

**CONVOCATORIA No 03**

ASOCIACIÓN DE USUARIOS DEL MUNICIPIO DE MIRAFLORES 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

Fecha: 24/03/2023

Hora: 4:30 PM

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

Atentamente,

  
74361523

**BEYER AUGUSTO ALFONSO**  
**PRESIDENTE ASOCIACIÓN DE USUARIO**

[illegible]

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

**FECHA** : 24/03/2023  
**LUGAR** : Oficina de COOSALUD EPS-S  
**HORA** : 4:30 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. Gestión del riesgo
  - B. Deberes de los usuarios: atender recomendaciones de PyP de la EPS y canales por donde pueden verlo.
  - C. Derechos de los pacientes: Derecho a la Información
  - 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. Lidia Marcela Garcia Morales 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 Lidia Marcela Garcia Morales colaborador de Coosalud EPS.

**2.1. TEMAS DEL MES.**

Gestión del Riesgo

## GRUPOS DE RIESGO



COOSALUD

3

Deber del usuario

## Deber del usuario

Atender oportunamente las recomendaciones formuladas en los programas de promoción y mantenimiento.



COOSALUD

4

## Redes Sociales



COOSALUD

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



@coosalud



Coosalud eps



@coosaludeps

5

## Derechos

### Derecho a la información

- Recibir información sobre los canales formales para presentar peticiones, quejas reclamos o denuncias, y, en general, para comunicarse con la administración de las instituciones, así como a recibir una respuesta oportuna y de fondo.
- Disfrutar y mantener una comunicación permanente y clara con el personal de la salud, apropiada a sus condiciones psicológicas y culturales y, en caso de enfermedad, estar informados sobre su condición, así como de los procedimientos y tratamientos que se le vayan a practicar, al igual que de los riesgos y beneficios de éstos y el pronóstico de su diagnóstico.
- Recibir, en caso de que el paciente sea menor de 18 años, toda la información necesaria de parte de los profesionales de la salud, sus padres, o en su defecto su representante legal o cuidador, para promover la adopción de decisiones autónomas frente al autocuidado de su salud. La información debe ser brindada teniendo en cuenta el desarrollo cognitivo y madurez del menor de edad, así como el contexto en el que se encuentra.

COOSALUD

### DERECHOS

### Derecho a la información

- Ser informado oportunamente por su médico tratante sobre la existencia de objeción de conciencia debidamente motivada, en los casos de los procedimientos de interrupción voluntaria del embarazo en las circunstancias despenalizadas por la Corte Constitucional, o de eutanasia; tal objeción, en caso de existir, debe estar en conocimiento de la IPS, con la debida antelación, y por escrito, de parte del médico tratante. El paciente tiene derecho a que sea gestionada la continuidad de la atención inmediata y eficaz con un profesional no objetor.
- Revisar y recibir información acerca de los costos de los servicios prestados.
- Recibir de su EPS o de las autoridades públicas no obligadas a autorizar un servicio de salud solicitado, la gestión necesaria para: (i) obtener la información que requiera para saber cómo funciona el sistema de salud y cuáles son sus derechos; (ii) recibir por escrito las razones por las cuales no se autoriza el servicio; (iii) conocer específicamente cuál es la institución prestadora de servicios de salud que tiene la obligación de realizar las pruebas diagnósticas que requiere y una cita con un especialista; y, (iv) recibir acompañamiento durante el proceso de solicitud del servicio, con el fin de asegurar el goce efectivo de sus derechos.

COOSALUD

### DERECHOS

## DERECHOS

### Derecho a la información

- Recibir del prestador de servicios de salud, por escrito, las razones por las cuales el servicio no será prestado, cuando excepcionalmente se presente dicha situación.
- Recibir información y ser convocado individual o colectivamente, a los procesos de participación directa y efectiva para la toma de decisión relacionada con la ampliación progresiva y exclusiones de las prestaciones de salud.
- Solicitar copia de su historia clínica y que esta le sea entregada en un término máximo de cinco (5) días calendario o remitida por medios electrónicos si así lo autoriza el usuario, caso en el cual el envío será gratuito.

COOSALUD

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



### Línea #922

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



### Línea fija

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



### Sitio web

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



### Redes sociales

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



### Correo

Puedes enviar tus peticiones, quejas y reclamos al siguiente correo: [defensorusuario@coosalud.com](mailto:defensorusuario@coosalud.com).

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 28 del mes de abril del año 2023 a las 4:30 PM en la oficina de COOSALUD EPS.

Para constancia firman,

[illegible]



Tunja, 08 de marzo de 2023

**CERTIFICA ENTREGA COBIJAS ASODEUS**

Coosalud EPS, hace entrega de cobijas a integrantes de ASOCIACIÓN DE USUARIOS DE Miraflores BOYACÁ, actualmente constituida:

1 cobija por integrante de la asociación

Para Constancia firman recibido los Integrantes de ASODEUS Miraflores

| NOMBRE Y APELLIDOS             | # DOCUMENTO       | MUNICIPIO         | FIRMA                  |
|--------------------------------|-------------------|-------------------|------------------------|
| <u>Beyser Augusto Alvarado</u> | <u>IDENTIDAD</u>  |                   |                        |
| <u>Beyser Augusto Alvarado</u> | <u>741247523</u>  | <u>Miraflores</u> | <u>[Firma]</u>         |
| <u>Nelcy Dobana Bohorquez</u>  | <u>1057410055</u> | <u>Miraflores</u> | <u>Nelcy Bohorquez</u> |
| <u>Omaira Barreto Diaz</u>     | <u>52095961</u>   | <u>Miraflores</u> | <u>[Firma]</u>         |
| <u>Pedro Pablo Garcia</u>      | <u>4165264</u>    | <u>Miraflores</u> | <u>[Firma]</u>         |
| <u>Alicia Marcela Arella P</u> | <u>52366374</u>   | <u>Miraflores</u> | <u>Alicia Arella P</u> |
|                                |                   |                   |                        |
|                                |                   |                   |                        |
|                                |                   |                   |                        |
|                                |                   |                   |                        |
|                                |                   |                   |                        |



|                                                                                   |                                                                          |                                                              |                                    |
|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|------------------------------------|
|  |                                                                          | <b>EVALUACION DE CAPACITACIONES, INDUCCION Y REINDUCCION</b> | GTH-F-22<br>Act. 09<br>2020.nov.06 |
| <b>MÓDULO:</b>                                                                    | CAPACITACION ASODEUS                                                     |                                                              |                                    |
| <b>ÁREA RESPONSABLE:</b>                                                          | EXPERIENCIA DEL USUARIO                                                  |                                                              |                                    |
| <b>TEMA:</b>                                                                      | Gestión del Riesgo-Deberes-Derechos-Red-Canales de comunicación Coosalud |                                                              |                                    |
| <b>NOMBRE:</b>                                                                    | <i>Bele Augusto Alfonso</i>                                              |                                                              |                                    |
| <b>CARGO:</b>                                                                     | USUARIO                                                                  |                                                              |                                    |
| <b>SUCURSAL / AGENCIA:</b>                                                        | BOYACA                                                                   |                                                              |                                    |
| <b>FACILITADOR:</b>                                                               | MARCELA GARCIA                                                           |                                                              |                                    |
| <b>FECHA:</b>                                                                     | 24/03/2023                                                               |                                                              |                                    |
| <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. ¿Señale con una X cuáles son programas para identificación del riesgo?<br>Selección de múltiple respuesta | <input checked="" type="checkbox"/> Atención crecimiento y desarrollo<br><input checked="" type="checkbox"/> Citologías<br><input checked="" type="checkbox"/> Mamografías |
| 2. ¿Señale con una X cuáles son grupos de riesgo?<br>Selección de múltiple respuesta                         | <input checked="" type="checkbox"/> Cáncer<br><input checked="" type="checkbox"/> Enfermedades Huerfanas<br><input checked="" type="checkbox"/> Problemas de Salud Mental  |
| 3. ¿Es deber del usuario atender las recomendaciones formuladas en los programas de promoción y prevención?  | SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>                                                                                                         |

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

FIRMA FACILITADOR

  


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

|                          |                                                                          |
|--------------------------|--------------------------------------------------------------------------|
| <b>MÓDULO:</b>           | CAPACITACION ASODEUS                                                     |
| <b>ÁREA RESPONSABLE:</b> | EXPERIENCIA DEL USUARIO                                                  |
| <b>TEMA:</b>             | Gestión del Riesgo-Deberes-Derechos-Red-Canales de comunicación Coosalud |
| <b>NOMBRE:</b>           | OMAIRA BARRERO DIAZ                                                      |
| <b>CARGO:</b>            | USUARIO Local                                                            |
| <b>BOYACA</b>            | BOYACA                                                                   |
| <b>FACILITADOR:</b>      | MARCELA GARCIA                                                           |
| <b>FECHA:</b>            | 24/03/2023                                                               |
| <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. ¿Señale con una X cuáles son programas para identificación del riesgo?<br>Selección de múltiple respuesta | <input checked="" type="checkbox"/> Atención crecimiento y desarrollo<br><input checked="" type="checkbox"/> Citologías<br><input checked="" type="checkbox"/> Mamografías |
| 2. ¿Señale con una X cuáles son grupos de riesgo?<br>Selección de múltiple respuesta                         | <input checked="" type="checkbox"/> Cáncer<br><input checked="" type="checkbox"/> Enfermedades Huerfanas<br><input checked="" type="checkbox"/> Problemas de Salud Mental  |
| 3. ¿Es deber del usuario atender las recomendaciones formuladas en los programas de promoción y prevención?  | SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>                                                                                                         |

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 X | 5 |
|---|---|---|-----|---|

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

---



---



---

FIRMA ASISTENTE

*Diana Barreto Diaz*

FIRMA FACILITADOR

*[Firma]*

|                          |                                                                          |
|--------------------------|--------------------------------------------------------------------------|
| <b>MÓDULO:</b>           | CAPACITACION ASODEUS                                                     |
| <b>ÁREA RESPONSABLE:</b> | EXPERIENCIA DEL USUARIO                                                  |
| <b>TEMA:</b>             | Gestión del Riesgo-Deberes-Derechos-Red-Canales de comunicación Coosalud |
| <b>NOMBRE:</b>           | Nelcy Fabiana Bohorquez                                                  |
| <b>CARGO:</b>            | USUARIO                                                                  |
| <b>BOYACA:</b>           | BOYACA                                                                   |
| <b>FACILITADOR:</b>      | MARCELA GARCIA                                                           |
| <b>FECHA:</b>            | 24/03/2023                                                               |
| <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. ¿Señale con una X cuáles son programas para identificación del riesgo?<br>Selección de múltiple respuesta | <input checked="" type="checkbox"/> Atención crecimiento y desarrollo<br><input checked="" type="checkbox"/> Citologías<br><input checked="" type="checkbox"/> Mamografías |
| 2. ¿Señale con una X cuáles son grupos de riesgo?<br>Selección de múltiple respuesta                         | <input checked="" type="checkbox"/> Cáncer<br><input checked="" type="checkbox"/> Enfermedades Huerfanas<br><input checked="" type="checkbox"/> Problemas de Salud Mental  |
| 3. ¿Es deber del usuario atender las recomendaciones formuladas en los programas de promoción y prevención?  | SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>                                                                                                         |

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 | 4 | <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 Nelcy Bohorquez

FIRMA FACILITADOR [Firma]

|                          |                                                                          |
|--------------------------|--------------------------------------------------------------------------|
| <b>MÓDULO:</b>           | CAPACITACION ASODEUS                                                     |
| <b>ÁREA RESPONSABLE:</b> | EXPERIENCIA DEL USUARIO                                                  |
| <b>TEMA:</b>             | Gestión del Riesgo-Deberes-Derechos-Red-Canales de comunicación Coosalud |
| <b>NOMBRE:</b>           | Pedro Pablo Garzon                                                       |
| <b>CARGO:</b>            | USUARIO                                                                  |
| <b>BOYACA</b>            | BOYACA                                                                   |
| <b>FACILITADOR:</b>      | MARCELA GARCIA                                                           |
| <b>FECHA:</b>            | 24/03/2023                                                               |
| <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. ¿Señale con una X cuáles son programas para identificación del riesgo?<br>Selección de múltiple respuesta | <input checked="" type="checkbox"/> Atención crecimiento y desarrollo<br><input checked="" type="checkbox"/> Citologías<br><input checked="" type="checkbox"/> Mamografías |
| 2. ¿Señale con una X cuáles son grupos de riesgo?<br>Selección de múltiple respuesta                         | <input checked="" type="checkbox"/> Cáncer<br><input checked="" type="checkbox"/> Enfermedades Huerfanas<br><input checked="" type="checkbox"/> Problemas de Salud Mental  |
| 3. ¿Es deber del usuario atender las recomendaciones formuladas en los programas de promoción y prevención?  | SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>                                                                                                         |

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

FIRMA FACILITADOR

  


|                          |                                                                          |
|--------------------------|--------------------------------------------------------------------------|
| <b>MÓDULO:</b>           | CAPACITACION ASODEUS                                                     |
| <b>ÁREA RESPONSABLE:</b> | EXPERIENCIA DEL USUARIO                                                  |
| <b>TEMA:</b>             | Gestión del Riesgo-Deberes-Derechos-Red-Canales de comunicación Coosalud |
| <b>NOMBRE:</b>           | Adriana Marcela Arcila Pino                                              |
| <b>CARGO:</b>            | USUARIO Secretario                                                       |
| <b>BOYACA</b>            | BOYACA                                                                   |
| <b>FACILITADOR:</b>      | MARCELA GARCIA                                                           |
| <b>FECHA:</b>            | 24/03/2023                                                               |
| <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. ¿Señale con una X cuáles son programas para identificación del riesgo?<br>Selección de múltiple respuesta | <input checked="" type="checkbox"/> Atención crecimiento y desarrollo<br><input checked="" type="checkbox"/> Citologías<br><input checked="" type="checkbox"/> Mamografías |
| 2. ¿Señale con una X cuáles son grupos de riesgo?<br>Selección de múltiple respuesta                         | <input checked="" type="checkbox"/> Cáncer<br><input checked="" type="checkbox"/> Enfermedades Huerfanos<br><input checked="" type="checkbox"/> Problemas de Salud Mental  |
| 3. ¿Es deber del usuario atender las recomendaciones formuladas en los programas de promoción y prevención?  | SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>                                                                                                         |

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

2. **METODOLOGIA UTILIZADA EN EL CURSO.** Respecto a los métodos y estrategias utilizadas por el facilitador para impartir los contenidos fue (1: Pésimas, 2: Malas, 3: Aceptables, 4: Buenas, 5: Excelentes):

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

3. **GRADO DE MOTIVACIÓN DEL FACILITADOR.** El nivel de participación y de motivación ofrecido por el facilitador fue (1: Muy bajo, 2: Bajo, 3: Regular, 4: Alto, 5: Muy alto):

|   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 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 A. Marcela Acuña P.

FIRMA FACILITADOR [Firma]

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

|                          |                                                                          |
|--------------------------|--------------------------------------------------------------------------|
| <b>MÓDULO:</b>           | CAPACITACION ASODEUS                                                     |
| <b>ÁREA RESPONSABLE:</b> | EXPERIENCIA DEL USUARIO                                                  |
| <b>TEMA:</b>             | Gestión del Riesgo-Deberes-Derechos-Red-Canales de comunicación Coosalud |
| <b>NOMBRE:</b>           | OMAIRA BAIZETO DIAZ                                                      |
| <b>CARGO:</b>            | USUARIO LOCAL                                                            |
| <b>BOYACA:</b>           | BOYACA                                                                   |
| <b>FACILITADOR:</b>      | MARCELA GARCIA                                                           |
| <b>FECHA:</b>            | 24/03/2023                                                               |
| <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. ¿Señale con una X cuáles son programas para identificación del riesgo?<br>Selección de múltiple respuesta | <input checked="" type="checkbox"/> Atención crecimiento y desarrollo<br><input checked="" type="checkbox"/> Citologías<br><input checked="" type="checkbox"/> Mamografías |
| 2. ¿Señale con una X cuáles son grupos de riesgo?<br>Selección de múltiple respuesta                         | <input checked="" type="checkbox"/> Cáncer<br><input checked="" type="checkbox"/> Enfermedades Huerfanos<br><input checked="" type="checkbox"/> Problemas de Salud Mental  |
| 3. ¿Es deber del usuario atender las recomendaciones formuladas en los programas de promoción y prevención?  | SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>                                                                                                         |

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

FIRMA FACILITADOR

  
