

**CONVOCATORIA No 05**

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 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 LOCAL COMBITA

Fecha: 26 DE MAYO DEL 2023

Hora: 03:00 P.M.

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

Atentamente,



PRESIDENTE ASOCIACIÓN DE USUARIOS



**MUNICIPIO DE BOGOTA**

**FECHA** : 26/05/2023  
**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. Qué es trato digno y humanizado
  - B. Deberes de los afiliados
  - C. Derechos de los pacientes: Atención médica
  - D. Red
  - E. Canales de Comunicación
3. Evaluación de la sesión
4. Apertura del Buzón de sugerencias
5. Programación de la próxima reunión

**DESARROLLO DE LA REUNIÓN**

1. 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. Para COOSALUD EPS, es importante que cada uno de los integrantes de ASODEUS se capaciten continuamente en temas de interés, entre ellos "TRATO DIGNO Y HUMANIZADO, DEBERES Y DERECHOS DE LOS AFILIADOS, RED DE SERVICIOS Y CANALES DE COMUNICACIÓN". Los invita a participar activamente de la charla y espera al finalizar las preguntas respectivas al tema; con el fin que todo les quede claro.
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.**

Trato digno y humanizado

## ¿Qué es trato digno y humanizado?



COOSALUD

2

### Deberes de los afiliados

## DEBERES DE LOS AFILIADOS



COOSALUD

Derechos de los pacientes: Atención médica

## DERECHOS

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

### Atención médica accesible, idónea, de calidad y eficaz

- Recibir una segunda opinión por parte de un profesional de la salud disponible dentro de la red prestadora, en caso de duda sobre su diagnóstico o manejo de su condición de salud.
- Obtener autorización por parte de la EPS para una valoración científica y técnica, cuando tras un concepto médico, generado por un profesional de la salud externo a la red de la EPS y autorizado para ejercer, este considere que la persona requiere dicho servicio.
- Recibir las prestaciones económicas por licencia de maternidad, paternidad o incapacidad por enfermedad general, aún ante la falta de pago o cancelación extemporánea de las cotizaciones cuando la EPS no ha hecho uso de los diferentes mecanismos de cobro que se encuentran a su alcance para lograr el pago de los aportes atrasados.
- Acceder a los servicios y tecnologías de salud en forma continua y sin que sea interrumpido por razones administrativas o económicas.

COOSALUD

## DERECHOS

### Atención médica accesible, idónea, de calidad y eficaz

- Acceder a los servicios de salud sin que la EPS pueda imponer como requisito de acceso, el cumplimiento de cargas administrativas propias de la entidad. Toda persona tiene derecho a que su EPS autorice y tramite internamente los servicios de salud ordenados por su médico tratante. El médico tratante tiene la carga de iniciar dicho trámite y tanto prestadores como aseguradores deben implementar mecanismos expeditos para que la autorización fluya sin contratiempos.
- Acreditar su identidad mediante el documento de identidad o cualquier otro mecanismo tecnológico. No deberá exigirse al afiliado, carné o, certificado de afiliación a la EPS para la prestación de los servicios, copias, fotocopias o autenticaciones de ningún documento.
- Recibir atención médica y acceso a los servicios de salud de manera integral en un municipio o distrito diferente al de su residencia, cuando se traslade temporalmente por un periodo superior a un mes y hasta por doce (12) meses, haciendo la solicitud ante su EPS.
- Acceder a los servicios de salud de acuerdo con el principio de integralidad, así como a los elementos y principios previstos en el artículo 6° de la Ley Estatutaria 1751 de 2015.

COOSALUD

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



## Redes Sociales



COOSALUD

[www.coosalud.com](http://www.coosalud.com)



@coosalud



Coosalud eps



@coosaludeps

5

Una vez explicado los temas; también les informa que se debe tener en cuenta la vigencia de las fórmulas médicas, en especial para las citas de especialistas: si van ordenadas por la ESE CENTRO DE SALUD DE COMBITA; son válidas por TRES MESES, si viene ordenadas por ESPECIALISTA según el tiempo del control, UNO, DOS, TRES, SEIS O UN AÑO. Los números de CASO y AGENDA, DADOS POR COOSALUD, tienen una validez de 6 MESES. Es importante tener presente la vigencia de ordenes medicas, las IPS, no realizan renovaciones de ordenes; y por lo tanto de atrasa los respectivos seguimientos. Por la RENOVACION DE CONTRATOS POR PARTE DE COOSALUD, con algunas IPS, en ocasiones se presentan traumatismos en la asignación de las citas; se recomienda tener un poco de paciencia que es cuestión de 1 a 2 semanas y se normaliza. En lo relacionado con MEDICAMENTOS, se está tratando de buscar convenio con otra entidad, posiblemente con COLSUBSIDIO. Se ha cambiado con varias distribuidoras, pero ha sido imposible que esta cumpla; entendemos a nuestros usuarios pero esperamos se contarte y se pueda superen la dificultades que se están presentado. El horario

de atención al usuario en la oficina de Cómbita, cambio ahora ese de 08: a.m. a 03:00 p.m. JORDADA CONTINUA, de LUNES a VIERNES; por lo anterior se recibe muy poco de forma Virtual.

Seguidamente la señora presidenta señora ANDREAESMERALDA MOLINA, saluda a los presentes y manifiesta inconformismo por parte de BIHOSPHARMA, no se encuentra ni lo más mínimo que es un ACETAMINOFEN, lo evidencio personalmente y comentarios de muchos usuarios. También recomienda que en cada IPS, existe un buzón de sugerencias los invita a hacer uso de él y recomen darles de igual forma a los usuarios. La señora Vocal, señora GLADYS AYALA VARGAS, agrega que además de falencia en medicamentos también se presentan inconvenientes en la asignación de citas en la ESE CENTRO DE SALUD DE COMBITA, se madruga y primero pasan personas que llegan posteriormente, sin tener en cuenta el orden de llegada. Además, en el servicio de ODONTOLOGIA, existen 2 profesionales, pero no asignan citas de forma presencial madrugando, solo las asignan por llamadas. La señorita LINA ESPÉRANZA GARAVITO BENITEZ, en calidad de vocal, alude que se asiste a citas con especialista, pero de nada sirve si no se cuenta con los medicamentos formulados. La señora vocal, ANA BERENICE CONTRERAS, dice que en la IPS SIREB, reciben órdenes para asignación de citas y posteriormente llaman que están vencidas, ya no es culpa del usuario si no responsabilidad de La señora GESTORA DIANA PAOLATORRES, saluda a los presentes les informa que según reunión en LA ESE CENTRO DE SALUD DE COMBITA, con presencia de auditoria de la SECRETARIA DE SALUD, manifiestan que los usuarios consultan constantemente para RENOVACION DE FORMULAS MEDICAS, y acuerdan que a partir de la fecha no se realiza este proceso salvo casos muy especiales. Cada usuario tiene derecho a una consulta por mes, excepto casos de citas prioritarias. Las ordenes medicas ordenadas por ESE DE COMBITA, tienen valides solo POR UN MES, las de ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA, validas por SEIS MESES, demás IPS, según fecha de control. De otra parte explica lo referente a VIATICOS; Cómbita NO CUENTA CON UPC DIFERENCIAL, por lo tanto no se puede SUMINISTRAR APOYOS ECONOMICOS. Como valor agregado COOSALUD, BRINDA, ALGUNA AYUDA EN TRANSPORTE PARA PACIENTES DE CANCER, DISCAPACITADOS POSTRADOS EN CAMA O CON DISCAPACIDADES MULTIPLES, especialmente para citas FUERA DE BOYACA. Actualmente NO SE ENTREGA DINERO, se contrato con una EMPRESA DE TRANSPORTE, quien es la encargada de enviar un vehículo con las características para el numero de personas; quien se comunicara previamente con el usuario y lo transporta del municipio a la IPS de atención únicamente, NO puede desviarse a otra clase de servicios. El paciente solo puede ir con UN SOLO ACOMPAÑANTE.

Finalmente la gestora ANA ELVIRA RODRIGUEZ, agradece a cada uno por su participación, e informa que realmente se tienen dificultades en la entrega de medicamentos, pide disculpas y dice que se han tenido varias FARMACIAS, pero ninguna ha cumplido, se está a espera de posiblemente contratar con COLSUBSIDIO. En lo relacionado con las quejas e inconformismos de medicamentos y servicios de las IPs, RECOMIENDA decirles a los usuarios que se acerque a la oficina donde con gusto los atenderemos y resolvemos sus inquietudes. Es bueno que, si se verifica anomalías en la ESE DE COMBITA, se haga el respectivo requerimiento por escrito, para

que quede registrada la EVIDENCIA, y se pueda dar tramite respectivo. Si la doctora JIMENA, gerente de ESE CENTRO DE SALUD DE COMBITA, cuenta con tiempo disponible se INVITA PARA LA PROXIMA REUNION DE ASODEUS. Espera se le hagan todas las preguntas respectivas de los servicios que se prestan en la ESE, de forma ordenada y respetuosa.

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



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

<b>MÓDULO:</b>	CAPACITACION
<b>ÁREA RESPONSABLE:</b>	EXPERIENCIA DEL USUARIO
<b>TEMA:</b>	Trato digno y humanizado-Deberes-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>	26/05/2023
<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. ¿Qué es trato digno y humanizado? Selección de múltiple respuesta	<input checked="" type="checkbox"/> Dirigirse sin burlas. <input checked="" type="checkbox"/> Salvaguardar la intimidad <input checked="" type="checkbox"/> Hablar al paciente por su nombre
2. ¿Cuales son deberes de los afiliados? Selección de múltiple respuesta	<input checked="" type="checkbox"/> Cumplir las normas del sistema de salud <input checked="" type="checkbox"/> Respetar al personal de salud <input checked="" type="checkbox"/> Cuidar las instalaciones donde prestan los servicios de salud.
1. ¿Es la Atención medica accesible, idónea, de calidad y eficaz un derecho de los afiliados?	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input 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

*Carolina Esquivel Maza R. 1041508943*

FIRMA FACILITADOR

*Flavio Rodríguez*

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

<b>MÓDULO:</b>	CAPACITACION
<b>ÁREA RESPONSABLE:</b>	EXPERIENCIA DEL USUARIO
<b>TEMA:</b>	Trato digno y humanizado-Deberes-Derechos-Red-Canales de comunicación Coosalud
<b>NOMBRE:</b>	ADIELA MORENO JIMENEZ
<b>CARGO:</b>	VICE-PRESIDENTA
<b>SUCURSAL / AGENCIA:</b>	BOYACA/COMBITA
<b>FACILITADOR:</b>	ANA ELVIRA RODRIGUEZ CUERVO
<b>FECHA:</b>	26/05/2023
<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. ¿Qué es trato digno y humanizado? Selección de múltiple respuesta	<input checked="" type="checkbox"/> Dirigirse sin burlas. <input checked="" type="checkbox"/> Salvaguardar la intimidad <input checked="" type="checkbox"/> Hablar al paciente por su nombre
2. ¿Cuales son deberes de los afiliados? Selección de múltiple respuesta	<input checked="" type="checkbox"/> Cumplir las normas del sistema de salud <input checked="" type="checkbox"/> Respetar al personal de salud <input checked="" type="checkbox"/> Cuidar las instalaciones donde prestan los servicios de salud.
1. ¿Es la Atención medica accesible, idónea, de calidad y eficaz un derecho de los afiliados?	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input 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
---	---	---	---	---

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

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 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 *[Firma]*  
FIRMA FACILITADOR *[Firma]*

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

<b>MÓDULO:</b>	CAPACITACION
<b>ÁREA RESPONSABLE:</b>	EXPERIENCIA DEL USUARIO
<b>TEMA:</b>	Trato digno y humanizado-Deberes-Derechos-Red-Canales de comunicación Coosalud
<b>NOMBRE:</b>	SANDY YENETH SALAS BARRAGAN
<b>CARGO:</b>	SECRETARIA
<b>SUCURSAL / AGENCIA:</b>	BOYACA/COMBITA
<b>FACILITADOR:</b>	ANA ELVIRA RODRIGUEZ CUERVO
<b>FECHA:</b>	26/05/2023
<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. ¿Qué es trato digno y humanizado? Selección de múltiple respuesta	<input checked="" type="checkbox"/> Dirigirse sin burlas. <input checked="" type="checkbox"/> Salvaguardar la intimidad <input checked="" type="checkbox"/> Hablar al paciente por su nombre
2. ¿Cuales son deberes de los afiliados? Selección de múltiple respuesta	<input checked="" type="checkbox"/> Cumplir las nomas del sistema de salud <input checked="" type="checkbox"/> Respetar al personal de salud <input checked="" type="checkbox"/> Cuidar las instalaciones donde prestan los servicios de salud.
1. ¿Es la Atención medica accesible, idónea, de calidad y eficaz un derecho de los afiliados?	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input 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	<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	<input checked="" type="checkbox"/>	5
---	---	---	-------------------------------------	---

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

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 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 Sandy Soto c.c 23438606

FIRMA FACILITADOR Elvio Rodríguez

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

<b>MÓDULO:</b>	CAPACITACION
<b>ÁREA RESPONSABLE:</b>	EXPERIENCIA DEL USUARIO
<b>TEMA:</b>	Trato digno y humanizado-Deberes-Derechos-Red-Canales de comunicación Coosalud
<b>NOMBRE:</b>	GLADYS AYALA VARGAS <i>Glady Ayala</i>
<b>CARGO:</b>	VOCAL <input checked="" type="checkbox"/>
<b>SUCURSAL / AGENCIA:</b>	BOYACA/COMBITA
<b>FACILITADOR:</b>	ANA ELVIRA RODRIGUEZ CUERVO
<b>FECHA:</b>	26/05/2023
<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. ¿Qué es trato digno y humanizado? Selección de múltiple respuesta	<input checked="" type="checkbox"/> Dirigirse sin burlas. <input checked="" type="checkbox"/> Salvaguardar la intimidad <input checked="" type="checkbox"/> Hablar al paciente por su nombre
2. ¿Cuales son deberes de los afiliados? Selección de múltiple respuesta	<input checked="" type="checkbox"/> Cumplir las nomas del sistema de salud <input checked="" type="checkbox"/> Respetar al personal de salud <input checked="" type="checkbox"/> Cuidar las instalaciones donde prestan los servicios de salud.
1. ¿Es la Atención medica accesible, idónea, de calidad y eficaz un derecho de los afiliados?	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input 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 <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"/>
---	---	---	---	---------------------------------------

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

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 *Coelhis Ayuburoz 23437945*  
FIRMA FACILITADOR *Elvio Rodríguez*



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

<b>MÓDULO:</b>	CAPACITACION
<b>ÁREA RESPONSABLE:</b>	EXPERIENCIA DEL USUARIO
<b>TEMA:</b>	Trato digno y humanizado-Deberes-Derechos-Red-Canales de comunicación Coosalud
<b>NOMBRE:</b>	LINA ESPERANZA GARAVITO BENITEZ
<b>CARGO:</b>	VOCAL
<b>SUCURSAL / AGENCIA:</b>	BOYACA/COMBITA
<b>FACILITADOR:</b>	ANA ELVIRA RODRIGUEZ CUERVO
<b>FECHA:</b>	26/05/2023
<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. ¿Qué es trato digno y humanizado? Selección de múltiple respuesta	<input checked="" type="checkbox"/> Dirigirse sin burlas. <input checked="" type="checkbox"/> Salvaguardar la intimidad <input checked="" type="checkbox"/> Hablar al paciente por su nombre
2. ¿Cuales son deberes de los afiliados? Selección de múltiple respuesta	<input checked="" type="checkbox"/> Cumplir las normas del sistema de salud <input checked="" type="checkbox"/> Respetar al personal de salud <input checked="" type="checkbox"/> Cuidar las instalaciones donde prestan los servicios de salud.
1. ¿Es la Atención medica accesible, idónea, de calidad y eficaz un derecho de los afiliados?	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input 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
---	---	---	---	---

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

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

6. **CALIDAD DEL MATERIAL ENTREGADO.** El material que le fue entregado como apoyo a la capacitación fue (1: De muy pobre contenido, 2: Malo, no se entendía nada, 3: Regular, pudo ser mejor; 4: Bueno, ayudó mucho; 5: Excelente, no pudo ser mejor):

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

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

1	2	3	<input checked="" type="checkbox"/>	5
---	---	---	-------------------------------------	---

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

1	2	3	<input checked="" type="checkbox"/>	5
---	---	---	-------------------------------------	---

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

1	2	3	<input checked="" type="checkbox"/>	5
---	---	---	-------------------------------------	---

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

---



---



---

FIRMA ASISTENTE *[Firma]* 1051-210-995

FIRMA FACILITADOR *[Firma]*

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

<b>MÓDULO:</b>	CAPACITACION
<b>ÁREA RESPONSABLE:</b>	EXPERIENCIA DEL USUARIO
<b>TEMA:</b>	Trato digno y humanizado-Deberes-Derechos-Red-Canales de comunicación Coosalud
<b>NOMBRE:</b>	ANA BERENICE CONTRERAS LOPEZ
<b>CARGO:</b>	VOCAL
<b>SUCURSAL / AGENCIA:</b>	BOYACA/COMBITA
<b>FACILITADOR:</b>	ANA ELVIRA RODRIGUEZ CUERVO
<b>FECHA:</b>	26/05/2023
<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. ¿Qué es trato digno y humanizado? Selección de múltiple respuesta	<input checked="" type="checkbox"/> Dirigirse sin burlas. <input checked="" type="checkbox"/> Salvaguardar la Intimidad <input checked="" type="checkbox"/> Hablar al paciente por su nombre
2. ¿Cuales son deberes de los afiliados? Selección de múltiple respuesta	<input checked="" type="checkbox"/> Cumplir las normas del sistema de salud <input checked="" type="checkbox"/> Respetar al personal de salud <input type="checkbox"/> Cuidar las instalaciones donde prestan los servicios de salud.
1. ¿Es la Atención medica accesible, Idónea, de calidad y eficaz un derecho de los afiliados?	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input 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

lra. Contreras Lopez 40028012 lrajo

FIRMA FACILITADOR

Floris Pacheco

