

CONVOCATORIA No 4

ASOCIACIÓN DE USUARIOS DEL MUNICIPIO DE MONQUIRA 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 nuestro municipio, con el fin de dar a conocer los avances que hemos tenido en nuestro plan de acción y brindar otros conocimientos que consideramos de interés compartir con cada uno de ustedes.

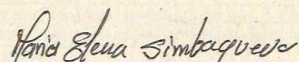
Lugar: Oficina Coosalud Monquirá

Fecha: 28 de abril 2023

Hora: 2: 00 Pm – 3:00Pm

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

Atentamente,


MARIA ELENA SIMBAQUEVA DE JIMENEZ
PRESIDENTE ASOCIACION DE USUARIOS

**REUNIÓN DE LA ASOCIACIÓN DE USUARIOS, ASODEUS DE
COOSALUD EPS
MUNICIPIO DE MONQUIRA BOYACA**

FECHA : 28/04/2023

LUGAR : Oficina de COOSALUD EPS-S

HORA : 2:00 P.M.

ASISTENTES : (Se anexa firma de los asistentes).

OBJETIVO : Reunión ordinaria de la Asociación de Usuarios.

Agenda programada para el día:

1. Bienvenida
2. Exposición de los temas preparados para el día: Afiliación y novedades – Participación Social - Derechos- Red de prestadores - Canales de comunicación Coosalud
3. Evaluación de la sesión
4. Apertura del Buzón de sugerencias
5. Programación de la próxima reunión

DESARROLLO DE LA REUNIÓN

1. Ana María Reyes Gutiérrez y Viviana Sanchez Sandoval colaboradoras 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 Ana María Reyes Gutiérrez y Viviana Sanchez Sandoval colaboradoras de Coosalud EPS.

TEMAS DEL MES:

Afiliaciones y Novedades

¿Cómo se efectúa la afiliación al SGSSS?

Mediante el registro en el SAT y la inscripción a una sola Entidad Promotora de Salud-EPS o Entidad Obligada a Compensar-EOC. Hasta tanto entre en operación el SAT, la afiliación se efectuará con el diligenciamiento, suscripción y radicación en la EPS del Formulario Único de Afiliación y Registro de Novedades al Sistema General de Seguridad Social en Salud –SGSSS, hoy adoptado en la Resolución 974 de 2016 del Ministerio de Salud y Protección Social.

¿Quiénes están obligados afiliarse al SGSSS?

Todos los residentes en Colombia, salvo aquellas personas que cumplan los requisitos para pertenecer a uno de los Regímenes Exceptuados o Especiales establecidos legalmente.

Sin importar el tipo de afiliado que se vaya a vincular, siempre se realizan los siguientes pasos:



¿Cuándo se produce la desafiliación al SGSSS?

La desafiliación al Sistema sólo se producirá por el fallecimiento del afiliado.

AFILIACIÓN

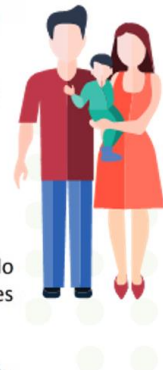
Afiliación del Recién Nacido

¿Cuándo se realiza la afiliación del recién nacido?

- ✓ Todo recién nacido desde su nacimiento quedará afiliado y será inscrito en la EPS donde se encuentre inscrita la madre incluso las EPS del Régimen especial o Excepción.
- ✓ En caso de fallecimiento de la madre al momento del parto, quedará inscrito en la EPS del padre o en la EPS de quien tenga a su cargo el cuidado personal o detente su custodia.
- ✓ Si el padre tiene la calidad de cotizante al régimen contributivo éste podrá tramitar la novedad de inclusión como su beneficiario después del primer mes de vida.

¿Qué documento se necesita para la afiliación del recién nacido?

- ✓ El Registro Civil de Nacimiento o en su defecto, el Certificado de Nacido Vivo.
- ✓ En todo caso, los padres del recién nacido o en ausencia de éstos quien tenga su custodia o cuidado personal deberán aportar el registro civil de nacimiento a más tardar dentro de los tres (3) meses siguientes a su nacimiento.
- ✓ Cuando la madre ostente la calidad de beneficiaria, el recién nacido se inscribirá como un beneficiario más del núcleo familiar.



TIPOS DE NOVEDADES DE AFILIACIÓN

COOSALUD
En Pos de tu bienestar

¿Qué es un traslado?

Es el proceso que se efectúa cuando el afiliado desea cambiar de Entidad Promotora de Salud (EPS).



CONDICIONES PARA REALIZAR UN TRASLADO EFECTIVO



EXCEPCIONES

De acuerdo al Decreto 2353 existen algunas excepciones con las que los usuarios pueden solicitar el traslado a otra EPS sin haber cumplido el tiempo de permanencia en su actual EPS.



PARTICIPACION SOCIAL EN SALUD

PARTICIPACIÓN SOCIAL EN SALUD

COOSALUD
En Pos de tu bienestar

La participación comprende las acciones colectivas mediante las cuales la población enfrenta los retos de la realidad, identifica y analiza sus problemas, formula y negocia propuestas y satisface las necesidades en materia de salud, de una manera deliberada, democrática y concertada.



ASODEUS



**DERECHOS Y DEBERES
DE LOS USUARIOS**

¿Cuál es el objetivo?

Es velar por el derecho que tienen los usuarios de disfrutar los servicios de salud con calidad y oportunidad, a través del trato digno y el respeto, así como canalizar las sugerencias, inquietudes y reclamos de los usuarios en pro de la eficiencia y eficacia de los servicios de salud y de la satisfacción de la experiencia de los usuarios.

Derechos de los pacientes: Atención médica

DERECHOS

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

Atención médica accesible, idónea, de calidad y eficaz

- Acceder, en condiciones de calidad y oportunidad y sin restricción a las actividades, procedimientos, intervenciones, insumos y medicamentos incluidos en el Plan de Beneficios en Salud.
- Acceder a las pruebas y exámenes diagnósticos indispensables para determinar si requiere o no un servicio de salud. Hay que indicar que el derecho a acceder a un servicio de salud que requiere un niño o una niña para conservar su vida, su dignidad, y su integridad, así como para desarrollarse armónica e integralmente, están especialmente protegidos. Se entiende por niña o niño, toda persona menor de 18 años. En caso de ser adolescentes, esto es, personas entre 12 y 18 años, deba reconocérseles el derecho frente a la reserva y confidencialidad de su historia clínica en el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos.

COOSALUD

DERECHOS

Atención médica accesible, idónea, de calidad y eficaz

- Recibir la atención de urgencias que sea requerida con la oportunidad que tu condición amerite sin que sea exigible documento o cancelación de pago previo alguno, ni sea obligatoria la atención en una Institución Prestadora de Servicios de Salud de la red definida por la Entidad Promotora de Salud.
- Los pagos moderadores no pueden constituir barreras al acceso a los servicios de salud para las personas que no tienen la capacidad económica de acuerdo con la estratificación socioeconómica de soportar el pago de este.
- Recibir durante todo el proceso de la enfermedad, la mejor asistencia médica disponible en la red y el cuidado paliativo de acuerdo con su enfermedad o condición, incluyendo la atención en la enfermedad incurable avanzada o la enfermedad terminal garantizando que se respeten los deseos del paciente frente a las posibilidades que la IPS tratante ofrece. Agotar las posibilidades razonables de tratamiento para la superación de su enfermedad y a recibir, durante todo el proceso de la enfermedad incluyendo el final de la vida, la mejor asistencia médica disponible por personal de la salud debidamente competente y autorizado para su ejercicio.

COOSALUD

CANALES DE COMUNICACIÓN DE COOSALUD EPS.



Redes Sociales



COOSALUD

www.coosalud.com



@coosalud



Coosalud eps



@coosaludeps

RED DE PRESTADORES COOSALUD EPS.

	1 NIVEL	RED COMPLEMENTARIA	ALTO COSTO
BERBEO	ESE CENTRO DE SALUD JUAN FRANCISCO BERBEO	ESE HOSPITAL REGIONAL DE MIRAFLORES ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA ESE HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUEIRA ESE HOSPITAL REGIONAL DE CHIQUINQUIRA ESE HOSPITAL SAN ANTONIO DE SOATA ESE HOSPITAL DEL SARARE ESE HOSPITAL REGIONAL DE DUITAMA ESE HOSPITAL REGIONAL DE SOGAMOSO	CLINICA CANEROLO GICA BOYACA Cáncer
BELEN	ESE CENTRO DE SALUD "NUESTRA SEÑORA DE BELEN"	CARVAJAL LABORATORIOS IPS S.A.S. COLCAN SIREB LTDA. HEALTH & LIFE IPS SAS SIGLA H&L UCC SAS MEDISENS SAS MEDILASER CENTRO DE DIAGNOSTICO AVANZADO SAS MULTI IMÁGENES MÉDICAS S.A.S SUBRED NORTE E.S.E SUBRED CENTRO ORIENTE E.S.E SUBRED SUR E.S.E.	MEGASALUD VIH
BOYACA	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE SALUD SAN JOSE	INSTITUTO ROOSEVELT EUSALUD Materno Ortopedia RED HUMANA PROFAMILIA LA CARDIO OIR LINEA HOSPITALARIA	FRSENIUS NEFROBOY ACA Renal
CAMPOHERMOSO	E.S.E CENTRO DE SALUD CAMPOHERMOSO	MODELOS Salud Mental HEALTH & LIFE Salud Visual – OPTISALUD Odontología Especializada - ODONTOMEDICOS GRUALBA SAS	CLINIMEDIC Artritis
BARBOSA	HOSPITAL INTEGRADO SAN BERNARDO FUNDACION SOCIAL BIOSSANAR	EXCLUSIVO HOMI Cáncer pediátrico	SINAPSIS Hemofilia
BUENAVISTA	ESE CENTRO DE SALUD SANTA ISABEL BUENAVISTA	EXCLUSIVO FSB Trasplantes	LIFE AVANCEMOS Cuidado crónico y domiciliario
CERINZA	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE SALUD CERINZA	OPERADORES LOGÍSTICOS Salud en su domicilio Tunja Albergue Videlsa – Boyacá Soluciones integrales en salud- Transporte (Apoyo Logístico)	
CHIQUINQUIRA	ESE HOSPITAL REGIONAL DE CHIQUINQUIRA	Ambul. Medic Global Life	
CHITARAQUE	ESE CENTRO DE SALUD DE CHITARAQUE	OXICARE Oxígeno Bihospharma/ Discolmedica - Boyacá Pharmasan - Barbosa	
	1 NIVEL	RED COMPLEMENTARIA	ALTO COSTO
CIENEGA	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO PUESTO DE SALUD DE CIENEGA	ESE HOSPITAL REGIONAL DE MIRAFLORES ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA ESE HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUEIRA ESE HOSPITAL REGIONAL DE CHIQUINQUIRA ESE HOSPITAL SAN ANTONIO DE SOATA ESE HOSPITAL DEL SARARE ESE HOSPITAL REGIONAL DE DUITAMA ESE HOSPITAL REGIONAL DE SOGAMOSO	CLINICA CANEROLO GICA BOYACA Cáncer
COMBITA	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE SALUD DE COMBITA	CARVAJAL LABORATORIOS IPS S.A.S. COLCAN SIREB LTDA. HEALTH & LIFE IPS SAS SIGLA H&L UCC SAS MEDISENS SAS MEDILASER CENTRO DE DIAGNOSTICO AVANZADO SAS MULTI IMÁGENES MÉDICAS S.A.S SUBRED NORTE E.S.E SUBRED CENTRO ORIENTE E.S.E SUBRED SUR E.S.E.	MEGASALUD VIH
COVARACHIA	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN ANTONIO DE SOATA	INSTITUTO ROOSEVELT EUSALUD Materno Ortopedia RED HUMANA PROFAMILIA LA CARDIO OIR LINEA HOSPITALARIA	FRSENIUS NEFROBOY ACA Renal
CUBARA	HOSPITAL ESPECIAL DE CUBARA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	MODELOS Salud Mental HEALTH & LIFE Salud Visual – OPTISALUD Odontología Especializada - ODONTOMEDICOS GRUALBA SAS	CLINIMEDIC Artritis
DUITAMA	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO SALUD DEL TUNDAMA GRUPO LABZELL AVA	EXCLUSIVO HOMI Cáncer pediátrico	SINAPSIS Hemofilia
GACHANTIVA	E.S.E. CS SAN ANTONIO DE PADUA ESE HOSPITAL SAN FRCO DE VILLA DE LEYVA	EXCLUSIVO FSB Trasplantes	LIFE AVANCEMOS Cuidado crónico y domiciliario
LA VICTORIA	ESE HOSPITAL REGIONAL DE CHIQUINQUIRA	OPERADORES LOGÍSTICOS Salud en su domicilio Tunja Albergue Videlsa – Boyacá Soluciones integrales en salud- Transporte (Apoyo Logístico)	
MARIPI	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO RAFAEL SALGADO DE MARIPI	Ambulancias Medic Global Life	
MIRAFLORES	HOSPITAL REGIONAL DE MIRAFLORES EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	OXICARE Oxígeno Bihospharma/ Discolmedica - Boyacá Drogueria Galena - Cúcuta	

	1 NIVEL	RED COMPLEMENTARIA	ALTO COSTO
MONGUI	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL LAS MERCEDES DE MONGUI	ESE HOSPITAL REGIONAL DE MIRAFLORES ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA ESE HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUEIRA ESE HOSPITAL REGIONAL DE CHIQUINQUIRA ESE HOSPITAL SAN ANTONIO DE SOATA ESE HOSPITAL DEL SARARE ESE HOSPITAL REGIONAL DE DUITAMA ESE HOSPITAL REGIONAL DE SOGAMOSO	CLINICA CANEROLO GICA BOYACA Cáncer
MONIQUEIRA	HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUEIRA ESE		MEGASALUD VIH
MUZO	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SANTA ANA		FRSENIUS NEFROBOY ACA Renal
OICATA	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO PUESTO DE SALUD OICATÁ	INSTITUTO ROOSEVELT EUSALUD Materno Ortopedia RED HUMANA LA CARDIO PROFAMILIA OIR LINEA HOSPITALARIA	CLINIMEDIC Artritis
PAEZ	Empresa Social del Estado Jorge González Olmos	MODELOS Salud Mental HEALTH & LIFE Salud Visual – OPTISALUD Odontología Especializada - ODONTOMEDICOS GRUALBA SAS	SINAPSIS Hemofilia
PAIPA	E.S.E. HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE PAIPA		AVANCEMOS Cuidado crónico y domiciliario
PAJARITO	HOSPITAL REGIONAL DE SOGAMOSO EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	EXCLUSIVO HOMI Cáncer pediátrico EXCLUSIVO FSB Trasplantes	
PAUNA	ESE CENTRO DE SALUD EDGAR ALONSO PULIDO SOLANO	OPERADORES LOGÍSTICOS Tunja Albergue Videlsa – Soluciones integrales en salud- Transporte (Apoyo Logístico)	
PAYA	ESE CENTRO DE SALUD NUESTRA SEÑORA DE LA PAZ	OXICARE Oxígeno Ambulancias Medic GlobalLife MDCMTO ESE PAIPA PAUNA Bihospharma / Discolmedica - Boyacá	

	1 NIVEL	RED COMPLEMENTARIA	ALTO COSTO
QUIPAMA	ESE CENTRO DE SALUD NUESTRA SEÑORA DE LA PAZ	ESE HOSPITAL REGIONAL DE MIRAFLORES ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA ESE HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUEIRA ESE HOSPITAL REGIONAL DE CHIQUINQUIRA ESE HOSPITAL SAN ANTONIO DE SOATA ESE HOSPITAL DEL SARARE ESE HOSPITAL REGIONAL DE DUITAMA ESE HOSPITAL REGIONAL DE SOGAMOSO	CLINICA CANEROLO GICA BOYACA Cáncer
RAMIRIQUI	ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE RAMIRIQUI		MEGASALUD VIH
SABOYA	ESE CENTRO DE SALUD SAN VICENTE FERRER		FRSENIUS NEFROBOY ACA Renal
SAMACA	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SANTA MARTA DE SAMACA	INSTITUTO ROOSEVELT EUSALUD Materno Ortopedia RED HUMANA LA CARDIO PROFAMILIA OIR LINEA HOSPITALARIA	CLINIMEDIC Artritis
SAN EDUARDO	ESE CENTRO DE SALUD JAIME DIAZ PEREZ	MODELOS Salud Mental HEALTH & LIFE Salud Visual – OPTISALUD Odontología Especializada - ODONTOMEDICOS GRUALBA SAS	SINAPSIS Hemofilia
SAN PABLO B	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE SALUD SAN PABLO DE BORBUR		AVANCEMOS Cuidado crónico y domiciliario
SOCHA	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS DE SOCHA	EXCLUSIVO HOMI Cáncer pediátrico EXCLUSIVO FSB Trasplantes	
SOGAMOSO	SALUD SOGAMOSO EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	OPERADORES LOGÍSTICOS Tunja Albergue Videlsa – Soluciones integrales en salud- Transporte (Apoyo Logístico)	
TOTA	ESE CENTRO DE SALUD DE TOTA	OXICARE Oxígeno Ambulancias Medic GlobalLife MDCMTO ESE SAN EDUARDO RAMIRIQUI SAN Bihospharma / Discolmedica - Boyacá	

Información general

TUS PREGUNTAS NOS IMPORTAN, nuevamente se da a conocer la línea #922, la línea 018000515611 y contacto y WhatsApp de la gestora municipal de Moniquirá 3102018747, así como el correo electrónico: lasanchez@coosalud.com. Se recalca la importancia de estar comunicados constantemente y utilizar nuestras líneas



Así mismo se informa que a través de nuestra página en Internet www.coosalud.com podrá acceder a toda la información que requiera:

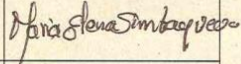
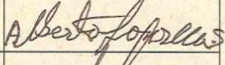
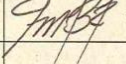
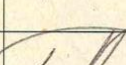
- A. Consulta de afiliados
- B. Red de Servicios
- C. Correo del defensor del usuario para interponer quejas y reclamos (defensorusuario@coosalud.com)
- D. Descargar certificado de Afiliación
- E. Solicitud de Portabilidad
- F. Directorio oficinas de Coosalud a nivel Nacional
- G. Temas de Interés en Salud

Lineas de contacto de del Hospital Regional de Moniquira para el servicio de urgencias, consulta externa para atenciones de I Y II nivel y programas de promocion y prevencion.



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 26 del mes de mayo del año 2023 a las 2:00PM en la oficina de COOSALUD EPS

En constancia firman,

NOMBRE	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CARGO	FIRMA
SIMBAQUEVA DE JIMENEZ MARIA ELENA	23779410	PRESIDENTE	
FONSECA SANDOVAL ALBERTO	7164096	VICEPRESIDENTE	
BALLESTEROS RODRIGUEZ GILBERTO	14265095	FISCAL	
REVUELTA BUELVAS JULIO ENRIQUE	1068386408	SECRETARIO	
RAMIREZ DE RUIZ LUZ MARINA	23778869	VOCAL	
RUANO PINZON SANDRA PATRICIA	23782107	VOCAL	


FIRMA DEL CAPACITADOR

Con la firma del presente documento manifiesto que autorizo a COASALUD 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 verificación 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.coasallud.com, y de conformidad con esta, mis datos personales podrán ser suprimidos cuando no exista deber legal o contractual de conservarlos.

2 de Julio
5:00
Psicología

EVIDENCIAS FOTOGRAFICAS





EVALUACIONES

COOSALUD En Pos de tu bienestar		EVALUACION DE CAPACITACIONES, INDUCCION Y REINDUCCION	GTH-F-22 Act. 09 2020.nov.06
MÓDULO:	CAPACITACION ASODEUS		
ÁREA RESPONSABLE:	EXPERIENCIA DEL USUARIO		
TEMA:	Afiliación y Novedades- Participación Social-Derechos-Red-Canales de comunicación Coosalud		
NOMBRE:	Ana Elena Simbaqueva		
CARGO:	USUARIO Presidenta		
SUCURSAL / AGENCIA:	Boyacá - Moniquirá		
FACILITADOR:	VIVIANA SANCHEZ - ANA MATIA REYES		
FECHA:	27/04/2023		
CALIFICACIÓN:			

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

PREGUNTAS	RESPUESTAS
1. ¿La participación social permite negociar propuestas de forma democrática?	SI NO
2. ¿En un derecho de nuestros afiliados? Selección de múltiple respuesta	☒ Acceder a los servicios con calidad y oportunidad. ☒ Ser atendido en urgencias sin necesidad del documento de identidad. ☒ Recibir cuidado paliativo acorde a la enfermedad.
3. ¿Qué documento se requiere para afiliar un recién nacido? Selección de múltiple respuesta	☐ Registro Civil de Nacimiento ☒ Certificado de Nacido vivo ☐ cédula de la abuela del recién nacido

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:**

*Nota. Agradecida x Tan Valiosa. Capacitación
seria bueno que nos facilitaran un carnet de
identificación*

FIRMA ASISTENTE *Olivia Elena Simbagueña*

FIRMA FACILITADOR *[Firma]*

COOSALUD En Pos de tu bienestar		EVALUACION DE CAPACITACIONES, INDUCCION Y REINDUCCION	GTH-F-22 Act. 09 2020.nov.06
MÓDULO:	CAPACITACION ASODEUS		
ÁREA RESPONSABLE:	EXPERIENCIA DEL USUARIO		
TEMA:	Afiliación y Novedades- Participación Social-Derechos-Red-Canales de comunicación Coosalud		
NOMBRE:	<i>Alberto Gonzalez</i>		
CARGO:	USUARIO <i>Vicepresidente</i>		
SUCURSAL / AGENCIA:	Boyacá - Moniquirá		
FACILITADOR:	VIVIANA SANCHEZ - ANA MATIA REYES		
FECHA:	27/04/2023		
CALIFICACIÓN:			

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

PREGUNTAS	RESPUESTAS
1. ¿La participación social permite negociar propuestas de forma democrática?	SI ☒ NO ☐
2. ¿En un derecho de nuestros afiliados? Selección de múltiple respuesta	☒ Acceder a los servicios con calidad y oportunidad. ☒ Ser atendido en urgencias sin necesidad del documento de identidad. ☒ Recibir cuidado paliativo acorde a la enfermedad.
3. ¿Qué documento se requiere para afiliar un recién nacido? Selección de múltiple respuesta	☒ Registro Civil de Nacimiento ☒ Certificado de Nacido vivo ☐ cédula de la abuela del recién nacido

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:**

Todo está muy bien como está

FIRMA ASISTENTE

[Firma]

FIRMA FACILITADOR

[Firma]

COOSALUD En Pos de tu bienestar		EVALUACION DE CAPACITACIONES, INDUCCION Y REINDUCCION	GTH-F-22 Act. 09 2020.nov.06
MÓDULO:	CAPACITACION ASODEUS		
ÁREA RESPONSABLE:	EXPERIENCIA DEL USUARIO		
TEMA:	Afilación y Novedades- Participación Social-Derechos-Red-Canales de comunicación Coosalud		
NOMBRE:	<i>Gerberto Ballester Rodríguez</i>		
CARGO:	USUARIO - <i>fiscal</i>		
SUCURSAL / AGENCIA:	Boyacá - Moniquirá		
FACILITADOR:	VIVIANA SANCHEZ - ANA MATIA REYES		
FECHA:	27/04/2023		
CALIFICACIÓN:			

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

PREGUNTAS	RESPUESTAS
1. ¿La participación social permite negociar propuestas de forma democrática?	SI ☒ NO ☐
2. ¿En un derecho de nuestros afiliados? Selección de múltiple respuesta	☐ Acceder a los servicios con calidad y oportunidad. ☒ Ser atendido en urgencias sin necesidad del documento de identidad. ☐ Recibir cuidado paliativo acorde a la enfermedad.
3. ¿Qué documento se requiere para afiliar un recién nacido? Selección de múltiple respuesta	☒ Registro Civil de Nacimiento ☒ Certificado de Nacido vivo ☐ cédula de la abuela del recién nacido

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:**

Solo esperamos buenas noticias en cuanto al mayor problema del cual la gente se queja: los medicamentos.

FIRMA ASISTENTE

FIRMA FACILITADOR

MÓDULO:	CAPACITACION ASODEUS
ÁREA RESPONSABLE:	EXPERIENCIA DEL USUARIO
TEMA:	Afiliación y Novedades- Participación Social-Derechos-Red-Canales de comunicación Coosalud
NOMBRE:	Luz Marina Ramirez
CARGO:	USUARIO Vocal
SUCURSAL / AGENCIA:	Boyacá - Moniquirá
FACILITADOR:	VIVIANA SANCHEZ - ANA MATIA REYES
FECHA:	27/04/2023
CALIFICACIÓN:	

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

PREGUNTAS	RESPUESTAS
1. ¿La participación social permite negociar propuestas de forma democrática?	SI ☒ NO ☐
2. ¿En un derecho de nuestros afiliados? Selección de múltiple respuesta	☒ Acceder a los servicios con calidad y oportunidad. ☒ Ser atendido en urgencias sin necesidad del documento de identidad. ☒ Recibir cuidado paliativo acorde a la enfermedad.
3. ¿Qué documento se requiere para afiliar un recién nacido? Selección de múltiple respuesta	☒ Registro Civil de Nacimiento ☒ Certificado de Nacido vivo ☐ cédula de la abuela del recién nacido

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:**

Solicitamos el carnet que nos identifique como Asociados

FIRMA ASISTENTE

[Firma]

FIRMA FACILITADOR

[Firma]