

CONVOCATORIA No 01

ASOCIACIÓN DE USUARIOS DEL MUNICIPIO DE BERBEO DEL DEPARTAMENTO DE BOYACA

Para: Integrantes de ASOCIACIÓN DE USUARIOS
De: Junta directiva de ASOCIACIÓN DE USUARIOS
Motivo: Invitación a sesión

Reciba un cordial saludo.

Nos complace invitarlo a participar en la reunión de la ASOCIACIÓN DE USUARIOS de nuestra zona, con el fin de dar a conocer los avances que hemos tenido en nuestro Plan de acción y otra información que consideramos de interés compartir con cada uno de ustedes.

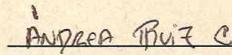
Lugar: OFICINA BERBEO

Fecha: 27 De Enero 2023

Hora: 02: PM

Si desea más información sobre esta convocatoria, puede acercarse al colaborador de Coosalud EPS.

Atentamente,



PRESIDENTE ASOCIACIÓN DE USUARIOS

**ACTA DE REUNIÓN DE LA ASOCIACIÓN DE USUARIOS, ASODEUS DE
COOSALUD EPS
DEPARTAMENTO DE BOYACA****MUNICIPIO DE BERBEO**

FECHA : 27/01/2023
LUGAR : Oficina de COOSALUD EPS-S
HORA : 3:00 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. Cuota moderadoras y Copagos 2023
 - B. Programas de riesgo
 - C. Derechos,
 - D. de comunicación
 - E. Red
3. Evaluación de la sesión
4. Apertura del Buzón de sugerencias
5. Programación de la próxima reunión

DESARROLLO DE LA REUNIÓN

1. **DEIBA YANETH CORTES ALONSO** 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 Bogotá.
1. Se exponen los temas preparados para el día a cargo de **DEIBA YANETH CORTES ALONSO** colaborador de Coosalud EPS.

2.1. TEMAS DEL MES.

Cuota moderadoras y Copagos 2023

Copagos régimen subsidiado 2023

En el régimen subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud no se cobran cuotas moderadoras.

Para aplicación de los copagos en el régimen subsidiado se establecen los grupos de corte del Sisbén metodología IV así: el nivel 1 corresponde a los grupos A1 a B7 y el nivel 2 a los grupos C1 a C18.

Cuotas moderadoras y copagos régimen contributivo 2023

Cuotas moderadoras: Acuerdo 856/04

Categoría	Ingreso base SMLMV	Valor 2023
1	Menor a 2 SMLMV*	\$ 4.100
2	Entre 2 y 5 SMLMV*	\$ 16.400
3	Mayor a 5 SMLMV*	\$43.000

*Salario Mínimo Legal Mensual Vigente (SMLMV)

Copagos: Acuerdo 856/04

Categoría	Ingreso base SMLMV	% por evento	Valor máximo por evento	Valor máximo por usuario/año
1	Menor a 2 SMLMV*	11,00%	\$304.683	\$ 610.227
2	Entre 2 y 5 SMLMV*	17,30%	\$ 1.220.455	\$ 2.440.909
3	Mayor a 5 SMLMV*	23,00%	\$ 2.440.909	\$ 4.881.818

*Salario Mínimo Legal Mensual Vigente (SMLMV)

Por lo tanto, los afiliados del régimen subsidiado clasificados en el nivel 2 del Sisbén (C1 a C18), conforme con la metodología IV, deberán cancelar los respectivos copagos para los servicios que se encuentran dentro del Plan de Beneficios en Salud y que se indican a continuación:

TOPE	% DEL SERVICIO	VALOR MÁXIMO COPAGO
Valor límite por evento	10%	\$ 530.632
Valor límite por año		\$1.061.264

Programas de riesgo

PROGRAMAS DE RIESGO

- ✓Crecimiento y desarrollo de primera infancia.
- ✓Atención al adolescentes
- ✓Atención al joven
- ✓Salud bucal para todas las edades
- ✓Cuidate Mujer
- ✓Adultez y vejez – Edad de oro
- ✓Programas para pacientes con cáncer

COOSALUD

Derechos



Tú tienes derechos y deberes

Nuestros afiliados y aportantes podrán participar a escala ciudadana, comunitaria, social e institucional con el fin de ejercer sus derechos y deberes; gestionar planes y programas; planificar, evaluar y dirigir el desarrollo de la salud en un proceso de interacción social para intervenir en las decisiones de salud, respondiendo a intereses individuales y colectivos para la gestión y dirección de sus procesos, basados en los principios constitucionales de solidaridad, equidad y universalidad en la búsqueda de bienestar humano y desarrollo social

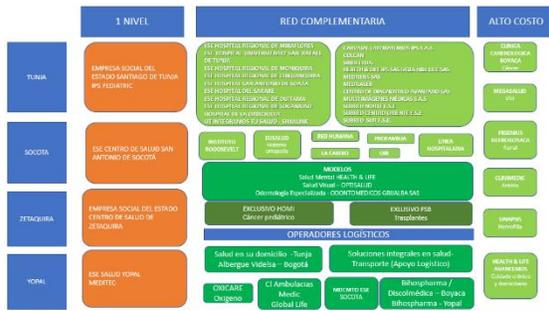
Red

1 NIVEL	RED COMPLEMENTARIA	ALTO COSTO
BERDO ESE CENTRO DE SALUD JUAN FRANCISCO BERDO	ESE HOSPITAL REGIONAL DE MARIKURUPES ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN ANTONIO DE TUMBA ESE HOSPITAL REGIONAL DE MARIKURUPES ESE HOSPITAL REGIONAL DE CHOCOMBUCHA ESE HOSPITAL SAN ANTONIO DE SANTIAGO ESE HOSPITAL LOS SAGUAS ESE HOSPITAL REGIONAL DE MARIKURUPES ESE HOSPITAL REGIONAL DE SOGAMOSO	CLINICA CAROLINA BONICA Cobari
BELÉN ESE CENTRO DE SALUD "NUESTRA SEÑORA DE BELÉN"	ESE HOSPITAL REGIONAL DE MARIKURUPES ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN ANTONIO DE TUMBA ESE HOSPITAL REGIONAL DE MARIKURUPES ESE HOSPITAL REGIONAL DE CHOCOMBUCHA ESE HOSPITAL SAN ANTONIO DE SANTIAGO ESE HOSPITAL LOS SAGUAS ESE HOSPITAL REGIONAL DE MARIKURUPES ESE HOSPITAL REGIONAL DE SOGAMOSO	MELISSA VIR
BOVACA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE SALUD SAN JOSE	EMPRESA LABORATORIOS PRO-SALUD CLINICA SALUD MENTAL HEALTH & LIFE HEALTH & LIFE PRO-SALUD MEDICAL CENTRO DE DIAGNOSTICO AVANZADO GALATI MULTI MANEJO EN EMERGENCIAS SOLUCIONES INTEGRALES EN SALUD SOLUCIONES INTEGRALES EN SALUD	FRONDIS NEUROFARMA FARMA
CAMPOHERMOZO ESE CENTRO DE SALUD CAMPOHERMOZO	INTEGRAL HUMANIZADA EVALUADO MARIKURUPES EVALUADO LA CERRADA CER LINEA HOSPITALARIA	CLINIBERIC ARTECA
BARBOSA HOSPITAL INTEGRADO SAN BERNARDO MUNICIPALIDAD LOCAL BOGOTANA	MODELOS Salud Mental HEALTH & LIFE Salud Visual - OPTICAL Omnólogo Especialista - ODONTOMÉDICOS GRUABA SAS	SINAPIS HEALTH & LIFE AMBIENTOS Cuidado integral y diferenciado
BUENAVISTA ESE CENTRO DE SALUD SANTA ROSALBINA	EXCLUSIVO HOMI Cáncer pediátrico	SINAPIS HEALTH & LIFE
CERENA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE SALUD CERENA	OPERADORES LOGÍSTICOS	
CHOLANQUIRA ESE HOSPITAL REGIONAL DE CHOLANQUIRA	Salud en su domicilio - Tinja Albergue Videla - Bogotá	HEALTH & LIFE AMBIENTOS Cuidado integral y diferenciado
CHIRIQUÍ ESE CENTRO DE SALUD DE VERDEMAR	OWICARE Duzgano CI Ambientales Medic Global Life MEDIUM ESTE SANTO DOMINGO SANTO DOMINGO Bihospharma / DicoMedica - Boyacá Pharmasan - Barbosa	

1 NIVEL	RED COMPLEMENTARIA	ALTO COSTO
CIENEGA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO PUERTO DE SALUD CIENEGA	ESE HOSPITAL REGIONAL DE MARIKURUPES ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN ANTONIO DE TUMBA ESE HOSPITAL REGIONAL DE MARIKURUPES ESE HOSPITAL REGIONAL DE CHOCOMBUCHA ESE HOSPITAL SAN ANTONIO DE SANTIAGO ESE HOSPITAL LOS SAGUAS ESE HOSPITAL REGIONAL DE MARIKURUPES ESE HOSPITAL REGIONAL DE SOGAMOSO	CLINICA CAROLINA BONICA Cobari
COMBITA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE SALUD COMBITA	EMPRESA LABORATORIOS PRO-SALUD CLINICA SALUD MENTAL HEALTH & LIFE HEALTH & LIFE PRO-SALUD MEDICAL CENTRO DE DIAGNOSTICO AVANZADO GALATI MULTI MANEJO EN EMERGENCIAS SOLUCIONES INTEGRALES EN SALUD SOLUCIONES INTEGRALES EN SALUD	MELISSA VIR
COVARACHA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN ANTONIO DE SANTIAGO	INTEGRAL HUMANIZADA EVALUADO MARIKURUPES EVALUADO LA CERRADA CER LINEA HOSPITALARIA	FRONDIS NEUROFARMA FARMA
CUSARA HOSPITAL ESPECIAL DE CLUBARRA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	MODELOS Salud Mental HEALTH & LIFE Salud Visual - OPTICAL Omnólogo Especialista - ODONTOMÉDICOS GRUABA SAS	CLINIBERIC ARTECA
DUISABA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO SALUD DEL TUNDUBA SOLUCION LABORAL AVA	EXCLUSIVO HOMI Cáncer pediátrico	SINAPIS HEALTH & LIFE
GACHANTIVA ESE CS SAN ANTONIO DE INERUA ESE HOSPITAL SAN FIDEL DE VILLA DE LEÓN	OPERADORES LOGÍSTICOS	
LA VICTORIA ESE HOSPITAL REGIONAL DE CHOLANQUIRA	Salud en su domicilio - Tinja Albergue Videla - Bogotá	HEALTH & LIFE AMBIENTOS Cuidado integral y diferenciado
MARIPÍ EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO BARRIL SALGADO DE MARIPÍ	OWICARE Duzgano CI Ambientales Medic Global Life MEDIUM ESTE SANTO DOMINGO SANTO DOMINGO Bihospharma / DicoMedica - Boyacá Pharmasan - Barbosa	
MISALFONES HOSPITAL REGIONAL DE TIBAFONES EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO		

1 NIVEL	RED COMPLEMENTARIA	ALTO COSTO
MONGUI EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL LAS MERCEDES DE MONGUI	ESE HOSPITAL REGIONAL DE MARIKURUPES ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN ANTONIO DE TUMBA ESE HOSPITAL REGIONAL DE MARIKURUPES ESE HOSPITAL REGIONAL DE CHOCOMBUCHA ESE HOSPITAL SAN ANTONIO DE SANTIAGO ESE HOSPITAL LOS SAGUAS ESE HOSPITAL REGIONAL DE MARIKURUPES ESE HOSPITAL REGIONAL DE SOGAMOSO	CLINICA CAROLINA BONICA Cobari
MONTECIENGA HOSPITAL REGIONAL DE MONTECIENGA	EMPRESA LABORATORIOS PRO-SALUD CLINICA SALUD MENTAL HEALTH & LIFE HEALTH & LIFE PRO-SALUD MEDICAL CENTRO DE DIAGNOSTICO AVANZADO GALATI MULTI MANEJO EN EMERGENCIAS SOLUCIONES INTEGRALES EN SALUD SOLUCIONES INTEGRALES EN SALUD	MELISSA VIR
MUÑOZ EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SANTA ANA	INTEGRAL HUMANIZADA EVALUADO MARIKURUPES EVALUADO LA CERRADA CER LINEA HOSPITALARIA	FRONDIS NEUROFARMA FARMA
OCATA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO PUERTO DE SALUD OCATA	MODELOS Salud Mental HEALTH & LIFE Salud Visual - OPTICAL Omnólogo Especialista - ODONTOMÉDICOS GRUABA SAS	CLINIBERIC ARTECA
PAEZ Empresa Social del Estado Jorge González Ortega	EXCLUSIVO HOMI Cáncer pediátrico	SINAPIS HEALTH & LIFE
PAIPA ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAIPA DE PAIPA	OPERADORES LOGÍSTICOS	
PAJAITO HOSPITAL REGIONAL DE SOGAMOSO EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	Salud en su domicilio - Tinja Albergue Videla - Bogotá	HEALTH & LIFE AMBIENTOS Cuidado integral y diferenciado
PAUNA ESE CENTRO DE SALUD EDGAR ROLDAN PARRADO OLANO	OWICARE Duzgano CI Ambientales Medic Global Life MEDIUM ESTE SANTO DOMINGO SANTO DOMINGO Bihospharma / DicoMedica - Boyacá Pharmasan - Barbosa	
PAZA ESE CENTRO DE SALUD NUESTRA SEÑORA DE LA PAZ		

1 NIVEL	RED COMPLEMENTARIA	ALTO COSTO
QUIPIAMA ESE CENTRO DE SALUD NUESTRA SEÑORA DE LA PAZ	ESE HOSPITAL REGIONAL DE MARIKURUPES ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN ANTONIO DE TUMBA ESE HOSPITAL REGIONAL DE MARIKURUPES ESE HOSPITAL REGIONAL DE CHOCOMBUCHA ESE HOSPITAL SAN ANTONIO DE SANTIAGO ESE HOSPITAL LOS SAGUAS ESE HOSPITAL REGIONAL DE MARIKURUPES ESE HOSPITAL REGIONAL DE SOGAMOSO	CLINICA CAROLINA BONICA Cobari
SAMBICAR ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE RAMBICAR	EMPRESA LABORATORIOS PRO-SALUD CLINICA SALUD MENTAL HEALTH & LIFE HEALTH & LIFE PRO-SALUD MEDICAL CENTRO DE DIAGNOSTICO AVANZADO GALATI MULTI MANEJO EN EMERGENCIAS SOLUCIONES INTEGRALES EN SALUD SOLUCIONES INTEGRALES EN SALUD	MELISSA VIR
SARINA ESE CENTRO DE SALUD SAN VICENTE FERRER	INTEGRAL HUMANIZADA EVALUADO MARIKURUPES EVALUADO LA CERRADA CER LINEA HOSPITALARIA	FRONDIS NEUROFARMA FARMA
SARICA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SANTA MARÍA DE SARICA	MODELOS Salud Mental HEALTH & LIFE Salud Visual - OPTICAL Omnólogo Especialista - ODONTOMÉDICOS GRUABA SAS	CLINIBERIC ARTECA
SAN EDUARDO ESE CENTRO DE SALUD JAIME DIAZ FERRER	EXCLUSIVO HOMI Cáncer pediátrico	SINAPIS HEALTH & LIFE
SAN PABLO B EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE SALUD SAN ANTONIO DE BOGOTÁ	OPERADORES LOGÍSTICOS	
SOMA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SACRAMENTO COPIACANA DE JESUS DE SOMA	Salud en su domicilio - Tinja Albergue Videla - Bogotá	HEALTH & LIFE AMBIENTOS Cuidado integral y diferenciado
SOGAMOSO SALUD SOGAMOSO EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	OWICARE Duzgano CI Ambientales Medic Global Life MEDIUM ESTE SANTO DOMINGO SANTO DOMINGO Bihospharma / DicoMedica - Boyacá Pharmasan - Barbosa	
TOTA ESE CENTRO DE SALUD DE TOTA		



Canales de comunicación



2. Se procede a evaluar la sesión. Se anexan copias.
3. Se abre el buzón de sugerencias y se elabora el acta.
4. Se plantea como fecha tentativa para la próxima reunión, el día 24 del mes de febrero del año 2023 a las 2:00 PM en la oficina de COOSALUD EPS.

Para constancia firman,



COOSALUD <small>En Pos de tu bienestar</small>		LISTADO DE ASISTENCIA		GTH-F-25 Act.06 2020.nov.06
CAPACITACION	INDUCCION <input type="checkbox"/>	ENTRENAMIENTO <input type="checkbox"/>	SOCIALIZACIÓN DE DOCUMENTOS <input type="checkbox"/>	ACTIVIDAD <input type="checkbox"/>
FECHA: 27/01/2023	OFICINA COOSALUD BERBEO			
TEMAS INCLUIDOS:	CUOTA MODERADORAS Y COPAGOS 2023-PROGRAMA DE RIESGOS-DERECHOS-RED-DE COMUNICACIÓN			
CAPACITADOR(ES):	DEIBA YANETH CORTES ALONSO			
TIPO DE CAPACITADOR:	INTERNO X			
		HORA DE INICIO: 02:00 F		HORA FINAL: 03:00 PM
ASISTENTE	CARGO	SUCURSAL	FIRMA	
ANDREA PRIZ C	PRESIDENTE	BOYACA	ANDREA PRIZ C.	
Dany M. Romero Rodriguez	Vocal	BOYACA	DURANZ.	
Claudia Milena Buitrago	secretaria	Boyaca	Milena Buitrago	
Mafun Ofunoz	Fiscal	Boyaca	Ofunoz	
Elsa Lopez	vicepresidente	Boyaca	Elsa Lopez	

Gianeth Cortes Alonso
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.

COOSALUD En Pos de tu bienestar	EVALUACION DE CAPACITACIONES, INDUCCION Y REINDUCCION	GTH-F-22 Act. 09 2020.nov.06
---	--	------------------------------------

MÓDULO:	CAPACITACION ASODEUS
ÁREA RESPONSABLE:	EXPERIENCIA DEL USUARIO
TEMA:	A. Cuota moderadoras y Copagos 2023 B. Programas de riesgo C. Derechos, D. de comunicación E. Red
NOMBRE:	Elsa Lopez
CARGO:	USUARIO
SUCURSAL / AGENCIA:	Boyaca
FACILITADOR:	DEIBA YANETH CORTES ALONSO
FECHA:	27/01/2023
CALIFICACIÓN:	

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

PREGUNTAS	RESPUESTAS
1. ¿Se cobran cuotas moderadoras en el Régimen Subsidiado?	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>
2. ¿Señale con una X cuáles son un programa de riesgo en Coosalud EPS? Selección de múltiple respuesta	<input checked="" type="checkbox"/> Crecimiento y Desarrollo en primera infancia <input checked="" type="checkbox"/> Salud Bucal para todas las mujeres <input checked="" type="checkbox"/> Cuidate Mujer <input type="checkbox"/> Medicina General
3. ¿Señale con una X cuáles son canales de comunicación en coosalud? Selección de múltiple respuesta	<input checked="" type="checkbox"/> #922 <input checked="" type="checkbox"/> Línea Fija <input checked="" type="checkbox"/> Correo defensorusuario@coosalud.com

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

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"/>
---	---	---	---	-------------------------------------

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

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

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

Elsa Lopez, 23326842

FIRMA FACILITADOR

Yaneth Cortés, 52786913

MÓDULO:	CAPACITACION ASODEUS
ÁREA RESPONSABLE:	EXPERIENCIA DEL USUARIO
TEMA:	<p>A. Cuota moderadoras y Copagos 2023</p> <p>B. Programas de riesgo</p> <p>C. Derechos, de comunicación</p> <p>D. de comunicación</p> <p>E. Red</p>
NOMBRE:	Claudia Milena Buitrago
CARGO:	USUARIO
SUCURSAL / AGENCIA:	Bajera
FACILITADOR:	DEIBA YANETH CORTES ALONSO
FECHA:	27/01/2023
CALIFICACIÓN:	

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

PREGUNTAS	RESPUESTAS
1. ¿Se cobran cuotas moderadoras en el Régimen Subsidiado?	SI <input checked="" type="checkbox"/>
2. ¿Señale con una X cuáles son un programa de riesgo en Coosalud EPS? Selección de múltiple respuesta	<input checked="" type="checkbox"/> Crecimiento y Desarrollo en primera infancia <input checked="" type="checkbox"/> Salud Bucal para todas las mujeres <input checked="" type="checkbox"/> Cuidate Mujer <input type="checkbox"/> Medicina General
3. ¿Señale con una X cuáles son canales de comunicación en coosalud? Selección de múltiple respuesta	<input checked="" type="checkbox"/> #922 <input checked="" type="checkbox"/> Línea Fija <input checked="" type="checkbox"/> Correo defensorusuario@coosalud.com

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"/>
---	---	---	---	-------------------------------------

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 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

Claudia Hilera B. 1053282072

FIRMA FACILITADOR

*Janeth Cortés Alvarado
52 786 912*

MÓDULO:	CAPACITACION ASODEUS
ÁREA RESPONSABLE:	EXPERIENCIA DEL USUARIO
TEMA:	A. Cuota moderadoras y Copagos 2023 B. Programas de riesgo C. Derechos, D. de comunicación E. Red
NOMBRE:	<i>Marlen Espinoza</i>
CARGO:	USUARIO
SUCURSAL / AGENCIA:	<i>Bogotá</i>
FACILITADOR:	DEIBA YANETH CORTES ALONSO
FECHA:	27/01/2023
CALIFICACIÓN:	

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

PREGUNTAS	RESPUESTAS
1. ¿Se cobran cuotas moderadoras en el Régimen Subsidiado?	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>
2. ¿Señale con una X cuáles son un programa de riesgo en Coosalud EPS? Selección de múltiple respuesta	<input checked="" type="checkbox"/> Crecimiento y Desarrollo en primera infancia <input checked="" type="checkbox"/> Salud Bucal para todas las mujeres <input checked="" type="checkbox"/> Cuidate Mujer <input type="checkbox"/> Medicina General
3. ¿Señale con una X cuáles son canales de comunicación en coosalud? Selección de múltiple respuesta	<input checked="" type="checkbox"/> #922 <input checked="" type="checkbox"/> Línea Fija <input checked="" type="checkbox"/> Correo defensorusuario@coosalud.com

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

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"/>
---	---	---	---	-------------------------------------

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

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

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

Marten Hernandez 23326700

FIRMA FACILITADOR

Janeth
52786913

MÓDULO:	CAPACITACION ASODEUS
ÁREA RESPONSABLE:	EXPERIENCIA DEL USUARIO
TEMA:	A. Cuota moderadoras y Copagos 2023 B. Programas de riesgo C. Derechos, D. de comunicación E. Red
NOMBRE:	ANDREA TRUJE C
CARGO:	USUARIO
SUCURSAL / AGENCIA:	BOYACA
FACILITADOR:	DEIBA YANETH CORTES ALONSO
FECHA:	27/01/2023
CALIFICACIÓN:	

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

PREGUNTAS	RESPUESTAS
1. ¿Se cobran cuotas moderadoras en el Régimen Subsidiado?	SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>
2. ¿Señale con una X cuáles son un programa de riesgo en Coosalud EPS? Selección de múltiple respuesta	<input checked="" type="checkbox"/> Crecimiento y Desarrollo en primera infancia <input checked="" type="checkbox"/> Salud Bucal para todas las mujeres <input checked="" type="checkbox"/> Cuidate Mujer <input type="checkbox"/> Medicina General
3. ¿Señale con una X cuáles son canales de comunicación en coosalud? Selección de múltiple respuesta	<input checked="" type="checkbox"/> #922 <input checked="" type="checkbox"/> Línea Fija <input checked="" type="checkbox"/> Correo defensorusuario@coosalud.com

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 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 ANDREA TRUJILLO C. C.053132.953 BTA

FIRMA FACILITADOR Jordan Ruiz A.
52 786 913

COOSALUD En Pos de tu bienestar	EVALUACION DE CAPACITACIONES, INDUCCION Y REINDUCCION	GTH-F-22 Act. 09 2020.nov.06
---	--	------------------------------------

MÓDULO:	CAPACITACION ASODEUS
ÁREA RESPONSABLE:	EXPERIENCIA DEL USUARIO
TEMA:	A. Cuota moderadoras y Copagos 2023 B. Programas de riesgo C. Derechos, D. de comunicación E. Red
NOMBRE:	Deicy Marcela Romero Rodriguez
CARGO:	USUARIO
SUCURSAL / AGENCIA:	Bahaca
FACILITADOR:	DEIBA YANETH CORTES ALONSO
FECHA:	27/01/2023
CALIFICACIÓN:	

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

PREGUNTAS	RESPUESTAS
1. ¿Se cobran cuotas moderadoras en el Régimen Subsidiado?	SI <input checked="" type="checkbox"/>
2. ¿Señale con una X cuáles son un programa de riesgo en Coosalud EPS? Selección de múltiple respuesta	<input checked="" type="checkbox"/> Crecimiento y Desarrollo en primera infancia <input checked="" type="checkbox"/> Salud Bucal para todas las mujeres <input checked="" type="checkbox"/> Cuidate Mujer <input type="checkbox"/> Medicina General
3. ¿Señale con una X cuáles son canales de comunicación en coosalud? Selección de múltiple respuesta	<input checked="" type="checkbox"/> #922 <input checked="" type="checkbox"/> Linea Fija <input checked="" type="checkbox"/> Correo defensorusuario@coosalud.com

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

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	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

Diana Rivas - 1053282523

FIRMA FACILITADOR

Janeth C. A. J.
JSZ 786 913