

**CONVOCATORIA No 06**

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

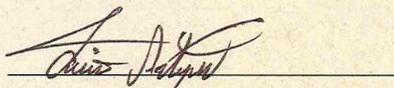
Reciba un cordial saludo.

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: 30/06/2023  
Hora: 3:00 PM

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

Atentamente,



PRESIDENTE ASOCIACIÓN DE USUARIOS



**MUNICIPIO DE PAJARITO**

**FECHA** : 30/06/2023  
**LUGAR** : Oficina de COOSALUD EPS-S  
**HORA** : 2:30 P.M.  
**ASISTENTES** : (Se anexa firma de los asistentes).  
**OBJETIVO** : Reunión ordinaria de la Asociación de Usuarios.

Agenda programada para el día:

1. Bienvenida
2. Exposición de los temas preparados para el día:
  - A. Régimen Contributivo, Movilidad, Prestaciones económicas, Categorías
  - B. Deberes de los afiliados
  - C. Derechos de los pacientes: Autodeterminación, consentimiento y libre escogencia
  - 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. Amanda 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.,
2. Se exponen los temas preparados para el día a cargo de Amanda Rojas Cruz colaborador de Coosalud EPS.

**2.1. TEMAS DEL MES.**

Movilidad y Prestaciones económicas

REGIMEN CONTRIBUTIVO

COOSALUD



**TIPOS DE NOVEDADES DE AFILIACIÓN**

COOSALUD

**¿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



**¿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.

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

Si. 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.**

**Cuotas moderadoras y copagos régimen contributivo 2023**

Categoría	Ingreso base SMLMV	Valor 2023
1	Mayor a 5 SMLMV	\$ 4.500
2	Entre 2 y 5 SMLMV	\$ 10.000
3	Mayor a 5 SMLMV	\$ 43.000

Categoría	Ingreso base SMLMV	% por evento	Valor máximo por evento	Valor máximo por consulta/Año
1	Mayor a 5 SMLMV	11,86%	\$104.073	\$ 611.227
2	Entre 2 y 5 SMLMV	12,86%	\$ 222.000	\$ 2.442.859
3	Mayor a 5 SMLMV	13,86%	\$ 448.000	\$ 4.470.268

Por lo tanto, los afiliados del régimen subsidiado clasificados en el nivel 2 del Sisbén (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

**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.

COOSALUD

**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



**Redes Sociales**



COOSALUD

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

 @coosalud  
 Coosalud eps  
 @coosaludeps

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

Para constancia firman 30 de junio de 2023,

NOMBRE	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CARGO	FIRMA
Jairo Achagua	9655121	Presidente	<i>Jairo Achagua</i>
Lenaida Rodríguez	1058206134	Vocal	<i>Lenaida Rodríguez</i>
Nancy Rodríguez	33621534	Vocal	<i>Nancy Rodríguez</i>
Sandra Milena S	1116542711	Vicepresidenta	<i>Sandra Milena S</i>



<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>	Movilidad-Prestaciones Económicas-Deberes-Derechos-Red-Canales de comunicación Coosalud
<b>NOMBRE:</b>	Jairo Acuña
<b>CARGO:</b>	USUARIO Presidente
<b>SUCURSAL / AGENCIA:</b>	BOZACA
<b>FACILITADOR:</b>	Amanda Rojas CNZ
<b>FECHA:</b>	30/06/2023
<b>CALIFICACIÓN:</b>	

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

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

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	<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	5
---	---	---	---	---

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

---



---



---

FIRMA ASISTENTE

FIRMA FACILITADOR



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

MÓDULO:	CAPACITACION
ÁREA RESPONSABLE:	EXPERIENCIA DEL USUARIO
TEMA:	Movilidad-Prestaciones Económicas-Deberes-Derechos-Red-Canales de comunicación Coosalud
NOMBRE:	Loreida Rodriguez
CARGO:	USUARIO vocal
SUCURSAL / AGENCIA:	Boyaca
FACILITADOR:	Amahda Rojas Cruz
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
<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?</p> <p>Respuesta única</p>	<p><input type="checkbox"/> Cambio.</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Movilidad</p> <p><input type="checkbox"/> Otro. Cual? _____</p>
<p>2. ¿ A los afiliados al régimen contributivo, reconocerán y pagarán como prestaciones económicas, el valor de?</p> <p>Selección de múltiple respuesta</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> Incapacidades por enfermedad general</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Licencias de maternidad</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Licencia de paternidad</p>
<p>1. ¿Es la autodeterminación, consentimiento y libre escogencia un derecho de los afiliados?</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> SI</p> <p><input type="checkbox"/> NO</p>

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	<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	5	<input checked="" type="checkbox"/>
---	---	---	---	---	-------------------------------------

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

---



---



---

FIRMA ASISTENTE

*[Firma manuscrita]*

FIRMA FACILITADOR

*[Firma manuscrita]*

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

MÓDULO:	CAPACITACION
ÁREA RESPONSABLE:	EXPERIENCIA DEL USUARIO
TEMA:	Movilidad-Prestaciones Económicas-Deberes-Derechos-Red-Canales de comunicación Coosalud
NOMBRE:	Nancy Omaira Rodríguez C
CARGO:	USUARIO - rosal
SUCURSAL / AGENCIA:	Boyaca
FACILITADOR:	Amanda Rojas Cruz
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
<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?</p> <p>Respuesta única</p>	<p><input type="checkbox"/> Cambio.</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Movilidad</p> <p><input type="checkbox"/> Otro. Cual? _____</p>
<p>2. ¿ A los afiliados al régimen contributivo, reconocerán y pagarán como prestaciones económicas, el valor de?</p> <p>Selección de múltiple respuesta</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> Incapacidades por enfermedad general</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Licencias de maternidad</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Licencia de paternidad</p>
<p>1. ¿Es la autodeterminación, consentimiento y libre escogencia un derecho de los afiliados?</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> SI</p> <p><input type="checkbox"/> NO</p>

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 O. Rodríguez*

FIRMA FACILITADOR

*[Firma manuscrita]*

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

MÓDULO:	CAPACITACION
ÁREA RESPONSABLE:	EXPERIENCIA DEL USUARIO
TEMA:	Movilidad-Prestaciones Económicas-Deberes-Derechos-Red-Canales de comunicación Coosalud
NOMBRE:	Sandra Milena Salamanca
CARGO:	USUARIO - Vicepresidente
SUCURSAL / AGENCIA:	Boyacá
FACILITADOR:	Amanda Rojas Cruz
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
<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?</p> <p>Respuesta única</p>	<p><input type="checkbox"/> Cambio.</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Movilidad</p> <p><input type="checkbox"/> Otro. Cual? _____</p>
<p>2. ¿ A los afiliados al régimen contributivo, reconocerán y pagarán como prestaciones económicas, el valor de?</p> <p>Selección de múltiple respuesta</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> Incapacidades por enfermedad general</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Licencias de maternidad</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Licencia de paternidad</p>
<p>1. ¿Es la autodeterminación, consentimiento y libre escogencia un derecho de los afiliados?</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> SI</p> <p><input type="checkbox"/> NO</p>

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 *Sandra Milena S.*

FIRMA FACILITADOR *[Firma]*