

**COOSALUD**  
En Pos de tu bienestar

CONVOCATORIA A SESION DE ASODEUS

GEU-F-02  
Act.06  
2020.nov.06

CONVOCATORIA No 02

ASOCIACIÓN DE USUARIOS DEL MUNICIPIO DE San Eduardo 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 Coosalud  
Fecha: 23- Febrero - 2023  
Hora: 4:00 p.m

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

Atentamente,

Jose Leonardo Gualle

PRESIDENTE ASOCIACIÓN DE USUARIOS

[illegible]

**ACTA DE REUNIÓN DE LA ASOCIACIÓN DE USUARIOS, ASODEUS DE  
COOSALUD EPS**

**MUNICIPIO DE SAN EDUARDO**

**FECHA** : 23/02/2023  
**LUGAR** : Oficina de COOSALUD EPS-S  
**HORA** : 4:00 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. 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. IRMA ACEVEDO 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 IRMA ACEVEDO colaborador de Coosalud EPS.

**2.1. TEMAS DEL MES.**

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



## Jornadas de Vacunación



## Derechos

| Protección a la dignidad humana<br><b>DERECHOS</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Protección a la dignidad humana<br><b>DERECHOS</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <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>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.
4. Se abre el buzón de sugerencias y se elabora el 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,

[illegible]

|                                           |                                                                |                                                              |                                    |
|-------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| <b>COOSALUD</b><br>En Pos de tu bienestar |                                                                | <b>EVALUACION DE CAPACITACIONES, INDUCCION Y REINDUCCION</b> | GEU-F-22<br>Act. 09<br>2022.nov.06 |
| MÓDULO:                                   | CAPACITACIÓN ASODEUS                                           |                                                              |                                    |
| ÁREA RESPONSABLE:                         | EXPERIENCIA DEL USUARIO                                        |                                                              |                                    |
| TEMA:                                     | Covid-Vacunación-Derechos-Red-Canales de comunicación Coosalud |                                                              |                                    |
| NOMBRE:                                   | María Otilia García                                            |                                                              |                                    |
| CARGO:                                    | USUARIO Vocal                                                  |                                                              |                                    |
| SUCURSAL / AGENCIA:                       | BOYACÁ                                                         |                                                              |                                    |
| FACILITADOR:                              | IRMA ACEVEDO                                                   |                                                              |                                    |
| FECHA:                                    | 23/02/2023                                                     |                                                              |                                    |
| CALIFICACIÓN:                             |                                                                |                                                              |                                    |

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

| PREGUNTAS                                                                                               | RESPUESTAS                                                                                                                                                                                                              |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. ¿Pueden vacunarse contra el Covid en el 2023?                                                        | SI <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?<br>Selección de múltiple respuesta | <input checked="" type="checkbox"/> #922<br><input checked="" type="checkbox"/> Línea Fija<br><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):

|   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|
| 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 |
|---|---|---|---|---|

|                                                                                   |                                                                 |                                    |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|------------------------------------|
|  | <b>EVALUACION DE CAPACITACIONES, INDUCCION Y REINDUCCION</b>    | GTH-F-22<br>Act. 09<br>2020.nov.06 |
|                                                                                   |                                                                 |                                    |
| MÓDULO:                                                                           | CAPACITACION ASODEUS                                            |                                    |
| ÁREA RESPONSABLE:                                                                 | EXPERIENCIA DEL USUARIO                                         |                                    |
| TEMA:                                                                             | Covid -Vacunación-Derechos-Red Canales de comunicación Coosalud |                                    |
| NOMBRE:                                                                           | Blanca Rosa Alfonso Fonseca                                     |                                    |
| CARGO:                                                                            | USUARIO Vicepresidenta                                          |                                    |
| SUCURSAL / AGENCIA:                                                               | Caguas                                                          |                                    |
| FACILITADOR:                                                                      | IRMA ACEVEDO                                                    |                                    |
| FECHA:                                                                            | 23/02/2023                                                      |                                    |
| CALIFICACIÓN:                                                                     |                                                                 |                                    |

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

| PREGUNTAS                                                                                               | RESPUESTAS                                                                                                                                                                                                                |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. ¿Pueden vacunarse contra el Covid en el 2023?                                                        | SI <input checked="" type="checkbox"/> NO                                                                                                                                                                                 |
| 2. ¿Señale con una X cuándo se va a colocar la vacuna hay que llevar el carnet de vacunación?           | X NO                                                                                                                                                                                                                      |
| 3. ¿Señale con una X cuáles son canales de comunicación en coosalud?<br>Selección de múltiple respuesta | <input checked="" type="checkbox"/> #922<br><input checked="" type="checkbox"/> Línea Fija<br><input checked="" type="checkbox"/> Correo <a href="mailto:defensorausuario@coosalud.com">defensorausuario@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):

|   |   |   |   |                                       |
|---|---|---|---|---------------------------------------|
| 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"/> |
|---|---|---|---|---------------------------------------|

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

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, carteleros, 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 Alonso Reyes Alfonso Fuentes

FIRMA FACILITADOR Imo Acevedo

|                                           |                                                                 |                                                              |                                    |
|-------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| <b>COOSALUD</b><br>En Pos de tu bienestar |                                                                 | <b>EVALUACION DE CAPACITACIONES, INDUCCION Y REINDUCCION</b> | GTH-F-22<br>Act. 09<br>2020.nov.06 |
| MÓDULO:                                   | CAPACITACION ASODEUS                                            |                                                              |                                    |
| ÁREA RESPONSABLE:                         | EXPERIENCIA DEL USUARIO                                         |                                                              |                                    |
| TEMA:                                     | Covid -Vacunación-Derechos-Red-Canales de comunicación Coosalud |                                                              |                                    |
| NOMBRE:                                   | Telah Díaz                                                      |                                                              |                                    |
| CARGO:                                    | USUARIO                                                         |                                                              |                                    |
| SUCURSAL / AGENCIA:                       | COO                                                             |                                                              |                                    |
| FACILITADOR:                              | IRMA ACEVEDO                                                    |                                                              |                                    |
| FECHA:                                    | 23/02/2023                                                      |                                                              |                                    |
| CALIFICACIÓN:                             |                                                                 |                                                              |                                    |

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

| PREGUNTAS                                                                                               | RESPUESTAS                                                                                                                                                                                                              |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. ¿Pueden vacunarse contra el Covid en el 2023?                                                        | SI <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?<br>Selección de múltiple respuesta | <input checked="" type="checkbox"/> #922<br><input checked="" type="checkbox"/> Línea Fija<br><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):

|   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|
| 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 |
|---|---|---|---|---|

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

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 (fotocopias, carteleros, 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

*Mónica Julia García*

FIRMA FACILITADOR

*Jimbo Acevedo*

|                                           |                                                              |                                    |
|-------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| <b>COOSALUD</b><br>En Pos de tu bienestar | <b>EVALUACIÓN DE CAPACITACIONES, INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN</b> | GTH-F-22<br>Act. 08<br>2020.nov.08 |
|-------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|------------------------------------|

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 ASIMILACIÓN 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 (fotocopias, carteleros, 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 Maria Edely Pío

FIRMA FACILITADOR Fino Accordo

|                                           |                                                                 |                                                              |                                    |
|-------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| <b>COOSALUD</b><br>En Pos de tu bienestar |                                                                 | <b>EVALUACION DE CAPACITACIONES, INDUCCION Y REINDUCCION</b> | GTB-F-22<br>Act. 09<br>2020.nov.08 |
| MÓDULO:                                   | CAPACITACION ASODEUS                                            |                                                              |                                    |
| ÁREA RESPONSABLE:                         | EXPERIENCIA DEL USUARIO                                         |                                                              |                                    |
| TEMA:                                     | Covid -Vacunación-Derechos-Red-Canales de comunicación Coosalud |                                                              |                                    |
| NOMBRE:                                   | Mca Rosalinda Pareda Soto                                       |                                                              |                                    |
| CARGO:                                    | USUARIO                                                         |                                                              |                                    |
| SUCURSAL / AGENCIA:                       | BOYACÁ                                                          |                                                              |                                    |
| FACILITADOR:                              | IRMA ACEVEDO                                                    |                                                              |                                    |
| FECHA:                                    | 23/02/2023                                                      |                                                              |                                    |
| CALIFICACIÓN:                             |                                                                 |                                                              |                                    |

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

| PREGUNTAS                                                                                               | RESPUESTAS                                                                                                                                                                                                                  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. ¿Pueden vacunarse contra el Covid en el 2023?                                                        | <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?<br>Selección de múltiple respuesta | <input checked="" type="checkbox"/> #922<br><input checked="" type="checkbox"/> Línea Fija<br><input checked="" type="checkbox"/> Correo de: <a href="mailto:denunciausuario@coosalud.com">denunciausuario@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):

|   |   |   |   |                                     |
|---|---|---|---|-------------------------------------|
| 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"/> |

|                                                                                   |                                                              |                                    |
|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|------------------------------------|
|  | <b>EVALUACION DE CAPACITACIONES, INDUCCION Y REINDUCCION</b> | GTH-F-22<br>Act. 09<br>2020.nov.06 |
|                                                                                   |                                                              |                                    |

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 ASIMILACIÓN 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 (fotocopias, 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 *Ana Rosalbina Pareda Soto*

FIRMA FACILITADOR *Irma Acaredo*

|                     |                                                                 |
|---------------------|-----------------------------------------------------------------|
| MÓDULO:             | CAPACITACIÓN ASODEUS                                            |
| ÁREA RESPONSABLE:   | EXPERIENCIA DEL USUARIO                                         |
| TEMA:               | Covid -Vacunación-Derechos-Red-Canales de comunicación Coosalud |
| NOMBRE:             | Leonardo Ovalle                                                 |
| CARGO:              | USUARIO Presidente                                              |
| SUCURSAL / AGENCIA: | Bogotá                                                          |
| FACILITADOR:        | IRMA ACEVEDO                                                    |
| FECHA:              | 23/02/2023                                                      |
| CALIFICACIÓN:       |                                                                 |

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

| PREGUNTAS                                                                                               | RESPUESTAS                                                                                                                                                                                                              |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. ¿Pueden vacunarse contra el Covid en el 2023?                                                        | SI NO<br>X                                                                                                                                                                                                              |
| 2. ¿Señale con una X cuándo se va a colocar la vacuna hay que llevar el carnet de vacunación?           | SI NO<br>X                                                                                                                                                                                                              |
| 3. ¿Señale con una X cuáles son canales de comunicación en coosalud?<br>Selección de múltiple respuesta | <input checked="" type="checkbox"/> #922<br><input checked="" type="checkbox"/> Línea Fija<br><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):

|   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|
| 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 José Leonardo Aguille

FIRMA FACILITADOR Ilma Acevedo

|                                           |                                                                 |                                                              |                                    |
|-------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| <b>COOSALUD</b><br>En Pos de tu bienestar |                                                                 | <b>EVALUACION DE CAPACITACIONES, INDUCCION Y REINDUCCION</b> | GTH-F-22<br>Act. 09<br>2020.nov.06 |
| MÓDULO:                                   | CAPACITACION ASODEUS                                            |                                                              |                                    |
| ÁREA RESPONSABLE:                         | EXPERIENCIA DEL USUARIO                                         |                                                              |                                    |
| TEMA:                                     | Covid -Vacunación-Derechos-Red-Canales de comunicación Coosalud |                                                              |                                    |
| NOMBRE:                                   | M <sup>a</sup> Eugenia Estrada                                  |                                                              |                                    |
| CARGO:                                    | USUARIO Vocal                                                   |                                                              |                                    |
| SUCURSAL / AGENCIA:                       | BOYBLO                                                          |                                                              |                                    |
| FACILITADOR:                              | IRMA ACEVEDO                                                    |                                                              |                                    |
| FECHA:                                    | 23/02/2023                                                      |                                                              |                                    |
| CALIFICACIÓN:                             |                                                                 |                                                              |                                    |

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

| PREGUNTAS                                                                                               | RESPUESTAS                                                                                                                                                                                                                      |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. ¿Pueden vacunarse contra el Covid en el 2023?                                                        | SI ✓ NO                                                                                                                                                                                                                         |
| 2. ¿Señale con una X cuándo se va a colocar la vacuna hay que llevar el carnet de vacunación?           | SI ✓ NO                                                                                                                                                                                                                         |
| 3. ¿Señale con una X cuáles son canales de comunicación en coosalud?<br>Selección de múltiple respuesta | <input checked="" type="checkbox"/> #922 ✓<br><input checked="" type="checkbox"/> Línea Fija ✓<br><input checked="" type="checkbox"/> Correo <a href="mailto:defensorausuario@coosalud.com">defensorausuario@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):

|   |   |   |   |     |
|---|---|---|---|-----|
| 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 ✓ |
|---|---|---|---|-----|

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

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, carteleros, 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)*

FIRMA FACILITADOR

*Firma Acevedo*

[illegible]