

ACTA DE CAPACITACION CONTINUA
COOSALUD EPS-S
MUNICIPIO DE ____CHIGORODO_____

FECHA : 21 de abril de 2023
LUGAR : Oficina de COOSALUD EPS-S
HORA : 04:00P.M
ASISTENTES : Usuarios en sala
OBJETIVO : Capacitación continua en sala

Agenda programada para el día:

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

DESARROLLO DE LA SESIÓN DE CAPACITACIÓN

1. El GESTOR MUNICIPAL, Erika Milena Villafañe Morales da el saludo a los asistentes, les da los agradecimientos por su asistencia a la reunión y da a conocer el objetivo de esta.
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** en el municipio.

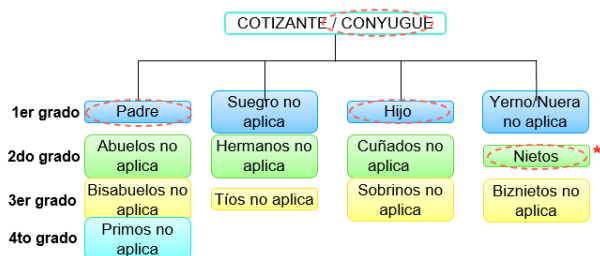
2. EXPOSICION DE TEMAS: AFILIACIONES Y NOVEDADES

Elabora:	Revisa:	Aprueba:	Pág. 1 de 6
Directora Endomarketing y Experiencia	Director de Procesos y Calidad	Presidente Ejecutivo	

Proceso de afiliación

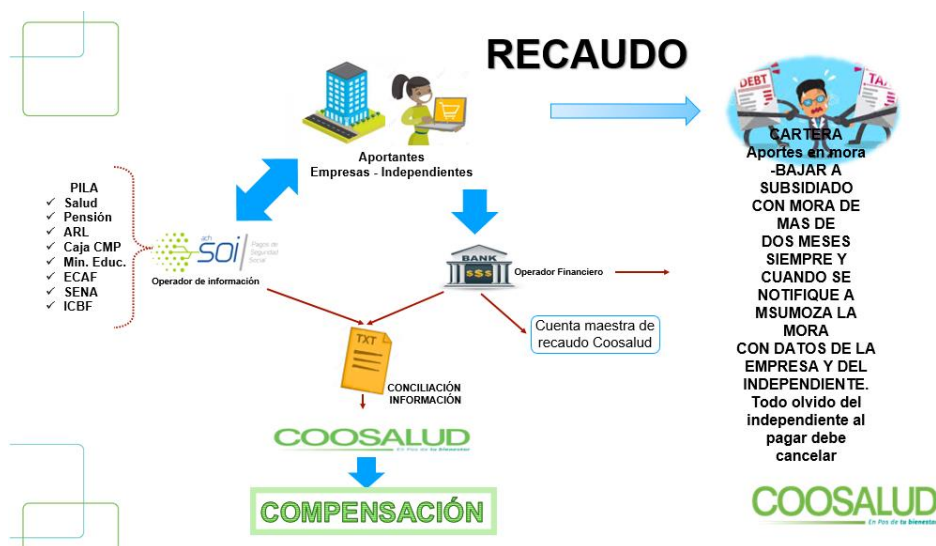
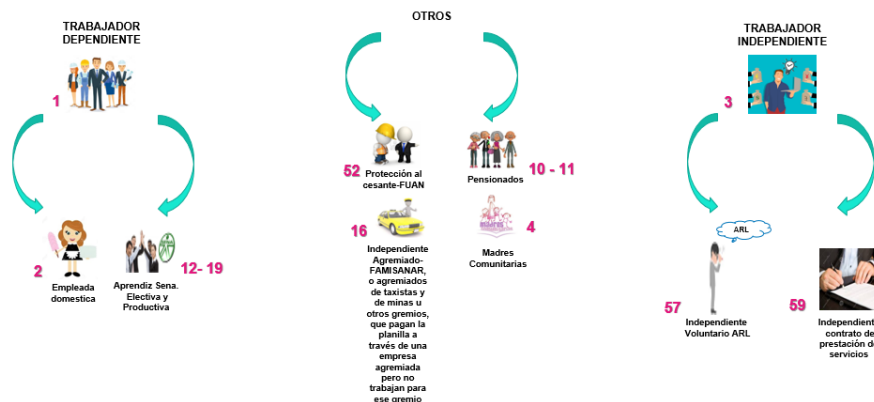


Grupo Familiar



Elabora:	Revisa:	Aprueba:	Pág. 2 de 6
Directora Endomarketing y Experiencia	Director de Procesos y Calidad	Presidente Ejecutivo	

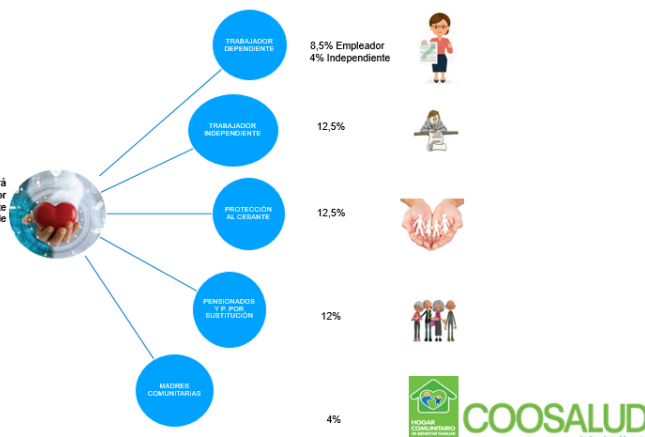
TIPOS DE COTIZANTES



Elabora:	Revisa:	Aprueba:	Pág. 3 de 6
Directora Endomarketing y Experiencia	Director de Procesos y Calidad	Presidente Ejecutivo	

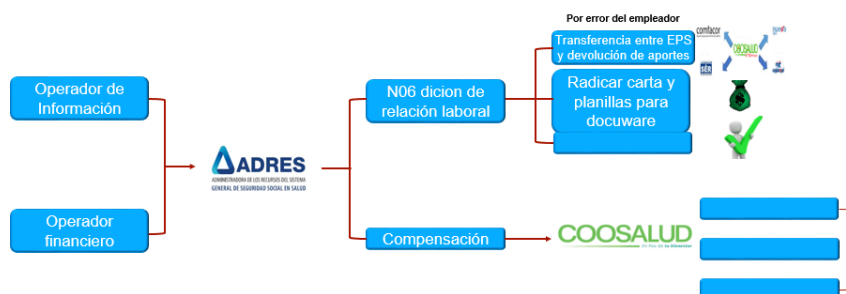
TARIFAS DE PAGO SEGURIDAD SOCIAL

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



COOSALUD
En Pos de tu bienestar

COMPENSACION



Elabora:	Revisa:	Aprueba:	Pág. 4 de 6
Directora Endomarketing y Experiencia	Director de Procesos y Calidad	Presidente Ejecutivo	

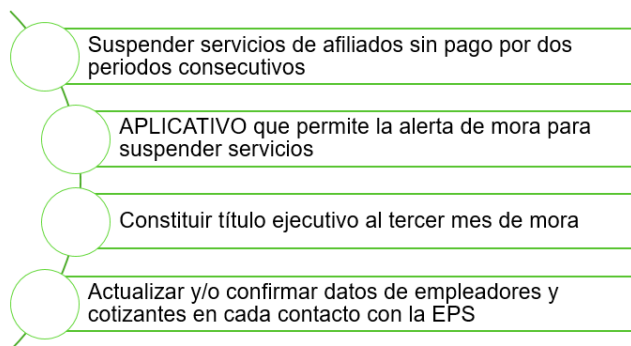
Para las afiliaciones del Régimen Subsidiado o traslado de manera permanente en el municipio de residencia actual, se requiere la siguiente documentación:

- **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



Elabora:	Revisa:	Aprueba:	Pág. 5 de 6
Directora Endomarketing y Experiencia	Director de Procesos y Calidad	Presidente Ejecutivo	

**MEDICINA LABORAL
CALIFICACIÓN ATEL
CONCEPTO DE
REHABILITACIÓN.
CERTIFICACIÓN DE
DISCAPACIDAD**



3. Por último, se realiza la evaluación de la capacitación.

Cordialmente,

ERIKY VILLAFANE

Erika Milena Villafañe Morales
Gestora Municipal Chigorodó
Tel 3176480787
Carrera 104 # 98 b 94
ervillafane@coosalud.com
Chigorodó-Antioquía

Elabora:	Revisa:	Aprueba:	Pág. 6 de 6
Directora Endomarketing y Experiencia	Director de Procesos y Calidad	Presidente Ejecutivo	

MÓDULO:	Capacitación ASODEUS
ÁREA RESPONSABLE:	Aseguramiento
TEMA:	AFILIACIONES Y NOVEDADES
NOMBRE:	Erika Milena Villafañe Morales
CARGO:	Gestora Municipal
SUCURSAL / AGENCIA:	Antioquia
FACILITADOR:	Erika Milena Villafañe Morales
FECHA:	21 de abril de 2023
CALIFICACIÓN:	

Para verificar los conocimientos adquiridos en la capacitación, conteste cada una de las siguientes preguntas formuladas por el facilitador.

PREGUNTAS	RESPUESTAS
1. Mencione los tipos de cotizantes	Dependientes Independientes Otros
2. Medios para realizar afiliaciones	SAT Puntos de atención al usuario (oficina)
3. Tarifa de pago a seguridad social	Trabajador Independiente: 12.5% Trabajador dependiente: 8.5 % empleador-4% trabajador Protección al cesante 12.5 % Pensionados 12% Madres comunitarias 4 %

Evalúe la satisfacción de la capacitación, conteste de la manera más honesta posible las siguientes preguntas. Toda sugerencia adicional que nos aporte se la agradeceremos e intentaremos realizar los mejoramientos pertinentes en las próximas actividades. Por favor, evalúe en la escala 1-5.

- 1. UTILIDAD DE LOS CONTENIDOS DE LA CAPACITACIÓN.** Importancia y utilidad que han tenido para usted los temas tratados en la capacitación (1: Inútiles, 2: Poco útiles, 3: Moderadamente útiles, 4: Útiles, 5: Muy útiles):

1	2	3	4	5 X
---	---	---	---	-----

- 2. METODOLOGÍA UTILIZADA EN EL CURSO.** Respecto a los métodos y estrategias utilizadas por el facilitador para impartir los contenidos fue (1: Pésimas, 2: Malas, 3: Aceptables, 4: Buenas, 5: Excelentes):

1	2	3	4	5 X
---	---	---	---	-----

- 3. GRADO DE MOTIVACIÓN DEL FACILITADOR.** El nivel de participación y de motivación ofrecido por el facilitador fue (1: Muy bajo, 2: Bajo, 3: Regular, 4: Alto, 5: Muy alto):

1	2	3	4	5 X
---	---	---	---	-----

4. **CLARIDAD DE LA EXPOSICIÓN.** Respecto al lenguaje utilizado y el orden dado al curso, usted considera que fueron en general (1: Pobres, 2: Confusos, 3: Mediocres, 4: Buenos, 5: Excelentes):

1	2	3	4	5 X
---	---	---	---	-----

5. **NIVEL DE ASIMILACION Y COMPROMISO PERSONAL CON LOS TEMAS TRATADOS.** Evalúese a usted mismo en el grado de motivación e interés personal para atender y seguir la capacitación y sus actividades (1: No estuve atento, no captó mi interés, 2: Estaba interesado, pero me distraje fácilmente, 3: Solo me concentré por momentos, 4: Estuve atento todo el tiempo, pero no me animé a participar, 5: Estuve atento todo el tiempo, participé activamente).

1	2	3	4	5 X
---	---	---	---	-----

6. **CALIDAD DEL MATERIAL ENTREGADO.** El material que le fue entregado como apoyo a la capacitación fue (1: De muy pobre contenido, 2: Malo, no se entendía nada, 3: Regular, pudo ser mejor; 4: Bueno, ayudó mucho; 5: Excelente, no pudo ser mejor):

1	2	3	4	5 X
---	---	---	---	-----

7. **CALIDAD DE LAS AYUDAS AUDIOVISUALES.** Las ayudas audiovisuales (diapositivas, carteleras, videos, etc.) utilizadas por el facilitador fueron (1: Pésimas, 2: Malas, 3: Regulares, 4: Buenas, 5: Excelentes):

1	2	3	4	5 X
---	---	---	---	-----

8. **INFRAESTRUCTURA Y COMODIDAD DEL LUGAR DE CAPACITACIÓN.** El sitio elegido para adelantar la capacitación fue (1: Pésimo, 2: Malo, 3: Regular, 4: Bueno, 5: Excelente):

1	2	3	4	5 X
---	---	---	---	-----

9. **CUMPLIMIENTO DEL HORARIO Y DEL PROGRAMA.**

1	2	3	4	5 X
---	---	---	---	-----

10. **SUGERENCIAS Y COMENTARIOS PARA EL MEJORAMIENTO DE LAS PRÓXIMAS ACTIVIDADES DE CAPACITACIÓN:**

ERIK VILAFANE

FIRMA FACILITADOR _____

COOSALUD

ESTADO DE ASISTENCIA

GITH-F25
Act. 05
2023-nov-08CAPACITACION ☒ INDUCCION ☐ ENTRENAMIENTO ☐ SOCIALIZACIÓN DE DOCUMENTOS ☐ ACTIVIDAD ☐FECHA: Abri 27. LUGAR: AntioquiaTEMAS INCLUIDOS: afiliaciones y novedadesCAPACITADORES: Enma NitzianeTIPO DE CAPACITADOR: INTERNO ☐ EXTERNO ☒ HORA DE INICIO: HORA FINAL:

ASISTENTE	CARGO	SUCURSAL	FIRMA
<u>Ervelio Delacruz</u>	USUARIO	Antioquia	<u>Ervelio</u>
<u>Meriva Cegallina</u>	USUARIO	Antioquia	<u>Meriva</u>
<u>Gloria Dora</u>	USUARIO	Antioquia	<u>Gloria Dora</u>
<u>Fanny de HOTOS</u>	USUARIO	Antioquia	<u>Fanny de HOTOS</u>
<u>Mercedes Almaria</u>	USUARIO	Antioquia	<u>Mercedes A.</u>
<u>Bertranda Birona</u>	USUARIO	Antioquia	<u>Bertranda B.S</u>
<u>Edith Lucia Rico porzoie</u>	USUARIO	Antioquia	<u>Edith Rico</u>
<u>Angela maria E.N.</u>	USUARIO	Antioquia	<u>Angela m. E.N.</u>
<u>Oly F. Lercio</u>	USUARIO	Antioquia	<u>Oly F. Lercio</u>
<u>Jodys Lozano</u>	USUARIO	Antioquia	<u>Jodys Lozano</u>
<u>Claribel Caudelina H.</u>	USUARIO	Antioquia	<u>Claribel Caudelina H.</u>
<u>Meriva Cegallina</u>	USUARIO	Antioquia	<u>Meriva Cegallina</u>
<u>ANITA RAMIREZ</u>	USUARIO	Antioquia	<u>ANITA RAMIREZ</u>
<u>ROSA VELEZ</u>	USUARIO	Antioquia	<u>ROSA VELEZ</u>

ERVELIO DELACRUZ

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 suministrados cuando no exista deber legal o contractual de conservarlos.

CAPACITACION	☒	INDUCCION	☐	ENTRENAMIENTO	☐	SOCIALIZACIÓN DE DOCUMENTOS	☐	ACTIVIDAD	☐	
FECHA:	April 21	LUGAR:								
TEMAS INCLUIDOS:	Oficinas y novedades									
CAPACITADOR(ES):	Chita Villapane									
TIPO DE CAPACITADOR:	INTERNO	☐	EXTERNO	☒	HORA DE INICIO:					HORA FINAL:

ASISTENTE	CARGO	SUCURSAL	FIRMA
Arturo Corvito Mando	USUARIO	Antioquia	Arturo C.
Alfonso Montoya	USUARIO	Antioquia	Alfonso
Alfonso Sanchez Alvarado	USUARIO	Antioquia	Alfonso Sanchez
Alfonso de la Hoz	USUARIO	Antioquia	Alfonso de la Hoz
Alfonso Correa Carrillo C.	USUARIO	Antioquia	Alfonso Correa Carrillo
Alfonso Gallego Varona	USUARIO	Antioquia	Alfonso Gallego
Alfonso Patricia Perez	USUARIO	Antioquia	Alfonso Patricia
Alfonso Coscio	USUARIO	Antioquia	Alfonso
Alfonso Hernandez	USUARIO	Antioquia	Alfonso Hernandez
Alfonso Correa	USUARIO	Antioquia	Alfonso Correa
Alfonso M. J. C. J.	USUARIO	Antioquia	Alfonso M. J. C. J.
Alfonso de la Hoz	USUARIO	Antioquia	Alfonso de la Hoz
Alfonso Mejia Nibbs	USUARIO	Antioquia	Alfonso Mejia Nibbs
Alfonso Castano Gutierrez	USUARIO	Antioquia	Alfonso Castano Gutierrez

FIRMA DEL CAPACITADOR

Con la firma del presente documento manifiesto de manera libre, expresa y debidamente informada que autorizo a COOSLU para efectuar tratamiento sobre los datos personales aquí recolectados, con la finalidad de llevar un control de asistencia a eventos de capacitación. Dicho o que los datos informados de las direcciones de consulta, relleno verificación que tengo como titular de mis datos personales conforme a la política de tratamiento de información de la entidad, dispuesta para su consulta en el sitio web: www.cooslu.com.co y de conformidad con esa, mis datos personales podrán ser suministrados cuando no exista deber legal o contractual de conservarlos.