

**CONVOCATORIA No 7**

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: 28 de julio 2023

Hora: 2: 30 Pm – 3:30Pm

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

Atentamente,

*Maria Elena Simbaqueva*  
MARIA ELENA SIMBAQUEVA DE JIMENEZ

PRÉSIDENTE ASOCIACION DE USUARIOS



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

**FECHA** : 28/07/2023  
**LUGAR** : Oficina de COOSALUD EPS-S  
**HORA** : 2:30 P.M.  
**ASISTENTES** : (Se anexa firma de los asistentes).  
**OBJETIVO** : Reunión ordinaria de la Asociación de Usuarios.

Agenda programada para el día:

1. Bienvenida
2. Exposición de los temas preparados para el día: Salud mental, mejores vivencias en familia, valores Coosalud, derechos y deberes, red, canales de comunicación.
  - A. Deberes del afiliado
  - B. Derechos de los pacientes: Autodeterminación, consentimiento y libre escogencia
  - C. Red
  - D. Canales de Comunicación
3. Evaluación de la sesión
4. Apertura del Buzón de sugerencias
5. Programación de la próxima reunión

### **DESARROLLO DE LA 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.

### 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.

**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.
- Ciertos 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, escuelas y de calidad, y la participación de personas que han vivido experiencias similares.

COOSALUD

**Cómo cuidar de la salud mental en familia**



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

- 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**

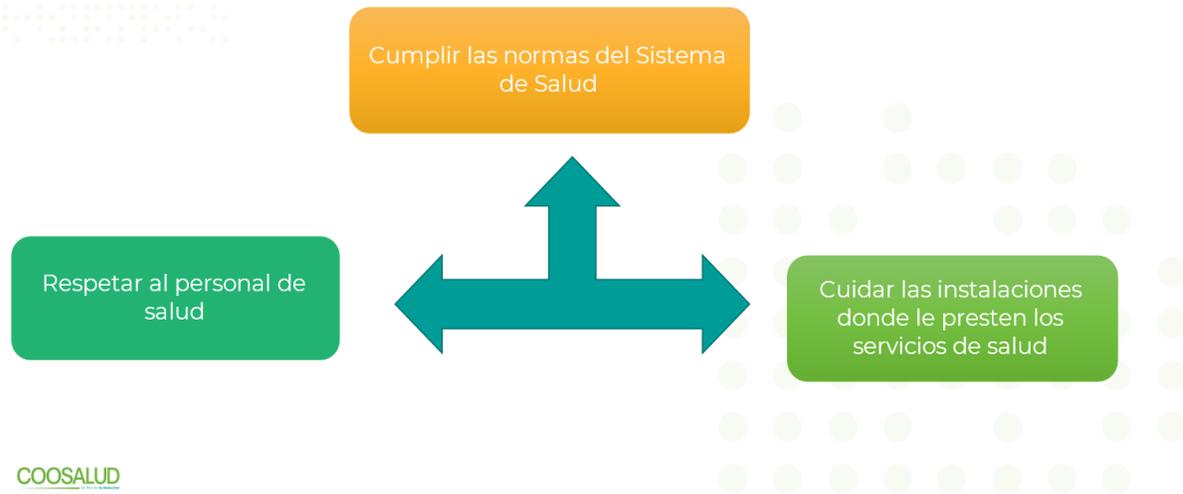
**CONOCE NUESTROS VALORES**  
**COOSALUD**  
Que puedes aplicar a tu vida



- Respeto**
- Diligencia**
- Honestidad**
- Transparencia**
- Justicia**
- Calidad humana**
- Compromiso**



## DEBERES DE LOS AFILIADOS



COOSALUD

## DERECHOS

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



@coosalud



Coosalud eps



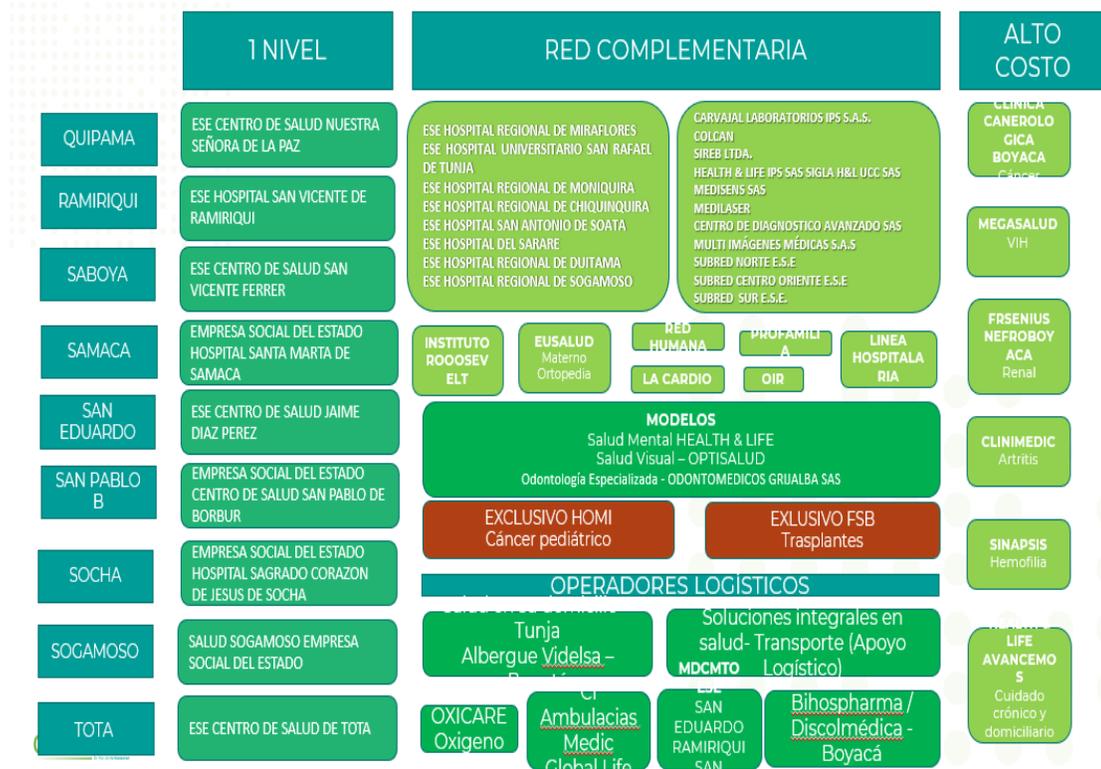
@coosaludeps

## 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	CLINICA CANEROLOGICA BOYACA Cáncer
BELEN	ESE CENTRO DE SALUD "NUESTRA SEÑORA DE BELEN"	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	MEGASALUD VIH
BOYACA	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE SALUD SAN JOSE		FRSENIUS NEFROBOYACA Renal
CAMPOHERMOSO	E.S.E CENTRO DE SALUD CAMPOHERMOSO	INSTITUTO ROOSEVELT EUSALUD Materno Ortopedia	
BARBOSA	HOSPITAL INTEGRADO SAN BERNARDO FUNDACION SOCIAL BLOSSANAR	RED HUMANA LA CARDIO PROFAMILIA OIR LINEA HOSPITALARIA	CLINIMEDIC Artritis
BUENAVISTA	ESE CENTRO DE SALUD SANTA ISABEL BUENAVISTA	MODELOS Salud Mental HEALTH & LIFE Salud Visual - OPTISALUD Odontología Especializada - ODONTOMEDICOS GRUALBA SAS	SINAPSIS Hemofilia
CERINZA	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE SALUD CERINZA	EXCLUSIVO HOMI Cáncer pediátrico EXCLUSIVO FSB Trasplantes	
CHIQUINQUIRA	ESE HOSPITAL REGIONAL DE CHIQUINQUIRA	OPERADORES LOGÍSTICOS Tunja Albergue Videlsa - Soluciones integrales en salud- Transporte (Apoyo Logístico)	NEFROLOGIA LIFE AVANCEMOS Cuidado crónico y domiciliario
CHITARAQUE	ESE CENTRO DE SALUD DE CHITARAQUE	OXICARE Oxígeno Ambul. Medic Global Biospharma / Discolmedica - Boyacá Pharmasan - Barbosa	

	1 NIVEL	RED COMPLEMENTARIA	ALTO COSTO
CIENEGA	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO PUESTO DE SALUD DE CIENEGA	<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 IPS S.A.S. COLCAN SIREB LTDA. HEALTH &amp; LIFE IPS SAS SIGLA H&amp;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><b>MODELOS</b> Salud Mental HEALTH &amp; LIFE Salud Visual – OPTISALUD Odontología Especializada - ODONTOMEDICOS GRIJALBA SAS</p> <p>EXCLUSIVO HOMI Cáncer pediátrico</p> <p>EXCLUSIVO FSB Trasplantes</p> <p><b>OPERADORES LOGÍSTICOS</b> Tunja Albergue Videlsa – Soluciones integrales en salud- Transporte (Apoyo Logístico)</p> <p>OXICARE Oxigeno Ambulacias Medic GlobalLife MDCMTO ESE CIENEGA GACHANTIVA Biospharma / Discolmedica - Boyacá Droguería Galena -</p>	CLINICA CANEROLO GICA BOYACA Cáncer
COMBITA	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE SALUD DE COMBITA		MEGASALUD VIH
COVARACHIA	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN ANTONIO DE SOATA		FRSENIUS NEFROBOYACA Renal
CUBARA	HOSPITAL ESPECIAL DE CUBARA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO		CLINIMEDIC Artritis
DUITAMA	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO SALUD DEL TUNDAMA GRUPO LABZELL AVA		SINAPSIS Hemofilia
GACHANTIVA	E.S.E. CS SAN ANTONIO DE PADUA ESE HOSPITAL SAN FRCO DE VILLA DE LEYVA		LIFE AVANCEMOS Cuidado crónico y domiciliario
LA VICTORIA	ESE HOSPITAL REGIONAL DE CHIQUINQUIRA		
MARIPI	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO RAFAEL SALGADO DE MARIPI		
MIRAFLORES	HOSPITAL REGIONAL DE MIRAFLORES EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO		

	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 IPS S.A.S. COLCAN SIREB LTDA. HEALTH &amp; LIFE IPS SAS SIGLA H&amp;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><b>MODELOS</b> Salud Mental HEALTH &amp; LIFE Salud Visual – OPTISALUD Odontología Especializada - ODONTOMEDICOS GRIJALBA SAS</p> <p>EXCLUSIVO HOMI Cáncer pediátrico</p> <p>EXCLUSIVO FSB Trasplantes</p> <p><b>OPERADORES LOGÍSTICOS</b> Tunja Albergue Videlsa – Soluciones integrales en salud- Transporte (Apoyo Logístico)</p> <p>OXICARE Oxigeno Ambulacias Medic GlobalLife MDCMTO ESE PAIPA PAUNA Biospharma / Discolmedica - 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		



**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 Monquirá 3102018747, así como el correo electrónico: lasanchez@coosalud.com. Se recalca la importancia de estar comunicados constantemente y utilizar nuestras líneas .



Asi mismo se informa que a través de nuestra página en Internet [www.coosalud.com](http://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](mailto: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**

PREGUNTAS	RESPUESTAS
<b>1. ¿Formas de cómo cuidar la salud mental en familia?</b> Respuesta múltiple	<input type="checkbox"/> Establecer Rutinas <input type="checkbox"/> Convivir armónicamente <input type="checkbox"/> Desarrollar hábitos saludables
<b>2. ¿Cuáles son los valores Coosalud?</b> Selección de múltiple respuesta	<input type="checkbox"/> Justicia <input type="checkbox"/> Honestidad <input type="checkbox"/> Calidad Humana
<b>1. ¿Puedo oponerme a la presunción legal de donar los órganos de mi cuerpo?</b>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

**4. Se abre el buzón de sugerencias y se elabora el acta.**

**5. Se plantea como fecha tentativa para la próxima reunión, el 30 del mes de agosto 2023 a las 2:30pm en la oficina de COOSALUD EPS.**

En constancia firman,

En constancia firman,

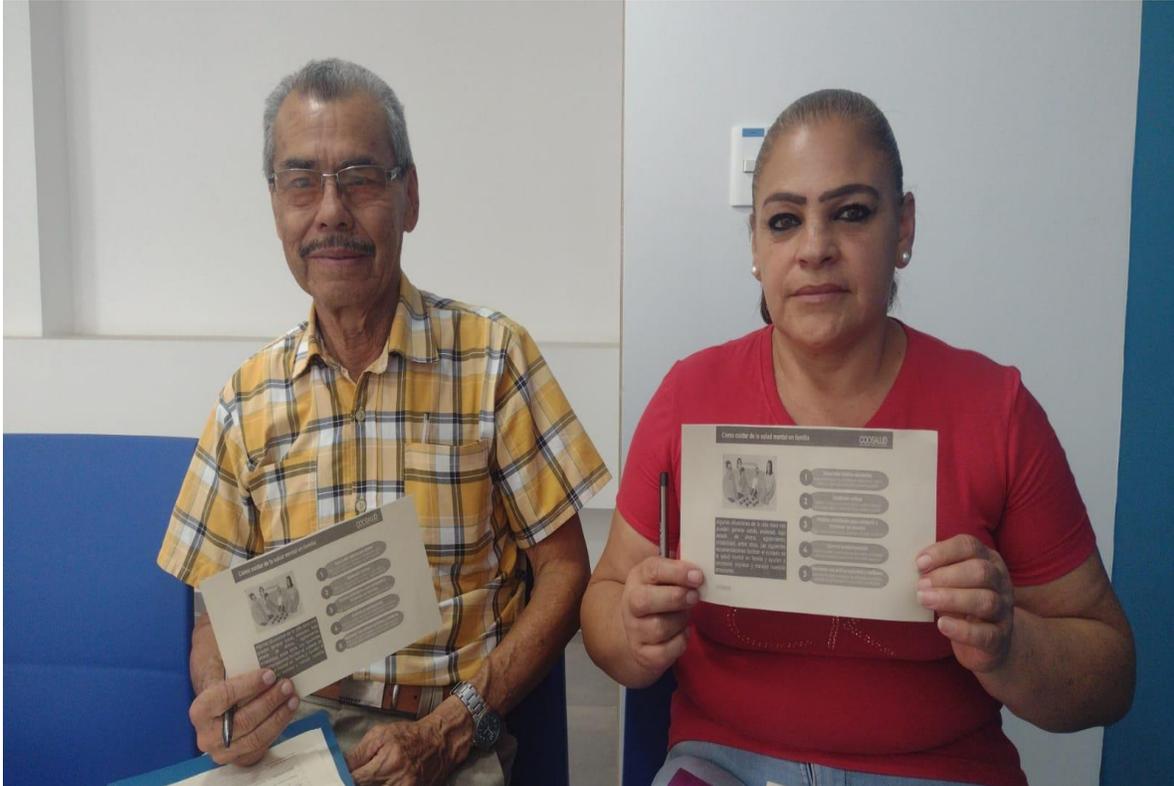
NOMBRE	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CARGO	FIRMA
SIMBAQUEVA DE JIMENEZ MARIA ELENA	23779410	PRESIDENTE	<i>Maria Elena Simbaqueva</i>
FONSECA SANDOVAL ALBERTO	7164096	VICEPRESIDENTE	<i>NO ASISTE</i>
BALLESTEROS RODRIGUEZ GILBERTO	14265095	FISCAL	<i>Gilberto</i>
REVUELTA BUELVAS JULIO ENRIQUE	1068386408	SECRETARIO	<i>NO ASISTE</i>
RAMIREZ DE RUIZ LUZ MARINA	23778869	VOCAL	<i>Marina</i>
RUANO PINZON SANDRA PATRICIA	23782107	VOCAL	<i>Sandra</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"/> SOCIALIZACION DE DOCUMENTOS	<input type="checkbox"/> ACTIVIDAD	
28 DE JULIO 2023						
LUGAR: OFICINA COOSALUD MONQUIRA						
TEMAS INCLUIDOS: Salud Mental, mejores vivencias en familia-Valores Coosalud-Derechos-Red-Canales de comunicación Coosalud						
CAPACITADOR(ES): VIVIANA SANCHEZ SANDOVAL - ANA MARIA REYES						
TIPO DE CAPACITADOR:		<input checked="" type="checkbox"/> INTERNO	<input type="checkbox"/> EXTERNO		HORA DE INICIO: 2:30PM	HORA FINAL: 3:30PM
ASISTENTE	CARGO	SUCURSAL	FIRMA			
SIMBAQUEVA DE JIMENEZ MARIA ELENA	PRESIDENTE	BOYACA	<i>Maria Elena Simbaqueva</i>			
FONSECA SANDOVAL ALBERTO	VICEPRESIDENTE	BOYACA	<i>NO ASISTIO</i>			
BALLESTEROS RODRIGUEZ GILBERTO	FISCAL	BOYACA	<i>Gilberto</i>			
REVUELTA BUELVAS JULIO ENRIQUE	SECRETARIO	BOYACA	<i>NO ASISTIO</i>			
RAMIREZ DE RUIZ LUZ MARINA	VOCAL	BOYACA	<i>[Firma]</i>			
RUANO PINZON SANDRA PATRICIA	VOCAL	BOYACA	<i>[Firma]</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 fotográficas





Evaluaciones

<b>COOSALUD</b> En Pos de tu bienestar	<b>EVALUACION DE CAPACITACIONES, INDUCCION Y REINDUCCION</b>	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>	<i>Luz Marina Ramirez</i>
<b>CARGO:</b>	USUARIO <i>vocal</i>
<b>SUCURSAL / AGENCIA:</b>	MONQUIRA - BOYACA
<b>FACILITADOR:</b>	VIVIANA SANCHEZ SANDOVAL - ANA MARIA REYES
<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
<b>1. ¿Formas de cómo cuidar la salud mental en familia?</b> Respuesta múltiple	<input checked="" type="checkbox"/> Establecer Rutinas <input checked="" type="checkbox"/> Convivir armónicamente <input checked="" type="checkbox"/> Desarrollar hábitos saludables
<b>2. ¿Cuáles son los valores Coosalud?</b> Selección de múltiple respuesta	<input checked="" type="checkbox"/> Justicia <input checked="" type="checkbox"/> Honestidad <input checked="" type="checkbox"/> Calidad Humana
<b>1. ¿Puedo oponerme a la presunción legal de donar los órganos de mi cuerpo?</b>	<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

<b>COOSALUD</b> En Pos de tu bienestar	<b>EVALUACION DE CAPACITACIONES, INDUCCION Y REINDUCCION</b>	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>	<i>Ana Elena Simbaqueva</i>
<b>CARGO:</b>	USUARIO
<b>SUCURSAL / AGENCIA:</b>	MONIQUIRA - BOYACA
<b>FACILITADOR:</b>	VIVIANA SANCHEZ SANDOVAL - ANA MARIA REYES
<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
<b>1. ¿Formas de cómo cuidar la salud mental en familia?</b> Respuesta múltiple	<input checked="" type="checkbox"/> Establecer Rutinas <input checked="" type="checkbox"/> Convivir armónicamente <input checked="" type="checkbox"/> Desarrollar hábitos saludables
<b>2. ¿Cuáles son los valores Coosalud?</b> Selección de múltiple respuesta	<input checked="" type="checkbox"/> Justicia <input checked="" type="checkbox"/> Honestidad <input checked="" type="checkbox"/> Calidad Humana
<b>1. ¿Puedo oponerme a la presunción legal de donar los órganos de mi cuerpo?</b>	<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:**

*Personalmente quisiera que nos permitan tener en físico la capacitación motiva "Facilitar leer en casa."*

FIRMA ASISTENTE

*Para Elena Simbaqueña*

FIRMA FACILITADOR

*[Firma manuscrita]*

<b>COOSALUD</b> En Pos de tu bienestar	<b>EVALUACION DE CAPACITACIONES, INDUCCION Y REINDUCCION</b>	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>	Gilberto Ballesteros
<b>CARGO:</b>	USUARIO
<b>SUCURSAL / AGENCIA:</b>	MONQUIRA - BOYACA
<b>FACILITADOR:</b>	VIVIANA SANCHEZ SANDOVAL - ANA MARIA REYES
<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
<p>1. ¿Formas de cómo cuidar la salud mental en familia? Respuesta múltiple</p>	<input type="checkbox"/> Establecer Rutinas <input checked="" type="checkbox"/> Convivir armónicamente <input checked="" type="checkbox"/> Desarrollar hábitos saludables
<p>2. ¿Cuáles son los valores Coosalud? Selección de múltiple respuesta</p>	<input checked="" type="checkbox"/> Justicia <input checked="" type="checkbox"/> Honestidad <input checked="" type="checkbox"/> Calidad Humana
<p>1. ¿Puedo oponerme a la presunción legal de donar los órganos de mi cuerpo?</p>	<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:**

*Las charlas y la información son muy buenas. personalmente las disfruto*

FIRMA ASISTENTE

FIRMA FACILITADOR

*[Firma manuscrita]*

<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>	Sandra Patricia Ruano Pinzon.
<b>CARGO:</b>	USUARIO Vocal.
<b>SUCURSAL / AGENCIA:</b>	MONQUIRA - BOYACA
<b>FACILITADOR:</b>	VIVIANA SANCHEZ SANDOVAL - ANA MARIA REYES
<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
<p>1. ¿Formas de cómo cuidar la salud mental en familia? Respuesta múltiple</p>	<input checked="" type="checkbox"/> Establecer Rutinas <input checked="" type="checkbox"/> Convivir armónicamente <input checked="" type="checkbox"/> Desarrollar hábitos saludables
<p>2. ¿Cuáles son los valores Coosalud? Selección de múltiple respuesta</p>	<input checked="" type="checkbox"/> Justicia <input checked="" type="checkbox"/> Honestidad <input checked="" type="checkbox"/> Calidad Humana
<p>1. ¿Puedo oponerme a la presunción legal de donar los órganos de mi cuerpo?</p>	<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 manuscrita]*

FIRMA FACILITADOR

*[Firma manuscrita]*