

**COOSALUD**  
En Pos de tu bienestar

CONVOCATORIA A SESION DE ASODEUS

GEU-F-03  
Act.0884  
2023.SEP.23A  
M-2022-2023  
145.10

**CONVOCATORIA No 1**

**ASOCIACIÓN DE USUARIOS DEL MUNICIPIO DE SAMACA  
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: Oficina de atención al usuario Samacá

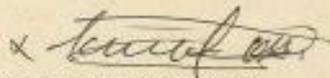
Fecha: 28 de enero del 2023

Hora: 7:am a 10am

Si desea más información sobre esta convocatoria, puede acercarse al colaborador de Coosalud

EPS.

Atentamente,



VALENTIN BUITRAGO RODRIGUE

CC 4234313

PRESIDENTE ASOCIACIÓN DE USUARIOS

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

**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. IVAN ZAMBRANO 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 IVAN ZAMBRANO 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

**Cuotas moderadoras:** Acuerdos 990/04

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)

**Copagos:** Acuerdos 856/04

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

### PROGRAMAS DE RIESGO

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

COOSALUD

## 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

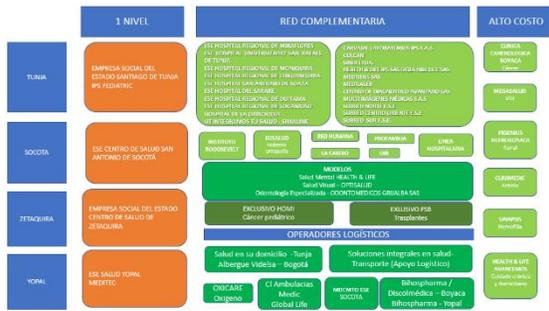
## Red

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 MONDOVINA ES EL HOSPITAL REGIONAL DE CHORQUINQUIRA ES EL HOSPITAL SAN VICENTE DE FERRELL ES EL HOSPITAL LOS SAKAPÉ ES EL HOSPITAL REGIONAL DE BUENAVISTA ES EL HOSPITAL REGIONAL DE SOGAMOSO	CLÍNICA CAROLINA BONICA Cibara MEDISANO VIA FRONTERA NEUROVITAL Pará CLINIQUE ARCA SINAPSIS HORIZONTE HEALTH & LIFE AMBULANCIA Cuidado crítico y especializado
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 SOCIAL BOSCARRON	
BUENAVISTA	ES EL CENTRO DE SALUD SANTA ANA DEL BUENAVISTA	
CERENA	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE SALUD CERENA	
CHOLANQUIRA	ES EL HOSPITAL REGIONAL DE CHOLANQUIRA	
CHIRIQUÍ	ES EL CENTRO DE SALUD DE CHIRIQUÍ	

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 ES EL HOSPITAL REGIONAL DE SOGAMOSO	
CUSARA	HOSPITAL ESPECIAL DE CLUBARRA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	
DUTAMA	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO SALUD DEL TURBARRA SALUD LABORAL IVA	
GACHANTIVA	ES EL SAN ANTONIO DE INERUA ES EL HOSPITAL SAN FÉLIX DE VILLA DE LEÓN	
LA VICTORIA	ES EL HOSPITAL REGIONAL DE CHOLANQUIRA	
MARIPÍ	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO SABEL SALGADO DE MARIPÍ	
MISALFONES	HOSPITAL REGIONAL DE MISALFONES EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	

1 NIVEL	RED COMPLEMENTARIA	ALTO COSTO
MONCÍ	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL LAS MERCEDES DE MONCÍ	
MONCIVIEJA	HOSPITAL REGIONAL DE MONCIVIEJA	
MILDO	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SANTA ANA	
OCATA	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO PUERTO DE SALUD OCATA	
PAJZ	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO Jorge González Ortega	
PAJZ	ES EL HOSPITAL SAN VICENTE DE PAJZ DE PAJZ	
PAJARITO	HOSPITAL REGIONAL DE SOGAMOSO EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	
PAJANA	ES EL CENTRO DE SALUD EDGAR ROLDÁN PARRA DE PAJANA	
PARA	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	
RAMIRICÍ	ES EL HOSPITAL SAN VICENTE DE RAMIRICÍ	
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	

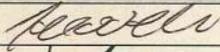
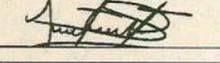
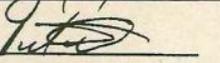


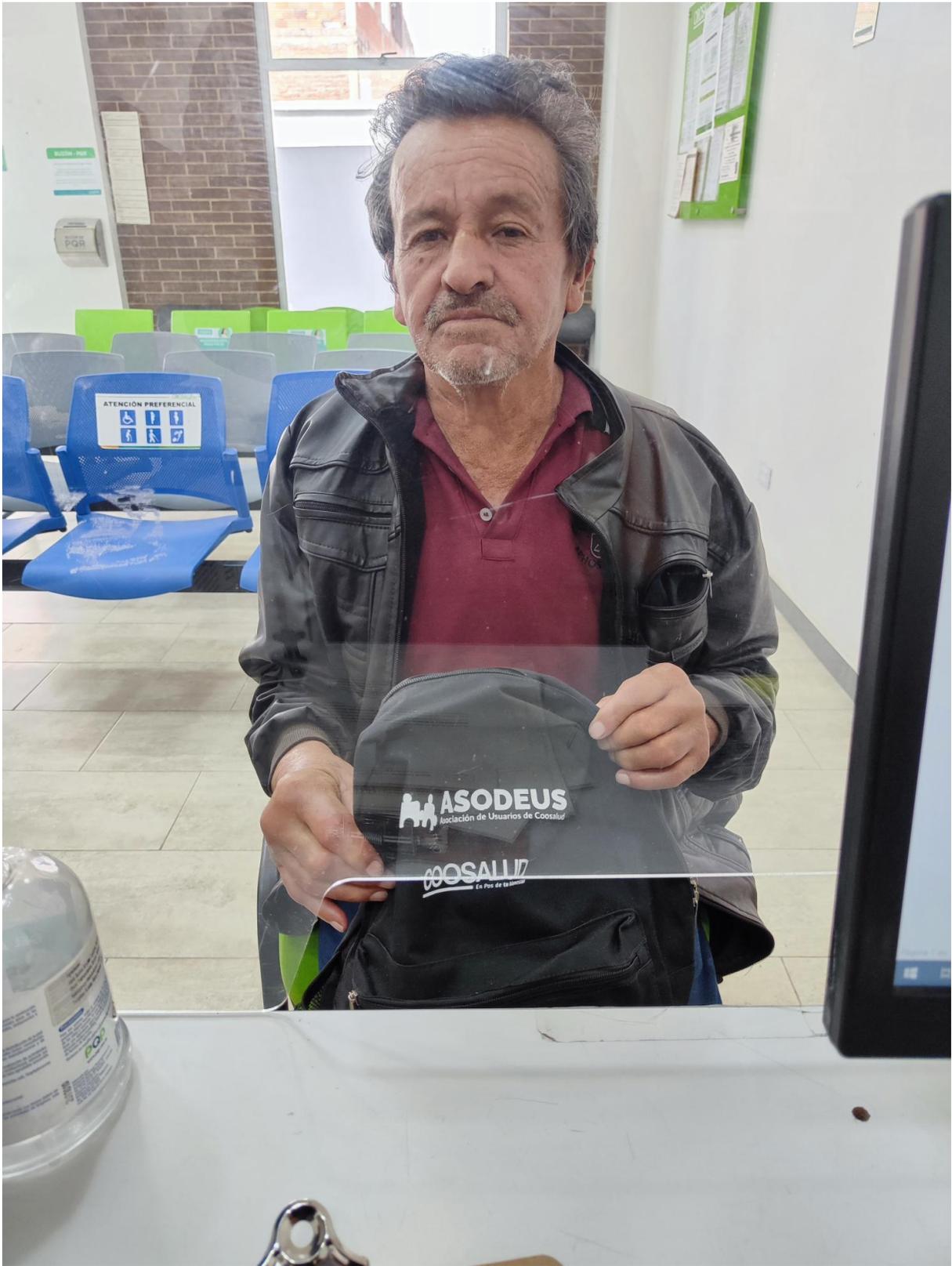
**Canales de comunicación**



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 12:00 PM la oficina de COOSALUD EPS.

Para constancia firman,

NOMBRE	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CARGO	FIRMA
Valentin Butrago	4234313	Presidente	
Juan Sierra	1033896603	vicepresidente	
luz Yely satama	39702611	fiscal	
Karen Danyan?	1056804256	vocal	<u>karen</u>



<b>COOSALUD</b> En Pos de tu bienestar		<b>EVALUACION DE CAPACITACIONES, INDUCCION Y REINDUCCION</b>	6TH-F-22 Act. 08 2020.Feb.06
<b>MÓDULO:</b>	CAPACITACION ASODEUS		
<b>ÁREA RESPONSABLE:</b>	EXPERIENCIA DEL USUARIO		
<b>TEMA:</b>	<input checked="" type="checkbox"/> A. Cuota moderadoras y Copagos 2023 <input type="checkbox"/> B. Programas de riesgo <input checked="" type="checkbox"/> C. Derechos, <input type="checkbox"/> D. de comunicación <input type="checkbox"/> E. Red		
<b>NOMBRE:</b>	Valentin Beutrago		
<b>CARGO:</b>	USUARIO		
<b>SUCURSAL / AGENCIA:</b>	SAMACA BOYACA		
<b>FACILITADOR:</b>	IVAN ZAMBRANO		
<b>FECHA:</b>	27/01/2023		
<b>CALIFICACIÓN:</b>			

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

PREGUNTAS	RESPUESTAS
1. ¿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 type="checkbox"/> Salud Bucal para todas las mujeres <input 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"/> 9922 <input type="checkbox"/> Línea Fija <input checked="" type="checkbox"/> Correo <a href="mailto:defensasguarto@coosalud.com">defensasguarto@coosalud.com</a>

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):

<b>COOSALUD</b> <small>En Pos de tu bienestar</small>	<b>EVALUACION DE CAPACITACIONES, INDUCCION Y REINDUCCION</b>	GTN-F-22 Act.08 2020.nov.06
--	--	-----------------------------------

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: Buenas, 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 Valentina Bustros

FIRMA FACILITADOR Walter Zambrano

<b>COOSALUD</b>		<b>EVALUACION DE CAPACITACIONES, INDUCCION Y REINDUCCION</b>	6TH-F-22 Act. 03 2020.rev.00
<b>MÓDULO:</b>	CAPACITACION ASODEUS		
<b>ÁREA RESPONSABLE:</b>	EXPERIENCIA DEL USUARIO		
<b>TEMA:</b>	<input checked="" type="checkbox"/> A. Cuota moderadoras y Copagos 2023 <input type="checkbox"/> B. Programas de riesgo <input checked="" type="checkbox"/> C. Derechos, D. de comunicación E. Red		
<b>NOMBRE:</b>	IVAN SIBRAN		
<b>CARGO:</b>	USUARIO		
<b>SUCURSAL / AGENCIA:</b>	SAMACA BOYACA		
<b>FACILITADOR:</b>	IVAN ZAMBRANO		
<b>FECHA:</b>	27/01/2023		
<b>CALIFICACIÓN:</b>			

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

PREGUNTAS	RESPUESTAS
1. ¿Se cobran cuotas moderadoras en el Régimen Subsidiado?	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> 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 checked="" type="checkbox"/> Medicina General
3. ¿Señale con una X cuáles son canales de comunicación en coosalud? Selección de múltiple respuesta	<input checked="" type="checkbox"/> 4922 <input checked="" type="checkbox"/> Línea Fija <input checked="" type="checkbox"/> Correo: <a href="mailto:defensorusuario@coosalud.com">defensorusuario@coosalud.com</a>

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):

<b>COOSALUD</b> En Pos de tu bienestar	<b>EVALUACION DE CAPACITACIONES, INDUCCION Y REINDUCCION</b>	GTH-F-22 Act. 08 2022.sep.23
---	--	------------------------------------

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 MOTIVACION DEL FACILITADOR.** El nivel de participación y de motivación ofrecida 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 Juan Sierra

FIRMA FACILITADOR Juan Zambrano

<b>COOSALUD</b> En Pos de tu bienestar	<b>EVALUACION DE CAPACITACIONES, INDUCCION Y REINDUCCION</b>	6TH-F-22 Act. 08 2022.nov.06
<b>MÓDULO:</b>	CAPACITACION ASODEUS	
<b>ÁREA RESPONSABLE:</b>	EXPERIENCIA DEL USUARIO	
<b>TEMA:</b>	<input checked="" type="checkbox"/> A. Cuota moderadoras y Copagos 2023 <input type="checkbox"/> B. Programas de riesgo <input checked="" type="checkbox"/> C. Derechos, <input type="checkbox"/> D. de comunicación <input type="checkbox"/> E. Red	
<b>NOMBRE:</b>	lyz. santarnalia	
<b>CARGO:</b>	USUARIO	
<b>SUCURSAL / AGENCIA:</b>	SAMACA BOYACA	
<b>FACILITADOR:</b>	IVAN ZAMBRANO	
<b>FECHA:</b>	27/01/2023	
<b>CALIFICACIÓN:</b>		

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

PREGUNTAS	RESPUESTAS
1. ¿Se cobran cuotas moderadoras en el Régimen Subsidiado?	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> 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 checked="" type="checkbox"/> Medicina General
3. ¿Señale con una X cuáles son canales de comunicación en coosalud? Selección de múltiple respuesta	<input checked="" type="checkbox"/> 8922 <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.

- 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).

<b>COOSALUD</b> <small>En Pos de tu bienestar</small>		<b>EVALUACION DE CAPACITACIONES, INDUCCION Y REINDUCCION</b>			GTH-F-22 Act. 08 2020.nov.06
--	--	--	--	--	------------------------------------

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 Iris Santamaría

FIRMA FACILITADOR Iris Santamaría

<b>COOSALUD</b>		<b>EVALUACION DE CAPACITACIONES, INDUCCION Y REINDUCCION</b>	GTH-F-22 Act. 08 2020.nov.08
<b>MÓDULO:</b>	CAPACITACIÓN ASODEUS		
<b>ÁREA RESPONSABLE:</b>	EXPERIENCIA DEL USUARIO		
<b>TEMA:</b>	A. Cuota moderadoras y Copagos 2023 <input checked="" type="checkbox"/> B. Programas de riesgo C. Derechos, <input checked="" type="checkbox"/> D. de comunicación E. Red		
<b>NOMBRE:</b>	KAREN DAYANA CASTIBLANCO		
<b>CARGO:</b>	USUARIO		
<b>SUCURSAL / AGENCIA:</b>	SAMACA BOYACA		
<b>FACILITADOR:</b>	IVAN ZAMBRANO		
<b>FECHA:</b>	27/01/2023		
<b>CALIFICACIÓN:</b>			

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

PREGUNTAS	RESPUESTAS
1. ¿Se cobran cuotas moderadoras en el Régimen Subsidiado?	<input checked="" type="checkbox"/> 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 <a href="mailto:defensasusuario@coosalud.com">defensasusuario@coosalud.com</a>

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.

- 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):

<b>COOSALUD</b> En Pos de tu bienestar	<b>EVALUACION DE CAPACITACIONES, INDUCCION Y REINDUCCION</b>	6TH-F-22 Act. 08 2022 nov.06
---	--	------------------------------------

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, cartelera, 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 Uga Sanchez

FIRMA FACILITADOR Hugo Rojas