

ACTA DE CAPACITACION CONTINUA
COOSALUD EPS-S
MUNICIPIO DE SANTA FE DE ANTIOQUIA

FECHA : 11/08/2023
LUGAR : Oficina de COOSALUD EPS-S
HORA : 3 PM
ASISTENTES : 41 (Se anexa firma de los asistentes).
OBJETIVO : Reunión Educativa.

Agenda programada para el día:

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

DESARROLLO DE LA SESIÓN DE CAPACITACIÓN

1. El AUXILIAR DE ASEGURAMIENTO Y MERCADEO, JORGE YOBANY MURILLO ACEVEDO, Saluda a los asistentes, agradece su asistencia y da a conocer el objetivo de esta.
2. La exposición de los temas preparados para el día está a cargo de JORGE YOBANY MURILLO ACEVEDO; AUXILIAR DE ASEGURAMIENTO Y MERCADEO Upa Occidente y Urabá.
3. TEMA DEL MES: Portabilidad.
4. DESARROLLO DEL TEMA:

Elabora:
Directora Endomarketing y
Experiencia

Revisa:
Director de Procesos y Calidad

Aprueba:
Presidente Ejecutivo

Pág. 1 de 4

COOSALUD

PORTABILIDAD del seguro de Salud



¿Qué es la portabilidad nacional de seguro de salud?

De acuerdo con el decreto 1683 de 2013 expedido por De acuerdo con el decreto 1683 de 2013 expedido por el Ministerio de Salud y Protección Social, la portabilidad es la garantía al acceso de los servicios de salud en cualquier parte del territorio Nacional, cuando cambie de municipio de afiliación o de aquel en el que habitualmente recibe los servicios de salud.

www.coosalud.com / Línea Amiga 01 8000 515411
Asesoría Nacional



COOSALUD

PORTABILIDAD

¿Qué es municipio domicilio de afiliación?

Corresponde al municipio en el que le hicieron la encuesta del SISBEN, y en el que se encuentra afiliado al régimen subsidiado, o en el que recibe habitualmente los servicios de salud.

¿Qué es municipio receptor?

Es el municipio al que llega el afiliado que ha solicitado la portabilidad, y en el que se debe garantizar una IPS que atienda los servicios básicos como consultas de medicina general, odontología, medicamentos, y actividades de promoción y prevención.

Elabora:
Directora Endomarketing y Experiencia

Revisa:
Director de Procesos y Calidad

Aprueba:
Presidente Ejecutivo

Pág. 2 de 4

COOSALUD

¿Qué es municipio domicilio de afiliación?
Corresponde al municipio en el que le hicieron la encuesta del SISBEN, y en el que se encuentra afiliado al régimen subsidiado, o en el que recibe habitualmente los servicios de salud



¿Qué es municipio receptor?
En el municipio al que llega el afiliado que ha solicitado la portabilidad, y en el que se debe garantizar una IPS que atienda los servicios básicos como consultas de medicina general, odontología, medicamentos, y actividades de promoción y prevención



¿A través de que medio puedo solicitar la portabilidad?

Ingresa a www.coosalud.com, opción portabilidad y diligencie el formulario. En caso de tener alguna:

- ✓ Línea Amiga de Atención Nacional 01 8000 515611
- ✓ Correo electrónico portabilidad@coosalud.com

COOSALUD

¿A través de qué medio puedo solicitar la portabilidad?

Ingresa a www.coosalud.com, opción portabilidad y diligencie el formulario. En caso de tener alguna dificultad reporte su caso a través de:

- Línea Amiga de Atención Nacional 01 8000 515611
- Correo electrónico portabilidad@coosalud.com
- Personalmente en nuestras oficinas de Atención al Usuario
- Numeral 922

¿En cuánto tiempo las EPS debe informar al afiliado sobre la IPS que lo atenderá en el municipio receptor?

Máximo dentro de los diez (10) días hábiles después de que se presente la solicitud ante la EPS.

¿Qué datos debe informar a la EPS para solicitar la portabilidad del seguro de salud?

1. Tipo de Identificación
2. Número de Identificación:
3. Nombres y Apellidos:
4. Fecha de Solicitud:
5. Departamento Receptor:
6. Municipio Receptor:
7. Dirección en el municipio receptor:
8. Teléfonos:
9. Temporalidad (Tiempo a Durar): Escoja tiempo a durar.
 - 1 mes (ocasional)
 - 2 – 12 meses (Temporal)
 - Más de 12 Meses (permanente o definitivo).
10. Motivo de la emigración (por qué se va para otro municipio)
11. Correo.

4. Preguntas a los asistentes y se anexa test evaluador.

Para constancia firma,



Jorge Yobany Murillo Acevedo

Auxiliar de Aseguramiento y Mercadeo

Upa Occidente-Urabá

Tel. 604 8532089- 3499690- Ext 19307

Celular: 316 025 93 73

Mail jymurillo@coosalud.com

Calle 9 No. 4 - 20 Barrio Santa Lucia Upa Santa fe de Antioquia

Elabora:

Directora Endomarketing y
Experiencia

Revisa:

Director de Procesos y Calidad

Aprueba:

Presidente Ejecutivo

Pág. 4 de 4

MÓDULO:	PORTABILIDAD
ÁREA RESPONSABLE:	ASEGURAMIENTO
TEMA:	REGIMEN CONTRIBUTIVO
NOMBRE:	JORGE YOBANY MURILLO ACEVEDO
CARGO:	AUXILIAR ASEGURAMIENTO
SUCURSAL / AGENCIA:	ANTIOQUIA
FACILITADOR:	JORGE YOBANY MURILLO ACEVEDO
FECHA:	11 DE AGOSTO DE 2023
CALIFICACIÓN:	S

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

PREGUNTAS	RESPUESTAS
• ¿Que es la Portabilidad?	Acceder a los servicios de salud en todo lugar.
• ¿Por cuánto tiempo puedo realizar Portabilidad?	2 año, permanente
• Mencione tres datos que se deban suministrar para realizar portabilidad.	Datos personales Domicilio Dirección

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	5X
---	---	---	---	----

2. **METODOLOGIA 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	5X
---	---	---	---	----

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	5X
---	---	---	---	----

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	5X
---	---	---	---	----

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 capté mi interés, 2: Estaba interesado, pero me distraje fácilmente, 3: Solo me concentré por

CAPACITACION		INDUCCION	ENTRENAMIENTO	SOCIALIZACIÓN DE DOCUMENTOS	ACTIVIDAD	GTH-E25 Act. 06 2020 nov.06	
FECHA: 10-10-2023					LUGAR: OFICINA COOSALUD SANTA FE DE ANTIOQUIA		
TEMAS INCLUIDOS: Portabilidad							
CAPACITADOR(ES): Jorge Durillo							
TIPO DE CAPACITADOR:					HORA DE INICIO:		HORA FINAL:
INTERNO EXTERNO							
ASISTENTE	CARGO	SUCURSAL	FIRMA				
Luisa Fernanda Ramirez	AFILIADO	ANTIOQUIA	Luisa Ramirez				
Fabio Agudelo	AFILIADO	ANTIOQUIA	Fabio Agudelo				
Jurani Tamayo Robledo	AFILIADO	ANTIOQUIA	Jurani Tamayo R.				
Alfonso Geron Valencier	AFILIADO	ANTIOQUIA	Alfonso Geron				
Yemi Smith Gonzalez	AFILIADO	ANTIOQUIA	Yemi Smith				
Orlady Maria Paredes	AFILIADO	ANTIOQUIA	Orlady Maria				
ANADORA VARGAS	AFILIADO	ANTIOQUIA	ANADORA VARGAS				
LUS-ELIVELAS qEZ	AFILIADO	ANTIOQUIA	LUS-ELIV				
Thon anibal C	AFILIADO	ANTIOQUIA	Thon anibal C				
Blanca Luz Hernandez Gonzalez	AFILIADO	ANTIOQUIA	Blanca Luz Hernandez				
Fu. Z. Stella Rodriguez	AFILIADO	ANTIOQUIA	Fu. Z. Stella				
Ana tal Lyeone	AFILIADO	ANTIOQUIA	Ana				
Lidia Espinoza	AFILIADO	ANTIOQUIA	Lidia Espinoza				
Mario Euday	AFILIADO	ANTIOQUIA	Mario Euday				
Jorge Durillo 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.

En las de tu bienestar		LISTADO DE ASISTENCIA		GTHF-25 Act. 06 2020/nov/06	
CAPACITACION ☒	INDUCCION ☐	ENTRENAMIENTO ☐	SOCIALIZACIÓN DE DOCUMENTOS ☐	ACTIVIDAD ☐	
FECHA: Agosto 2023					
TEMAS INCLUIDOS: Portabilidad					
CAPACITADOR(ES): Jorge Pardo					
TIPO DE CAPACITADOR: ☒ INTERNO ☐ EXTERNO					
LUGAR: OFICINA COOSALUD SANTA FE DE ANTIOQUIA					
				HORA DE INICIO:	HORA FINAL:
ASISTENTE	CARGO	SUCURSAL	FIRMA		
Magnolia Corvalán	AFILIADO	ANTIOQUIA	Magnolia		
Diego M. O. C.	AFILIADO	ANTIOQUIA	Diego M. O. C.		
Katherine Tilano	AFILIADO	ANTIOQUIA	Katherine Tilano		
Briana Marcela Beltrán	AFILIADO	ANTIOQUIA	Briana Beltrán		
María Victoria Abelloz P.	AFILIADO	ANTIOQUIA	María Victoria		
Mario Benigno Marín	AFILIADO	ANTIOQUIA	Benigno Marín		
Curidice Haldón	AFILIADO	ANTIOQUIA	Curidice Haldón		
Mario Rodríguez	AFILIADO	ANTIOQUIA	Mario Rodríguez		
Isabel López	AFILIADO	ANTIOQUIA	Isabel López		
Alfonso Cortáez	AFILIADO	ANTIOQUIA	Alfonso Cortáez		
Maria Conrada A.	AFILIADO	ANTIOQUIA	Maria Conrada A.		
Edise Tilano Lora	AFILIADO	ANTIOQUIA	Edise Tilano Lora		
Maria Isabel Vadelo	AFILIADO	ANTIOQUIA	Maria Isabel Vadelo		
Maria Fernanda Cano	AFILIADO	ANTIOQUIA	Maria Fernanda Cano		
J. Pardo 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.

