COOSALUD	CONVOCATORIA A SESION DE ASODEUS	GEU-F-02 Act.06 2020.nov.06

CONVOCATORIA No 02

ASOCIACIÓN DE USUARIOS DEL MUNICIPIO DE PAIPA 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 nuestra zona, con el fin de dar a conocer los avances que hemos tenido en nuestro Plan de acción y otra información que consideramos de interés compartir con cada uno de ustedes.

Lugar: ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL

Fecha: 23/02/2023

Hora: 02:30 pm A 03:00 pm

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

Atentamente,

Luz Deisy chaparro Lopez.

PRESIDENTE ASOCIACIÓN DE USUARIOS

COOSALUD	CONVOCATORIA A SESION DE ASODEUS	GEU-F-02 Act.06 2020.nov.05

NOMBRE DEL USUARIO	IDENTIFICACIÓN	FIRMA DEL USUARIO
Tatiana Hillón Sandoval	1007305432	Tatiana Hillón S.
Andrea Fonseca	1053604578	Andrea Fonseca
Luz Deisy Chapana	46682299	Luz Deisy Chapana

ACTA DE REUNIÓN DE LA ASOCIACIÓN DE USUARIOS, ASODEUS DE COOSALUD EPS
DEPARTAMENTO DE BOYACA

MUNICIPIO DE PAIPA

FECHA	**:**	23/02/2023
LUGAR	**:**	HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL
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:
   A. Cuidado colectivo de la salud en tiempos de COVID 19
   B. Jornadas de Vacunación
   C. Derechos y Deberes
   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. BLANCA LILIA RODRIGUEZ DIAZ colaborador 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 BLANCA LILIA RODRIGUEZ DIAZ colaborador de Coosalud EPS.

2.1. TEMAS DEL MES.

3. Cuidado colectivo de la salud en tiempos de COVID 19

Jornadas de Vacunación

Derechos

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

3. Se procede a evaluar la sesión. Se anexan copias.
4. Se plantea como fecha tentativa para la próxima reunión, el día 24 del mes de marzo del año 2023 a las 2:00PM en la oficina de COOSALUD EPS.

Para constancia firman,

Anexos

Formatos de Evaluación

COOSALUD En Pos de tu bienestar	EVALUACION DE CAPACITACIONES, INDUCCION Y REINDUCCION	GTH-F-22 Act. 09 2020.nov.06

MÓDULO:	CAPACITACION ASODEUS
ÁREA RESPONSABLE:	EXPERIENCIA DEL USUARIO
TEMA:	Covid -Vacunación-Derechos-Red-Canales de comunicación Coosalud
NOMBRE:	ANDREA PONCE
CARGO:	USUARIO
SUCURSAL / AGENCIA:	BOYACA-SUCURSAL
FACILITADOR:	BLANCA LILIA RODRIGUEZ
FECHA:	23/02/2023
CALIFICACIÓN:	

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

PREGUNTAS	RESPUESTAS
1. **¿Pueden vacunarse contra el Covid en el 2023?**	(SI) NO
2. **¿Señale con una X cuándo se va a colocar la vacuna hay que llevar el carnet de vacunación?**	(SI) NO
3. **¿Señale con una X cuáles son canales de comunicación en coosalud?** **Selección de múltiple respuesta**	[X] #922 [ ] Línea Fija [X] Correo defensorusuario@coosalud.com

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

COOSALUD En Pos de tu bienestar	EVALUACION DE CAPACITACIONES, INDUCCION Y REINDUCCION	GTH-F-22 Act. 09 2020.nov.06

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 Andrea Fonseca

FIRMA FACILITADOR Julia Ruiz Duarte

COOSALUD En Pos de tu bienestar	EVALUACION DE CAPACITACIONES, INDUCCION Y REINDUCCION	GTH-F-22 Act. 09 2020.nov.06

MÓDULO:	CAPACITACION ASODEUS
ÁREA RESPONSABLE:	EXPERIENCIA DEL USUARIO
TEMA:	Covid -Vacunación-Derechos-Red-Canales de comunicación Coosalud
NOMBRE:	Tatiana Yulián Sandoval
CARGO:	USUARIO
SUCURSAL / AGENCIA:	BOYACA-SUCURSAL
FACILITADOR:	BLANCA LILIA RODRIGUEZ
FECHA:	23/02/2023
CALIFICACIÓN:	

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

PREGUNTAS	RESPUESTAS
1. **¿Pueden vacunarse contra el Covid en el 2023?**	SI NO
2. **¿Señale con una X cuándo se va a colocar la vacuna hay que llevar el carnet de vacunación?**	X NO
3. **¿Señale con una X cuáles son canales de comunicación en coosalud?** **Selección de múltiple respuesta**	X #922 X Linea Fija X Correo defensorusuario@coosalud.com

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	X	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	X	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	X	5

COOSALUD En Pos de te bienestar	EVALUACION DE CAPACITACIONES, INDUCCION Y REINDUCCION	GTH-F-22 Act. 09 2020.nov.06

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	X	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	X	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	X	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	X	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	X	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 Tatiana Hellen S.

FIRMA FACILITADOR

COOSALUD En Pos de tu bienestar	EVALUACION DE CAPACITACIONES, INDUCCION Y REINDUCCION	GTH-F-22 Act. 09 2020.nov.06

MÓDULO:	CAPACITACION ASODEUS
ÁREA RESPONSABLE:	EXPERIENCIA DEL USUARIO
TEMA:	Covid -Vacunación-Derechos-Red-Canales de comunicación Coosalud
NOMBRE:	Luz Delia Chaparro Lopez
CARGO:	USUARIO
SUCURSAL / AGENCIA:	BOYACA-SUCURSAL
FACILITADOR:	BLANCA LILIA RODRIGUEZ
FECHA:	23/02/2023
CALIFICACIÓN:	

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

PREGUNTAS	RESPUESTAS
1. **¿Pueden vacunarse contra el Covid en el 2023?**	(SI) NO
2. **¿Señale con una X cuándo se va a colocar la vacuna hay que llevar el carnet de vacunación?**	(SI) NO
3. **¿Señale con una X cuáles son canales de comunicación en coosalud?** **Selección de múltiple respuesta**	[X] #922 [X] Linea Fija [X] Correo defensorusuario@coosalud.com

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

COOSALUD En Pos de tu bienestar	EVALUACION DE CAPACITACIONES, INDUCCION Y REINDUCCION	GTH-F-22 Act. 09 2020.nov.06

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.**

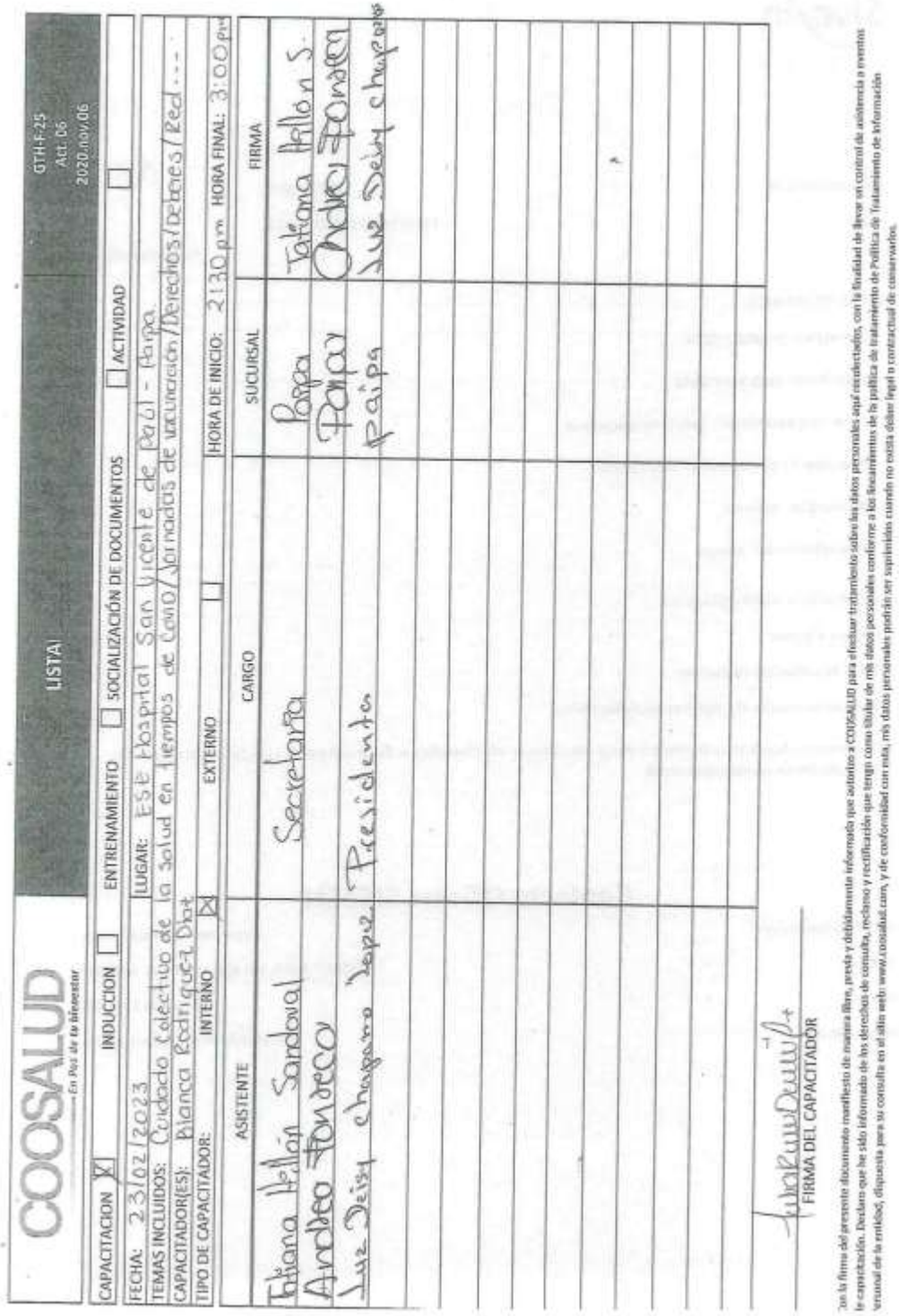
1	2	3	(4)	5

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

FIRMA ASISTENTE Luz Deisy Chacon L

FIRMA FACILITADOR

Listado de asistencia



COOSALUD En Pos de tu bienestar

LISTA

GTH-F-25 Act. 06 2020.nov.06

CAPACITACION [X] INDUCCION [ ] ENTRENAMIENTO [ ] SOCIALIZACIÓN DE DOCUMENTOS [ ] ACTIVIDAD [ ]

FECHA: 23/02/2023 LUGAR: ESE Hospital San Vicente de Paúl - Rionegro

TEMAS INCLUIDOS: Cuidado Colectivo de la Salud en tiempos de COVID/Jornadas de Vacunación/Derechos/Deberes/Red...

CAPACITADOR(ES): Bianca Rodriguez Diaz

TIPO DE CAPACITADOR: INTERNO [X] EXTERNO [ ] HORA DE INICIO: 2:30 p.m. HORA FINAL: 3:00 p.m.

ASISTENTE	CARGO	SUCURSAL	FIRMA
Tatiana Hellen Sandoval	Secretaria	Porpa	Tatiana Hellen S.
Arodeo Fonseca		Porpa	Arodeo Fonseca
Luz Deisy Chaparro Lopez	Presidenta	Paipa	Luz Deisy Chaparro

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 consignados, 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 vigente 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.

Soporte fotografió