

**ACTA DE REUNIÓN DE LA ASOCIACIÓN DE USUARIOS, ASODEUS DE
COOSALUD EPS****MUNICIPIO DE BARBOSA**

FECHA : 28/04/2023
LUGAR : Oficina de COOSALUD EPS-S
HORA : 2:00 P.M.
ASISTENTES : (Se anexa firma de los asistentes).
OBJETIVO : Reunión ordinaria de la Asociación de Usuarios.

Agenda programada para el día:

1. Bienvenida
2. Exposición de los temas preparados para el día:
 - A. Afiliaciones y Novedades
 - B. Participación Social en Salud
 - C. Derechos de los pacientes: Atención médica
 - D. Red
 - E. Canales de Comunicación
3. Evaluación de la sesión
4. Apertura del Buzón de sugerencias
5. Programación de la próxima reunión

DESARROLLO DE LA REUNIÓN

1. Daniela Alexandra Chavez Fontecha colaborador de COOSALUD EPS, da la bienvenida a los participantes, agradece por la asistencia a la reunión y da a conocer el objetivo de esta. Además, destaca el compromiso para con la institución al pertenecer a la Asociación de Usuarios de COOSALUD EPS en el municipio de Barbosa
2. Se exponen los temas preparados para el día a cargo de Daniela Alexandra Chavez Fontecha colaborador de Coosalud EPS.

2.1. TEMAS DEL MES.

Afiliaciones y Novedades

¿Cómo se efectúa la afiliación al SGSSS?

Mediante el registro en el SAT y la inscripción a una sola Entidad Promotora de Salud-EPS o Entidad Obligada a Compensar-EOC. Hasta tanto entre en operación el SAT, la afiliación se efectuará con el diligenciamiento, suscripción y radicación en la EPS del Formulario Único de Afiliación y Registro de Novedades al Sistema General de Seguridad Social en Salud –SGSSS, hoy adoptado en la Resolución 974 de 2016 del Ministerio de Salud y Protección Social.

¿Quiénes están obligados afiliarse al SGSSS?

Todos los residentes en Colombia, salvo aquellas personas que cumplan los requisitos para pertenecer a uno de los Regímenes Excepcionados o Especiales establecidos legalmente.

Sin importar el tipo de afiliado que se vaya a vincular, siempre se realizan los siguientes pasos:

**¿Cuándo se produce la desafiliación al SGSSS?**

La desafiliación al Sistema sólo se producirá por el fallecimiento del afiliado.

**Afiliación del Recién Nacido****¿Cuándo se realiza la afiliación del recién nacido?**

- ✓ Todo recién nacido desde su nacimiento quedará afiliado y será inscrito en la EPS donde se encuentre inscrita la madre incluso las EPS del Régimen especial o Excepción.
- ✓ En caso de fallecimiento de la madre al momento del parto, quedará inscrito en la EPS del padre o en la EPS de quien tenga a su cargo el cuidado personal o detente su custodia.
- ✓ Si el padre tiene la calidad de cotizante al régimen contributivo éste podrá tramitar la novedad de Inclusión como su beneficiario después del primer mes de vida.

¿Qué documento se necesita para la afiliación del recién nacido?

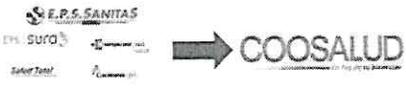
- ✓ El Registro Civil de Nacimiento o en su defecto, el Certificado de Nacido Vivo.
- ✓ En todo caso, los padres del recién nacido o en ausencia de éstos quien tenga su custodia o cuidado personal deberán aportar el registro civil de nacimiento a más tardar dentro de los tres (3) meses siguientes a su nacimiento.
- ✓ Cuando la madre ostente la calidad de beneficiaria, el recién nacido se inscribirá como un beneficiario más del núcleo familiar.



TIPOS DE NOVEDADES DE AFILIACIÓN

¿Qué es un traslado?

Es el proceso que se efectúa cuando el afiliado desea cambiar de Entidad Promotora de Salud (EPS).



CONDICIONES PARA REALIZAR UN TRASLADO EFECTIVO

- 1** Cumplir el tiempo mínimo de afiliación en la actual EPS. Nótese que en algunas EPS se toma subsidio y contributivo.
- 2** No estar inscrito en IPS, ni el cotizante ni los beneficiarios.
- 3** Inscribirse en la localidad de destino de todo el grupo familiar.
- 4** El cotizante independiente debe estar o por estar con el SESSS.

EXCEPCIONES

De acuerdo al Decreto 2350 existen algunas excepciones con las que los usuarios pueden solicitar el traslado a otra EPS sin haber cumplido el tiempo de permanencia en su actual EPS.

- 1** COBERTURA GEOGRÁFICA
- 2** UNIFICACIÓN GRUPO FAMILIAR
- 3** MENOS CUBIERTO EL DERECHO A LA LIBRE ESCOGENCIA DE EPS
- 4** DEFICIENTE PRESTACIÓN O SUSPENSIÓN DE SERVICIOS POR PARTE DE LA EPS
- 5** ASIGNACIÓN

Participación Social en Salud

PARTICIPACIÓN SOCIAL EN SALUD

La participación comprende las acciones colectivas mediante las cuales la población enfrenta los retos de la realidad, identifica y analiza sus problemas, formula y negocia propuestas y satisface las necesidades en materia de salud, de una manera deliberada, democrática y concertada.



¿Cuál es el objetivo?

Es velar por el derecho que tienen los usuarios de disfrutar los servicios de salud con calidad y oportunidad, a través del trato digno y el respeto, así como canalizar las sugerencias, inquietudes y reclamos de los usuarios en pro de la eficiencia y eficacia de los servicios de salud y de la satisfacción de la experiencia de los usuarios.

Derechos de los pacientes: Atención médica

DERECHOS

Nuestros afiliados sin restricciones por motivos de raza, sexo, edad, idioma, religión, opiniones políticas o de cualquier índole, origen social, posición económica o condición social, tienen derecho a:

Atención médica accesible, idónea, de calidad y eficaz

- Acceder, en condiciones de calidad y oportunidad y sin restricción a las actividades, procedimientos, intervenciones, insumos y medicamentos incluidos en el Plan de Beneficios en Salud.
- Acceder a las pruebas y exámenes diagnósticos indispensables para determinar si requiere o no un servicio de salud. Hay que indicar que el derecho a acceder a un servicio de salud que requiere un niño o una niña para conservar su vida, su dignidad, y su integridad, así como para desarrollarse armónica e integralmente, están especialmente protegidos. Se entiende por niña o niño, toda persona menor de 18 años. En caso de ser adolescentes, esto es, personas entre 12 y 18 años, deba reconocérseles el derecho frente a la reserva y confidencialidad de su historia clínica en el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos.

COOSALUD

DERECHOS

Atención médica accesible, idónea, de calidad y eficaz

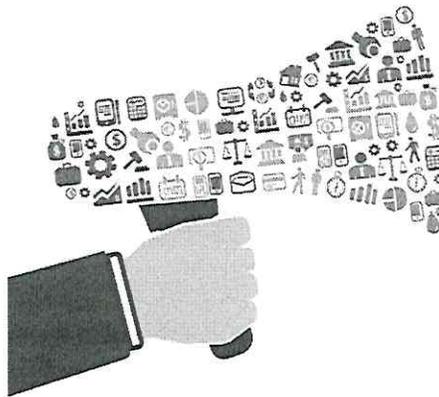
- Recibir la atención de urgencias que sea requerida con la oportunidad que tu condición amerite sin que sea exigible documento o cancelación de pago previo alguno, ni sea obligatoria la atención en una Institución Prestadora de Servicios de Salud de la red definida por la Entidad Promotora de Salud.
- Los pagos moderadores no pueden constituir barreras al acceso a los servicios de salud para las personas que no tienen la capacidad económica de acuerdo con la estratificación socioeconómica de soportar el pago de este.
- Recibir durante todo el proceso de la enfermedad, la mejor asistencia médica disponible en la red y el cuidado paliativo de acuerdo con su enfermedad o condición, incluyendo la atención en la enfermedad incurable avanzada o la enfermedad terminal garantizando que se respeten los deseos del paciente frente a las posibilidades que la IPS tratante ofrece. Agotar las posibilidades razonables de tratamiento para la superación de su enfermedad y a recibir, durante todo el proceso de la enfermedad incluyendo el final de la vida, la mejor asistencia médica disponible por personal de la salud debidamente competente y autorizado para su ejercicio.

COOSALUD

Se les presenta la Red de prestadores que tenemos en la regional y posteriormente los Canales de comunicación



Redes Sociales



www.coosalud.com



@coosalud



Coosalud eps



@coosaludeps

COOSALUD

3. Se procede a evaluar la sesión. Se anexan copias.
4. Se abre el buzón de sugerencias y se elabora el acta.
5. Se plantea como fecha tentativa para la próxima reunión, el día 26 del mes de mayo del año 2023 a las 2:00PM en la oficina de COOSALUD EPS.

Para constancia firman,

| NOMBRE | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN | CARGO | FIRMA |
|-------------------|--------------------------|--------|--------------------------|
| Nancy Peña Moreno | 37670163 | Discal | <i>Nancy Peña</i> |
| Mercedes Chacón | 27982743 | Vocal | <i>Mercedes Chacón</i> |
| Liliana Hernández | 110117797 | Vocal | <i>Liliana Hernández</i> |

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 |
|---|---|---|---|---|

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 |
|---|---|---|---|---|

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 |
|---|---|---|---|---|

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 |
|---|---|---|---|---|

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 |
|---|---|---|---|---|

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 |
|---|---|---|---|---|

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

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|

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

FIRMA ASISTENTE

[Firma]

FIRMA FACILITADOR

Daniela Chávez

| | |
|----------------------------|--|
| MÓDULO: | CAPACITACION ASODEUS |
| ÁREA RESPONSABLE: | EXPERIENCIA DEL USUARIO |
| TEMA: | Afiliación y Novedades- Participación Social-Derechos-Red-Canales de comunicación Coosalud |
| NOMBRE: | MERCEDES CHACON |
| CARGO: | VOCAL |
| SUCURSAL / AGENCIA: | Boyaca |
| FACILITADOR: | DANIELA ALEXANDRA CHAVEZ FONTECHA |
| FECHA: | 28/04/2023 |
| CALIFICACIÓN: | |

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

| PREGUNTAS | RESPUESTAS |
|---|--|
| 1. ¿La participación social permite negociar propuestas de forma democrática? | <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| 2. ¿En un derecho de nuestros afiliados? Selección de múltiple respuesta | <input checked="" type="checkbox"/> Acceder a los servicios con calidad y oportunidad. <input checked="" type="checkbox"/> Ser atendido en urgencias sin necesidad del documento de identidad. <input checked="" type="checkbox"/> Recibir cuidado paliativo acorde a la enfermedad. |
| 3. ¿Qué documento se requiere para afiliar un recién nacido? Selección de múltiple respuesta | <input checked="" type="checkbox"/> Registro Civil de Nacimiento <input type="checkbox"/> Certificado de Nacido vivo <input type="checkbox"/> cédula de la abuela del recién nacido |

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 | <input checked="" type="checkbox"/> 5 |
|---|---|---|---|---------------------------------------|

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 | <input checked="" type="checkbox"/> 5 |
|---|---|---|---|---------------------------------------|

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 |
|---|---|---|---|---|

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 |
|---|---|---|---|---|

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 |
|---|---|---|---|---|

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 |
|---|---|---|---|---|

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 |
|---|---|---|---|---|

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 |
|---|---|---|---|---|

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

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|

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

FIRMA ASISTENTE

Mercedes Chacón

FIRMA FACILITADOR

Daniela Chávez

| | |
|----------------------------|--|
| MÓDULO: | CAPACITACION ASODEUS |
| ÁREA RESPONSABLE: | EXPERIENCIA DEL USUARIO |
| TEMA: | Afiliación y Novedades- Participación Social-Derechos-Red-Canales de comunicación Coosalud |
| NOMBRE: | CLAUDIA FONTECHA |
| CARGO: | PRESIDENTE |
| SUCURSAL / AGENCIA: | |
| FACILITADOR: | DANIELA ALEXANDRA CHAVEZ FONTECHA |
| FECHA: | 28/04/2023 |
| CALIFICACIÓN: | |

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

| PREGUNTAS | RESPUESTAS |
|---|--|
| 1. ¿La participación social permite negociar propuestas de forma democrática? | <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| 2. ¿En un derecho de nuestros afiliados? Selección de múltiple respuesta | <input checked="" type="checkbox"/> Acceder a los servicios con calidad y oportunidad. <input type="checkbox"/> Ser atendido en urgencias sin necesidad del documento de identidad. <input type="checkbox"/> Recibir cuidado paliativo acorde a la enfermedad. |
| 3. ¿Qué documento se requiere para afiliar un recién nacido? Selección de múltiple respuesta | <input checked="" type="checkbox"/> Registro Civil de Nacimiento <input checked="" type="checkbox"/> Certificado de Nacido vivo <input type="checkbox"/> cédula de la abuela del recién nacido |

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 |
|---|---|---|---|---|

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 | 5 |
|---|---|---|---|---|

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 | <input checked="" type="checkbox"/> |
|---|---|---|---|-------------------------------------|

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 | <input checked="" type="checkbox"/> |
|---|---|---|---|-------------------------------------|

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 | <input checked="" type="checkbox"/> | 5 |
|---|---|---|-------------------------------------|---|

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 | <input checked="" type="checkbox"/> |
|---|---|---|---|-------------------------------------|

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 | <input checked="" type="checkbox"/> | 5 |
|---|---|---|-------------------------------------|---|

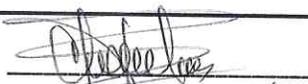
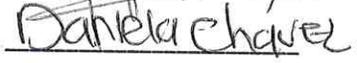
8. **INFRAESTRUCTURA Y COMODIDAD DEL LUGAR DE CAPACITACIÓN.** El sitio elegido para adelantar la capacitación fue (1: Pésimo, 2: Malo, 3: Regular, 4: Bueno, 5: Excelente):

| | | | | |
|---|---|---|---|-------------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | <input checked="" type="checkbox"/> |
|---|---|---|---|-------------------------------------|

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

| | | | | |
|---|---|---|---|-------------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | <input checked="" type="checkbox"/> |
|---|---|---|---|-------------------------------------|

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

FIRMA ASISTENTE 
FIRMA FACILITADOR 

| | |
|---------------------|--|
| MÓDULO: | CAPACITACION ASODEUS |
| ÁREA RESPONSABLE: | EXPERIENCIA DEL USUARIO |
| TEMA: | Afiliación y Novedades- Participación Social-Derechos-Red-Canales de comunicación Coosalud |
| NOMBRE: | BRIAN CHAVEZ <i>Biliana Hernandez</i> |
| CARGO: | VICEPRESIDENTE |
| SUCURSAL / AGENCIA: | |
| FACILITADOR: | DANIELA ALEXANDRA CHAVEZ FONTECHA |
| FECHA: | 28/04/2023 |
| CALIFICACIÓN: | |

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

| PREGUNTAS | RESPUESTAS |
|---|---|
| 1. ¿La participación social permite negociar propuestas de forma democrática? | <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| 2. ¿En un derecho de nuestros afiliados? Selección de múltiple respuesta | <input checked="" type="checkbox"/> Acceder a los servicios con calidad y oportunidad. <input checked="" type="checkbox"/> Ser atendido en urgencias sin necesidad del documento de identidad. <input type="checkbox"/> Recibir cuidado paliativo acorde a la enfermedad. |
| 3. ¿Qué documento se requiere para afiliar un recién nacido? Selección de múltiple respuesta | <input checked="" type="checkbox"/> Registro Civil de Nacimiento <input type="checkbox"/> Certificado de Nacido vivo <input type="checkbox"/> cédula de la abuela del recién nacido |

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 | <input checked="" type="checkbox"/> 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---------------------------------------|---|---|---|

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 | <input checked="" type="checkbox"/> 5 |
|---|---|---|---|---------------------------------------|

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 |
|---|---|---|---|---|

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 |
|---|---|---|---|---|

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 |
|---|---|---|---|---|

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 |
|---|---|---|---|---|

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 |
|---|---|---|---|---|

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 |
|---|---|---|---|---|

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

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|

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

FIRMA ASISTENTE

Liliana Hernandez

FIRMA FACILITADOR

Daniela Chávez