

CONVOCATORIA No 06

ASOCIACIÓN DE USUARIOS DEL MUNICIPIO DE CUBARA 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 CUBARA

Fecha: 30 -06- 2023

Hora: 2 Pm

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

Atentamente,

Deivy Castellano

PRESIDENTE ASOCIACIÓN DE USUARIOS

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

FECHA : 30/06/2023
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. Régimen Contributivo, Movilidad, Prestaciones económicas, Categorías
 - B. Deberes de los afiliados
 - C. Derechos de los pacientes: Autodeterminación, consentimiento y libre escogencia
 - 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. DEICY CLAUDIA NUÑEZ TARAZONA, 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 Cubará.
2. Se exponen los temas preparados para el día a cargo de DEICY CLAUDIA NUÑEZ TARAZONA colaborador de Coosalud EPS.

2.1. TEMAS DEL MES.

Movilidad y Prestaciones económicas

REGIMEN CONTRIBUTIVO

COOSALUD



TIPOS DE NOVEDADES DE AFILIACIÓN

COOSALUD

¿Qué es Movilidad?

Es la forma en que el afiliado puede continuar en la misma EPS cuando por alguna circunstancia pierda capacidad de pago o adquiera capacidad de pago



COOSALUD

COOSALUD

¿Cómo opera la movilidad en el caso de estar afiliado al Régimen Subsidiado y adquirir capacidad de pago o vinculación...?

Las personas afiliadas al Régimen Subsidiado que adquieran capacidad de pago y que estén en la obligación de afiliarse en el Régimen Contributivo se mantienen en la misma EPS y recibirán todos los beneficios junto con su núcleo familiar.

¿Qué trámite debo realizar para hacer efectiva la movilidad?

El afiliado debe solicitar a la EPS la movilidad en el sistema (cambio de régimen subsidiado o contributivo), a través del formulario único de afiliación y registro de novedades, con el fin de no perder la continuidad en la prestación del servicio.

¿Cómo realizar los aportes al Régimen contributivo de los afiliados que pertenecen a Coosalud EPS?

- Los aportes deberán ser liquidados a través de la planilla PILA, teniendo en cuenta las fechas establecidas en el decreto 1670 de 2017.
- Para el caso de los dependientes, el empleado asume el 4% y el empleador el 8.5%.
- Para el caso de los independientes, estos deberán asumir el 12.5%.
- Los pensionados cotizan sobre el 12%.

¿Si el afiliado está en el Régimen Contributivo y pierde capacidad de pago, ¿cómo ingresa al Régimen Subsidiado?

- En el caso de que el afiliado se encuentre previamente clasificado en el nivel I y II del Sisbén, podrá pasar al Régimen Subsidiado de la misma EPS donde se encuentra afiliado, sin perder la continuidad en la prestación del servicio, diligenciando el formulario y direccionándolo a la sucursal más cercana.
- En el caso de que no se encuentre clasificado en el nivel I y II del Sisbén deberá solicitar la aplicación de la encuesta Sisbén a Planeación Municipal o Distrital.

COOSALUD

¿Las EPS del Régimen Subsidiado deben reconocer prestaciones económicas a las personas que tengan afiliadas en el R. Contributivo?

Si. Las EPS del régimen subsidiado que en el marco de la movilidad garanticen la prestación de servicios a los afiliados al régimen contributivo, reconocerán y pagarán el valor de las Incapacidades por enfermedad general, licencias de maternidad y paternidad, de conformidad con las normas vigentes.



¿A qué personas aplica la movilidad?

Está dirigido para los afiliados al Régimen Subsidiado y Régimen Contributivo focalizado en los niveles I y II del Sisbén.

COOSALUD

Deberes de los afiliados

DEBERES DE LOS AFILIADOS

Contribuir solidariamente al financiamiento de los gastos que demanden la atención en salud y la seguridad social en salud, de acuerdo a la capacidad de pago.

COOSALUD

Cuotas moderadoras y copagos régimen contributivo 2023

Última actualización: Noviembre 2023 (C)

| Categoría | Ingreso base SMLMV | Valor 2023 |
|-----------|--------------------|------------|
| 1 | Menor a 2 SMLMV* | \$ 4.500 |
| 2 | Entre 2 y 3 SMLMV* | \$ 10.400 |
| 3 | Mayor a 3 SMLMV* | \$ 43.000 |

*Salvo Menores Cuentas Personales (SMCP)

| Categoría | Ingreso base SMLMV | % por evento | Valor máximo por evento | Valor máximo por año/año |
|-----------|--------------------|--------------|-------------------------|--------------------------|
| 1 | Menor a 2 SMLMV* | 13,6% | \$ 204.072 | \$ 306.227 |
| 2 | Entre 2 y 3 SMLMV* | 22,6% | \$ 2.284.400 | \$ 2.848.000 |
| 3 | Mayor a 3 SMLMV* | 23,6% | \$ 2.440.000 | \$ 4.061.600 |

*Salvo Menores Cuentas Personales (SMCP)

COOSALUD

COOSALUD

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

| TOPE | % DEL SERVICIO | VALOR MÁXIMO COPAGO |
|-------------------------|----------------|---------------------|
| Valor límite por evento | 10% | \$ 530.832 |
| Valor límite por año | | \$ 1.061.664 |

Derechos de los pacientes: Atención médica

DERECHOS

A la autodeterminación, consentimiento y libre escogencia

- Elegir libremente el asegurador, el médico y en general los profesionales de la salud, como también a las instituciones de salud que le presten la atención requerida dentro de la oferta disponible. Los cambios en la oferta de prestadores por parte de las EPS no podrán disminuir la calidad o afectar la continuidad en la provisión del servicio y deberán contemplar mecanismos de transición para evitar una afectación de la salud del usuario. Dicho cambio no podrá eliminar alternativas reales de escogencia donde haya disponibilidad. Las eventuales limitaciones deben ser racionales y proporcionales.
- Aceptar o rechazar actividades, intervenciones, insumos, medicamentos, dispositivos, servicios, procedimientos o tratamientos para su cuidado. Ninguna persona podrá ser obligada a recibir los mismos en contra de su voluntad.

COOSALUD

DERECHOS

A la autodeterminación, consentimiento y libre escogencia

- A suscribir un documento de voluntad anticipada como previsión de no poder tomar decisiones en el futuro, en el cual declare, de forma libre, consciente e informada su voluntad respecto a la toma de decisiones sobre el cuidado general de la salud y del cuerpo, así como las preferencias de someterse o no a actividades, intervenciones, insumos, medicamentos, dispositivos, servicios, procedimientos o tratamientos para su cuidado médico, sus preferencias de cuidado al final de la vida, sobre el acceso a la información de su historia clínica y aquellas que considere relevantes en el marco de sus valores personales.

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

- @coosalud
- Coosalud eps
- @coosaludeps

5

- Se procede a evaluar la sesión. Se anexan copias.
- Se abre el buzón de sugerencias y se elabora el acta

5. Se plantea como fecha tentativa para la próxima reunión, el día 28 del mes de julio del año 2023 a las 2:00PM en la oficina de COOSALUD EPS.

Para constancia firman 30 de junio de 2023,

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

| | |
|----------------------------|---|
| MÓDULO: | CAPACITACION |
| ÁREA RESPONSABLE: | EXPERIENCIA DEL USUARIO |
| TEMA: | Movilidad-Prestaciones Económicas-Deberes-Derechos-Red-Canales de comunicación Coosalud |
| NOMBRE: | Yonelde Galán |
| CARGO: | Visepresidenta |
| SUCURSAL / AGENCIA: | BOYACA |
| FACILITADOR: | Deicy Claudia NÚÑEZ TOROZANO |
| FECHA: | 30/06/2023 |
| CALIFICACIÓN: | 5 |

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

| PREGUNTAS | RESPUESTAS |
|---|--|
| <p>1. La forma que el afiliado tiene para continuar en la misma EPS cuando por alguna circunstancia pierda o adquiera capacidad de pago. ¿Se denomina?</p> <p>Respuesta única</p> | <p><input type="checkbox"/> Cambio.</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Movilidad</p> <p><input type="checkbox"/> Otro. Cual? _____</p> |
| <p>2. ¿ A los afiliados al régimen contributivo, reconocerán y pagarán como prestaciones económicas, el valor de?</p> <p>Selección de múltiple respuesta</p> | <p><input checked="" type="checkbox"/> Incapacidades por enfermedad general</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Licencias de maternidad</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Licencia de paternidad</p> |
| <p>1. ¿Es la autodeterminación, consentimiento y libre escogencia un derecho de los afiliados?</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):

| | | | | |
|---|---|---|---|-----|
| 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 Yunede Galván 1049393849

FIRMA FACILITADOR Dery River

| | |
|---------------------|---|
| MÓDULO: | CAPACITACION |
| ÁREA RESPONSABLE: | EXPERIENCIA DEL USUARIO |
| TEMA: | Movilidad-Prestaciones Económicas-Deberes-Derechos-Red-Canales de comunicación Coosalud |
| NOMBRE: | GLADYS VILLAFRANCA |
| CARGO: | Vocal |
| SUCURSAL / AGENCIA: | BOYACA |
| FACILITADOR: | Deicy Claudia Níñez Tarazona |
| FECHA: | 30/06/2023 |
| CALIFICACIÓN: | |

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

| PREGUNTAS | RESPUESTAS |
|---|--|
| <p>1. La forma que el afiliado tiene para continuar en la misma EPS cuando por alguna circunstancia pierda o adquiera capacidad de pago. ¿Se denomina?</p> <p>Respuesta única</p> | <p><input type="checkbox"/> Cambio.</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Movilidad</p> <p><input type="checkbox"/> Otro. Cual? _____</p> |
| <p>2. ¿ A los afiliados al régimen contributivo, reconocerán y pagarán como prestaciones económicas, el valor de?</p> <p>Selección de múltiple respuesta</p> | <p><input checked="" type="checkbox"/> Incapacidades por enfermedad general</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Licencias de maternidad</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Licencia de paternidad</p> |
| <p>1. ¿Es la autodeterminación, consentimiento y libre escogencia un derecho de los afiliados?</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 <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 |
|---|---|---|---|---|

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

GLADIS MARTINEZ WAZZUBOY

FIRMA FACILITADOR

Dery Javer

| | |
|---------------------|---|
| MÓDULO: | CAPACITACION |
| ÁREA RESPONSABLE: | EXPERIENCIA DEL USUARIO |
| TEMA: | Movilidad-Prestaciones Económicas-Deberes-Derechos-Red-Canales de comunicación Coosalud |
| NOMBRE: | Yazmin Contreras Trujillo |
| CARGO: | Secretaria |
| SUCURSAL / AGENCIA: | BOYACA |
| FACILITADOR: | Deicy Claudia Nunez Torazona |
| FECHA: | 30/06/2023 |
| CALIFICACIÓN: | |

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

| PREGUNTAS | RESPUESTAS |
|---|--|
| <p>1. La forma que el afiliado tiene para continuar en la misma EPS cuando por alguna circunstancia pierda o adquiera capacidad de pago. ¿Se denomina?</p> <p>Respuesta única</p> | <p><input type="checkbox"/> Cambio.</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Movilidad</p> <p><input type="checkbox"/> Otro. Cual? _____</p> |
| <p>2. ¿ A los afiliados al régimen contributivo, reconocerán y pagarán como prestaciones económicas, el valor de?</p> <p>Selección de múltiple respuesta</p> | <p><input checked="" type="checkbox"/> Incapacidades por enfermedad general</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Licencias de maternidad</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Licencia de paternidad</p> |
| <p>1. ¿Es la autodeterminación, consentimiento y libre escogencia un derecho de los afiliados?</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 |
|---|---|---|---|---|

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

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 *[Firma]* 37670169

FIRMA FACILITADOR *[Firma]*

| | |
|---------------------|---|
| MÓDULO: | CAPACITACION |
| ÁREA RESPONSABLE: | EXPERIENCIA DEL USUARIO |
| TEMA: | Movilidad-Prestaciones Económicas-Deberes-Derechos-Red-Canales de comunicación Coosalud |
| NOMBRE: | Teresa Bedoya |
| CARGO: | Vocal |
| SUCURSAL / AGENCIA: | BOYACA |
| FACILITADOR: | Deicy Claudia Nuñez Torazona |
| FECHA: | 30/06/2023 |
| CALIFICACIÓN: | |

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

| PREGUNTAS | RESPUESTAS |
|---|--|
| <p>1. La forma que el afiliado tiene para continuar en la misma EPS cuando por alguna circunstancia pierda o adquiera capacidad de pago. ¿Se denomina?</p> <p>Respuesta única</p> | <p><input type="checkbox"/> Cambio.</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Movilidad</p> <p><input type="checkbox"/> Otro. Cual? _____</p> |
| <p>2. ¿ A los afiliados al régimen contributivo, reconocerán y pagarán como prestaciones económicas, el valor de?</p> <p>Selección de múltiple respuesta</p> | <p><input checked="" type="checkbox"/> Incapacidades por enfermedad general</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Licencias de maternidad</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Licencia de paternidad</p> |
| <p>1. ¿Es la autodeterminación, consentimiento y libre escogencia un derecho de los afiliados?</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 <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 ✓ |
|---|---|---|---|-----|

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 Teresa Bedoya S.

FIRMA FACILITADOR Dery K...



| COOSALUD | | LISTADO DE ASISTENCIA | | GTRP-23 Act.08 2022.nov.06 | |
|--|------------------------------------|--|--|------------------------------------|------------------|
| CAPACITACION <input checked="" type="checkbox"/> | INDUCCION <input type="checkbox"/> | ENTRENAMIENTO <input type="checkbox"/> | SOCIALIZACIÓN DE DOCUMENTOS <input type="checkbox"/> | ACTIVIDAD <input type="checkbox"/> | |
| FECHA: 30/06/2023 | LUGAR: OFICINA COOSALUD CUBARA | | | | |
| TEMAS INCLUIDOS: Movilidad-Prestaciones Económicas-Deberes-Derechos-Red-Canales de comunicación Coosalud | | | | | |
| CAPACITADOR(ES): DEICY CLAUDIA NUÑEZ TARAZONA | | | | | |
| TIPO DE CAPACITADOR: INTERNO <input checked="" type="checkbox"/> | | EXTERNO <input type="checkbox"/> | | HORA DE INICIO: 2 pm | HORA FINAL: 3 pm |
| ASISTENTE | CARGO | SUCURSAL | FIRMA | | |
| Ynede Galván Arévalo | vicepresidenta | Boyacá | Ynede Galván | | |
| GLADYS MARTINEZ | Vocal | Boyacá | GLADYS MARTINEZ | | |
| Yazmin Contreras Trujillo | Secretaria | Boyacá | Yazmin Contreras | | |
| Teresa Bedoya Sanchez | Vocal | Boyacá | Teresa Bedoya S. | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

Deicy Nuñez
FIRMA DEL CAPACITADOR

Con la firma del presente documento manifiesto de manera libre, previa y debidamente informada que autorizo a COOSALUD para efectuar tratamiento sobre los datos personales aquí recolectados, con la finalidad de llevar un control de asistencia a eventos de capacitación. Declaro que he sido informado de los derechos de consulta, reclamo y rectificación que tengo como titular de mis datos personales conforme a los lineamientos de la política de Tratamiento de Información Personal de la entidad, dispuesta para su consulta en el sitio web: www.coosalud.com, y de conformidad con esta, mis datos personales podrán ser suprimidos cuando no exista deber legal o contractual de conservarlos.