

**CONVOCATORIA No 9**

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: 29 de septiembre 2023

Hora: 2: 00 Pm – 3:00Pm

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

Atentamente,

*Maria Elena Simbaqueva*  
**MARIA ELENA SIMBAQUEVÁ DE JIMENEZ**  
PRESIDENTE ASOCIACION DE USUARIOS



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

**FECHA** : 29/09/2023  
**LUGAR** : Oficina de COOSALUD EPS-S  
**HORA** : 2:00PM A 3:00 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. Autocuidado y calidad de vida.
  - B. Deber: propender por el cuidado, el de su familia y el de su comunidad.
  - 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: AUTOCUIDADO Y CALIDAD DE VIDA**

**AUTOCUIDADO**

**¿Qué es?**

Según la OMS "La capacidad de individuos, familias y comunidades para promover la salud, prevenir enfermedades, mantener la salud y hacer frente a las enfermedades y discapacidad con o sin el apoyo de un proveedor de atención médica"



**¿Por qué es importante?**

- Previene enfermedades porque fortalece tu sistema inmune.
- Refuerza tu autoestima y relaciones sociales.
- Te ayuda a sentirte más fuerte y vital.
- Fortalece tu estado de ánimo.
- Te ayuda a sentirte con más energía.
- Te sentirás más saludable.
- Mejora tu calidad de vida

**Calidad de Vida**

**¿Qué es?**

Se trata de un concepto que usamos para referirnos a variables de tipo económico, social y político, entre otros, que impactan directamente en la vida humana. Sin embargo, no existe un consenso respecto a lo que la calidad de vida es, por lo que existen definiciones provenientes de distintos campos del saber, como la sociología, la política, la medicina, etc

**Indicadores**

- Condiciones materiales.** Riqueza, acceso al ahorro, tipo de vivienda, etc.
- Trabajo.** Franja laboral (formal, informal, ilegal), salario, condiciones de empleo, etc.
- Salud.** Acceso a servicio médico, a medicinas, condiciones de higiene diaria, etc.
- Educación.** Nivel académico formal alcanzado, acceso a la educación a todo nivel, etc.
- Ocio y relaciones sociales.** Acceso al entretenimiento, cantidad de tiempo libre, nivel de integración a la sociedad, lazos afectivos, etc.
- Seguridad física y personal.** De cara a las condiciones de vida, trabajo, etc.
- Derechos básicos.** Protección (o desamparo) de parte de las instituciones del Estado, etc.
- Entorno y medio ambiente.** Condiciones geográficas de vida, entorno inmediato de desarrollo vital, etc.

## Deber del afiliado

Deber
COOSALUD

Propender por el autocuidado, el de su familia y el de su comunidad



COOSALUD

## Derechos del afiliado

DERECHOS
COOSALUD

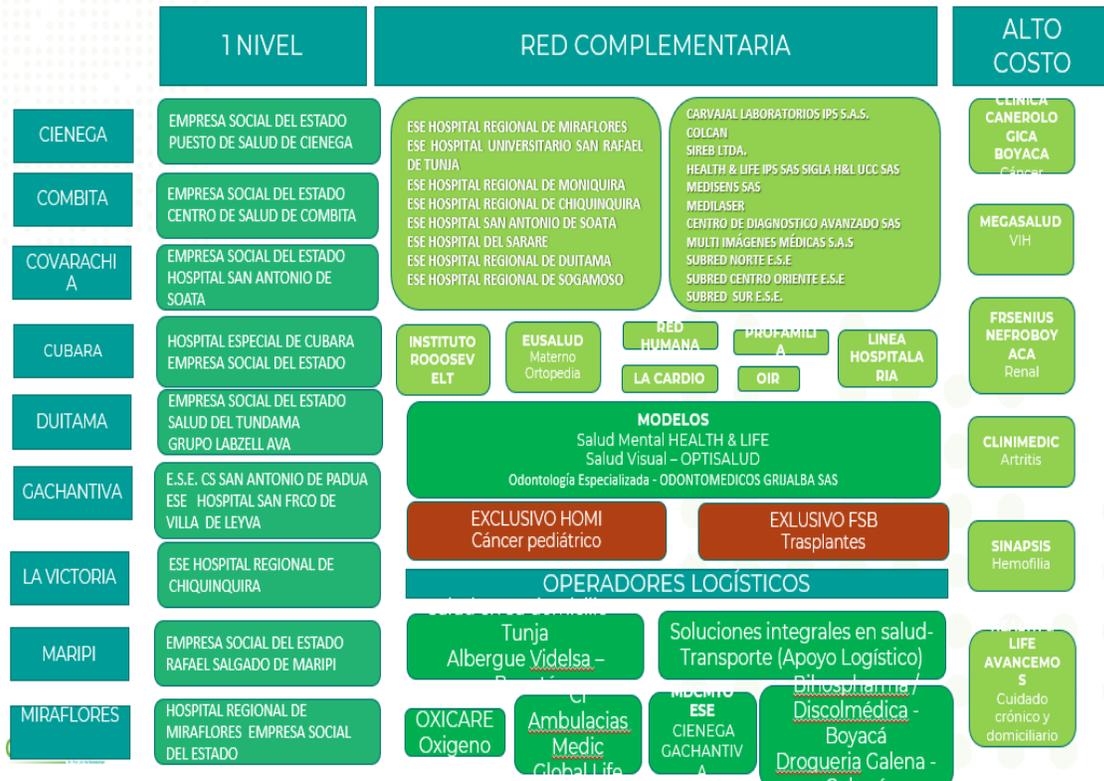
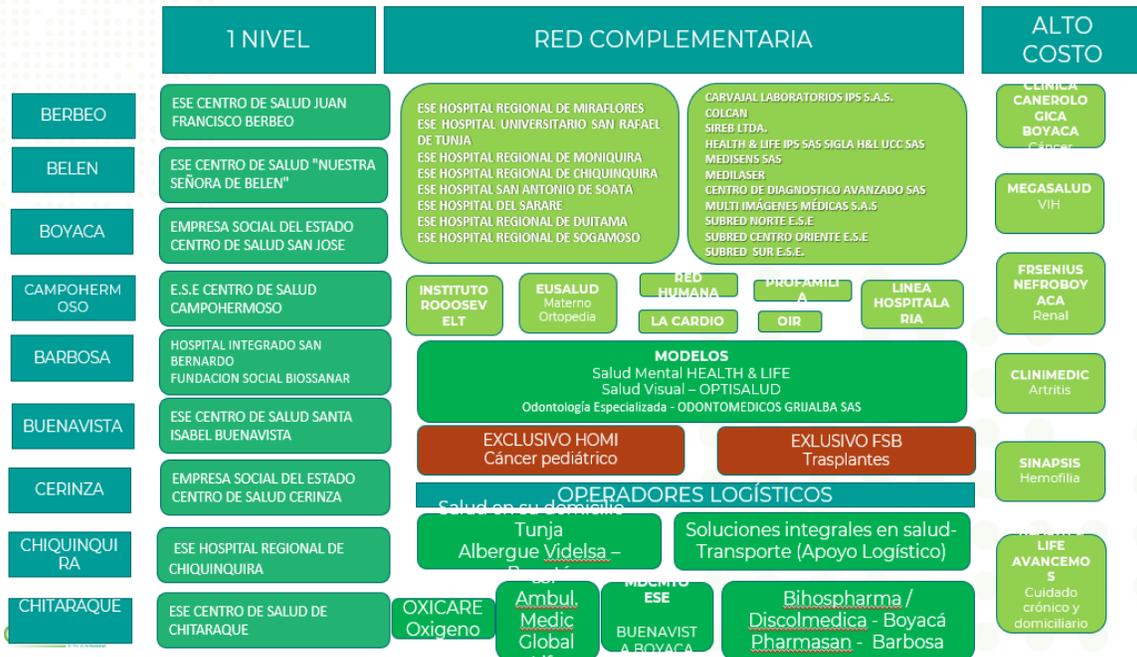
1. Estar en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, como afiliado o beneficiario, a través de una Empresa Prestadora de Servicios de Salud -EPS- y a que ésta les garantice un plan de beneficios en salud a través de una red prestadora de servicios de salud.
2. Un Plan de Atención Básica en salud - PAB.
3. Gozar de un buen estado de salud física y mental.
4. En caso de necesario, recibir los servicios de urgencias en las instituciones de salud, públicas y privadas en todo el territorio colombiano.
5. Ser beneficiario de acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, atención, habilitación y rehabilitación, en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - IPS.
6. Conocer la red de instituciones a través de la cual recibirán los servicios de salud.
7. Contar con programas de salud sexual y reproductiva, control prenatal y de atención de VIH/SIDA, entre otros.
8. Prompta detección y atención, tratamiento de enfermedades, y rehabilitación integral de su discapacidad.

9. Prevención de nuevas discapacidades a través de atención médica eficiente, de calidad y oportuna.
10. Alcanzar y mantener un óptimo nivel de autonomía y movilidad a través de los procesos de rehabilitación integral.
11. Un entorno que les procure bienestar e independencia para desarrollar sus capacidades de manera digna e integral.
12. La libre asociación para la defensa de sus derechos y el cumplimiento de sus deberes.
13. Participar activamente en las asociaciones de usuarios de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud -IPS - Empresas Sociales del Estado y de las EAAP.
14. Presentar Derechos de petición respetuosos y que la entidad, institución o empresa se los resuelva en los términos de ley.



COOSALUD

Se presenta la RED DE PRESTADORES y posteriormente CANALES DE COMUNICACIÓN de Coosalud EPS.



	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 LA CARDIO PROFAMILIA OIR LINEA HOSPITALARIA</p> <p>MODELOS Salud Mental HEALTH &amp; 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 – Borbura</p> <p>OXICARE Oxígeno Ambulancias Medic GlobalLife 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 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 LA CARDIO PROFAMILIA OIR LINEA HOSPITALARIA</p> <p>MODELOS Salud Mental HEALTH &amp; 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 – Borbura</p> <p>OXICARE Oxígeno Ambulancias Medic GlobalLife MDCMTO ESE SAN EDUARDO RAMIRQUI SAN</p>	CLINICA CANEROLO GICA BOYACA Cáncer
RAMIRQUI	ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE RAMIRQUI		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		



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

Para 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	<i>GMBR</i>
REVUELTA BUELVAS JULIO ENRIQUE	1068386408	SECRETARIO	<i>NO ASISTIO</i>
RAMIREZ DE RUIZ LUZ MARINA	23778869	VOCAL	<i>[Firma]</i>
RUANO PINZON SANDRA PATRICIA	23782107	VOCAL	<i>NO ASISTIO</i>



**EVIDENCIAS FOTOGRAFICAS**





**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>	Autocuidado y Calidad de Vida - Deberes-Derechos-Red-Canales de comunicación Coosalud
<b>NOMBRE:</b>	<i>Maria Elena Simbaqueda</i>
<b>CARGO:</b>	USUARIO <i>Presidenta</i>
<b>SUCURSAL / AGENCIA:</b>	MONIQUIRA - BOYACA
<b>FACILITADOR:</b>	ANA MARIA REYES Y VIVIANA SANCHEZ
<b>FECHA:</b>	29/09/2023
<b>CALIFICACIÓN:</b>	

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

PREGUNTAS	RESPUESTAS
1. ¿Por qué es importante el autocuidado? Selección de múltiple respuesta	<input checked="" type="checkbox"/> Previene enfermedades <input checked="" type="checkbox"/> Te ayuda a sentirte más fuerte y vital <input checked="" type="checkbox"/> Mejora tu calidad de vida <input checked="" type="checkbox"/> Ocio y relaciones sociales
2. ¿Indicadores de calidad de vida? Selección de múltiple respuesta	<input checked="" type="checkbox"/> Salud <input checked="" type="checkbox"/> Seguridad física y personal
1. ¿Propender por el autocuidado de la comunidad es un deber?	<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: Baio, 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:**

*Felicitar a nuestras @capacitadoras por excelente trabajo y entrega por nuestros usuarios*

FIRMA ASISTENTE *Elena Simbagawa*

FIRMA FACILITADOR *[Firma]*

<b>MÓDULO:</b>	CAPACITACION
<b>ÁREA RESPONSABLE:</b>	EXPERIENCIA DEL USUARIO
<b>TEMA:</b>	Autocuidado y Calidad de Vida - Deberes-Derechos-Red-Canales de comunicación Coosalud
<b>NOMBRE:</b>	<i>Albete Lopez</i>
<b>CARGO:</b>	USUARIO <i>Vicepresidente</i>
<b>SUCURSAL / AGENCIA:</b>	MONQUIRA - BOYACA
<b>FACILITADOR:</b>	ANA MARIA REYES Y VIVIANA SANCHEZ
<b>FECHA:</b>	29/09/2023
<b>CALIFICACIÓN:</b>	

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

PREGUNTAS	RESPUESTAS
1. ¿Por qué es importante el autocuidado? Selección de múltiple respuesta	<input checked="" type="checkbox"/> Previene enfermedades <input checked="" type="checkbox"/> Te ayuda a sentirte más fuerte y vital <input checked="" type="checkbox"/> Mejora tu calidad de vida
2. ¿Indicadores de calidad de vida? Selección de múltiple respuesta	<input type="checkbox"/> Ocio y relaciones sociales <input checked="" type="checkbox"/> Salud <input checked="" type="checkbox"/> Seguridad física y personal
1. ¿Propender por el autocuidado de la comunidad es un deber?	<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	<i>5</i>
---	---	---	---	----------

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	<i>5</i>
---	---	---	---	----------

Copyright © 2000-2023 salesforce.com, Inc. Reservados todos los derechos.

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: Muv alto):

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

4. **CLARIDAD DE LA EXPOSICIÓN.** Respecto al lenguaje utilizado y el orden dado al curso, usted considera que fueron en general (1: Pobres, 2: Confusos, 3: Mediocres, 4: Buenos, 5: Excelentes):

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

5. **NIVEL DE ASIMILACION Y COMPROMISO PERSONAL CON LOS TEMAS TRATADOS.** Evalúese a usted mismo en el grado de motivación e interés personal para atender y seguir la capacitación y sus actividades (1: No estuve atento, no captó mi interés, 2: Estaba interesado, pero me distraje fácilmente, 3: Solo me concentré por momentos, 4: Estuve atento todo el tiempo, pero no me animé a participar, 5: Estuve atento todo el tiempo, participé activamente).

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

6. **CALIDAD DEL MATERIAL ENTREGADO.** El material que le fue entregado como apoyo a la capacitación fue (1: De muy pobre contenido, 2: Malo, no se entendía nada, 3: Regular, pudo ser mejor; 4: Bueno, ayudó mucho; 5: Excelente, no pudo ser mejor):

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

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

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

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

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

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

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

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

Lo que como de sistemas haciendo vamos bien

FIRMA ASISTENTE Alberto Pousa

FIRMA FACILITADOR [Firma]

<b>MÓDULO:</b>	CAPACITACION
<b>ÁREA RESPONSABLE:</b>	EXPERIENCIA DEL USUARIO
<b>TEMA:</b>	Autocuidado y Calidad de Vida - Deberes-Derechos-Red-Canales de comunicación Coosalud
<b>NOMBRE:</b>	<i>Gerberto / Zeller / Luis</i>
<b>CARGO:</b>	USUARIO
<b>SUCURSAL / AGENCIA:</b>	MONQUIRA - BOYACA
<b>FACILITADOR:</b>	ANA MARIA REYES Y VIVIANA SANCHEZ
<b>FECHA:</b>	29/09/2023
<b>CALIFICACIÓN:</b>	

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

PREGUNTAS	RESPUESTAS
1. ¿Por qué es importante el autocuidado? Selección de múltiple respuesta	<input checked="" type="checkbox"/> Previene enfermedades <input checked="" type="checkbox"/> Te ayuda a sentirte más fuerte y vital <input checked="" type="checkbox"/> Mejora tu calidad de vida
2. ¿Indicadores de calidad de vida? Selección de múltiple respuesta	<input type="checkbox"/> Ocio y relaciones sociales <input checked="" type="checkbox"/> Salud <input checked="" type="checkbox"/> Seguridad física y personal
1. ¿Propender por el autocuidado de la comunidad es un deber?	<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): *4*

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:**

*Queremos seguir aprendiendo y poniendo en practica lo aprendido*

FIRMA ASISTENTE

*[Firma]*

FIRMA FACILITADOR

*[Firma]*

<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>	Autocuidado y Calidad de Vida - Deberes-Derechos-Red-Canales de comunicación Coosalud
<b>NOMBRE:</b>	Luz Haina Ramirez
<b>CARGO:</b>	USUARIO Vocal
<b>SUCURSAL / AGENCIA:</b>	MONIQUIRA - BOYACA
<b>FACILITADOR:</b>	ANA MARIA REYES Y VIVIANA SANCHEZ
<b>FECHA:</b>	29/09/2023
<b>CALIFICACIÓN:</b>	

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

PREGUNTAS	RESPUESTAS
1. ¿Por qué es importante el autocuidado? Selección de múltiple respuesta	<input checked="" type="checkbox"/> Previene enfermedades <input checked="" type="checkbox"/> Te ayuda a sentirte más fuerte y vital <input checked="" type="checkbox"/> Mejora tu calidad de vida <input checked="" type="checkbox"/> Ocio y relaciones sociales
2. ¿Indicadores de calidad de vida? Selección de múltiple respuesta	<input checked="" type="checkbox"/> Salud <input checked="" type="checkbox"/> Seguridad física y personal
1. ¿Propender por el autocuidado de la comunidad es un deber?	<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.**

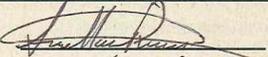
1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

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

---

---

---

FIRMA ASISTENTE 

FIRMA FACILITADOR 

