

**ACTA DE CAPACITACION CONTINUA
COOSALUD EPS-S
MUNICIPIO DE _CAUCASIA01**

FECHA : 28 ABRIL 2023
LUGAR : Oficina de COOSALUD EPS-S
HORA : 10:00AM_____
ASISTENTES : 14 personas (Se anexa firma de los asistentes).
OBJETIVO : Reunión educativa.

Agenda programada para el día:

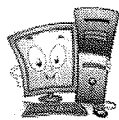
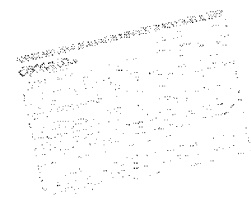
1. Saludo de bienvenida.
2. Exposición del tema preparado
3. Evaluación de la capacitación.

DESARROLLO DE LA REUNIÓN

1. YENIFER AGUDELO REYES, da el saludo de bienvenida a los asistentes, les da los agradecimientos por su asistencia a la reunión y da a conocer el objetivo de la misma. Además, les agradece el compromiso para con la institución al postularse y al ser nuevamente elegidos como integrantes de la Liga de Usuarios de COOSALUD EPS-S en el MUNICIPIO.

TEMAS**1. AFILIACIONES Y NOVEDADES****PROCESOS DE AFILIACION**

Proceso de afiliación



SAT/WEB
EMPRESARIAL



OFICINAS – ATENCIÓN USUARIOS y
PORTAL WEB WWW.COOSALUD.COM

COOSALUD
Cuentos de bienestar. Es Para tu bienestar



INGRESO DE LA INFORMACION AL SISTEMA
Y VALIDACIÓN DE DERECHOS

Inmediato

- Nuevos Ingresos
- Reingresos

Mes
siguiente/subsiguiente

- Traslado aprobado
dependiendo del día
de radicación

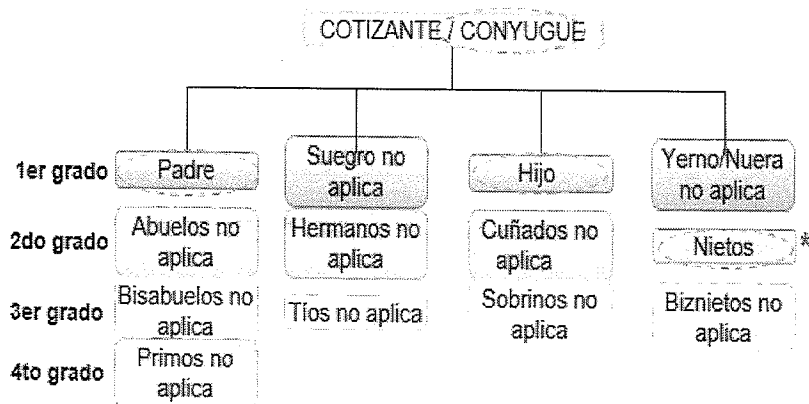
Negado

- Inconsistencia
datos
- Inconsistencia en
sistema

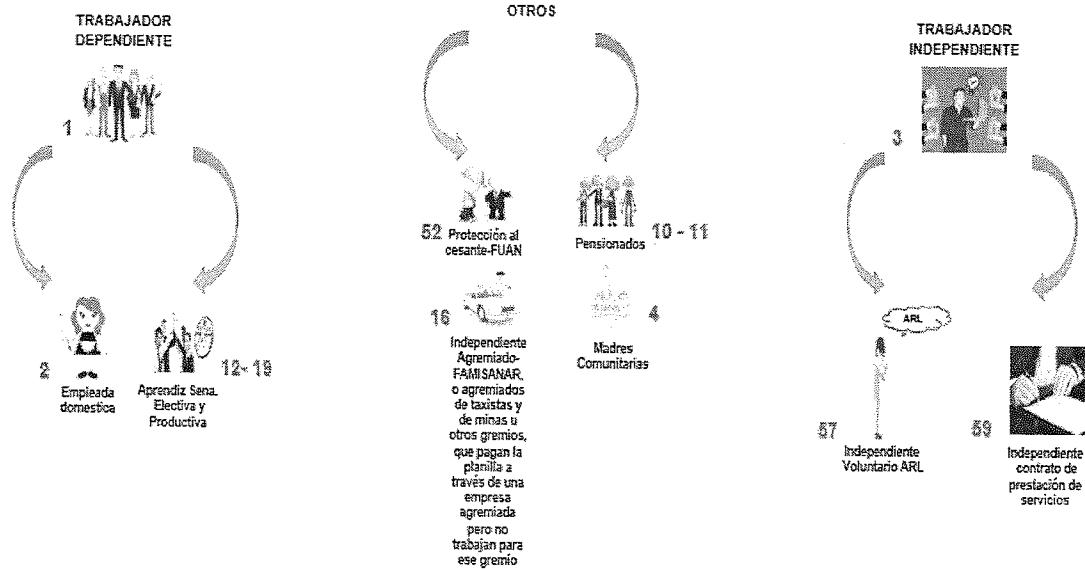
**CAMPOS
OBLIGATORIOS:**

- Datos personales
- Datos laborales (fondo
ARL, salario)
- Datos empleador
- Fecha de inicio relación
laboral (casilla 42)

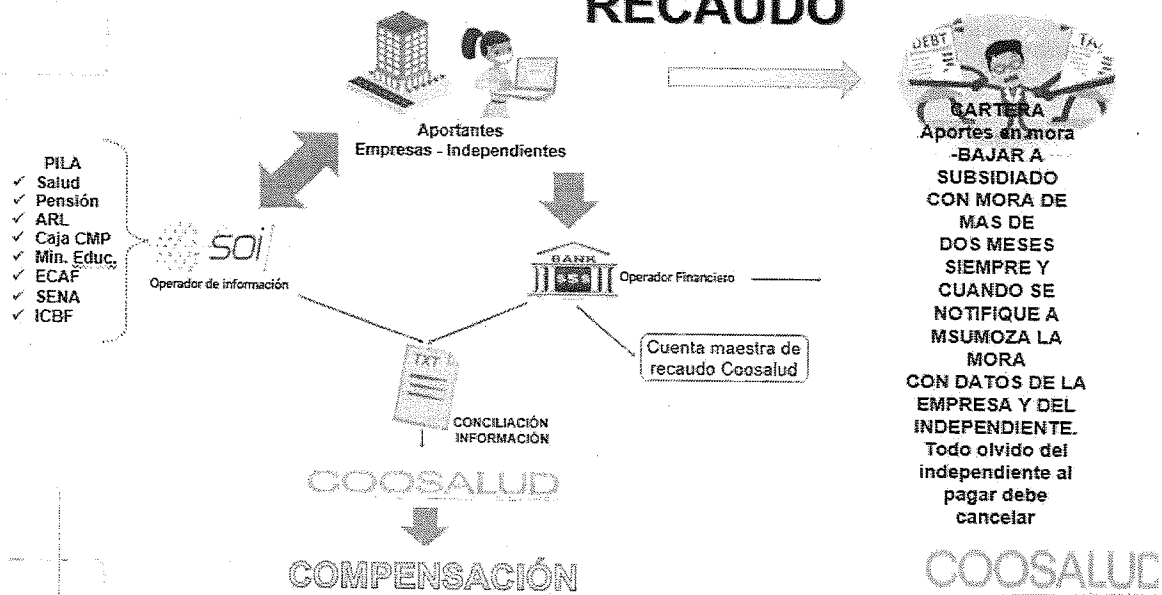
Grupo Familiar



TIPOS DE COTIZANTES



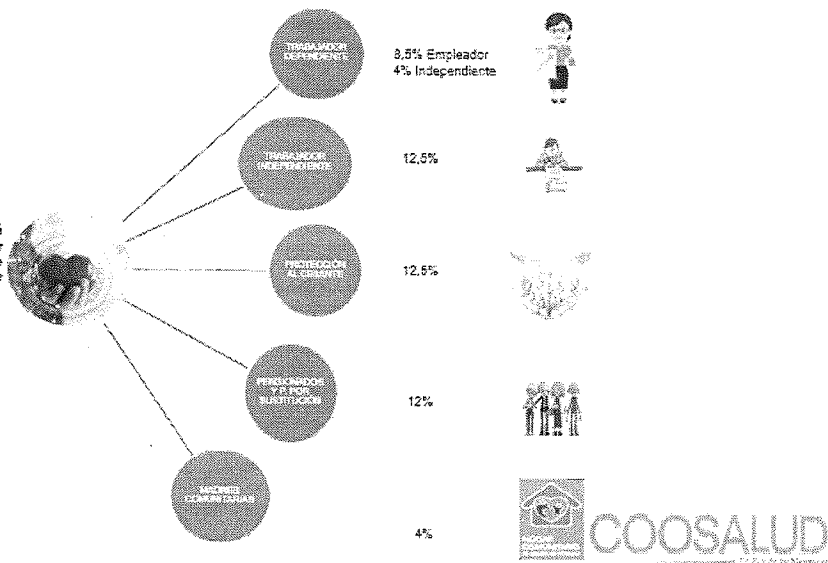
RECAUDO



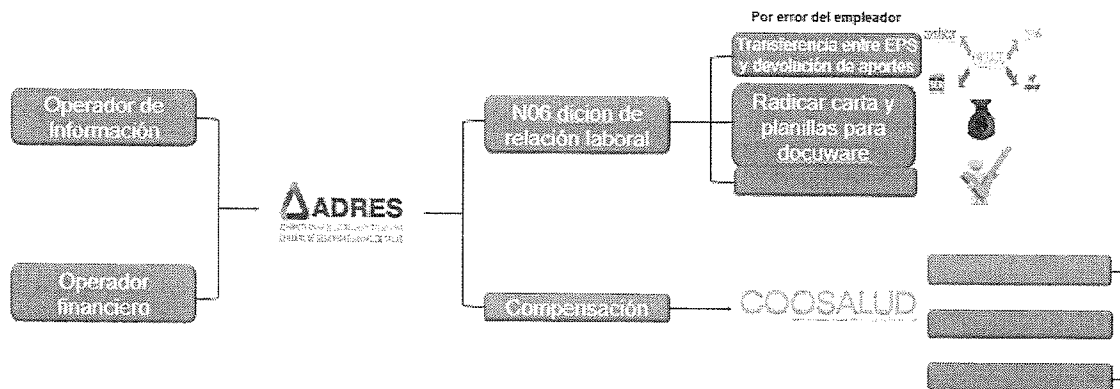


TARIFAS DE PAGO SEGURIDAD SOCIAL

La liquidación de la seguridad social será responsabilidad del aportante junto con el operador de información. Coosalud EPS no actúa como ente liquidador, por tal motivo no puede dar valores de pago por concepto de salud, pensión Etc



COMPENSACION



Para las afiliaciones del Régimen Subsidiado o traslado de manera permanente en el municipio de residencia actual, se requiere la siguiente documentación:

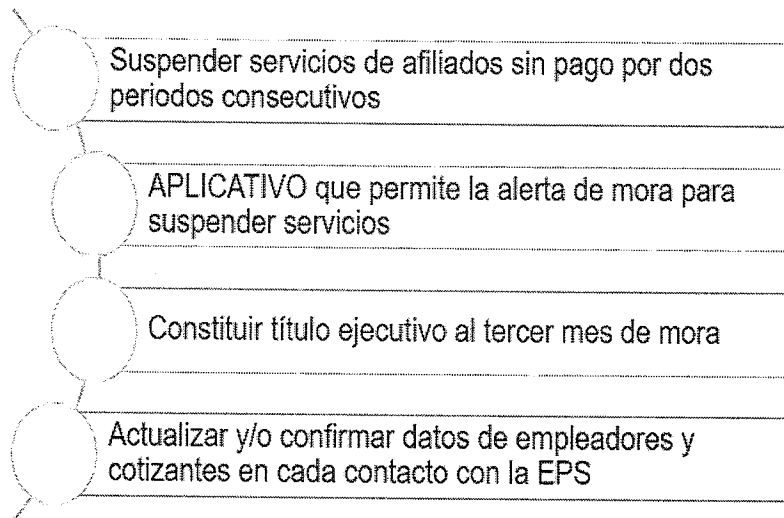
- Sisbén del municipio
- Documento de identidad

Formulario de afiliación diligenciado

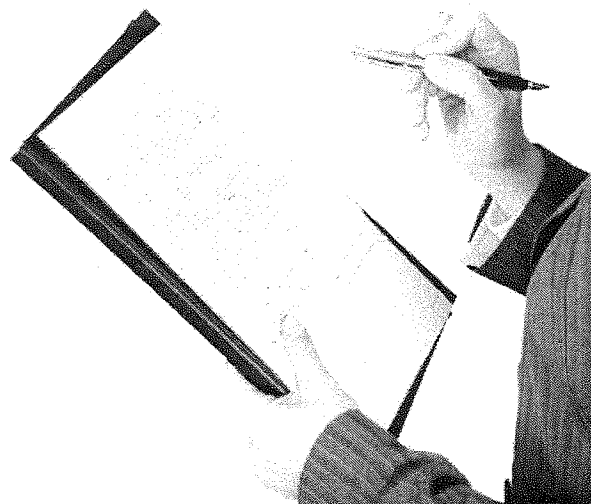
Artículo 1. Grupos de corte del Sisbén Metodología IV. Establecer como grupos de corte para la afiliación al Régimen Subsidiado de Salud, los siguientes:

CLASIFICACIÓN METODOLOGÍA IV SISBÉN	
NIVEL	GRUPO
1	A1-B7
2	C1-C18

POLITICAS DE CARTERA COOSALUD



MEDICINA LABORAL
CALIFICACIÓN ATEL
CONCEPTO DE
REHABILITACIÓN
CERTIFICACIÓN DE
DISCAPACIDAD



2. Procedemos a realizar la entrega y posterior elaboración del formato de evaluación de la capacitación. Se anexan copias.

	ACTA DE CAPACITACION CONTINUA	GEU-F-18 Act.04 2020.nov.06
---	--------------------------------------	-----------------------------------

3. La Proxima Capacitación programada para el 31/05/2023

Para constancia se anexa listado de asistencia,

LISTADO DE ASISTENCIA

GIH-F-25
Act. 06
2020 nov.06

CAPACITACION ☒	INDUCCION ☐	ENTRENAMIENTO ☐	SOCIALIZACIÓN DE DOCUMENTOS ☐	ACTIVIDAD ☐
FECHA: 23-04-23				
LUGAR: Oficina de COOSALUD				
TEMAS INCLUIDOS: Afiliación y novedades				
CAPACITADOR(ES): Genifer Aguado				
TIPO DE CAPACITADOR: ☒ INTERNO ☐ EXTERNO				
HORA DE INICIO: 10:00 AM HORA FINAL: 12:00 PM				

ASISTENTE	CARGO	SUCURSAL	FIRMA
Maria Elabet Osorio	USUARIO	Antioquia	Maria Osorio
Genis Monterrosa M	USUARIO	Antioquia	Genis M.M.
Marta Elisabet Garcia	USUARIO	Antioquia	Marta Garcia
Irma Estela Quintana Torres	USUARIO	Antioquia	Kelly Quintero
Kelly Johana Madrigal Martinez	USUARIO	Antioquia	Kelly Quintero
Jesus Alberto Molina Fuentes	USUARIO	Antioquia	Jesus Molina
Kelly Vanessa Garesa Molina	USUARIO	Antioquia	Kelly Molina
Walter del Carmen Villar Herrera	USUARIO	Antioquia	Walter Villar
Jose Moreno Estobaca	USUARIO	Antioquia	Jose Moreno
Jubir Yameth Herrera	USUARIO	Antioquia	Jubir Herrera
Diana Magdalena Zapata	USUARIO	Antioquia	Diana Zapata
Yesenia Padilla Fernandez	USUARIO	Antioquia	Yesenia Padilla
Ramiro Otero Suarez	USUARIO	Antioquia	Ramiro Otero

Marta Elisabet 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 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.