

**CONVOCATORIA No 07**

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.

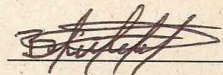
Lugar: OFICINA COOSALUD MIRAFLORES

Fecha: 28/07/2023

Hora: 4:30 PM

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

Atentamente,



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

[illegible]

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

**FECHA** : 28/07/2023  
**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. 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. MARCELA GARCIA, 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 Katherine 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, suele morir 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.

COOSALUD

**Las buenas noticias**

- Algunas de las afecciones de salud mental más frecuentes, como la depresión y la ansiedad, pueden tratarse con terapias de conversación, medicación, o una combinación de ambas.
- Efectuar 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 enormemente cuando sus cuidadores reciben la formación adecuada.
- Los derechos de las personas con afecciones de salud mental pueden protegerse y promoverse mediante legislación y políticas de salud mental, la puesta en marcha de servicios comunitarios asequibles y de calidad, y la participación de personas que han vivido experiencias similares.

## Cómo cuidar de la salud mental en familia

**COOSALUD**  
En Pos de tu bienestar



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.

**COOSALUD**  
En Pos de tu bienestar

**1**

### Desarrollar hábitos saludables

Procurar actividad física, alimentación balanceada, higiene personal, organización del espacio y sueño reparador

**2**

### Establecer rutinas

Destinar horarios para la alimentación, cuidado personal, ocio, trabajo, estudio, labores del hogar, descanso y sueño.

**3**

### Realizar actividades para compartir y fortalecer los vínculos

Jugar, cocinar, comer juntos, conversar, compartir en familia

**4**

### Convivir armónicamente

Llegar a acuerdos, expresar adecuadamente las emociones, reconocer y respetar las de los demás y evitar juzgarlos

**5**

### Mantener una actitud optimista y resiliente

Reconocer las oportunidades en las dificultades, apoyarnos, aprender de las experiencias y reconocer que todo pasa

Valores Coosalud

**CONOCE NUESTROS  
VALORES**

**COOSALUD**

**Que puedes aplicar a tu  
vida**



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, consientan, 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 previsibles 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



### 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 comunicate 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

Déjanos 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**.

## Redes Sociales



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



@coosalud



Coosalud eps



@coosaludeps

5

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 4:30PM en la oficina de COOSALUD EPS.

Para constancia firman 28 de julio de 2023,

| COOSALUD<br>En Pos de tu bienestar |                          | ACTA DE SESIÓN DE ASODEUS |                    | GEU-F-03<br>Act.08<br>2022.sep.23 |
|------------------------------------|--------------------------|---------------------------|--------------------|-----------------------------------|
| NOMBRE                             | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN | CARGO                     | FIRMA              |                                   |
| Martha Cecilia Ros                 | 52859203                 | Fiscal                    | Martha Cecilia Ros |                                   |
| Nelcy Yobana Bohorquez             | 1057410055               | vocal                     | Nelcy Bohorquez    |                                   |
| Oralia Barreto Diaz                | 52095961                 | vocal                     | Oralia Barreto     |                                   |
| Adriana Marcela Ariza              | 52366374                 | secretaria                | Adriana Ariza      |                                   |
| Pedro Pablo Geron                  | 4165204                  | Vicepresidente            | Pedro Pablo Geron  |                                   |
|                                    |                          |                           |                    |                                   |
|                                    |                          |                           |                    |                                   |
|                                    |                          |                           |                    |                                   |
|                                    |                          |                           |                    |                                   |





**EVALUACION DE CAPACITACIONES, INDUCCION Y REINDUCCION**

GTH-F-22  
Act. 09  
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>             | Martha Cecilia Rodríguez                                                                                  |
| <b>CARGO:</b>              | USUARIO - Fiscal                                                                                          |
| <b>SUCURSAL / AGENCIA:</b> | Boyaca                                                                                                    |
| <b>FACILITADOR:</b>        | Marcela 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                                                                                                                                                                                 |
|-----------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. ¿Formas de cómo cuidar la salud mental en familia?<br>Respuesta múltiple | <input checked="" type="checkbox"/> Establecer Rutinas<br><input checked="" type="checkbox"/> Convivir armónicamente<br><input checked="" type="checkbox"/> Desarrollar hábitos saludables |
| 2. ¿Cuáles son los valores Coosalud?<br>Selección de múltiple respuesta     | <input checked="" type="checkbox"/> Justicia<br><input checked="" type="checkbox"/> Honestidad<br><input checked="" type="checkbox"/> Calidad Humana                                       |
| 1. ¿Puedo oponerme a la presunción legal de donar los órganos de mi cuerpo? | <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 X

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

1 2 3 4 5 X

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

|   |   |   |   |                                       |
|---|---|---|---|---------------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 <input checked="" type="checkbox"/> |
|---|---|---|---|---------------------------------------|

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

5. **NIVEL DE ASIMILACION Y COMPROMISO PERSONAL CON LOS TEMAS TRATADOS.** Evalúese a usted mismo en el grado de motivación e interés personal para atender y seguir la capacitación y sus actividades (1: No estuve atento, no 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 <input checked="" type="checkbox"/> |
|---|---|---|---|---------------------------------------|

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

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

|   |   |   |   |                                       |
|---|---|---|---|---------------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 <input checked="" type="checkbox"/> |
|---|---|---|---|---------------------------------------|

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

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

|   |   |   |   |                                       |
|---|---|---|---|---------------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 <input checked="" type="checkbox"/> |
|---|---|---|---|---------------------------------------|

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

---



---



---

FIRMA ASISTENTE

*Martha Cecilia*

FIRMA FACILITADOR

*[Firma]*

|                            |                                                                                                           |
|----------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <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>             | Nery Yohana Bohorquez                                                                                     |
| <b>CARGO:</b>              | USUARIO                                                                                                   |
| <b>SUCURSAL / AGENCIA:</b> | Boyaca                                                                                                    |
| <b>FACILITADOR:</b>        | Marcela 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                                                                                                                                                                                 |
|-----------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. ¿Formas de cómo cuidar la salud mental en familia?<br>Respuesta múltiple | <input checked="" type="checkbox"/> Establecer Rutinas<br><input checked="" type="checkbox"/> Convivir armónicamente<br><input checked="" type="checkbox"/> Desarrollar hábitos saludables |
| 2. ¿Cuáles son los valores Coosalud?<br>Selección de múltiple respuesta     | <input checked="" type="checkbox"/> Justicia<br><input checked="" type="checkbox"/> Honestidad<br><input checked="" type="checkbox"/> Calidad Humana                                       |
| 1. ¿Puedo oponerme a la presunción legal de donar los órganos de mi cuerpo? | <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 ☒

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. **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 ☒

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 ☒

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 ☒

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 ☒

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

1 2 3 4 ☒

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

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

FIRMA ASISTENTE Nely Y. Rodríguez

FIRMA FACILITADOR [Firma]

|                            |                                                                                                           |
|----------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <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>             | <i>Daniela Barreto Díaz</i>                                                                               |
| <b>CARGO:</b>              | USUARIO - VOCAL                                                                                           |
| <b>SUCURSAL / AGENCIA:</b> | Boyaca                                                                                                    |
| <b>FACILITADOR:</b>        | Marcela 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                                                                                                                                                                                 |
|-----------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. ¿Formas de cómo cuidar la salud mental en familia?<br>Respuesta múltiple | <input checked="" type="checkbox"/> Establecer Rutinas<br><input checked="" type="checkbox"/> Convivir armónicamente<br><input checked="" type="checkbox"/> Desarrollar hábitos saludables |
| 2. ¿Cuáles son los valores Coosalud?<br>Selección de múltiple respuesta     | <input checked="" type="checkbox"/> Justicia<br><input checked="" type="checkbox"/> Honestidad<br><input checked="" type="checkbox"/> Calidad Humana                                       |
| 1. ¿Puedo oponerme a la presunción legal de donar los órganos de mi cuerpo? | <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 <input checked="" type="checkbox"/> | 5 |
|---|---|---|---------------------------------------|---|

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

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

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>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>             | Adriana Marcela Akila Pino                                                                                |
| <b>CARGO:</b>              | USUARIO - Secretaria                                                                                      |
| <b>SUCURSAL / AGENCIA:</b> | Boyaca                                                                                                    |
| <b>FACILITADOR:</b>        | Marcela 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                                                                                                                                                                                 |
|-----------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. ¿Formas de cómo cuidar la salud mental en familia?<br>Respuesta múltiple | <input checked="" type="checkbox"/> Establecer Rutinas<br><input checked="" type="checkbox"/> Convivir armónicamente<br><input checked="" type="checkbox"/> Desarrollar hábitos saludables |
| 2. ¿Cuáles son los valores Coosalud?<br>Selección de múltiple respuesta     | <input checked="" type="checkbox"/> Justicia<br><input checked="" type="checkbox"/> Honestidad<br><input checked="" type="checkbox"/> Calidad Humana                                       |
| 1. ¿Puedo oponerme a la presunción legal de donar los órganos de mi cuerpo? | <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 | <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"/> 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: Muñ 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. Nájera Acila P.

FIRMA FACILITADOR [Firma]

|                     |                                                                                                           |
|---------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| MÓDULO:             | CAPACITACION                                                                                              |
| ÁREA RESPONSABLE:   | EXPERIENCIA DEL USUARIO                                                                                   |
| TEMA:               | Salud Mental, mejores vivencias en familia-Valores Coosalud-Derechos-Red-Canales de comunicación Coosalud |
| NOMBRE:             | Pedro Pablo Garzón Huñes                                                                                  |
| CARGO:              | USUARIO Vicepresidente                                                                                    |
| SUCURSAL / AGENCIA: | Boyaca                                                                                                    |
| FACILITADOR:        | Marcela García                                                                                            |
| FECHA:              | 28/07/2023                                                                                                |
| CALIFICACIÓN:       |                                                                                                           |

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

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

FIRMA FACILITADOR