

CONVOCATORIA No 6

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.

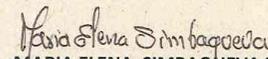
Lugar: Oficina Coosalud Moniquirá

Fecha: 30 de junio 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 DE JIMENEZ
PRESIDENTE ASOCIACION DE USUARIOS

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

FECHA : 30/06/2023
LUGAR : Oficina de COOSALUD EPS-S
HORA : 2:30 P.M.
ASISTENTES : 3 (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: Régimen Contributivo, Movilidad, Prestaciones económicas, Categorías
 - 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:

RÉGIMEN CONTRIBUTIVO, MOVILIDAD

REGIMEN CONTRIBUTIVO

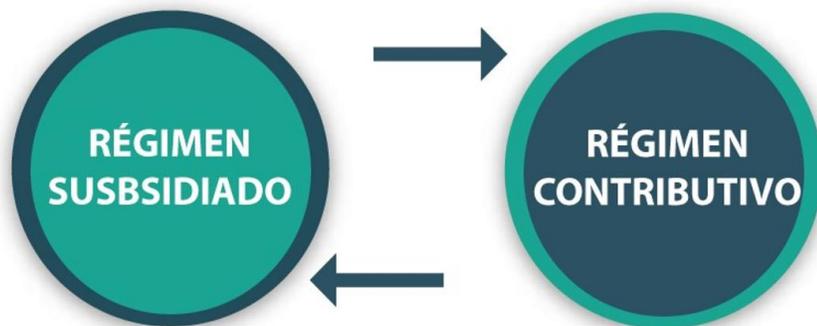


TIPOS DE NOVEDADES DE AFILIACIÓN

¿Qué es Movilidad?

Es la forma en que el afiliado puede continuar en la misma EPS cuando por alguna circunstancia **pierda** capacidad de pago o **adquiera** capacidad de pago

MOVILIDAD ENTRE RÉGIMENES



¿Cómo opera la movilidad en el caso de estar afiliado al Régimen Subsidiado y adquirir capacidad de pago o vinculación...?

Las personas afiliadas al Régimen Subsidiado que adquieran capacidad de pago y que estén en la obligación de afiliarse en el Régimen Contributivo se mantienen en la misma EPS y recibirán todos los beneficios junto con su núcleo familiar.

¿Qué trámite debo realizar para hacer efectiva la movilidad?

El afiliado debe solicitar a la EPS la movilidad en el sistema (cambio de régimen subsidiado o contributivo), a través del formulario único de afiliación y registro de novedades, con el fin de no perder la continuidad en la prestación del servicio.

¿Cómo realizar los aportes al Régimen contributivo de los afiliados que pertenecen a Coosalud EPS?

- Los aportes deberán ser liquidados a través de la planilla PILA, teniendo en cuenta las fechas establecidas en el decreto 1670 de 2017.
- Para el caso de los dependientes, el empleado asume el 4% y el empleador el 8.5%.
- Para el caso de los independientes, estos deberán asumir el 12.5%.
- Los pensionados cotizan sobre el 12%.

¿Si el afiliado está en el Régimen Contributivo y pierde capacidad de pago, ¿cómo ingresa al Régimen Subsidiado?

- En el caso de que el afiliado se encuentre previamente clasificado en el nivel I y II del Sisbén, podrá pasar al Régimen Subsidiado de la misma EPS donde se encuentra afiliado, sin perder la continuidad en la prestación del servicio, diligenciando el formulario y direccionándolo a la sucursal más cercana.
- En el caso de que no se encuentre clasificado en el nivel I y II del Sisbén deberá solicitar la aplicación de la encuesta Sisbén a Planeación Municipal o Distrital.

COOSALUD

¿Las EPS del Régimen Subsidiado deben reconocer prestaciones económicas a las personas que tengan afiliadas en el R. Contributivo?

Sí. Las EPS del régimen subsidiado que en el marco de la movilidad garanticen la prestación de servicios a los afiliados al régimen contributivo, reconocerán y pagarán el valor de las incapacidades por enfermedad general, licencias de maternidad y paternidad, de conformidad con las normas vigentes.



¿A qué personas aplica la movilidad?

Está dirigido para los afiliados al Régimen Subsidiado y Régimen Contributivo focalizado en los niveles I y II del Sisbén.

DEBERES DE LOS AFILIADOS

DEBERES DE LOS AFILIADOS

Contribuir solidariamente al financiamiento de los gastos que demanden la atención en salud y la seguridad social en salud, de acuerdo a la capacidad de pago.

The image contains two screenshots from the COOSALUD mobile application. The left screenshot, titled 'Cuotas moderadoras y copagos régimen contributivo 2023', shows two tables. The first table lists contribution categories based on income base (SMMLMV) and their corresponding values for 2023. The second table details the percentage of service cost, value limits per event, and maximum annual copayment for different income categories. The right screenshot shows a notification for beneficiaries in the subsidized regime (C1 to C18) regarding their copayment obligations for services under the Plan de Beneficios en Salud.

Categoría	Ingreso base SMMLMV	Valor 2023
1	Mayor a 3 SMMLMV*	\$ 8.330
2	Entre 2 y 3 SMMLMV*	\$ 16.400
3	Mayor a 5 SMMLMV*	\$ 43.000

Categoría	Ingreso base SMMLMV	% por evento	Valor máximo por evento	Valor máximo por año/afiliado
1	Mayor a 3 SMMLMV*	13,60%	\$304.183	\$ 103.287
2	Entre 2 y 3 SMMLMV*	17,38%	\$ 1.227.486	\$ 2.481.809
3	Mayor a 5 SMMLMV*	23,80%	\$ 2.481.809	\$ 4.963.618

TOPE	% DEL SERVICIO	VALOR MÁXIMO COPAGO
Valor límite por evento	10%	\$ 530.632
Valor límite por año		\$1.061.264

DERECHOS DE LOS PACIENTES: ATENCIÓN MÉDICA

DERECHOS

A la autodeterminación, consentimiento y libre escogencia

- Elegir libremente el asegurador, el médico y en general los profesionales de la salud, como también a las instituciones de salud que le presten la atención requerida dentro de la oferta disponible. Los cambios en la oferta de prestadores por parte de las EPS no podrán disminuir la calidad o afectar la continuidad en la provisión del servicio y deberán contemplar mecanismos de transición para evitar una afectación de la salud del usuario. Dicho cambio no podrá eliminar alternativas reales de escogencia donde haya disponibilidad. Las eventuales limitaciones deben ser racionales y proporcionales.
- Aceptar o rechazar actividades, intervenciones, insumos, medicamentos, dispositivos, servicios, procedimientos o tratamientos para su cuidado. Ninguna persona podrá ser obligada a recibir los mismos en contra de su voluntad.

DERECHOS

A la autodeterminación, consentimiento y libre escogencia

- A suscribir un documento de voluntad anticipada como previsión de no poder tomar decisiones en el futuro, en el cual declare, de forma libre, consciente e informada su voluntad respecto a la toma de decisiones sobre el cuidado general de la salud y del cuerpo, así como las preferencias de someterse o no a actividades, intervenciones, insumos, medicamentos, dispositivos, servicios, procedimientos o tratamientos para su cuidado médico, sus preferencias de cuidado al final de la vida, sobre el acceso a la información de su historia clínica y aquellas que considere relevantes en el marco de sus valores personales

COOSALUD

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



Línea #922

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



Línea fija

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





Sitio web

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



Redes sociales

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



Correo

Puedes enviar tus peticiones, quejas y reclamos al siguiente correo: **defensorusuario@coosalud.com**.

Redes Sociales



COOSALUD

www.coosalud.com



@coosalud



Coosalud eps



@coosaludeps

	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 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	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	CLINIMEDIC Artritis
BARBOSA	HOSPITAL INTEGRADO SAN BERNARDO FUNDACION SOCIAL BIOSANAR	RED HUMANA LA CARDIO PROFAMILIA OIR LINEA HOSPITALARIA	SINAPSIS Hemofilia
BUENAVISTA	ESE CENTRO DE SALUD SANTA ISABEL BUENAVISTA	MODELOS Salud Mental HEALTH & LIFE Salud Visual - OPTISALUD Odontología Especializada - ODONTOMEDICOS GRUALBA SAS	LIFE AVANCEMOS Cuidado crónico y domiciliario
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 -	
CHITARAQUE	ESE CENTRO DE SALUD DE CHITARAQUE	OXICARE Oxígeno Ambul. Medic Global Life ESE 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	CLINICA CANEROLOGICA BOYACA Cáncer
COMBITA	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE SALUD DE COMBITA	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	MEGASALUD VIH
COVARACHIA	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN ANTONIO DE SOATA		FRSENIUS NEFROBOYACA Renal
CUBARA	HOSPITAL ESPECIAL DE CUBARA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	INSTITUTO ROOSEVELT EUSALUD Materno Ortopedia	CLINIMEDIC Artritis
DUITAMA	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO SALUD DEL TUNDAMA GRUPO LABZELL AVA	RED HUMANA LA CARDIO PROFAMILIA OIR LINEA HOSPITALARIA	SINAPSIS Hemofilia
GACHANTIVA	E.S.E. CS SAN ANTONIO DE PADUA ESE HOSPITAL SAN FRCO DE VILLA DE LEYVA	MODELOS Salud Mental HEALTH & LIFE Salud Visual - OPTISALUD Odontología Especializada - ODONTOMEDICOS GRUALBA SAS	LIFE AVANCEMOS Cuidado crónico y domiciliario
LA VICTORIA	ESE HOSPITAL REGIONAL DE CHIQUINQUIRA	EXCLUSIVO HOMI Cáncer pediátrico EXCLUSIVO FSB Trasplantes	
MARIPI	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO RAFAEL SALGADO DE MARIPI	OPERADORES LOGÍSTICOS Tunja Albergue Videlsa -	
MIRAFLORES	HOSPITAL REGIONAL DE MIRAFLORES EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	OXICARE Oxígeno Ambulancias Medic Global Life ESE CIENEGA GACHANTIVA Bihospharma / Discolmedica - Boyacá Droguería Galena -	

	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 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	CLINICA CANEROLO GICA BOYACA Cáncer
MONIQUIRA	HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA ESE		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.
MUZO	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SANTA ANA	INSTITUTO ROOSEVELT EUSALUD Materno Ortopedia RED HUMANA LA CARDIO PROFAMILIA OIR LINEA HOSPITALARIA	FRSENIUS NEFROBOYACA Renal
OICATA	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO PUESTO DE SALUD OICATÁ		MODELOS Salud Mental HEALTH & LIFE Salud Visual – OPTISALUD Odontología Especializada - ODONTOMEDICOS GRUALBA SAS
PAEZ	Empresa Social del Estado Jorge González Olmos	EXCLUSIVO HOMI Cáncer pediátrico	SINAPSIS Hemofilia
PAIPA	E.S.E. HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE PAIPA	EXCLUSIVO FSB Trasplantes	LIFE AVANCEMOS Cuidado crónico y domiciliario
PAJARITO	HOSPITAL REGIONAL DE SOGAMOSO EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	OPERADORES LOGÍSTICOS	
PAUNA	ESE CENTRO DE SALUD EDGAR ALONSO PULIDO SOLANO	Tunja Albergue Videlsa – Soluciones integrales en salud- Transporte (Apoyo Logístico)	
PAYA	ESE CENTRO DE SALUD NUESTRA SEÑORA DE LA PAZ	OXICARE Oxígeno Ambulancias Medic Global Life MDCMTO ESE PAIPA PAUNA Bihospharma / Discolmédica - 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 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	CLINICA CANEROLO GICA BOYACA Cáncer
RAMIRIQUI	ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE RAMIRIQUI		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.
SABOYA	ESE CENTRO DE SALUD SAN VICENTE FERRER	INSTITUTO ROOSEVELT EUSALUD Materno Ortopedia RED HUMANA LA CARDIO PROFAMILIA OIR LINEA HOSPITALARIA	FRSENIUS NEFROBOYACA Renal
SAMACA	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SANTA MARTA DE SAMACA		MODELOS Salud Mental HEALTH & LIFE Salud Visual – OPTISALUD Odontología Especializada - ODONTOMEDICOS GRUALBA SAS
SAN EDUARDO	ESE CENTRO DE SALUD JAIME DIAZ PEREZ	EXCLUSIVO HOMI Cáncer pediátrico	SINAPSIS Hemofilia
SAN PABLO B	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE SALUD SAN PABLO DE BORBUR	EXCLUSIVO FSB Trasplantes	LIFE AVANCEMOS Cuidado crónico y domiciliario
SOCHA	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS DE SOCHA	OPERADORES LOGÍSTICOS	
SOGAMOSO	SALUD SOGAMOSO EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	Tunja Albergue Videlsa – Soluciones integrales en salud- Transporte (Apoyo Logístico)	
TOTA	ESE CENTRO DE SALUD DE TOTA	OXICARE Oxígeno Ambulancias Medic Global Life ESE SAN EDUARDO RAMIRIQUI SAN Bihospharma / Discolmédica - 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

PREGUNTAS	RESPUESTAS
<p>1. La forma que el afiliado tiene para continuar en la misma EPS cuando por alguna circunstancia pierda o adquiera capacidad de pago. ¿Se denomina? Respuesta única</p>	<p><input type="checkbox"/> Cambio. <input type="checkbox"/> Movilidad <input type="checkbox"/> Otro. Cual? _____</p>
<p>2. ¿A los afiliados al régimen contributivo, reconocerán y pagarán como prestaciones económicas, el valor de? Selección de múltiple respuesta</p>	<p><input type="checkbox"/> Incapacidades por enfermedad general <input type="checkbox"/> Licencias de maternidad <input type="checkbox"/> Licencia de paternidad</p>
<p>1. ¿Es la autodeterminación, consentimiento y libre escogencia un derecho de los afiliados?</p>	<p><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p>

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

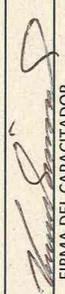
5. Se plantea como fecha tentativa para la próxima reunión, el 28 del mes de JULIO 2023 a las 2:30pm en la oficina de COOSALUD EPS.

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>Alberto Fonseca</i>
BALLESTEROS RODRIGUEZ GILBERTO	14265095	FISCAL	NO ASISTIO.
REVUELTA BUELVAS JULIO ENRIQUE	1068386408	SECRETARIO	NO ASISTIO.
RAMIREZ DE RUIZ LUZ MARINA	23778869	VOCAL	<i>Marina Ruiz Luz</i>
RUANO PINZON SANDRA PATRICIA	23782107	VOCAL	NO ASISTE

COOSALUD <small>En Pos de tu bienestar</small>		LISTADO DE ASISTENCIA		<small>GTH-F-25 Act. 06 2020.nov.06</small>
CAPACITACION <input checked="" type="checkbox"/>	INDUCCION <input type="checkbox"/>	ENTRENAMIENTO <input type="checkbox"/>	SOCIALIZACIÓN DE DOCUMENTOS <input type="checkbox"/>	ACTIVIDAD <input type="checkbox"/>
30 DE JUNIO 2023				
LUGAR: OFICINA COOSALUD MONIQUEIRA				
TEMAS INCLUIDOS: Movilidad-Prestaciones Económicas-Deberes-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>María Elena Jimenez</i>	
FONSECA SANDOVAL ALBERTO	VICEPRESIDENTE	BOYACA	<i>Alberto Fonseca</i>	
BALLESTOS RODRIGUEZ GILBERTO	FISCAL	BOYACA	<i>No Asistio.</i>	
REVUELTA BUELVAS JULIO ENRIQUE	SECRETARIO	BOYACA	<i>No Asistio.</i>	
RAMIREZ DE RUIZ LUZ MARINA	VOCAL	BOYACA	<i>Luz Marina Ramirez</i>	
RUANO PINZON SANDRA PATRICIA	VOCAL	BOYACA	<i>No Asistio</i>	


 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 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.

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:	Movilidad-Prestaciones Económicas-Deberes-Derechos-Red-Canales de comunicación Coosalud
NOMBRE:	Alvaro Fonseca
CARGO:	USUARIO Vicepresidente
SUCURSAL / AGENCIA:	BOYACA - MONQUIRA
FACILITADOR:	VIVIANA SANCHEZ SANDOVAL
FECHA:	30/06/2023
CALIFICACIÓN:	

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

PREGUNTAS	RESPUESTAS
1. La forma que el afiliado tiene para continuar en la misma EPS cuando por alguna circunstancia pierda o adquiera capacidad de pago. ¿Se denomina? Respuesta única	<input type="checkbox"/> Cambio. <input checked="" type="checkbox"/> Movilidad <input type="checkbox"/> Otro. Cual? _____
2. ¿ A los afiliados al régimen contributivo, reconocerán y pagarán como prestaciones económicas, el valor de? Selección de múltiple respuesta	<input checked="" type="checkbox"/> Incapacidades por enfermedad general <input checked="" type="checkbox"/> Licencias de maternidad <input checked="" type="checkbox"/> Licencia de paternidad
1. ¿Es la autodeterminación, consentimiento y libre escogencia un derecho de los afiliados?	<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:**

*creo que tomar mas temas por lo de mas
todo muy bien*

FIRMA ASISTENTE *Alberto J. Torres*

FIRMA FACILITADOR *[Firma]*

MÓDULO:	CAPACITACION
ÁREA RESPONSABLE:	EXPERIENCIA DEL USUARIO
TEMA:	Movilidad-Prestaciones Económicas-Deberes-Derechos-Red-Canales de comunicación Coosalud
NOMBRE:	<i>Yvira Elena Simbaqueva</i>
CARGO:	USUARIO
SUCURSAL / AGENCIA:	BOYACA - MONIQUIRA
FACILITADOR:	VIVIANA SANCHEZ SANDOVAL
FECHA:	30/06/2023
CALIFICACIÓN:	

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

PREGUNTAS	RESPUESTAS
1. La forma que el afiliado tiene para continuar en la misma EPS cuando por alguna circunstancia pierda o adquiera capacidad de pago. ¿Se denomina? Respuesta única	<input type="checkbox"/> Cambio. <input checked="" type="checkbox"/> Movilidad <input type="checkbox"/> Otro. Cual? _____
2. ¿ A los afiliados al régimen contributivo, reconocerán y pagarán como prestaciones económicas, el valor de? Selección de múltiple respuesta	<input checked="" type="checkbox"/> Incapacidades por enfermedad general <input checked="" type="checkbox"/> Licencias de maternidad <input checked="" type="checkbox"/> Licencia de paternidad
1. ¿Es la autodeterminación, consentimiento y libre escogencia un derecho de los afiliados?	<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:**

felicitación a nuestra gestora y auxiliar por estar pendientes de invitarnos cada mes a nuestra reunión

FIRMA ASISTENTE

Penia Elena Simbaqueva

FIRMA FACILITADOR

[Firma manuscrita]

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:	Movilidad-Prestaciones Económicas-Deberes-Derechos-Red-Canales de comunicación Coosalud
NOMBRE:	Luz Marina Ramirez
CARGO:	USUARIO Vocal
SUCURSAL / AGENCIA:	BOYACA - MONQUIRA
FACILITADOR:	VIVIANA SANCHEZ SANDOVAL
FECHA:	30/06/2023
CALIFICACIÓN:	

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

PREGUNTAS	RESPUESTAS
1. La forma que el afiliado tiene para continuar en la misma EPS cuando por alguna circunstancia pierda o adquiera capacidad de pago. ¿Se denomina? Respuesta única	<input type="checkbox"/> Cambio. <input checked="" type="checkbox"/> Movilidad ✓ <input type="checkbox"/> Otro. Cual? _____
2. ¿ A los afiliados al régimen contributivo, reconocerán y pagarán como prestaciones económicas, el valor de? Selección de múltiple respuesta	<input checked="" type="checkbox"/> Incapacidades por enfermedad general <input checked="" type="checkbox"/> Licencias de maternidad <input checked="" type="checkbox"/> Licencia de paternidad
1. ¿Es la autodeterminación, consentimiento y libre escogencia un derecho de los afiliados?	<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 