

CONVOCATORIA No 008

ASOCIACIÓN DE USUARIOS DEL MUNICIPIO DE CAMPOHERMOSO 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 COOSALUD CAMPOHERMOSO

Fecha: 25 de agosto de 2023

Hora: 9:00 A.M

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
MUNICIPIO DE CAMPOHERMOSO**

FECHA : 25/08/2023
LUGAR : Oficina de COOSALUD EPS-S
HORA : 9:00 A.M.
ASISTENTES : (Se anexan firmas y foto de 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. Portabilidad.
 - B. Deber: Brindar información
 - C. Derechos de los pacientes: A la confidencialidad
 - 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. MERY YANETH BARRERA TOLOSA, 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.,
2. Se exponen los temas preparados para el día a cargo de MERY YANETH BARRERA TOLOSA colaborador de Coosalud EPS.

2.1. TEMAS DEL MES.

Portabilidad COOSALUD

¿Qué es?

La portabilidad es la garantía que se da a los ciudadanos para acceder a los servicios de salud sin trámites excesivos e innecesarios, en cualquier parte del territorio nacional, cuando el afiliado y/o su núcleo familiar se van a vivir temporalmente a un municipio diferente a aquel en donde se afiliaron a la EPS o donde habitualmente reciben los servicios de salud.

¿Qué es la emigración ocasional?

Es cuando el afiliado y/o su núcleo familiar se trasladan temporalmente del municipio donde realizaron la afiliación a la EPS o donde habitualmente reciben los servicios de salud, por un período no mayor de un (1) mes.

¿Qué es la emigración temporal?

Es cuando el afiliado y/o su núcleo familiar se trasladan temporalmente del municipio donde realizaron la afiliación a la EPS o donde habitualmente reciben los servicios de salud, por un período superior a un (1) mes e inferior a doce (12) meses.

¿Cómo puedo solicitar mi derecho a la portabilidad?

Un afiliado podrá solicitar ante su EPS mediante la línea telefónica de atención al usuario, por escrito, por correo electrónico exclusivo para trámites de portabilidad, personalmente o a través de cualquier otro medio disponible, la asignación de una IPS primaria en un municipio diferente al domicilio de afiliación. En ningún caso la EPS podrá exigir la presentación personal del afiliado para el trámite de portabilidad.



BEBER

Deber

Brindar la información requerida para la atención médica



Derechos de los pacientes: A la confidencialidad

DERECHOS

A la confidencialidad

- A que la historia clínica sea tratada de manera confidencial y reservada y que únicamente pueda ser conocida por terceros, previa autorización del paciente o en los casos previstos en la ley.
- A que, 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.
- Recibir o rehusar apoyo espiritual o moral cualquiera sea el culto religioso que profese o si no profesa culto alguno

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

Línea #922
Diseñamos este canal para brindarte una mejor experiencia. Marcando gratis desde tu celular (Movistar, Tigo o Claro), puedes hacer consultas y presentar PQRS.

Línea fija
Desde una línea fija comunicate de forma gratuita al 01 8000 515611, para consultar información e interponer PQRS. Disponible todos los días de la semana, las 24 horas.

Redes Sociales

Sitio web
Déjanos tus inquietudes o tus peticiones, quejas, reclamos y sugerencias (PQRS) diligenciando este formulario al que puedes acceder cualquier día, las 24 horas.

Redes sociales
Interactúa con nosotros, mantente informado sobre Coosalud y temas de bienestar a través de nuestras cuentas de Twitter, Facebook e Instagram.

Correo
Puedes enviar tus peticiones, quejas y reclamos al siguiente correo: defensorusuario@coosalud.com.

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 29 del mes de septiembre del año 2023 a las 2:00PM en la oficina de COOSALUD EPS.

Para constancia firman 25 de agosto de 2023,

NOMBRE	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CARGO	FIRMA
María Rold Salgado	23399627	Presidente	María Rold
Diana Rincón	111591239	Vocal	Diana Rincón
Marco Lino Flora	104845	Vocal	Marco Lino Flora
Luz Mary Corzo A	23399887	Fiscal	Luz Mary Corzo A



MÓDULO:	CAPACITACION
ÁREA RESPONSABLE:	EXPERIENCIA DEL USUARIO
TEMA:	Portabilidad-Deberes-Derechos-Red-Canales de comunicación Coosalud
NOMBRE:	Maria Ruth Salgado Alfonso
CARGO:	presidente.
SUCURSAL / AGENCIA:	Boyacá
FACILITADOR:	MERY YANETH BARRERA TOLOSA
FECHA:	25/08/2023
CALIFICACIÓN:	

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

PREGUNTAS	RESPUESTAS
1. ¿Cómo se puede solicitar la portabilidad? Selección de múltiple respuesta	<input checked="" type="checkbox"/> Personalmente <input checked="" type="checkbox"/> Pág Web www.coosalud.com <input checked="" type="checkbox"/> Correo electrónico
2. ¿Cuáles son las emigraciones de la portabilidad? Selección de múltiple respuesta	<input checked="" type="checkbox"/> Ocasional <input checked="" type="checkbox"/> Temporal <input type="checkbox"/> Ninguna de las anteriores
1. ¿Brindar información adecuada es un deber de Coosalud?	<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO

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 ✓	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

Salgado Ruth

FIRMA FACILITADOR

Fernando Lopez

MÓDULO:	CAPACITACION
ÁREA RESPONSABLE:	EXPERIENCIA DEL USUARIO
TEMA:	Portabilidad-Deberes-Derechos-Red-Canales de comunicación Coosalud
NOMBRE:	Diana Milena Rincón
CARGO:	Vocal
SUCURSAL / AGENCIA:	Boyacá
FACILITADOR:	MERY YANETH BARRERA TOLOSA
FECHA:	25/08/2023
CALIFICACIÓN:	

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

PREGUNTAS	RESPUESTAS
1. ¿Cómo se puede solicitar la portabilidad? Selección de múltiple respuesta	<input checked="" type="checkbox"/> Personalmente <input checked="" type="checkbox"/> Pág Web www.coosalud.com <input checked="" type="checkbox"/> Correo electrónico
2. ¿Cuáles son las emigraciones de la portabilidad? Selección de múltiple respuesta	<input checked="" type="checkbox"/> Ocasional <input checked="" type="checkbox"/> Temporal <input type="checkbox"/> Ninguna de las anteriores
1. ¿Brindar información adecuada es un deber de Coosalud?	<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO

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	X 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	X 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	X	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	X	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	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	X	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	X	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	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:**

FIRMA ASISTENTE

Delia C. Lugo - G.

FIRMA FACILITADOR

Fredy J. Lugo

MÓDULO:	CAPACITACION
ÁREA RESPONSABLE:	EXPERIENCIA DEL USUARIO
TEMA:	Portabilidad-Deberes-Derechos-Red-Canales de comunicación Coosalud
NOMBRE:	Marco Lino Mora
CARGO:	Jocal
SUCURSAL / AGENCIA:	Boyacá
FACILITADOR:	MERY YANETH BARRERA TOLOSA
FECHA:	25/08/2023
CALIFICACIÓN:	

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

PREGUNTAS	RESPUESTAS
1. ¿Cómo se puede solicitar la portabilidad? Selección de múltiple respuesta	<input checked="" type="checkbox"/> Personalmente <input checked="" type="checkbox"/> Pág Web www.coosalud.com <input checked="" type="checkbox"/> Correo electrónico
2. ¿Cuáles son las emigraciones de la portabilidad? Selección de múltiple respuesta	<input checked="" type="checkbox"/> Ocasional <input checked="" type="checkbox"/> Temporal <input type="checkbox"/> Ninguna de las anteriores
1. ¿Brindar información adecuada es un deber de Coosalud?	<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO

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

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

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

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

FIRMA ASISTENTE

Maria Luisa Arce

FIRMA FACILITADOR

Fredy Cantabria

MÓDULO:	CAPACITACION
ÁREA RESPONSABLE:	EXPERIENCIA DEL USUARIO
TEMA:	Portabilidad-Deberes-Derechos-Red-Canales de comunicación Coosalud
NOMBRE:	Luz Mary Caro R
CARGO:	Fiscal
SUCURSAL / AGENCIA:	Boyacá
FACILITADOR:	MERY YANETH BARRERA TOLOSA
FECHA:	25/08/2023
CALIFICACIÓN:	

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

PREGUNTAS	RESPUESTAS
1. ¿Cómo se puede solicitar la portabilidad? Selección de múltiple respuesta	<input checked="" type="checkbox"/> Personalmente <input checked="" type="checkbox"/> Pág Web www.coosalud.com <input checked="" type="checkbox"/> Correo electrónico
2. ¿Cuáles son las emigraciones de la portabilidad? Selección de múltiple respuesta	<input checked="" type="checkbox"/> Ocasional <input checked="" type="checkbox"/> Temporal <input type="checkbox"/> Ninguna de las anteriores
1. ¿Brindar información adecuada es un deber de Coosalud?	<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO

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	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

Luz Mary Corso A

FIRMA FACILITADOR

[Firma manuscrita]