

**CONVOCATORIA No 02**

**ASOCIACIÓN DE USUARIOS DEL MUNICIPIO DE COMBITA  
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 asistir a capacitación sobre: VACUNAS COVID-VACUNACION-DERECOS-RED DE SERVICIOS COOSALUD Y CANALES DE COMUNICACIÓN COOSALUD 2022, y por otra parte 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 COMBITA  
Fecha: 23/02/2023  
Hora: 02:00 P.M

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

Atentamente,



ANDREA ESMERALDA MOLINA RODRIGUEZ  
PRESIDENTA ASODEUS

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

**FECHA** : 23/02/2023  
**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. Cuidado colectivo de la salud en tiempos de COVID 19
  - B. Jornadas de Vacunación
  - C. Derechos y Deberes
  - 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. ANA ELVIRA RODRIGUEZ CUERVO 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 ANA ELVIRA RODRIGUEZ CUERVO colaborador de Coosalud EPS.

**2.1. TEMAS DEL MES.**

3. Cuidado colectivo de la salud en tiempos de COVID 19



## Jornadas de Vacunación

**26 DE ABRIL  
VACUNACIÓN DE LAS  
AMERICAS**

Hay que  
cumplir con  
el Plan de  
Vacunación  
para niños

Siempre se debe  
llevar el carnet de  
vacunación

COOSALUD

## Derechos

### Protección a la dignidad humana

### DERECHOS

Recibir un trato digno en el acceso a servicios de salud y en todas las etapas de atención. Ninguna persona deberá ser sometida a tratos crueles o inhumanos que afecten su dignidad, ni será obligada a soportar sufrimiento evitable, ni obligada a padecer enfermedades que pueden recibir tratamiento.

Ser respetado como ser humano en su integralidad, sin recibir ninguna discriminación por su pertenencia étnica, sexo, identidad de género, orientación sexual, edad, idioma, religión o creencia, cultura, opiniones políticas o de cualquier índole, costumbres, origen, condición social, condición económica y su intimidad, así como las opiniones que tenga.

Recibir los servicios de salud en condiciones sanitarias adecuadas, en un marco de seguridad y respeto a su identidad e intimidad.

COOSALUD

### Protección a la dignidad humana

### DERECHOS

Recibir protección especial cuando se padecen enfermedades catastróficas o de alto costo. Esto implica el acceso oportuno a los servicios de salud asociados a la patología y la prohibición de que bajo ningún pretexto se deje de atender a la persona, ni puedan cobrarse copagos o cuotas moderadoras.

Elegir dentro de las opciones de muerte digna según corresponda a su escala de valores y preferencias personales y a ser respetado en su elección, incluyendo que se le permita rechazar actividades, intervenciones, insumos, medicamentos, dispositivos, servicios, procedimientos o tratamientos que puedan dilatar el proceso de la muerte impidiendo que este siga su curso natural en la fase terminal de su enfermedad.

COOSALUD

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



La gestora municipal señora ANA ELVIRA RODRIGUEZ CUERVO, informa que el 3 de febrero de 2023, se llevó a cabo una reunión en Tunja con participación de 3 integrantes de ASODEUS, 2 USUARIOS Y ASOCIADOS DE COOSALUD, siendo elegidos para participar de ASODEUS: ANDREA ESMERALDA MOLINA RODRIGUEZ, MARIA IGNACIA BECERRA Y FLOR MARIA VARGAS; como afiliados: SENEN SAMACA Y FLOR ALBA AYALA VARGAS; como asociados: GLADYS AYALA VARGAS, PUREZA LIMAS, FELIX ROJAS Y MARIA DELFINA VILLAMIL de los municipios más cercanos con el fin de socializar la reforma a la salud y lo que piensan los usuarios al respecto. Además, alude que por el momento la IPS SIREB, se encuentra suspendida, por motivo a renovación de nuevo contrato, a partir del 1 de abril nuevamente inicia a agendar citas. En lo relacionado con la entrega de medicamentos, contamos con dos farmacias DISCOLMEDICAS Y BIOPHOSPHARMA, pero se han presentado inconvenientes con la entrega, por motivo a que le INVIMA, publico listado de 1200 medicamentos que se encuentran en desabastecimiento entre ellos se encuentran medicamentos para la salud mental y cardiovascular entre otros; recomienda tener paciencia porque ya no es culpa de las EPS. De igual forma informa que por fallecimiento de la doctora SANDRA MENDEZ Q.E.P.D. fue nombrada nueva gerente de LA ESE CENTRO DE SALUD DE COMBITA, DRA XIMENA CORTES PEÑA. Finalmente les recuerda que en el mes de JULIO DE 2023, se cumple el periodo de la actual ASODEUS, y vendrá la elección de la nueva, los invita que es bueno que los que deseen continuar se vuelvan a postular, aun no se sabe si deberán contar con algunos requisitos, de ser así se les estará informando oportunamente.

Seguidamente toma la palabra la señora IGNACIA BECERRA, en calidad de vicepresidenta, quien participo en la reunión informa que fue muy importante se realizaron mesas participativas, en donde realizaron preguntas, sobre que hacer para mejorar COOSALUD, a nivel nacional, en donde se evidencio que faltan médicos especialistas en Colombia, y si fuera posible el presidente se apersona de cómo funciona interiormente una EPS. Se solicito la posibilidad de habilitar más servicios en la ESE DE COMBITA, como terapias, psicología, optometría, terapias, especialmente URGENCIAS. Además, realizar terapias en las veredas, especialmente para la tercera edad. De igual forma de hablo de la falta constante de medicamentos. También se hablo sobre la reforma a la salud, que entre uno de los puntos esta que los recursos ya no llegan a las EPS; los maneja el municipio para su manejo.

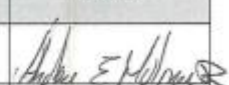
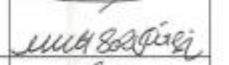
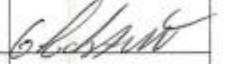
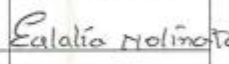
De igual forma doña Gladys Ayala, vocal de ASODEUS, quien también participo de la reunión, agrega que se hablo como queremos que nos presten los servicios a cada uno de los usuarios.

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

Para constancia firman,

|                                           |                                  |                                   |
|-------------------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|
| <b>COOSALUD</b><br>En Pos de tu bienestar | <b>ACTA DE SESIÓN DE ASODEUS</b> | GEU-F-03<br>Act.08<br>2022.sep.23 |
|-------------------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|

Para constancia firman,

| NOMBRE                  | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN | CARGO          | FIRMA                                                                                |
|-------------------------|--------------------------|----------------|--------------------------------------------------------------------------------------|
| ANDREA ESMERLADA MOLINA | 1049808943               | PRESIDENTA     |   |
| MARIA IGNACIA BECERRRA  | 40016224                 | VICEPRESIDENTA |   |
| MARTHA ISABEL PAEZ      | 40037730                 | SECRETARIA     |   |
| GLADYS AYALA VARGAS     | 23437945                 | VOCAL          |   |
| EULALIA MOLINA ROJAS    | 52561854                 | VOCAL-BUZON    |   |
| FLOR DE MARIA VARGAS    | 35485709                 | VOCAL          |                                                                                      |
| ANA CLEOTILDE RODRIGUEZ | 23437375                 | VOCAL          |   |
| MARTHA ISABEL PIRANEQUE | 23438333                 | VOCAL          |  |
|                         |                          |                |                                                                                      |
|                         |                          |                |                                                                                      |
|                         |                          |                |                                                                                      |
|                         |                          |                |                                                                                      |



|                                           |                                                                 |                                    |
|-------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| <b>COOSALUD</b><br>En Pos de tu bienestar | <b>EVALUACION DE CAPACITACIONES, INDUCCION Y REINDUCCION</b>    | GTH-F-22<br>Act. 09<br>2020.nov.06 |
| <b>MÓDULO:</b>                            | CAPACITACION ASODEUS                                            |                                    |
| <b>ÁREA RESPONSABLE:</b>                  | EXPERIENCIA DEL USUARIO                                         |                                    |
| <b>TEMA:</b>                              | Covid -Vacunación-Derechos-Red-Canales de comunicación Coosalud |                                    |
| <b>NOMBRE:</b>                            | ANDREA ESMERALDA MOLINA RODRIGUEZ                               |                                    |
| <b>CARGO:</b>                             | PRESIDENTA                                                      |                                    |
| <b>SUCURSAL / AGENCIA:</b>                | BOYACA-COMBITA                                                  |                                    |
| <b>FACILITADOR:</b>                       | ANA ELVIRA RODRIGUEZ CUERVO                                     |                                    |
| <b>FECHA:</b>                             | 23/02/2023                                                      |                                    |
| <b>CALIFICACIÓN:</b>                      |                                                                 |                                    |

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

| PREGUNTAS                                                                                               | RESPUESTAS                                                                                                                                                                                                              |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. ¿Pueden vacunarse contra el Covid en el 2023?                                                        | SI NO                                                                                                                                                                                                                   |
| 2. ¿Señale con una X cuándo se va a colocar la vacuna hay que llevar el carnet de vacunación?           | SI NO                                                                                                                                                                                                                   |
| 3. ¿Señale con una X cuáles son canales de comunicación en coosalud?<br>Selección de múltiple respuesta | <input checked="" type="checkbox"/> #922<br><input checked="" type="checkbox"/> Línea Fija<br><input checked="" type="checkbox"/> Correo <a href="mailto:defensorusuario@coosalud.com">defensorusuario@coosalud.com</a> |

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. **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 |
|   |   |   | 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 |   |



|                                           |                                                              |                                    |
|-------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| <b>COOSALUD</b><br>En Pos de tu bienestar | <b>EVALUACION DE CAPACITACIONES, INDUCCION Y REINDUCCION</b> | GTH-F-22<br>Act. 09<br>2020.nov.06 |
|-------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|------------------------------------|

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 Andrés Escobar M. 1049508943

FIRMA FACILITADOR Elvira Rodríguez

|                                           |                                                              |                                    |
|-------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| <b>COOSALUD</b><br>En Pos de tu bienestar | <b>EVALUACION DE CAPACITACIONES, INDUCCION Y REINDUCCION</b> | GTH-F-22<br>Act. 09<br>2020.nov.06 |
|-------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|------------------------------------|

|                            |                                                                 |
|----------------------------|-----------------------------------------------------------------|
| <b>MÓDULO:</b>             | CAPACITACION ASODEUS                                            |
| <b>ÁREA RESPONSABLE:</b>   | EXPERIENCIA DEL USUARIO                                         |
| <b>TEMA:</b>               | Covid -Vacunación-Derechos-Red-Canales de comunicación Coosalud |
| <b>NOMBRE:</b>             | Ana Cleotilde Rodríguez                                         |
| <b>CARGO:</b>              | Noca                                                            |
| <b>SUCURSAL / AGENCIA:</b> | BOYACA-COMBITA                                                  |
| <b>FACILITADOR:</b>        | ANA ELVIRA RODRIGUEZ CUERVO                                     |
| <b>FECHA:</b>              | 23/02/2023                                                      |
| <b>CALIFICACIÓN:</b>       |                                                                 |

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

| PREGUNTAS                                                                                               | RESPUESTAS                                                                                                                                                            |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. ¿Pueden vacunarse contra el Covid en el 2023?                                                        | X NO                                                                                                                                                                  |
| 2. ¿Señale con una X cuándo se va a colocar la vacuna hay que llevar el carnet de vacunación?           | X NO                                                                                                                                                                  |
| 3. ¿Señale con una X cuáles son canales de comunicación en coosalud?<br>Selección de múltiple respuesta | <input checked="" type="checkbox"/> #922<br><input checked="" type="checkbox"/> Línea Fija<br><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 |
|---|---|---|---|---|

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



**EVALUACION DE CAPACITACIONES, INDUCCION Y REINDUCCION**

GTH-F-22  
Act. 08  
2020.nov.06

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

*Amalia Rodríguez* CL 23437.3 RS

FIRMA FACILITADOR

*Amalia R.*

|                                           |                                                                 |                                                              |                                    |
|-------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| <b>COOSALUD</b><br>En Pos de tu bienestar |                                                                 | <b>EVALUACION DE CAPACITACIONES, INDUCCION Y REINDUCCION</b> | GTH-F-22<br>Act. 09<br>2020.nov.06 |
| <b>MÓDULO:</b>                            | CAPACITACION ASODEUS                                            |                                                              |                                    |
| <b>ÁREA RESPONSABLE:</b>                  | EXPERIENCIA DEL USUARIO                                         |                                                              |                                    |
| <b>TEMA:</b>                              | Covid -Vacunación-Derechos-Red-Canales de comunicación Coosalud |                                                              |                                    |
| <b>NOMBRE:</b>                            | Monther Faber Proaño                                            |                                                              |                                    |
| <b>CARGO:</b>                             | Loca                                                            |                                                              |                                    |
| <b>SUCURSAL / AGENCIA:</b>                | BOYACA-COMBITA                                                  |                                                              |                                    |
| <b>FACILITADOR:</b>                       | ANA ELVIRA RODRIGUEZ CUERVO                                     |                                                              |                                    |
| <b>FECHA:</b>                             | 23/02/2023                                                      |                                                              |                                    |
| <b>CALIFICACIÓN:</b>                      |                                                                 |                                                              |                                    |

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

| PREGUNTAS                                                                                               | RESPUESTAS                                                                                                                                                                                                              |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. ¿Pueden vacunarse contra el Covid en el 2023?                                                        | <input checked="" type="checkbox"/> NO                                                                                                                                                                                  |
| 2. ¿Señale con una X cuándo se va a colocar la vacuna hay que llevar el carnet de vacunación?           | <input checked="" type="checkbox"/> NO                                                                                                                                                                                  |
| 3. ¿Señale con una X cuáles son canales de comunicación en coosalud?<br>Selección de múltiple respuesta | <input checked="" type="checkbox"/> #922<br><input checked="" type="checkbox"/> Línea Fija<br><input checked="" type="checkbox"/> Correo <a href="mailto:defensorusuario@coosalud.com">defensorusuario@coosalud.com</a> |

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

|                                           |                                                              |                                    |
|-------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| <b>COOSALUD</b><br>En Pos de tu bienestar | <b>EVALUACION DE CAPACITACIONES, INDUCCION Y REINDUCCION</b> | GTH-F-22<br>Act. 09<br>2020.nov.06 |
|-------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|------------------------------------|

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. **CAUDAL 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. **CAUDAL DE LAS AYUDAS AUDIOVISUALES.** Las ayudas audiovisuales (diapositivas, carteleros, 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

*Martha delgado* 23437333

FIRMA FACILITADOR

*Elvio Rodríguez*



|                                           |                                                                 |                                                              |                                    |
|-------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| <b>COOSALUD</b><br>En Pos de tu bienestar |                                                                 | <b>EVALUACION DE CAPACITACIONES, INDUCCION Y REINDUCCION</b> | GTH-F-22<br>Act. 09<br>2020.nov.06 |
| MÓDULO:                                   | CAPACITACION ASODEUS                                            |                                                              |                                    |
| ÁREA RESPONSABLE:                         | EXPERIENCIA DEL USUARIO                                         |                                                              |                                    |
| TEMA:                                     | Covid -Vacunación-Derechos-Red-Canales de comunicación Coosalud |                                                              |                                    |
| NOMBRE:                                   | Eulalia Holma Baka                                              |                                                              |                                    |
| CARGO:                                    | : Noar                                                          |                                                              |                                    |
| SUCURSAL / AGENCIA:                       | BOYACA-COMBITA                                                  |                                                              |                                    |
| FACILITADOR:                              | ANA ELVIRA RODRIGUEZ CUERVO                                     |                                                              |                                    |
| FECHA:                                    | 23/02/2023                                                      |                                                              |                                    |
| CALIFICACIÓN:                             |                                                                 |                                                              |                                    |

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

| PREGUNTAS                                                                                               | RESPUESTAS                                                                                                                                                                                                              |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. ¿Pueden vacunarse contra el Covid en el 2023?                                                        | <del>SI</del> NO                                                                                                                                                                                                        |
| 2. ¿Señale con una X cuándo se va a colocar la vacuna hay que llevar el carnet de vacunación?           | <del>SI</del> NO                                                                                                                                                                                                        |
| 3. ¿Señale con una X cuáles son canales de comunicación en coosalud?<br>Selección de múltiple respuesta | <input checked="" type="checkbox"/> #922<br><input checked="" type="checkbox"/> Línea Fija<br><input checked="" type="checkbox"/> Correo <a href="mailto:defensorusuario@coosalud.com">defensorusuario@coosalud.com</a> |

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.

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

|                                           |                                                              |                                    |
|-------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| <b>COOSALUD</b><br>En Pos de tu bienestar | <b>EVALUACION DE CAPACITACIONES, INDUCCION Y REINDUCCION</b> | GTN-F-22<br>Act. 09<br>2020.nov.06 |
|-------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|------------------------------------|

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. **CAUDAL 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, carteleros, 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 Eulalia Molina Rojas 82561654

FIRMA FACILITADOR Alonso Rodríguez

|                                           |                                                              |                                    |
|-------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| <b>COOSALUD</b><br>En Pos de tu bienestar | <b>EVALUACION DE CAPACITACIONES, INDUCCION Y REINDUCCION</b> | GTH-F-22<br>Act. 09<br>2020.nov.06 |
|-------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|------------------------------------|

|                            |                                                                 |
|----------------------------|-----------------------------------------------------------------|
| <b>MÓDULO:</b>             | CAPACITACION ASODEUS                                            |
| <b>ÁREA RESPONSABLE:</b>   | EXPERIENCIA DEL USUARIO                                         |
| <b>TEMA:</b>               | Covid -Vacunación-Derechos-Red-Canales de comunicación Coosalud |
| <b>NOMBRE:</b>             | Calderon Nery                                                   |
| <b>CARGO:</b>              | Doca                                                            |
| <b>SUCURSAL / AGENCIA:</b> | BOYACA-COMBITA                                                  |
| <b>FACILITADOR:</b>        | ANA ELVIRA RODRIGUEZ CUERVO                                     |
| <b>FECHA:</b>              | 23/02/2023                                                      |
| <b>CALIFICACIÓN:</b>       |                                                                 |

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

| PREGUNTAS                                                                                               | RESPUESTAS                                                                                                                                                                                                              |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. ¿Pueden vacunarse contra el Covid en el 2023?                                                        | <input checked="" type="checkbox"/> NO                                                                                                                                                                                  |
| 2. ¿Señale con una X cuándo se va a colocar la vacuna hay que llevar el carnet de vacunación?           | <input checked="" type="checkbox"/> NO                                                                                                                                                                                  |
| 3. ¿Señale con una X cuáles son canales de comunicación en coosalud?<br>Selección de múltiple respuesta | <input checked="" type="checkbox"/> #922<br><input checked="" type="checkbox"/> Línea Fija<br><input checked="" type="checkbox"/> Correo <a href="mailto:defensorusuario@coosalud.com">defensorusuario@coosalud.com</a> |

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



|                                           |                                                              |                                     |
|-------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|-------------------------------------|
| <b>COOSALUD</b><br>En Pos de tu bienestar | <b>EVALUACION DE CAPACITACIONES, INDUCCION Y REINDUCCION</b> | GT11-F-22<br>Act. 09<br>2020.nov.06 |
|-------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|-------------------------------------|

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]* 93-437948

FIRMA FACILITADOR

*[Firma]*

|                                           |                                                                 |                                                              |                                    |
|-------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| <b>COOSALUD</b><br>En Pos de tu bienestar |                                                                 | <b>EVALUACION DE CAPACITACIONES, INDUCCION Y REINDUCCION</b> | GTH-F-22<br>Act. 09<br>2020.nov.06 |
| MÓDULO:                                   | CAPACITACION ASODEUS                                            |                                                              |                                    |
| ÁREA RESPONSABLE:                         | EXPERIENCIA DEL USUARIO                                         |                                                              |                                    |
| TEMA:                                     | Covid -Vacunación-Derechos-Red-Canales de comunicación Coosalud |                                                              |                                    |
| NOMBRE:                                   | Marta Ignacia Becerra                                           |                                                              |                                    |
| CARGO:                                    | Vice Presidenta                                                 |                                                              |                                    |
| SUCURSAL / AGENCIA:                       | BOYACA-COMBITA                                                  |                                                              |                                    |
| FACILITADOR:                              | ANA ELVIRA RODRIGUEZ CUERVO                                     |                                                              |                                    |
| FECHA:                                    | 23/02/2023                                                      |                                                              |                                    |
| CALIFICACIÓN:                             |                                                                 |                                                              |                                    |

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

| PREGUNTAS                                                                                               | RESPUESTAS                                                                                                                                                                                                              |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. ¿Pueden vacunarse contra el Covid en el 2023?                                                        | SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                      |
| 2. ¿Señale con una X cuándo se va a colocar la vacuna hay que llevar el carnet de vacunación?           | SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                      |
| 3. ¿Señale con una X cuáles son canales de comunicación en coosalud?<br>Selección de múltiple respuesta | <input checked="" type="checkbox"/> #922<br><input checked="" type="checkbox"/> Línea Fija<br><input checked="" type="checkbox"/> Correo <a href="mailto:defensorusuario@coosalud.com">defensorusuario@coosalud.com</a> |

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

|                                           |                                                              |                                    |
|-------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| <b>COOSALUD</b><br>En Pos de tu bienestar | <b>EVALUACION DE CAPACITACIONES, INDUCCION Y REINDUCCION</b> | GTH-F-22<br>Act. 08<br>2020.nov.06 |
|-------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|------------------------------------|

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 <i>X</i> |
|---|---|---|---|------------|

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 <i>X</i> |
|---|---|---|---|------------|

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 <i>X</i> |
|---|---|---|---|------------|

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

|   |   |   |   |            |
|---|---|---|---|------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 <i>X</i> |
|---|---|---|---|------------|

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 <i>X</i> |
|---|---|---|---|------------|

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

|   |   |   |            |   |
|---|---|---|------------|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 <i>X</i> | 5 |
|---|---|---|------------|---|

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

*Puntualidad.*

---



---

FIRMA ASISTENTE

*[Firma]* 40016224 *[Firma]*

FIRMA FACILITADOR

*[Firma]* *Elvis Rodriguez*

|                                           |                                                              |                                    |
|-------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| <b>COOSALUD</b><br>En Pos de tu bienestar | <b>EVALUACION DE CAPACITACIONES, INDUCCION Y REINDUCCION</b> | GTH-F-22<br>Act. 09<br>2020.nov.06 |
|-------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|------------------------------------|

|                     |                                                                 |
|---------------------|-----------------------------------------------------------------|
| MÓDULO:             | CAPACITACION ASODEUS                                            |
| ÁREA RESPONSABLE:   | EXPERIENCIA DEL USUARIO                                         |
| TEMA:               | Covid -Vacunación-Derechos-Red-Canales de comunicación Coosalud |
| NOMBRE:             | <i>Fernando Espinoza</i>                                        |
| CARGO:              | <i>Gerente</i>                                                  |
| SUCURSAL / AGENCIA: | BOYACA-COMBITA                                                  |
| FACILITADOR:        | ANA ELVIRA RODRIGUEZ CUERVO                                     |
| FECHA:              | 23/02/2023                                                      |
| CALIFICACIÓN:       |                                                                 |

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

| PREGUNTAS                                                                                               | RESPUESTAS                                                                                                                                                            |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. ¿Pueden vacunarse contra el Covid en el 2023?                                                        | <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO                                                                                                    |
| 2. ¿Señale con una X cuándo se va a colocar la vacuna hay que llevar el carnet de vacunación?           | <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO                                                                                                    |
| 3. ¿Señale con una X cuáles son canales de comunicación en coosalud?<br>Selección de múltiple respuesta | <input checked="" type="checkbox"/> #922<br><input checked="" type="checkbox"/> Línea Fija<br><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 | <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 | <input checked="" type="checkbox"/> 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 capté 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 Marta Isaura 40037730

FIRMA FACILITADOR Elaine Rodríguez



