

CONVOCATORIA No 05ASOCIACIÓN 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 CoosaludFecha: 26 - Mayo - 2023Hora: 4:00 P.m

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

Atentamente,

\_\_\_\_\_  
PRESIDENTE ASOCIACIÓN DE USUARIOS

[illegible]

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

**FECHA** : 26/05/2023  
**LUGAR** : Oficina de COOSALUD EPS-S  
**HORA** : 2:00 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. Qué es trato digno y humanizado
  - B. Deberes de los afiliados
  - C. Derechos de los pacientes: Atención médica
  - 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.**

Trato digno y humanizado

## ¿Qué es trato digno y humanizado?

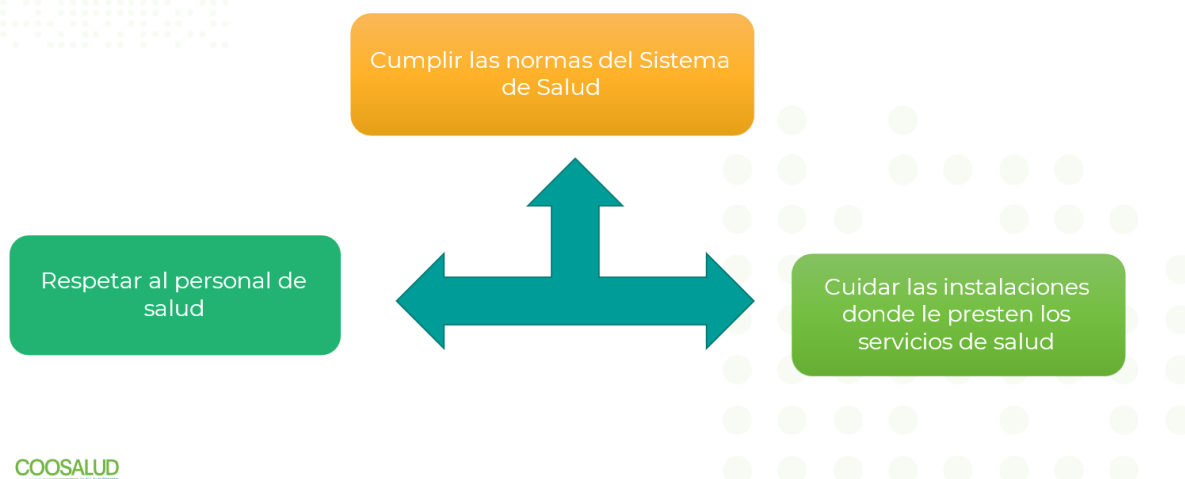


COOSALUD

2

### Deberes de los afiliados

## DEBERES DE LOS AFILIADOS



COOSALUD

Derechos de los pacientes: Atención médica

## DERECHOS

**Nuestros afiliados sin restricciones por motivos de raza, sexo, edad, idioma, religión, opiniones políticas o de cualquier índole, origen social, posición económica o condición social, tienen derecho a:**

### Atención médica accesible, idónea, de calidad y eficaz

- Recibir una segunda opinión por parte de un profesional de la salud disponible dentro de la red prestadora, en caso de duda sobre su diagnóstico o manejo de su condición de salud.
- Obtener autorización por parte de la EPS para una valoración científica y técnica, cuando tras un concepto médico, generado por un profesional de la salud externo a la red de la EPS y autorizado para ejercer, este considere que la persona requiere dicho servicio.
- Recibir las prestaciones económicas por licencia de maternidad, paternidad o incapacidad por enfermedad general, aún ante la falta de pago o cancelación extemporánea de las cotizaciones cuando la EPS no ha hecho uso de los diferentes mecanismos de cobro que se encuentran a su alcance para lograr el pago de los aportes atrasados.
- Acceder a los servicios y tecnologías de salud en forma continua y sin que sea interrumpido por razones administrativas o económicas.

COOSALUD

## DERECHOS

### Atención médica accesible, idónea, de calidad y eficaz

- Acceder a los servicios de salud sin que la EPS pueda imponer como requisito de acceso, el cumplimiento de cargas administrativas propias de la entidad. Toda persona tiene derecho a que su EPS autorice y tramite internamente los servicios de salud ordenados por su médico tratante. El médico tratante tiene la carga de iniciar dicho trámite y tanto prestadores como aseguradores deben implementar mecanismos expeditos para que la autorización fluya sin contratiempos.
- Acreditar su identidad mediante el documento de identidad o cualquier otro mecanismo tecnológico. No deberá exigirse al afiliado, carné o, certificado de afiliación a la EPS para la prestación de los servicios, copias, fotocopias o autenticaciones de ningún documento.
- Recibir atención médica y acceso a los servicios de salud de manera integral en un municipio o distrito diferente al de su residencia, cuando se traslade temporalmente por un periodo superior a un mes y hasta por doce (12) meses, haciendo la solicitud ante su EPS.
- Acceder a los servicios de salud de acuerdo con el principio de integralidad, así como a los elementos y principios previstos en el artículo 6° de la Ley Estatutaria 1751 de 2015.

COOSALUD

Se les presenta la Red de prestadores que tenemos en la regional y posteriormente los Canales de comunicación



## Redes Sociales



COOSALUD

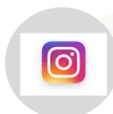
[www.coosalud.com](http://www.coosalud.com)



@coosalud



Coosalud eps



@coosaludeps

5

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 30 del mes de junio 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>                   | GTH-F-22<br>Act. 09<br>2020.nov.06 |
| <b>MÓDULO:</b>                            | CAPACITACION                                                                   |                                    |
| <b>ÁREA RESPONSABLE:</b>                  | EXPERIENCIA DEL USUARIO                                                        |                                    |
| <b>TEMA:</b>                              | Trato digno y humanizado-Deberes-Derechos-Red-Canales de comunicación Coosalud |                                    |
| <b>NOMBRE:</b>                            | Leonardo Ovalle                                                                |                                    |
| <b>CARGO:</b>                             | USUARIO                                                                        |                                    |
| <b>SUCURSAL / AGENCIA:</b>                |                                                                                |                                    |
| <b>FACILITADOR:</b>                       | IRMA ACEVEDO                                                                   |                                    |
| <b>FECHA:</b>                             | 26/05/2023                                                                     |                                    |
| <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. ¿Qué es trato digno y humanizado?<br>Selección de múltiple respuesta                       | <input checked="" type="checkbox"/> Dirigirse sin burlas.<br><input checked="" type="checkbox"/> Salvaguardar la intimidad<br><input checked="" type="checkbox"/> Hablar al paciente por su nombre                                                     |
| 2. ¿Cuales son deberes de los afiliados?<br>Selección de múltiple respuesta                   | <input checked="" type="checkbox"/> Cumplir las normas del sistema de salud<br><input checked="" type="checkbox"/> Respetar al personal de salud<br><input checked="" type="checkbox"/> Cuidar las instalaciones donde prestan los servicios de salud. |
| 1. ¿Es la Atención medica accesible, idónea, de calidad y eficaz un derecho de los afiliados? | <input checked="" type="checkbox"/> SI<br><input type="checkbox"/> NO                                                                                                                                                                                  |

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 Valle

FIRMA FACILITADOR

Ima Acosta

|                                           |                                                                                |                                                              |                                    |
|-------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| <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 |
| <b>MÓDULO:</b>                            | CAPACITACION                                                                   |                                                              |                                    |
| <b>ÁREA RESPONSABLE:</b>                  | EXPERIENCIA DEL USUARIO                                                        |                                                              |                                    |
| <b>TEMA:</b>                              | Trato digno y humanizado-Deberes-Derechos-Red-Canales de comunicación Coosalud |                                                              |                                    |
| <b>NOMBRE:</b>                            | Ana Rosalbina Poveda Soto                                                      |                                                              |                                    |
| <b>CARGO:</b>                             | Vocal USUARIO                                                                  |                                                              |                                    |
| <b>SUCURSAL / AGENCIA:</b>                | DOR @ CO                                                                       |                                                              |                                    |
| <b>FACILITADOR:</b>                       | IRMA ACEVEDO                                                                   |                                                              |                                    |
| <b>FECHA:</b>                             | 26/05/2023                                                                     |                                                              |                                    |
| <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. ¿Qué es trato digno y humanizado?<br>Selección de múltiple respuesta                       | <input checked="" type="checkbox"/> Dirigirse sin burlas.<br><input checked="" type="checkbox"/> Salvaguardar la intimidad<br><input checked="" type="checkbox"/> Hablar al paciente por su nombre                                                     |
| 2. ¿Cuales son deberes de los afiliados?<br>Selección de múltiple respuesta                   | <input checked="" type="checkbox"/> Cumplir las normas del sistema de salud<br><input checked="" type="checkbox"/> Respetar al personal de salud<br><input checked="" type="checkbox"/> Cuidar las instalaciones donde prestan los servicios de salud. |
| 1. ¿Es la Atención medica accesible, idónea, de calidad y eficaz un derecho de los afiliados? | <input checked="" type="checkbox"/> SI<br><input type="checkbox"/> NO                                                                                                                                                                                  |

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

Ana Rosalbina P.

FIRMA FACILITADOR

Ismael 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 |
|-------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|------------------------------------|

|                            |                                                                                |
|----------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|
| <b>MÓDULO:</b>             | CAPACITACION                                                                   |
| <b>ÁREA RESPONSABLE:</b>   | EXPERIENCIA DEL USUARIO                                                        |
| <b>TEMA:</b>               | Trato digno y humanizado-Deberes-Derechos-Red-Canales de comunicación Coosalud |
| <b>NOMBRE:</b>             | Blanca Rosa Alfonso Fonseca                                                    |
| <b>CARGO:</b>              | USUARIO Vicepresidenta                                                         |
| <b>SUCURSAL / AGENCIA:</b> |                                                                                |
| <b>FACILITADOR:</b>        | IRMA ACEVEDO                                                                   |
| <b>FECHA:</b>              | 26/05/2023                                                                     |
| <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. ¿Qué es trato digno y humanizado?<br>Selección de múltiple respuesta                       | <input checked="" type="checkbox"/> Dirigirse sin burlas.<br><input checked="" type="checkbox"/> Salvaguardar la intimidad<br><input checked="" type="checkbox"/> Hablar al paciente por su nombre                                                     |
| 2. ¿Cuales son deberes de los afiliados?<br>Selección de múltiple respuesta                   | <input checked="" type="checkbox"/> Cumplir las normas del sistema de salud<br><input checked="" type="checkbox"/> Respetar al personal de salud<br><input checked="" type="checkbox"/> Cuidar las instalaciones donde prestan los servicios de salud. |
| 1. ¿Es la Atención medica accesible, idónea, de calidad y eficaz un derecho de los afiliados? | <input checked="" type="checkbox"/> SI<br><input type="checkbox"/> NO                                                                                                                                                                                  |

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 Blanca Rosa Alfonso E.

FIRMA FACILITADOR Imo Acero



|                     |                                                                                |
|---------------------|--------------------------------------------------------------------------------|
| MÓDULO:             | CAPACITACION                                                                   |
| ÁREA RESPONSABLE:   | EXPERIENCIA DEL USUARIO                                                        |
| TEMA:               | Trato digno y humanizado-Deberes-Derechos-Red-Canales de comunicación Coosalud |
| NOMBRE:             | Mitzely Diaz Galdamez                                                          |
| CARGO:              | USUARIO                                                                        |
| SUCURSAL / AGENCIA: | BOYACÁ                                                                         |
| FACILITADOR:        | IRMA ACEVEDO                                                                   |
| FECHA:              | 26/05/2023                                                                     |
| CALIFICACIÓN:       |                                                                                |

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

| PREGUNTAS                                                                                     | RESPUESTAS                                                                                                                                                                                                                                             |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. ¿Qué es trato digno y humanizado?<br>Selección de múltiple respuesta                       | <input checked="" type="checkbox"/> Dirigirse sin burlas.<br><input checked="" type="checkbox"/> Salvaguardar la intimidad<br><input checked="" type="checkbox"/> Hablar al paciente por su nombre                                                     |
| 2. ¿Cuales son deberes de los afiliados?<br>Selección de múltiple respuesta                   | <input checked="" type="checkbox"/> Cumplir las normas del sistema de salud<br><input checked="" type="checkbox"/> Respetar al personal de salud<br><input checked="" type="checkbox"/> Cuidar las instalaciones donde prestan los servicios de salud. |
| 1. ¿Es la Atención medica accesible, idónea, de calidad y eficaz un derecho de los afiliados? | <input checked="" type="checkbox"/> SI<br><input type="checkbox"/> NO                                                                                                                                                                                  |

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 M. Deluy Díaz

FIRMA FACILITADOR Ismael Acuña



|                            |                                                                                |
|----------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|
| <b>MÓDULO:</b>             | CAPACITACION                                                                   |
| <b>ÁREA RESPONSABLE:</b>   | EXPERIENCIA DEL USUARIO                                                        |
| <b>TEMA:</b>               | Trato digno y humanizado-Deberes-Derechos-Red-Canales de comunicación Coosalud |
| <b>NOMBRE:</b>             | Maria Ottilia Garcia                                                           |
| <b>CARGO:</b>              | USUARIO vocal.                                                                 |
| <b>SUCURSAL / AGENCIA:</b> | BOYACA                                                                         |
| <b>FACILITADOR:</b>        | IRMA ACEVEDO                                                                   |
| <b>FECHA:</b>              | 26/05/2023                                                                     |
| <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. ¿Qué es trato digno y humanizado?<br>Selección de múltiple respuesta                       | <input checked="" type="checkbox"/> Dirigirse sin burlas.<br><input checked="" type="checkbox"/> Salvaguardar la intimidad<br><input checked="" type="checkbox"/> Hablar al paciente por su nombre                                                     |
| 2. ¿Cuales son deberes de los afiliados?<br>Selección de múltiple respuesta                   | <input checked="" type="checkbox"/> Cumplir las normas del sistema de salud<br><input checked="" type="checkbox"/> Respetar al personal de salud<br><input checked="" type="checkbox"/> Cuidar las instalaciones donde prestan los servicios de salud. |
| 1. ¿Es la Atención medica accesible, idónea, de calidad y eficaz un derecho de los afiliados? | <input checked="" type="checkbox"/> SI<br><input checked="" type="checkbox"/> NO                                                                                                                                                                       |

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 <i>X</i> |
|---|---|---|---|------------|

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 <i>X</i> |
|---|---|---|---|------------|

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 <i>X</i> |
|---|---|---|---|------------|

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 <i>X</i> |
|---|---|---|---|------------|

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 <i>X</i> |
|---|---|---|---|------------|

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 <i>X</i> |
|---|---|---|---|------------|

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

|   |   |   |   |            |
|---|---|---|---|------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 <i>X</i> |
|---|---|---|---|------------|

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

---



---



---

FIRMA ASISTENTE

*Maria Otilia Garcia*

FIRMA FACILITADOR

*Jesus Acevedo*

|                                                                                                                 |                                                                                |                                                              |  |                                    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|--|------------------------------------|
|  <p>En Pos de tu bienestar</p> |                                                                                | <b>EVALUACION DE CAPACITACIONES, INDUCCION Y REINDUCCION</b> |  | GTH-F-22<br>Act. 09<br>2020.nov.06 |
| <b>MÓDULO:</b>                                                                                                  | CAPACITACION                                                                   |                                                              |  |                                    |
| <b>ÁREA RESPONSABLE:</b>                                                                                        | EXPERIENCIA DEL USUARIO                                                        |                                                              |  |                                    |
| <b>TEMA:</b>                                                                                                    | Trato digno y humanizado-Deberes-Derechos-Red-Canales de comunicación Ccosalud |                                                              |  |                                    |
| <b>NOMBRE:</b>                                                                                                  | H <sup>a</sup> Eugenia Estrella C.                                             |                                                              |  |                                    |
| <b>CARGO:</b>                                                                                                   | USUARIO Vocal                                                                  |                                                              |  |                                    |
| <b>SUCURSAL / AGENCIA:</b>                                                                                      | Bataco                                                                         |                                                              |  |                                    |
| <b>FACILITADOR:</b>                                                                                             | IRMA ACEVEDO                                                                   |                                                              |  |                                    |
| <b>FECHA:</b>                                                                                                   | 26/05/2023                                                                     |                                                              |  |                                    |
| <b>CALIFICACIÓN:</b>                                                                                            |                                                                                |                                                              |  |                                    |

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

| PREGUNTAS                                                                                            | RESPUESTAS                                                                                                                                                                                                                                                            |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>1. ¿Qué es trato digno y humanizado?</p> <p>Selección de múltiple respuesta</p>                   | <p><input checked="" type="checkbox"/> Dirigirse sin burlas.</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Salvaguardar la intimidad</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Hablar al paciente por su nombre</p>                                                     |
| <p>2. ¿Cuales son deberes de los afiliados?</p> <p>Selección de múltiple respuesta</p>               | <p><input checked="" type="checkbox"/> Cumplir las normas del sistema de salud</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Respetar al personal de salud</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Cuidar las instalaciones donde prestan los servicios de salud.</p> |
| <p>1. ¿Es la Atención medica accesible, idónea, de calidad y eficaz un derecho de los afiliados?</p> | <p><input checked="" type="checkbox"/> SI</p> <p><input type="checkbox"/> NO</p>                                                                                                                                                                                      |

Evalúe la satisfacción de la capacitación, conteste de la manera más honesta posible las siguientes preguntas. Toda sugerencia adicional que nos aporte se la agradeceremos e intentaremos realizar los mejoramientos pertinentes en las próximas actividades. Por favor, evalúe en la escala 1-5.

1. **UTILIDAD DE LOS CONTENIDOS DE LA CAPACITACIÓN.** Importancia y utilidad que han tenido para usted los temas tratados en la capacitación (1: Inútiles, 2: Poco útiles, 3: Moderadamente útiles, 4: Útiles, 5: Muy útiles):

A horizontal number line with tick marks labeled 1, 2, 3, 4, and 5. An arrow points to the tick mark for 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:**

---

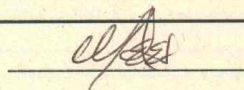


---



---

FIRMA ASISTENTE



FIRMA FACILITADOR

