

CONVOCATORIA No 02

ASOCIACIÓN DE USUARIOS DEL MUNICIPIO DE Sabote DEL
DEPARTAMENTO DE Bolívar

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 Coosalud EPS
Fecha: 24/02/2023
Hora: 2:00PM

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****MUNICIPIO DE BOGOTÁ**

FECHA : 24/02/2023
LUGAR : Oficina de COOSALUD EPS-S
HORA : 2:00 P.M.
ASISTENTES : 6(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. VICTA HELENA CASTELLANOS TELLEZ 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 saboya
2. Se exponen los temas preparados para el día a cargo VICTA HELENA CASTELLANOS TELLEZ de colaborador de Coosalud EPS.

2.1. TEMAS DEL MES.

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



Jornadas de Vacunación

**26 DE ABRIL
VACUNACIÓN DE LAS AMERICAS**

Hay que cumplir con el Plan de Vacunación para niños

Siempre se debe llevar el carnet de vacunación

COOSALUD

Derechos

<p style="color: #4CAF50; font-weight: bold;">Protección a la dignidad humana</p> <p style="text-align: center; color: #4CAF50; font-weight: bold;">DERECHOS</p> <p>Recibir un trato digno en el acceso a servicios de salud y en todas las etapas de atención. Ninguna persona deberá ser sometida a tratos crueles o inhumanos que afecten su dignidad, ni será obligada a soportar sufrimiento evitable, ni obligada a padecer enfermedades que pueden recibir tratamiento.</p> <p>Ser respetado como ser humano en su integridad, sin recibir ninguna discriminación por su pertenencia étnica, sexo, identidad de género, orientación sexual, edad, idioma, religión o creencia, cultura, opiniones políticas o de cualquier índole, costumbres, origen, condición social, condición económica y su intimidad, así como las opiniones que tenga.</p> <p>Recibir los servicios de salud en condiciones sanitarias adecuadas, en un marco de seguridad y respeto a su identidad e intimidad.</p>	<p style="color: #4CAF50; font-weight: bold;">Protección a la dignidad humana</p> <p style="text-align: center; color: #4CAF50; font-weight: bold;">DERECHOS</p> <p>Recibir protección especial cuando se padecen enfermedades catastróficas o de alto costo. Esto implica el acceso oportuno a los servicios de salud asociados a la patología y la prohibición de que bajo ningún pretexto se deje de atender a la persona, ni puedan cobrarse copagos o cuotas moderadoras.</p> <p>Elegir dentro de las opciones de muerte digna según corresponda a su escala de valores y preferencias personales y a ser respetado en su elección, incluyendo que se le permita rechazar actividades, intervenciones, insumos, medicamentos, dispositivos, servicios, procedimientos o tratamientos que puedan dilatar el proceso de la muerte impidiendo que este siga su curso natural en la fase terminal de su enfermedad.</p>
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

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.

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:	Esmeralda Ines Abel Suarez
CARGO:	USUARIO
SUCURSAL / AGENCIA:	SABOYA-BOYACA
FACILITADOR:	HELENA CASTELLANOS
FECHA:	24/02/2023
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?	<input checked="" type="checkbox"/> NO
2. ¿Señale con una X cuándo se va a colocar la vacuna hay que llevar el carnet de vacunación?	<input checked="" type="checkbox"/> NO
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	<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	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 Espenosa Ines Abel Suarez

FIRMA FACILITADOR Helena Castellanos

COOSALUD En Pos de tu bienestar	EVALUACION DE CAPACITACIONES, INDUCCION Y REINDUCCION	G1H-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:	CRISTINA NATALIA RODRIGUEZ BORDO
CARGO:	USUARIO
SUCURSAL / AGENCIA:	SABOYA-BOYACA
FACILITADOR:	HELENA CASTELLANOS
FECHA:	24/02/2023
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?	<input checked="" type="checkbox"/> SI NO
2. ¿Señale con una X cuándo se va a colocar la vacuna hay que llevar el carnet de vacunación?	<input checked="" type="checkbox"/> SI NO
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="checkbox"/>
---	---	---	---	---------------------------------------

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

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

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 ANITA RODRIGUEZ

FIRMA FACILITADOR Helena Castellanos

COOSALUD En Pos de tu bienestar	EVALUACION DE CAPACITACIONES, INDUCCION Y REINDUCCION	GTM-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:	Pablo Sotelo
CARGO:	USUARIO
SUCURSAL / AGENCIA:	SABOYA-BOYACA
FACILITADOR:	HELENA CASTELLANOS
FECHA:	24/02/2023
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 <input checked="" type="checkbox"/> NO
2. ¿Señale con una X cuándo se va a colocar la vacuna hay que llevar el carnet de vacunación?	SI <input checked="" type="checkbox"/> NO
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 capté 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 

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

MÓDULO:	CAPACITACION ASODEUS
ÁREA RESPONSABLE:	EXPERIENCIA DEL USUARIO
TEMA:	Covid -Vacunación-Derechos-Red-Canales de comunicación Coosalud
NOMBRE:	Leidy Karolena Vallami Castellanos
CARGO:	USUARIO
SUCURSAL / AGENCIA:	SABOYA-BOYACA
FACILITADOR:	HELENA CASTELLANOS
FECHA:	24/02/2023
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 <input checked="" type="checkbox"/> NO
2. ¿Señale con una X cuándo se va a colocar la vacuna hay que llevar el carnet de vacunación?	SI <input checked="" type="checkbox"/> NO
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="checkbox"/>
---	---	---	---	---------------------------------------

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

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 <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	5	X
---	---	---	---	---	---

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 capté 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	X
---	---	---	---	---	---

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	X
---	---	---	---	---	---

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	X
---	---	---	---	---	---

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	X
---	---	---	---	---	---

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

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

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

Continuar tan responsable y dedicada, excelente servicio.

FIRMA ASISTENTE

[Firma manuscrita]

FIRMA FACILITADOR

Heber Castellanos

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

MÓDULO:	CAPACITACION ASODEUS
ÁREA RESPONSABLE:	EXPERIENCIA DEL USUARIO
TEMA:	Covid -Vacunación-Derechos-Red-Canales de comunicación Coosalud
NOMBRE:	Angela Maslen Pineda Gomez
CARGO:	USUARIO
SUCURSAL / AGENCIA:	SABOYA-BOYACA
FACILITADOR:	HELENA CASTELLANOS
FECHA:	24/02/2023
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 <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
2. ¿Señale con una X cuándo se va a colocar la vacuna hay que llevar el carnet de vacunación?	SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
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="checkbox"/>
---	---	---	---	---------------------------------------

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

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

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

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	X
---	---	---	---	---	---

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	X
---	---	---	---	---	---

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	X
---	---	---	---	---	---

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	X
---	---	---	---	---	---

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	X
---	---	---	---	---	---

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

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

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

FIRMA ASISTENTE Anaela Pineda
FIRMA FACILITADOR Helena Castellanos

COOSALUD EVALUACION DE CAPACITACIONES, INDUCCION Y REINDUCCION GEU-F-03
Act.08
2022.sep.23

MÓDULO:	CAPACITACION ASODEUS
ÁREA RESPONSABLE:	EXPERIENCIA DEL USUARIO
TEMA:	Covid -Vacunación Derechos Red Canales de comunicación Coosalud
NOMBRE:	Luisa Fernanda Cortés Suárez
CARGO:	USUARIO
SUCURSAL / AGENCIA:	SABOYA-BOYACA
FACILITADOR:	HELENA CASTELLANOS
FECHA:	24/02/2023
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?	<input checked="" type="checkbox"/> SI NO
2. ¿Señale con una X cuándo se va a colocar la vacuna hay que llevar el carnet de vacunación?	<input checked="" type="checkbox"/> SI NO
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="checkbox"/>
---	---	---	---	---------------------------------------

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

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

	EVALUACION DE CAPACITACIONES, INDUCCION Y REINDUCCION	GTM F-22 Act. 09 2020 nov 06
		(Empty space for additional info)

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

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:**

Excelente

FIRMA ASISTENTE Luisa fernanda cortés

FIRMA FACILITADOR Helena Castellanos

4. Se abre el buzón de sugerencias y se elabora el acta. Se procede hacer apertura buzón de sugerencias encontrando como hallazgo una felicitación se registra en elaboración de acta
5. 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,

NOMBRE	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CARGO	FIRMA
Esperanza Abril	23994706	Vocal	Esperanza Abril
Erica Hibelcia Rodriguez	1007656671	Vicepresidenta	Erica Hibelcia Rodriguez
Pablo Antonio Sotelo	7120616	Vocal	Pablo Antonio Sotelo
José Carlos Villegas	1056028820	Presidente	José Carlos Villegas
Angela Mercedes Pineda	1053348609	Revisor Fiscal	Angela Pineda
Jessie Fernanda Cortes	1193551170	Secretaria	Guisa Cortes

EVIDENCIAS FOTOGRAFICAS

