

CONVOCATORIA No 8

ASOCIACIÓN DE USUARIOS DEL MUNICIPIO DE MONIQUIRA 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.

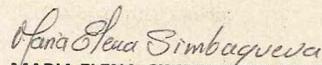
Lugar: Oficina Coosalud Monquirá

Fecha: 31 de agosto 2023

Hora: 2: 30 Pm – 3:30Pm

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

Atentamente,


MARIA ELENA SIMBAQUÉVA DE JIMENEZ

PRESIDENTE ASOCIACION DE USUARIOS

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

FECHA : 31/08/2023
LUGAR : Oficina de COOSALUD EPS-S
HORA : 8:00AM A 12:00 P.M.
ASISTENTES : (Se anexan fotos de la reunión virtual).
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. Portabilidad.
 - B. Deber: Brindar información
 - C. Derechos de los pacientes: A la confidencialidad
 - 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. Ana María Reyes Gutiérrez y Viviana Sanchez Sandoval colaboradoras de COOSALUD EPS, da la bienvenida a los participantes, agradecen 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:

PORTABILIDAD**PORTABILIDAD****¿Qué es?**

La portabilidad es la garantía que se da a los ciudadanos para acceder a los servicios de salud sin trámites excesivos e innecesarios, en cualquier parte del territorio nacional, cuando el afiliado y/o su núcleo familiar se van a vivir temporalmente a un municipio diferente a aquel en donde se afiliaron a la EPS o donde habitualmente reciben los servicios de salud.

COOSALUD

¿Qué es la emigración ocasional?

Es cuando el afiliado y/o su núcleo familiar se trasladan temporalmente del municipio donde realizaron la afiliación a la EPS o donde habitualmente reciben los servicios de salud, por un período no mayor de un (1) mes.

**¿Qué es la emigración temporal?**

Es cuando el afiliado y/o su núcleo familiar se trasladan temporalmente del municipio donde realizaron la afiliación a la EPS o donde habitualmente reciben los servicios de salud, por un período superior a un (1) mes e inferior a doce (12) meses.

¿Cómo puedo solicitar mi derecho a la portabilidad?

Un afiliado podrá solicitar ante su EPS mediante la línea telefónica de atención al usuario, por escrito, por correo electrónico exclusivo para trámites de portabilidad, personalmente o a través de cualquier otro medio disponible, la asignación de una IPS primaria en un municipio diferente al domicilio de afiliación. En ningún caso la EPS podrá exigir la presentación personal del afiliado para el trámite de portabilidad.



COOSALUD

Deber de los afiliados

Deber

COOSALUD

Brindar la información requerida para la atención médica



COOSALUD

Derechos de los afiliados: A la confidencialidad

DERECHOS

COOSALUD

A la confidencialidad

- A que la historia clínica sea tratada de manera confidencial y reservada y que únicamente pueda ser conocida por terceros, previa autorización del paciente o en los casos previstos en la ley.
- A que, 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.
- Recibir o rehusar apoyo espiritual o moral cualquiera sea el culto religioso que profese o si no profesa culto alguno

COOSALUD

CANALES DE COMUNICACIÓN DE COOSALUD EPS.

 <p>Línea #922</p> <p>Diseñamos este canal para brindarte una mejor experiencia. Marcando gratis desde tu celular (Movistar, Tigo o Claro), puedes hacer consultas y presentar PQRS.</p>	 <p>Línea fija</p> <p>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.</p>	 <p>Sitio web</p> <p>Déjanos tus inquietudes o tus peticiones, quejas, reclamos y sugerencias (PQRS) diligenciando este formulario al que puedes acceder cualquier día, las 24 horas.</p>	 <p>Redes sociales</p> <p>Interactúa con nosotros, mantente informado sobre Coosalud y temas de bienestar a través de nuestras cuentas de Twitter, Facebook e Instagram.</p>	 <p>Correo</p> <p>Puedes enviar tus peticiones, quejas y reclamos al siguiente correo: defensorusuario@coosalud.com.</p>
--	--	---	--	--

Redes Sociales



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.
BOYACA	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE SALUD SAN JOSE	INSTITUTO ROOSEVELT EUSALUD Materno Ortopedia RED HUMANA PROFAMILIA LINEA HOSPITALARIA LA CARDIO OIR	FRSENIUS NEFROBOYACA Renal
CAMPOHERMOSO	E.S.E CENTRO DE SALUD CAMPOHERMOSO		MODELOS Salud Mental HEALTH & LIFE Salud Visual – OPTISALUD Odontología Especializada - ODONTOMEDICOS GRUALBA SAS
BARBOSA	HOSPITAL INTEGRADO SAN BERNARDO FUNDACION SOCIAL BIOSANAR	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	
CHIQUINQUIRA	ESE HOSPITAL REGIONAL DE CHIQUINQUIRA	Salud en su domicilio Tunja Albergue Videlsa –	
CHITARAQUE	ESE CENTRO DE SALUD DE CHITARAQUE	OXICARE Oxígeno Ambul. Medic Global Life BUENAVISTA BOYACA 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.
COVARACHIA	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN ANTONIO DE SOATA	INSTITUTO ROOSEVELT EUSALUD Materno Ortopedia RED HUMANA PROFAMILIA LINEA HOSPITALARIA LA CARDIO OIR	FRSENIUS NEFROBOYACA Renal
CUBARA	HOSPITAL ESPECIAL DE CUBARA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO		MODELOS Salud Mental HEALTH & LIFE Salud Visual – OPTISALUD Odontología Especializada - ODONTOMEDICOS GRUALBA SAS
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	
MARIPI	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO RAFAEL SALGADO DE MARIPI	Tunja Albergue Videlsa –	
MIRAFLORES	HOSPITAL REGIONAL DE MIRAFLORES EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	OXICARE Oxígeno Ambulancias Medic Global Life CIENEGA GACHANTIVA Bihospharma / Discolmedica - Boyacá Drogueria Galena -	

	1 NIVEL	RED COMPLEMENTARIA	ALTO COSTO
MONGUI	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL LAS MERCEDES DE MONGUI	<p>ESE HOSPITAL REGIONAL DE MIRAFLORES ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA</p> <p>ESE HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA 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</p> <p>CARVAJAL LABORATORIOS IP5 S.A.S. COLCAN SIREB LTDA. HEALTH & LIFE IP5 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.</p> <p>INSTITUTO ROOSEVELT EUSALUD Materno Ortopedia RED HUMANA PROFAMILIA LINEA HOSPITALARIA LA CARDIO OIR</p> <p>MODELOS Salud Mental HEALTH & LIFE Salud Visual – OPTISALUD Odontología Especializada - ODONTOMEDICOS GRUALBA SAS</p> <p>EXCLUSIVO HOMI Cáncer pediátrico</p> <p>EXCLUSIVO FSB Trasplantes</p> <p>OPERADORES LOGÍSTICOS</p> <p>Tunja Albergue Videlsa – Biospharma / Discolmédica - Boyacá</p> <p>OXICARE Oxígeno Ambulancias Medic Global Life MDCMTO ESE PAIPA PAUNA Biospharma / Discolmédica - Boyacá</p>	CLINICA CANEROLO GICA BOYACA Cáncer
MONIQUIRA	HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA ESE		MEGASALUD VIH
MUZO	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SANTA ANA		FRSENIUS NEFROBOYACA Renal
OICATA	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO PUESTO DE SALUD OICATÁ		CLINIMEDIC Artritis
PAEZ	Empresa Social del Estado Jorge González Olmos		SINAPSIS Hemofilia
PAIPA	E.S.E. HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE PAIPA		LIFE AVANCEMOS Cuidado crónico y domiciliario
PAJARITO	HOSPITAL REGIONAL DE SOGAMOSO EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO		
PAUNA	ESE CENTRO DE SALUD EDGAR ALONSO PULIDO SOLANO		
PAYA	ESE CENTRO DE SALUD NUESTRA SEÑORA DE LA PAZ		

	1 NIVEL	RED COMPLEMENTARIA	ALTO COSTO
QUIPAMA	ESE CENTRO DE SALUD NUESTRA SEÑORA DE LA PAZ	<p>ESE HOSPITAL REGIONAL DE MIRAFLORES ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA</p> <p>ESE HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA 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</p> <p>CARVAJAL LABORATORIOS IP5 S.A.S. COLCAN SIREB LTDA. HEALTH & LIFE IP5 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.</p> <p>INSTITUTO ROOSEVELT EUSALUD Materno Ortopedia RED HUMANA PROFAMILIA LINEA HOSPITALARIA LA CARDIO OIR</p> <p>MODELOS Salud Mental HEALTH & LIFE Salud Visual – OPTISALUD Odontología Especializada - ODONTOMEDICOS GRUALBA SAS</p> <p>EXCLUSIVO HOMI Cáncer pediátrico</p> <p>EXCLUSIVO FSB Trasplantes</p> <p>OPERADORES LOGÍSTICOS</p> <p>Tunja Albergue Videlsa – Biospharma / Discolmédica - Boyacá</p> <p>OXICARE Oxígeno Ambulancias Medic Global Life MDCMTO ESE SAN EDUARDO RAMIRIQUI SAN</p>	CLINICA CANEROLO GICA BOYACA Cáncer
RAMIRIQUI	ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE RAMIRIQUI		MEGASALUD VIH
SABOYA	ESE CENTRO DE SALUD SAN VICENTE FERRER		FRSENIUS NEFROBOYACA Renal
SAMACA	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SANTA MARTA DE SAMACA		CLINIMEDIC Artritis
SAN EDUARDO	ESE CENTRO DE SALUD JAIME DIAZ PEREZ		SINAPSIS Hemofilia
SAN PABLO B	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE SALUD SAN PABLO DE BORBUR		LIFE AVANCEMOS Cuidado crónico y domiciliario
SOCHA	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS DE SOCHA		
SOGAMOSO	SALUD SOGAMOSO EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO		
TOTA	ESE CENTRO DE SALUD DE TOTA		

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

Para constancia firman 31 de agosto de 2023,

En constancia firman,

NOMBRE	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CARGO	FIRMA
SIMBAQUEVA DE JIMENEZ MARIA ELENA	23779410	PRESIDENTE	<i>Maria Elena Simbaqueva</i>
FONSECA SANDOVAL ALBERTO	7164096	VICEPRESIDENTE	<i>Alberto Fonseca</i>
BALLESTEROS RODRIGUEZ GILBERTO	14265095	FISCAL	<i>Gm B.</i>
REVUELTA BUELVAS JULIO ENRIQUE	1068386408	SECRETARIO	NO ASISTIO
RAMIREZ DE RUIZ LUZ MARINA	23778869	VOCAL	NO ASISTIO
RUANO PINZON SANDRA PATRICIA	23782107	VOCAL	<i>Sandra Ruano</i>

COOSALUD En Pos de tu bienestar		LISTADO DE ASISTENCIA		GTH-F.25 Act. 06 2020.nov.06	
CAPACITACION <input checked="" type="checkbox"/>	INDUCCION <input type="checkbox"/>	ENTRENAMIENTO <input type="checkbox"/>	SOCIALIZACIÓN DE DOCUMENTOS <input type="checkbox"/>	ACTIVIDAD <input type="checkbox"/>	
31 DE AGOSTO 2023					
LUGAR: OFICINA COOSALUD MONQUIRA					
TEMAS INCLUIDOS: Portabilidad-Derechos-Derechos-Red-Canales de comunicación Coosalud					
CAPACITADOR(ES): VIVIANA SANCHEZ SANDOVAL - ANA MARIA REYES					
TIPO DE CAPACITADOR:		INTERNO <input type="checkbox"/>	EXTERNO <input type="checkbox"/>	HORA DE INICIO: 2:30PM	HORA FINAL: 3:30PM
ASISTENTE	CARGO	SUCURSAL	FIRMA		
SIMBAQUEVA DE JIMENEZ MARIA ELENA	PRESIDENTE	BOYACA	<i>Maria Elena Jimenez</i>		
FONSECA SANDOVAL ALBERTO	VICEPRESIDENTE	BOYACA	<i>Alberto Fonseca</i>		
BALLESTEROS RODRIGUEZ GILBERTO	FISCAL	BOYACA	<i>Gilberto</i>		
REVUELTA BUELVAS JULIO ENRIQUE	SECRETARIO	BOYACA	<i>NO ASISTE</i>		
RAMIREZ DE RUIZ LUZ MARINA	VOCAL	BOYACA	<i>NO ASISTE</i>		
RUANO PINZON SANDRA PATRICIA	VOCAL	BOYACA	<i>Sandra Pinzon</i>		

[Firma]
FIRMA DEL CAPACITADOR

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

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
ÁREA RESPONSABLE:	EXPERIENCIA DEL USUARIO
TEMA:	Portabilidad-Deberes-Derechos-Red-Canales de comunicación Coosalud
NOMBRE:	Sandra Patricia Ruano Pinzón
CARGO:	USUARIO Vocal
SUCURSAL / AGENCIA:	BOYACA - MONQUIRA
FACILITADOR:	ANA MARIA REYES - VIVIANA SANCHEZ
FECHA:	31/08/2023
CALIFICACIÓN:	

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

PREGUNTAS	RESPUESTAS
1. ¿Cómo se puede solicitar la portabilidad? Selección de múltiple respuesta	<input checked="" type="checkbox"/> Personalmente <input checked="" type="checkbox"/> Pág Web www.coosalud.com <input checked="" type="checkbox"/> Correo electrónico
2. ¿Cuáles son las emigraciones de la portabilidad? Selección de múltiple respuesta	<input checked="" type="checkbox"/> Ocasional <input checked="" type="checkbox"/> Temporal <input type="checkbox"/> Ninguna de las anteriores
1. ¿Brindar información adecuada es un deber de Coosalud?	<input checked="" type="checkbox"/> SI <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

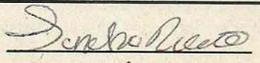
8. **INFRAESTRUCTURA Y COMODIDAD DEL LUGAR DE CAPACITACIÓN.** El sitio elegido para adelantar la capacitación fue (1: Pésimo, 2: Malo, 3: Regular, 4: Bueno, 5: Excelente):

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 

MÓDULO:	CAPACITACION
ÁREA RESPONSABLE:	EXPERIENCIA DEL USUARIO
TEMA:	Portabilidad-Deberes-Derechos-Red-Canales de comunicación Coosalud
NOMBRE:	<i>Maria Elena Simbaqueva</i>
CARGO:	USUARIO <i>Representante de Usuarios</i>
SUCURSAL / AGENCIA:	BOYACA - MONQUIRA
FACILITADOR:	ANA MARIA REYES - VIVIANA SANCHEZ
FECHA:	31/08/2023
CALIFICACIÓN:	

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

PREGUNTAS	RESPUESTAS
1. ¿Cómo se puede solicitar la portabilidad? Selección de múltiple respuesta	<input checked="" type="checkbox"/> Personalmente <input checked="" type="checkbox"/> Pág Web www.coosalud.com <input checked="" type="checkbox"/> Correo electrónico
2. ¿Cuáles son las emigraciones de la portabilidad? Selección de múltiple respuesta	<input checked="" type="checkbox"/> Ocasional <input checked="" type="checkbox"/> Temporal <input type="checkbox"/> Ninguna de las anteriores
1. ¿Brindar información adecuada es un deber de Coosalud?	<input checked="" type="checkbox"/> SI <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

Dina Elena Simbaqueva

FIRMA FACILITADOR

[Firma]

MÓDULO:	CAPACITACION
ÁREA RESPONSABLE:	EXPERIENCIA DEL USUARIO
TEMA:	Portabilidad-Deberes-Derechos-Red-Canales de comunicación Coosalud
NOMBRE:	<i>Gilberto Ballesfior R</i>
CARGO:	USUARIO - <i>Piscal</i>
SUCURSAL / AGENCIA:	BOYACA - MONIQUIRA
FACILITADOR:	ANA MARIA REYES - VIVIANA SANCHEZ
FECHA:	31/08/2023
CALIFICACIÓN:	

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

PREGUNTAS	RESPUESTAS
1. ¿Cómo se puede solicitar la portabilidad? Selección de múltiple respuesta	<input checked="" type="checkbox"/> Personalmente <input type="checkbox"/> Pág Web www.coosalud.com <input checked="" type="checkbox"/> Correo electrónico
2. ¿Cuáles son las emigraciones de la portabilidad? Selección de múltiple respuesta	<input checked="" type="checkbox"/> Ocasional <input checked="" type="checkbox"/> Temporal <input type="checkbox"/> Ninguna de las anteriores
1. ¿Brindar información adecuada es un deber de Coosalud?	<input checked="" type="checkbox"/> SI <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. **METODOLOGÍA 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:**

Muy buena capacitación de parte de Coosalud y de la gestora Jigüansa

FIRMA ASISTENTE

[Firma]

FIRMA FACILITADOR

[Firma]

MÓDULO:	CAPACITACION
ÁREA RESPONSABLE:	EXPERIENCIA DEL USUARIO
TEMA:	Portabilidad-Deberes-Derechos-Red-Canales de comunicación Coosalud
NOMBRE:	<i>Alberto González</i>
CARGO:	USUARIO
SUCURSAL / AGENCIA:	BOYACA - MONQUIRA
FACILITADOR:	ANA MARIA REYES - VIVIANA SANCHEZ
FECHA:	31/08/2023
CALIFICACIÓN:	

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

PREGUNTAS	RESPUESTAS
1. ¿Cómo se puede solicitar la portabilidad? Selección de múltiple respuesta	<input checked="" type="checkbox"/> Personalmente <input checked="" type="checkbox"/> Pág Web www.coosalud.com <input checked="" type="checkbox"/> Correo electrónico
2. ¿Cuáles son las emigraciones de la portabilidad? Selección de múltiple respuesta	<input checked="" type="checkbox"/> Ocasional <input checked="" type="checkbox"/> Temporal <input type="checkbox"/> Ninguna de las anteriores
1. ¿Brindar información adecuada es un deber de Coosalud?	<input checked="" type="checkbox"/> SI <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: Búenos, 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:**

*en la personal como de a venido Haliendo
sa tomar bien*

FIRMA ASISTENTE *Alberto Jovell S.*

FIRMA FACILITADOR *[Signature]*