

**CONVOCATORIA No 7**

ASOCIACIÓN DE USUARIOS DEL MUNICIPIO DE COVARACHIA DEL DEPARTAMENTO DE BOYACA

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

Reciba un cordial saludo.

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

Lugar: OFICINA COOSALUD MUNICIPIO DE COVARACHIA

Fecha: 28/7/2023

Hora: 2:30 PM

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

Atentamente,

*Honorio Castro*

\_\_\_\_\_  
PRESIDENTE ASOCIACIÓN DE USUARIOS



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

**MUNICIPIO DE COVARACHIA**

**FECHA** : 28/07/2023  
**LUGAR** : Oficina de COOSALUD EPS-S  
**HORA** : 2:30 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. Salud mental, vida buena en familia.
  - B. Valores Coosalud
  - C. Derechos de los pacientes: Autodeterminación, consentimiento y libre escogencia (II)
  - 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. Niny leandra García Salazar, 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 Katerine Cabrera Donado colaborador de Coosalud EPS.

**2.1. TEMAS DEL MES.**

Salud mental , vida buena en familia

**SALUD MENTAL** COOSALUD

**Argumentos Sanitarios**

- Cerca de 1000 millones de personas tienen un trastorno mental y cualquier persona, en cualquier lugar, puede verse afectada.
- La depresión es una de las principales causas de enfermedad y discapacidad entre los adolescentes y los adultos.
- Uno de cada cinco niños y adolescentes tiene un trastorno mental.
- Las personas con trastornos mentales graves, como esquizofrenia, sufren más de 10 a 20 años antes que la población general.
- Casi 800 000 personas se suicidan cada año (1 persona cada 40 segundos) y el suicidio es la segunda causa principal de mortalidad entre los jóvenes de 15 a 29 años.

**Las buenas noticias**

- Algunas de las afecciones de salud mental más frecuentes, como la depresión y la ansiedad, pueden tratarse con terapias de intervención, medicación, o una combinación de ambas.
- Chequear exámenes médicos periódicos a las personas con trastornos mentales graves puede prevenir muertes prematuras.
- La calidad de vida de las personas con trastornos como el autismo y la demencia puede mejorarse significativamente cuando sus cuidadores reciben la formación adecuada.
- Los derechos de las personas con afecciones de salud mental pueden promoverse y protegerse mediante legislación y políticas de salud mental, la oferta en marcha de servicios comunitarios, ocupacionales y de salud, y la participación de personas que han vivido experiencias similares.

COOSALUD

**Cómo cuidar de la salud mental en familia** COOSALUD



Algunas situaciones de la vida diaria nos pueden generar estrés, ansiedad, bajo estado de ánimo, agotamiento, irritabilidad, entre otros. Las siguientes recomendaciones facilitan el cuidado de la salud mental en familia y ayudan a reconocer, expresar y manejar nuestras emociones.

- 1 Desarrollar hábitos saludables**  
Practicar actividades físicas, alimentación saludable, higiene personal, organización del espacio y sueño reparador.
- 2 Establecer rutinas**  
Destinar horarios para las actividades, cuidado personal, ocio, trabajo, estudio, labores del hogar, descanso y sueño.
- 3 Realizar actividades para compartir y fortalecer los vínculos**  
Jugar, cocinar, tomar juntas, salir, viajar, compartir en familia.
- 4 Convivir armónicamente**  
Llegar a acuerdos, expresar adecuadamente las emociones, reconocer y respetar los roles, tiempos y sentir, juzgarlos.
- 5 Mantener una actitud optimista y resiliente**  
Reconocer las oportunidades en las dificultades, aprender, aprender de las experiencias y reconocer que todo pasa.

COOSALUD

**Valores Coosalud**

**CONOCE NUESTROS VALORES**  
**COOSALUD**  
Que puedes aplicar a tu vida



Respeto  
Diligencia  
Honestidad  
Transparencia  
Justicia  
Calidad humana  
Compromiso

**Derechos de los pacientes: Autodeterminación (II)**

**DERECHOS**

**A la autodeterminación, consentimiento y libre escogencia**

- A que los representantes legales del paciente mayor de edad, en caso de inconciencia o incapacidad para decidir, consentan, disientan o rechacen actividades, intervenciones, insumas, medicamentos, dispositivos, servicios, procedimientos o tratamientos. El paciente tiene derecho a que las decisiones se tomen en el marco de su mejor interés.
- A que, en caso de ser menores de 18 años, en estado de inconciencia o incapacidad para participar en la toma de decisiones, los padres o el representante legal del menor puedan consentir, desistir o rechazar actividades, intervenciones, insumas, medicamentos, dispositivos, servicios, procedimientos o tratamientos. La decisión deberá siempre ser ponderada frente al mejor interés del menor.
- Al ejercicio y garantía de los derechos sexuales y derechos reproductivos de forma segura y oportuna, abarcando la prevención de riesgos y de atenciones inseguras.
- Ser respetado en su voluntad de participar o no en investigaciones realizadas por personal científicamente calificado, siempre y cuando se le haya informado de manera clara y detallada acerca de los objetivos, métodos, posibles beneficios, riesgos previsible e incomodidades que el proceso investigativo pueda implicar.

COOSALUD

**DERECHOS**

**A la autodeterminación, consentimiento y libre escogencia**

- Ser respetado en su voluntad de oponerse a la presunción legal de donación de sus órganos para que estos sean trasplantados a otras personas. Para tal fin, de conformidad con el artículo 4° de la Ley 1805 de 2016, toda persona puede oponerse a la presunción legal de donación expresando su voluntad de no ser donante de órganos y tejidos, mediante un documento escrito que deberá autenticarse ante notario público y radicarse ante el Instituto Nacional de Salud - INS. También podrá oponerse al momento de la afiliación a la EPS, la cual estará obligada a informar al Instituto Nacional de Salud, INS.
- Cambiar de régimen, ya sea del subsidiado al contributivo o viceversa, dependiendo de su capacidad económica, sin cambiar de EPS y sin que exista interrupción en la afiliación, cuando pertenezca a los niveles 1 y 2 del SISBÉN o las poblaciones especiales contempladas en el artículo 2.1.5.1 del Decreto 780 de 2016.

COOSALUD

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



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

Para constancia firman 28 de julio de 2023,

| NOMBRE                           | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN | CARGO          | FIRMA                    |
|----------------------------------|--------------------------|----------------|--------------------------|
| HONORIO CASTRO LOPEZ             | 4085674                  | PRESIDENTE     | <i>Honorio Castro</i>    |
| DIEGO FERNANDO SANABRIA APARICIO | 1057546347               | VICEPRESIDENTE | <i>Diego F. Sanabria</i> |
| JEIMMY DAYANA CAMACHO FLOREZ     | 1002262857               | SECRETARIA     | <i>Dayana Camacho</i>    |
| NURY LILIANA GUALDRON SOTO       | 1098749800               | VOCAL 1        | <i>Liliana Gualdrón</i>  |
| LUIS HERNANDO APARICIO SANABRIA  | 4085870                  | VOCAL 2        | <i>Hernando Aparicio</i> |
| ALBA YADIRA CASTRO PRADA         | 1048730609               | VOCAL 3        | <i>Yadira Castro</i>     |

|                            |   |
|----------------------------|---|
| <b>MÓDULO:</b>             | CAPACITACION  |
| <b>ÁREA RESPONSABLE:</b>   | EXPERIENCIA DEL USUARIO   |
| <b>TEMA:</b>               | Salud Mental, mejores vivencias en familia-Valores Coosalud-Derechos-Red-Canales de comunicación Coosalud |
| <b>NOMBRE:</b>             | Honorio Castro  |
| <b>CARGO:</b>              | USUARIO   |
| <b>SUCURSAL / AGENCIA:</b> | Bayas   |
| <b>FACILITADOR:</b>        | Leandra Garcia  |
| <b>FECHA:</b>              | 28/07/2023  |
| <b>CALIFICACIÓN:</b>       |   |

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

| PREGUNTAS   | RESPUESTAS  |
|---|---|
| <p>1. ¿Formas de cómo cuidar la salud mental en familia?<br/>Respuesta múltiple</p> | <p><input checked="" type="checkbox"/> Establecer Rutinas</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Convivir armónicamente</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Desarrollar hábitos saludables</p> |
| <p>2. ¿Cuáles son los valores Coosalud?<br/>Selección de múltiple respuesta</p>     | <p><input checked="" type="checkbox"/> Justicia</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Honestidad</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Calidad Humana</p>                                       |
| <p>1. ¿Puedo oponerme a la presunción legal de donar los órganos de mi cuerpo?</p>  | <p><input checked="" type="checkbox"/> SI</p> <p><input type="checkbox"/> NO</p>  |

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: Muv alto):

|   |  |                        |
|---|--|------------------------|
|  | <b>EVALUACION DE CAPACITACIONES, INDUCCION Y REINDUCCION</b> | GTH-F-22               |
|   |  | Act. 09<br>2020.nov.06 |

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

4. **CLARIDAD DE LA EXPOSICIÓN.** Respecto al lenguaje utilizado y el orden dado al curso, usted considera que fueron en general (1: Pobres, 2: Confusos, 3: Mediocres, 4: Buenos, 5: Excelentes):

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

5. **NIVEL DE ASIMILACION Y COMPROMISO PERSONAL CON LOS TEMAS TRATADOS.** Evalúese a usted mismo en el grado de motivación e interés personal para atender y seguir la capacitación y sus actividades (1: No estuve atento, no captó mi interés, 2: Estaba interesado, pero me distraje fácilmente, 3: Solo me concentré por momentos, 4: Estuve atento todo el tiempo, pero no me animé a participar, 5: Estuve atento todo el tiempo, participé activamente).

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

---



---



---

FIRMA ASISTENTE

FIRMA FACILITADOR

Honorio Carpio - Leandra García

|                            |   |
|----------------------------|---|
| <b>MÓDULO:</b>             | CAPACITACION  |
| <b>ÁREA RESPONSABLE:</b>   | EXPERIENCIA DEL USUARIO   |
| <b>TEMA:</b>               | Salud Mental, mejores vivencias en familia-Valores Coosalud-Derechos-Red-Canales de comunicación Coosalud |
| <b>NOMBRE:</b>             | Diego Fernando Sandoval Aparicio  |
| <b>CARGO:</b>              | USUARIO   |
| <b>SUCURSAL / AGENCIA:</b> | Bogotá  |
| <b>FACILITADOR:</b>        | Milagros Leandra García   |
| <b>FECHA:</b>              | 28/07/2023  |
| <b>CALIFICACIÓN:</b>       |   |

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

| PREGUNTAS   | RESPUESTAS   |
|---|--|
| <p>1. ¿Formas de cómo cuidar la salud mental en familia?<br/>Respuesta múltiple</p> | <input checked="" type="checkbox"/> Establecer Rutinas<br><input checked="" type="checkbox"/> Convivir armónicamente<br><input checked="" type="checkbox"/> Desarrollar hábitos saludables |
| <p>2. ¿Cuáles son los valores Coosalud?<br/>Selección de múltiple respuesta</p>     | <input checked="" type="checkbox"/> Justicia<br><input checked="" type="checkbox"/> Honestidad<br><input checked="" type="checkbox"/> Calidad Humana                                       |
| <p>1. ¿Puedo oponerme a la presunción legal de donar los órganos de mi cuerpo?</p>  | <input checked="" type="checkbox"/> SI<br><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):

|   |  |                                    |
|---|--|------------------------------------|
| <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 |
|---|--|------------------------------------|

|   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|
| 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 Diego F. Sanabria

FIRMA FACILITADOR Leandra Garcia

|   |  |                                    |
|---|--|------------------------------------|
| <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  |
| <b>ÁREA RESPONSABLE:</b>   | EXPERIENCIA DEL USUARIO   |
| <b>TEMA:</b>               | Salud Mental, mejores vivencias en familia-Valores Coosalud-Derechos-Red-Canales de comunicación Coosalud |
| <b>NOMBRE:</b>             | Nora Idiana Galdron Soto  |
| <b>CARGO:</b>              | USUARIO   |
| <b>SUCURSAL / AGENCIA:</b> | BOYACÁ  |
| <b>FACILITADOR:</b>        | Nora Leonora Garcia   |
| <b>FECHA:</b>              | 28/07/2023  |
| <b>CALIFICACIÓN:</b>       |   |

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

| PREGUNTAS   | RESPUESTAS   |
|---|--|
| <p>1. ¿Formas de cómo cuidar la salud mental en familia?<br/>Respuesta múltiple</p> | <input checked="" type="checkbox"/> Establecer Rutinas<br><input checked="" type="checkbox"/> Convivir armónicamente<br><input checked="" type="checkbox"/> Desarrollar hábitos saludables |
| <p>2. ¿Cuáles son los valores Coosalud?<br/>Selección de múltiple respuesta</p>     | <input checked="" type="checkbox"/> Justicia<br><input checked="" type="checkbox"/> Honestidad<br><input checked="" type="checkbox"/> Calidad Humana                                       |
| <p>1. ¿Puedo oponerme a la presunción legal de donar los órganos de mi cuerpo?</p>  | <input checked="" type="checkbox"/> SI<br><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):

|   |  |                        |
|---|--|------------------------|
|  | <b>EVALUACION DE CAPACITACIONES, INDUCCION Y REINDUCCION</b> | GTH-F-22               |
|   |  | Act. 09<br>2020.nov.06 |

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

4. **CLARIDAD DE LA EXPOSICIÓN.** Respecto al lenguaje utilizado y el orden dado al curso, usted considera que fueron en general (1: Pobres, 2: Confusos, 3: Mediocres, 4: Buenos, 5: Excelentes):

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

5. **NIVEL DE ASIMILACION Y COMPROMISO PERSONAL CON LOS TEMAS TRATADOS.** Evalúese a usted mismo en el grado de motivación e interés personal para atender y seguir la capacitación y sus actividades (1: No estuve atento, no captó mi interés, 2: Estaba interesado, pero me distraje fácilmente, 3: Solo me concentré por momentos, 4: Estuve atento todo el tiempo, pero no me animé a participar, 5: Estuve atento todo el tiempo, participé activamente).

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

FIRMA ASISTENTE Liliana Guadrón

FIRMA FACILITADOR Leoncio Garcia

|                            |   |
|----------------------------|---|
| <b>MÓDULO:</b>             | CAPACITACION  |
| <b>ÁREA RESPONSABLE:</b>   | EXPERIENCIA DEL USUARIO   |
| <b>TEMA:</b>               | Salud Mental, mejores vivencias en familia-Valores Coosalud-Derechos-Red-Canales de comunicación Coosalud |
| <b>NOMBRE:</b>             | Jenny Dayana Camacho  |
| <b>CARGO:</b>              | USUARIO   |
| <b>SUCURSAL / AGENCIA:</b> | BOYACA  |
| <b>FACILITADOR:</b>        | Niny leandis Garcia   |
| <b>FECHA:</b>              | 28/07/2023  |
| <b>CALIFICACIÓN:</b>       |   |

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

| PREGUNTAS   | RESPUESTAS   |
|---|--|
| <p>1. ¿Formas de cómo cuidar la salud mental en familia?<br/>Respuesta múltiple</p> | <input checked="" type="checkbox"/> Establecer Rutinas<br><input checked="" type="checkbox"/> Convivir armónicamente<br><input checked="" type="checkbox"/> Desarrollar hábitos saludables |
| <p>2. ¿Cuáles son los valores Coosalud?<br/>Selección de múltiple respuesta</p>     | <input checked="" type="checkbox"/> Justicia<br><input checked="" type="checkbox"/> Honestidad<br><input checked="" type="checkbox"/> Calidad Humana                                       |
| <p>1. ¿Puedo oponerme a la presunción legal de donar los órganos de mi cuerpo?</p>  | <input checked="" type="checkbox"/> SI<br><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 Diana Camacho

FIRMA FACILITADOR Leandra Garcia

|                            |   |
|----------------------------|---|
| <b>MÓDULO:</b>             | CAPACITACION  |
| <b>ÁREA RESPONSABLE:</b>   | EXPERIENCIA DEL USUARIO   |
| <b>TEMA:</b>               | Salud Mental, mejores vivencias en familia-Valores Coosalud-Derechos-Red-Canales de comunicación Coosalud |
| <b>NOMBRE:</b>             | Hernando Aparicio Sanabria  |
| <b>CARGO:</b>              | USUARIO   |
| <b>SUCURSAL / AGENCIA:</b> | Boyaca  |
| <b>FACILITADOR:</b>        | Yennifer Garcia   |
| <b>FECHA:</b>              | 28/07/2023  |
| <b>CALIFICACIÓN:</b>       |   |

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

| PREGUNTAS   | RESPUESTAS  |
|---|---|
| <p>1. ¿Formas de cómo cuidar la salud mental en familia?<br/>Respuesta múltiple</p> | <p><input checked="" type="checkbox"/> Establecer Rutinas</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Convivir armónicamente</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Desarrollar hábitos saludables</p> |
| <p>2. ¿Cuáles son los valores Coosalud?<br/>Selección de múltiple respuesta</p>     | <p><input checked="" type="checkbox"/> Justicia</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Honestidad</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Calidad Humana</p>                                       |
| <p>1. ¿Puedo oponerme a la presunción legal de donar los órganos de mi cuerpo?</p>  | <p><input checked="" type="checkbox"/> SI</p> <p><input type="checkbox"/> NO</p>  |

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):

|   |  |                        |
|---|--|------------------------|
|  | <b>EVALUACION DE CAPACITACIONES, INDUCCION Y REINDUCCION</b> | GTH-F-22               |
|   |  | Act. 09<br>2020.nov.06 |

|   |   |   |   |                |
|---|---|---|---|----------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 <sup>o</sup> |
|---|---|---|---|----------------|

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 <sup>o</sup> |
|---|---|---|---|----------------|

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 <sup>o</sup> | 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 <sup>o</sup> | 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 <sup>o</sup> | 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 <sup>o</sup> | 5 |
|---|---|---|----------------|---|

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

|   |   |   |   |                |
|---|---|---|---|----------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 <sup>o</sup> |
|---|---|---|---|----------------|

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

---



---



---

FIRMA ASISTENTE Ismael Aparicio

FIRMA FACILITADOR Leandria Garcia

|                            |   |
|----------------------------|---|
| <b>MÓDULO:</b>             | CAPACITACION  |
| <b>ÁREA RESPONSABLE:</b>   | EXPERIENCIA DEL USUARIO   |
| <b>TEMA:</b>               | Salud Mental, mejores vivencias en familia-Valores Coosalud-Derechos-Red-Canales de comunicación Coosalud |
| <b>NOMBRE:</b>             | Alba Yadira Castro Prado  |
| <b>CARGO:</b>              | USUARIO   |
| <b>SUCURSAL / AGENCIA:</b> | ROYACB  |
| <b>FACILITADOR:</b>        | Niny Leandra García Salazar   |
| <b>FECHA:</b>              | 28/07/2023  |
| <b>CALIFICACIÓN:</b>       |   |

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

| PREGUNTAS   | RESPUESTAS   |
|---|--|
| <p>1. ¿Formas de cómo cuidar la salud mental en familia?<br/>Respuesta múltiple</p> | <input checked="" type="checkbox"/> Establecer Rutinas<br><input checked="" type="checkbox"/> Convivir armónicamente<br><input checked="" type="checkbox"/> Desarrollar hábitos saludables |
| <p>2. ¿Cuáles son los valores Coosalud?<br/>Selección de múltiple respuesta</p>     | <input checked="" type="checkbox"/> Justicia<br><input checked="" type="checkbox"/> Honestidad<br><input checked="" type="checkbox"/> Calidad Humana                                       |
| <p>1. ¿Puedo oponerme a la presunción legal de donar los órganos de mi cuerpo?</p>  | <input checked="" type="checkbox"/> SI<br><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):

|   |  |                                    |
|---|--|------------------------------------|
| <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 |
|---|--|------------------------------------|

|   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|
| 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 Yadira Castro

FIRMA FACILITADOR Leandria Garcia