

CONVOCATORIA No 01

ASOCIACIÓN DE USUARIOS DEL MUNICIPIO DE PAJARITO DEL DEPARTAMENTO DE BOYACÁ

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: OFICINA LOCAL

Fecha: 27/01/2023

Hora: 3:00 PM

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

Atentamente,



PRESIDENTE ASOCIACIÓN DE USUARIOS

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

FECHA : 27/01/2023
LUGAR : Oficina de COOSALUD EPS-S
HORA : 3:00 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. Cuota moderadoras y Copagos 2023
 - B. Programas de riesgo
 - C. Derechos,
 - D. de comunicación
 - E. Red
3. Evaluación de la sesión
4. Apertura del Buzón de sugerencias
5. Programación de la próxima reunión

DESARROLLO DE LA REUNIÓN

1. AMANDA ELENA ROJAS CRUZ 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 de Bogotá.
1. Se exponen los temas preparados para el día a cargo de Amanda Elena Rojas Cruz_colaborador de Coosalud EPS.

2.1. TEMAS DEL MES.

Cuota moderadoras y Copagos 2023

Copagos régimen subsidiado 2023

En el régimen subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud no se cobran cuotas moderadoras.

Para aplicación de los copagos en el régimen subsidiado se establecen los grupos de corte del Sisben metodología IV así: el nivel 1 corresponde a los grupos A1 a B7 y el nivel 2 a los grupos C1 a C18.

Cuotas moderadoras y copagos régimen contributivo 2023

Categoría	Ingreso base SMLMV	Valor 2023
1	Menor a 2 SMLMV*	\$ 4.100
2	Entre 2 y 5 SMLMV*	\$ 16.400
3	Mayor a 5 SMLMV*	\$ 43.000

*Salario Mínimo Legal Mensual Vigente (SMLMV)

Categoría	Ingreso base SMLMV	% por evento	Valor máximo por evento	Valor máximo por usuario/año
1	Menor a 2 SMLMV*	11,60%	\$304.683	\$ 610.227
2	Entre 2 y 5 SMLMV*	17,30%	\$ 420.455	\$ 2.440.909
3	Mayor a 5 SMLMV*	23,00%	\$ 2.440.909	\$ 4.881.819

*Salario Mínimo Legal Mensual Vigente (SMLMV)

Por lo tanto, los afiliados del régimen subsidiado clasificados en el nivel 2 del Sisben (C1 a C18), conforme con la metodología IV, deberán cancelar los respectivos copagos para los servicios que se encuentran dentro del Plan de Beneficios en Salud y que se indican a continuación:

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

Programas de riesgo

ROGRAMAS DE RIESGO

- ✓Crecimiento y desarrollo de primera infancia.
- ✓Atención al adolescentes
- ✓Atención al joven
- ✓Salud bucal para todas las edades
- ✓Cuidate Mujer
- ✓Adultez y vejez – Edad de oro
- ✓Programas para pacientes con cáncer

Derechos



Tú tienes derechos y deberes

Nuestros afiliados y aportantes podrán participar a escala ciudadana, comunitaria, social e institucional con el fin de ejercer sus derechos y deberes; gestionar planes y programas; planificar, evaluar y dirigir el desarrollo de la salud en un proceso de interacción social para intervenir en las decisiones de salud, respondiendo a intereses individuales y colectivos para la gestión y dirección de sus procesos, basados en los principios constitucionales de solidaridad, equidad y universalidad en la búsqueda de bienestar humano y desarrollo social

Red

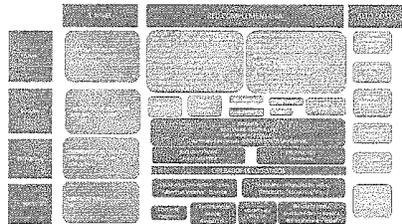
1 NIVEL	RED COMPLEMENTARIA	ALTO COSTO	
BERDO	ES EL CENTRO DE SALUD JUAN FRANCISCO BERDO ES EL HOSPITAL REGIONAL DE INVESTIGACIONES Y HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN ANTONIO DE TUMÁ ES EL HOSPITAL REGIONAL DE MONDOVIA ES EL HOSPITAL REGIONAL DE CHIRIQUINCHUA ES EL HOSPITAL SAN VICENTE DE FERRELL ES EL HOSPITAL LOS SAGRES ES EL HOSPITAL REGIONAL DE SUCRE ES EL HOSPITAL REGIONAL DE SOGAMOSO	ES EL CENTRO DE INVESTIGACIONES Y HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN ANTONIO DE TUMÁ ES EL HOSPITAL REGIONAL DE MONDOVIA ES EL HOSPITAL REGIONAL DE CHIRIQUINCHUA ES EL HOSPITAL SAN VICENTE DE FERRELL ES EL HOSPITAL LOS SAGRES ES EL HOSPITAL REGIONAL DE SUCRE ES EL HOSPITAL REGIONAL DE SOGAMOSO	ES EL CENTRO DE INVESTIGACIONES Y HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN ANTONIO DE TUMÁ ES EL HOSPITAL REGIONAL DE MONDOVIA ES EL HOSPITAL REGIONAL DE CHIRIQUINCHUA ES EL HOSPITAL SAN VICENTE DE FERRELL ES EL HOSPITAL LOS SAGRES ES EL HOSPITAL REGIONAL DE SUCRE ES EL HOSPITAL REGIONAL DE SOGAMOSO
BELEN	ES EL CENTRO DE SALUD "NUESTRA SEÑORA DE BELEN"		
BOVACA	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE SALUD SAN JOSE		
CAMPOHERMOSO	ES EL CENTRO DE SALUD CAMPOHERMOSO		
BARROSA	HOSPITAL INTEGRADO SAN BERNARDO FUNCIÓN LOCAL BOGOTÁ		
BUENAVISTA	ES EL CENTRO DE SALUD SANTA ANA DEL BUENAVISTA		
CERENA	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE SALUD CERENA		
CHILMANCUBRA	ES EL HOSPITAL REGIONAL DE CHILMANCUBRA		
CHIRIQUINCHUA	ES EL CENTRO DE SALUD DE VERDEMAR		

1 NIVEL	RED COMPLEMENTARIA	ALTO COSTO	
CIENGA	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO PUERTO DE SALUD DE CIENGA		
COMBITA	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE SALUD DE COMBITA		
COVARACHA	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN ANTONIO DE COVARACHA		
CUSARA	HOSPITAL ESPECIAL DE CLUBARA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO		
DUTAMA	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO SALUD DEL TURBANDIA SALUD LABORAL IVA		
GACHANTIVA	ES EL SAN ANTONIO DE INERUA ES EL HOSPITAL SAN FICCO DE VILLA DE LEÓN		
LA VICTORIA	ES EL HOSPITAL REGIONAL DE CHILMANCUBRA		
MARIPÍ	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO SALLI SALGADO DE MARIPÍ		
MISALFONES	HOSPITAL REGIONAL DE MISALFONES EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO		

1 NIVEL	RED COMPLEMENTARIA	ALTO COSTO	
MONQUI	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL LAS MERCEDES DE MONQUI		
MONDOVIA	HOSPITAL REGIONAL DE MONDOVIA		
MUÑOZ	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SANTA ANA		
OCATA	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO PUERTO DE SALUD OCATA		
PAEZ	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO SAGRES		
PAEZ	ES EL HOSPITAL SAN VICENTE DE PAEZ DE PAEZ		
PAJARITO	HOSPITAL REGIONAL DE SOGAMOSO EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO		
PAUNA	ES EL CENTRO DE SALUD EDGAR ROLDAN PARRA DE PAUNA		
PAZA	ES EL CENTRO DE SALUD NUESTRA SEÑORA DE LA PAZ		

1 NIVEL	RED COMPLEMENTARIA	ALTO COSTO	
QUIPAMA	ES EL CENTRO DE SALUD NUESTRA SEÑORA DE LA PAZ		
RAMIRICEL	ES EL HOSPITAL SAN VICENTE DE RAMIRICEL		
SABANA	ES EL CENTRO DE SALUD SAN VICENTE FERRER		
SABICA	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SANTA MARÍA DE SABICA		
SAN EDUARDO	ES EL CENTRO DE SALUD JAIME DIAZ FERRER		
SAN PABLO B	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE SALUD SAN PABLO DE BOGOTÁ		
SOGA	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SACRAMENTO COVARACHA DE JESUS DE SOGA		
SOGAMOSO	SALUD SOGAMOSO EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO		
TOTA	ES EL CENTRO DE SALUD DE TOTA		

COOSALUD ACTA DE SESIÓN DE ASODEUS GEU-F-03
Act.08
2022.sep.23



Canales de comunicación



2. Se procede a evaluar la sesión. Se anexan copias.
3. Se abre el buzón de sugerencias y se elabora el acta.
4. Se plantea como fecha tentativa para la próxima reunión, el día 24 del mes de febrero del año 2023 a las 4:00 pm en la oficina de COOSALUD EPS.

Para constancia firman,

NOMBRE	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CARGO	FIRMA
Engie Vanessa Bazán R	1077.874.087	Fiscal	Vanessa Bazán
Lenaida Rodríguez	1035206134	Vocal	Lenaida R
Nancy Rodríguez	33645534	Vocal	Nancy R
Sandro Salamanca	1116542711	Vicepresidente	Sandro S
Jairo Achagua	9655121	Presidente	Jairo Achagua



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:	A. Cuota moderadoras y Copagos 2023 B. Programas de riesgo C. Derechos, D. de comunicación E. Red
NOMBRE:	Jairo Achaagua
CARGO:	USUARIO <i>Presidente</i>
SUCURSAL / AGENCIA:	
FACILITADOR:	AMANDA ROJAS CRUZ
FECHA:	27/01/2023
CALIFICACIÓN:	

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

PREGUNTAS	RESPUESTAS
1. ¿Se cobran cuotas moderadoras en el Régimen Subsidiado?	SI NO
2. ¿Señale con una X cuáles son un programa de riesgo en Coosalud EPS? Selección de múltiple respuesta	<input checked="" type="checkbox"/> Crecimiento y Desarrollo en primera infancia <input checked="" type="checkbox"/> Salud Bucal para todas las mujeres <input checked="" type="checkbox"/> Cuidate Mujer <input type="checkbox"/> Medicina General
3. ¿Señale con una X cuáles son canales de comunicación en coosalud? Selección de múltiple respuesta	<input checked="" type="checkbox"/> #922 <input checked="" type="checkbox"/> Línea Fija <input checked="" type="checkbox"/> 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):

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:	A. Cuota moderadoras y Copagos 2023 B. Programas de riesgo C. Derechos, D. de comunicación E. Red
NOMBRE:	<i>Fairo Achagua</i>
CARGO:	USUARIO <i>Presidente</i>
SUCURSAL / AGENCIA:	
FACILITADOR:	AMANDA ROJAS CRUZ
FECHA:	27/01/2023
CALIFICACIÓN:	

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

PREGUNTAS	RESPUESTAS
1. ¿Se cobran cuotas moderadoras en el Régimen Subsidiado?	SI <input checked="" type="checkbox"/>
2. ¿Señale con una X cuáles son un programa de riesgo en Coosalud EPS? Selección de múltiple respuesta	<input checked="" type="checkbox"/> Crecimiento y Desarrollo en primera infancia <input checked="" type="checkbox"/> Salud Bucal para todas las mujeres <input checked="" type="checkbox"/> Cuidate Mujer <input type="checkbox"/> Medicina General
3. ¿Señale con una X cuáles son canales de comunicación en coosalud? Selección de múltiple respuesta	<input checked="" type="checkbox"/> #922 <input checked="" type="checkbox"/> Linea Fija <input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 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):

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

MÓDULO:	CAPACITACION ASODEUS
ÁREA RESPONSABLE:	EXPERIENCIA DEL USUARIO
TEMA:	A. Cuota moderadoras y Copagos 2023 B. Programas de riesgo C. Derechos, D. de comunicación E. Red
NOMBRE:	Sandra Milena Salamanca Gavidia
CARGO:	USUARIO - Vice-presidente
SUCURSAL / AGENCIA:	
FACILITADOR:	AMANDA ROJAS CRUZ
FECHA:	27/01/2023
CALIFICACIÓN:	

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

PREGUNTAS	RESPUESTAS
1. ¿Se cobran cuotas moderadoras en el Régimen Subsidiado?	SI <input type="radio"/> NO <input checked="" type="radio"/>
2. ¿Señale con una X cuáles son un programa de riesgo en Coosalud EPS? Selección de múltiple respuesta	<input checked="" type="checkbox"/> Crecimiento y Desarrollo en primera infancia <input checked="" type="checkbox"/> Salud Bucal para todas las mujeres <input checked="" type="checkbox"/> Cuidate Mujer <input type="checkbox"/> Medicina General
3. ¿Señale con una X cuáles son canales de comunicación en coosalud? Selección de múltiple respuesta	<input checked="" type="checkbox"/> #922 <input checked="" type="checkbox"/> Línea Fija <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="radio"/>
---	---	---	---	------------------------------------

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):

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:	A. Cuota moderadoras y Copagos 2023 B. Programas de riesgo C. Derechos, D. de comunicación E. Red
NOMBRE:	Lenaida Rodríguez
CARGO:	USUARIO Votat.
SUCURSAL / AGENCIA:	Boyaca
FACILITADOR:	AMANDA ROJAS CRUZ
FECHA:	27/01/2023
CALIFICACIÓN:	

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

PREGUNTAS	RESPUESTAS	
	SI	NO
1. ¿Se cobran cuotas moderadoras en el Régimen Subsidiado?		<u>NO</u>
2. ¿Señale con una X cuáles son un programa de riesgo en Coosalud EPS? Selección de múltiple respuesta	<input checked="" type="checkbox"/> Crecimiento y Desarrollo en primera infancia <input checked="" type="checkbox"/> Salud Bucal para todas las mujeres <input checked="" type="checkbox"/> Cuidate Mujer <input type="checkbox"/> Medicina General	
3. ¿Señale con una X cuáles son canales de comunicación en coosalud? Selección de múltiple respuesta	<input checked="" type="checkbox"/> #922 <input checked="" type="checkbox"/> Línea Fija <input checked="" type="checkbox"/> 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	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	4	<input checked="" type="checkbox"/>	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	<input checked="" type="checkbox"/>	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	<input checked="" type="checkbox"/>	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	<input checked="" type="checkbox"/>	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	<input checked="" type="checkbox"/>	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	<input checked="" type="checkbox"/>	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):

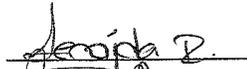
1	2	3	4	<input checked="" type="checkbox"/>	5
---	---	---	---	-------------------------------------	---

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

1	2	3	4	<input checked="" type="checkbox"/>	5
---	---	---	---	-------------------------------------	---

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

FIRMA ASISTENTE



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:	A. Cuota moderadoras y Copagos 2023 B. Programas de riesgo C. Derechos, D. de comunicación E. Red
NOMBRE:	Ange Vanessa Garzón
CARGO:	USUARIO FISCAL
SUCURSAL / AGENCIA:	Boyacá
FACILITADOR:	AMANDA ROJAS CRUZ
FECHA:	27/01/2023
CALIFICACIÓN:	

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

PREGUNTAS	RESPUESTAS
1. ¿Se cobran cuotas moderadoras en el Régimen Subsidiado?	SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
2. ¿Señale con una X cuáles son un programa de riesgo en Coosalud EPS? Selección de múltiple respuesta	<input checked="" type="checkbox"/> Crecimiento y Desarrollo en primera infancia <input checked="" type="checkbox"/> Salud Bucal para todas las mujeres <input checked="" type="checkbox"/> Cuidate Mujer <input type="checkbox"/> Medicina General
3. ¿Señale con una X cuáles son canales de comunicación en coosalud? Selección de múltiple respuesta	<input checked="" type="checkbox"/> #922 <input checked="" type="checkbox"/> Línea Fija <input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 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

Vanesa Garzón

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 ASODEUS
ÁREA RESPONSABLE:	EXPERIENCIA DEL USUARIO
TEMA:	A. Cuota moderadoras y Copagos 2023 B. Programas de riesgo C. Derechos, D. de comunicación E. Red
NOMBRE:	Nancy Omaira Pachares e
CARGO:	USUARIO - Vocal
SUCURSAL / AGENCIA:	Borocá
FACILITADOR:	AMANDA ROJAS CRUZ
FECHA:	27/01/2023
CALIFICACIÓN:	

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

PREGUNTAS	RESPUESTAS	
	SI	<u>NO</u>
1. ¿Se cobran cuotas moderadoras en el Régimen Subsidiado?		
2. ¿Señale con una X cuáles son un programa de riesgo en Coosalud EPS? Selección de múltiple respuesta	<input checked="" type="checkbox"/> Crecimiento y Desarrollo en primera infancia <input checked="" type="checkbox"/> Salud Bucal para todas las mujeres <input checked="" type="checkbox"/> Cuidate Mujer <input type="checkbox"/> Medicina General	
3. ¿Señale con una X cuáles son canales de comunicación en coosalud? Selección de múltiple respuesta	<input checked="" type="checkbox"/> #922 <input checked="" type="checkbox"/> Línea Fija <input checked="" type="checkbox"/> 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
---	---	---	---	---

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

Nancy Rodríguez

FIRMA FACILITADOR

[Firma]