

V1. 03/02/2017

FUNDACIÓN SERSOCIAL	FORMULARIO DE DATOS PERSONALES	FSER-PS-F-004

Proceso:	Tipo de Datos:
Participación en Salud___ **Promoción de la Salud**____	**Ingreso** X **Actualización** ____ **Fecha** 23/06/2022

DATOS PERSONALES

Nombres: Kely Patricia	**Apellidos:** Arrieta Salcedo		
No. Documento de Identificación:	**Fecha de Nacimiento:** 10/01/1983	**Edad:** 38	**Sexo:** F
Dirección de Residencia:	**Departamento:** Cesar	**Municipio:** Bosconia	
Teléfono: 3205471326	**Correo Electrónico:** kelyarrietasalcedo@hotmail.com		
No. total de hijos: 2	**Menores de 10 años:** 2	**¿Cuantos? M** 1	**F** 1

INFORMACIÓN ACADÉMICA

Primarios: SI X NO ____	**Secundarios:** SI X NO ____	**Último Grado Cursado:** 11	
Tecnológicos: SI ____ NO ____	**Universitarios:** SI ____ NO ____		
Técnicos: SI X NO ____	**Cursos:** SI X NO ____		

Nombre del estudio realizado: Aux. de Enfermeria.

¿Ha pertenecido a otros grupos organizados? SI X NO ____ ; En caso de contestar SI, por favor diligencie la siguiente información:

Organización	Cargo	Período
Familias En Accion.	Madre Lider.	Actual

Escriba nombres y apellidos completos de la persona a la cual usted representa (Si aplica): Kely Arrieta Salcedo

FIRMA: 1002396609

V1. 03/02/2017

FUNDACIÓN SERSOCIAL	FORMULARIO DE DATOS PERSONALES	FSER-PS-F-004

Proceso: **Participación en Salud**___ **Promoción de la Salud**___	Tipo de Datos: **Ingreso** X **Actualización** ___ **Fecha** 23/06/2022

DATOS PERSONALES

Nombres: Yenoris Ariza Gonzalez	**Apellidos:** 19 nov 68		
No. Documento de Identificación:	**Fecha de Nacimiento:** DD/MM/AA	**Edad:** 53	**Sexo:** F
Dirección de Residencia:	**Departamento:** Sucre	**Municipio:** Buenavista	
Teléfono: 3126487798 **Correo Electrónico:**			
No. total de hijos: ___	**Menores de 10 años:** no	**¿Cuantos? M** ___ **F** ___	

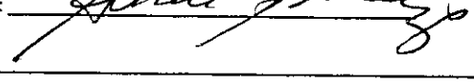
INFORMACIÓN ACADÉMICA

Primarios: SI X NO ___	**Secundarios:** SI X NO ___	**Último Grado Cursado:** 11°
Tecnológicos: SI ___ NO ___	**Universitarios:** SI ___ NO ___	
Técnicos: SI ___ NO ___	**Cursos:** SI ___ NO ___	
Nombre del estudio realizado: ___		

¿Ha pertenecido a otros grupos organizados? SI ___ NO ___; En caso de contestar SI, por favor diligencie la siguiente información:

Organización	Cargo	Período

Escriba nombres y apellidos completos de la persona a la cual usted representa (Si aplica): Yenoris Ariza

FIRMA: 

V1. 03/02/2017

FUNDACIÓN SERSOCIAL	FORMULARIO DE DATOS PERSONALES	FSER-PS-F-004

Proceso: **Participación en Salud**___ **Promoción de la Salud**___ CAMPO PARA SER DILIGENCIADO POR FUNCIONARIO DE	Tipo de Datos: **Ingreso**___ **Actualización** ___ **Fecha** 23/06/2022 CAMPO PARA SER DILIGENCIADO POR FUNCIONARIO DE FUNDACIÓN

DATOS PERSONALES

Nombres: Yohanis Paola	**Apellidos:** Navarro Salcedo		
No. Documento de Identificación:	**Fecha de Nacimiento:** DD/MM/AA	**Edad:** 33	**Sexo:** F
Dirección de Residencia:	**Departamento:** Sucre	**Municipio:** Buenavista	
Teléfono: 3126297772 **Correo Electrónico:**			
No. total de hijos: 2	**Menores de 10 años:** ___	**¿Cuantos? M** ___ **F** X	

INFORMACIÓN ACADÉMICA

Primarios: SI X NO ___	**Secundarios:** SI X NO ___	**Último Grado Cursado:** 11°
Tecnológicos: SI ___ NO ___	**Universitarios:** SI ___ NO ___	
Técnicos: SI ___ NO ___	**Cursos:** SI ___ NO ___	
Nombre del estudio realizado: ___		

¿Ha pertenecido a otros grupos organizados? SI X NO ___; En caso de contestar SI, por favor diligencie la siguiente información:

Organización	Cargo	Período

Escriba nombres y apellidos completos de la persona a la cual usted representa (Si aplica): ___

FIRMA: ___

V1. 03/02/2017