



**CONVOCATORIA No 02**

**ASOCIACIÓN DE USUARIOS DEL MUNICIPIO DE SAN PABLO DE BORBUR  
DEL DEPARTAMENTO DE BOYACA**

Para: Integrantes de ASOCIACIÓN DE USUARIOS  
De: Junta directiva de ASOCIACIÓN DE USUARIOS  
Motivo: Invitación a sesión

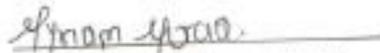
Recibe un cordial saludo.

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: 24 FEBRERO 2023  
Hora: 9:00AM-10:00AM

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

Atentamente,

  
PRESIDENTE ASOCIACIÓN DE USUARIOS



**ACTA DE REUNIÓN DE LA ASOCIACIÓN DE USUARIOS, ASODEUS DE  
COOSALUD EPS  
DEPARTAMENTO DE SAN PABLO DE BORBUR  
MUNICIPIO DE BOYACA**

**FECHA** : **24-FEBRERO 2023**  
**LUGAR** : **OFICINA**  
**HORA** : **9:00AM**  
**PARTICIPANTES** : **05 personas (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. Capacitación: (describa el nombre y objetivo de la capacitación) COVID VACUANCAION DEBERES Y DERECHOS DE LOS USUARIOS-RED- CANALES DE COMUNICACIÓN COOSALUD.
  - B. Actualización Normativa: (describa el tema) COVID VACUNACION DEBERES Y DERECHOS DE LOS USUARIOS-RED- CANALES DE COMUNICACIÓN COOSALUD.
  - c. Información general: (describa el tema) COVID VACUNACION DEBERES Y DERECHOS DE LOS USUARIOS-RED- CANALES DE COMUNICACIÓN COOSALUD.
3. Evaluación de la sesión
4. Apertura del Buzón de sugerencias
5. Programación de la próxima reunión

### **DESARROLLO DE LA REUNIÓN**

1. YULIETH KATHERINE GALINDO GONZALEZ colaborador de COOSALUD EPS, da la bienvenida a los participantes, agradece por la asistencia a la reunión y da a conocer el objetivo de esta. Además, destaca el compromiso para con la institución al pertenecer a la Asociación de Usuarios de COOSALUD EPS en el municipio de SAN PABLO DE BORBUR.
2. Se exponen los temas preparados para el día a cargo de\_YULIETH KATHERINE GALINDO GONZALEZ, colaborador de Coosalud EPS.
  - 3.1. TEMAS DEL MES. NOMBRAR LOS TEMAS DEL MES. COVID VACUNACION DEBERES Y DERECHOS DE LOS USUARIOS-RED- CANALES DE COMUNICACIÓN COOSALUD.
  - 3.2. EXPLICACIÓN DE LOS TEMAS DEL MES
3. Se procede a evaluar la sesión. Se anexan copias.
4. Se abre el buzón de sugerencias y se elabora el acta.



# COOSALUD

En Pos de **tu bienestar**

## Capacitación ASODEUS FEBRERO 2023

COOSALUD

COOSALUD



COOSALUD | Todos contamos **coontigo**

**¡Aún tenemos que cuidar nuestra salud!**

El covid no se ha ido y, para mantenerse protegido, no olvides vacunarte.

**Vayas a donde vayas, ve vacunado**  
contra el COVID

**Vacunado AdondeVayas**



COOSALUD

COOSALUD | Todos contamos **coontigo**

**Si tu propósito para 2023 es gozar de una mejor salud, ¡vacúnate contra el covid-19!**

Esta es una de las formas más efectivas de proteger tu bienestar y el de tu familia.

**Vayas a donde vayas, ve vacunado**  
contra el COVID

**Vacunado AdondeVayas**

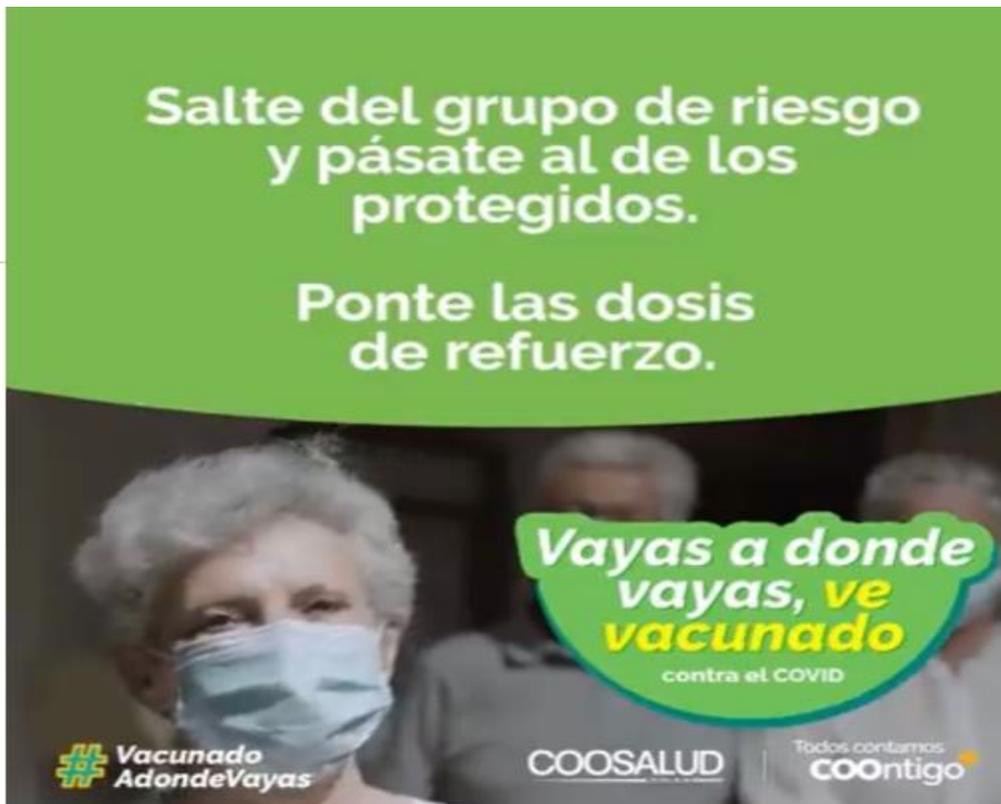


**Planea tu año sin covid-19.**

Acércate al punto de vacunación más cercano y **completa tu esquema.**

**Vayas a donde vayas, ve vacunado**  
contra el COVID

COOSALUD | Todos contamos **coontigo**



**26 DE ABRIL  
VACUNACIÓN DE LAS  
AMERICAS**

Hay que  
cumplir con  
el Plan de  
Vacunación  
para niños

Siempre se debe  
llevar el carnet de  
vacunación

# Cuales son tus derechos??

COOSALUD

## Protección a la dignidad humana

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.

Ser respetado como ser humano en su integralidad, 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.

Recibir los servicios de salud en condiciones sanitarias adecuadas, en un marco de seguridad y respeto a su identidad e intimidad.

COOSALUD

## DERECHOS

## Protección a la dignidad humana

## DERECHOS

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 cobrarsele copagos o cuotas moderadoras.

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.

COOSALUD

Red  
**BOYACÁ**

COOSALUD

	1 NIVEL	RED COMPLEMENTARIA	ALTO COSTO
BERBEO	ESE CENTRO DE SALUD JUAN FRANCISCO BERBEO	<p>ESE HOSPITAL REGIONAL DE MIRAFLORES ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA ESE HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUEIRA ESE HOSPITAL REGIONAL DE CHIQUINQUIRA ESE HOSPITAL SAN ANTONIO DE SOATA ESE HOSPITAL DEL SARARE ESE HOSPITAL REGIONAL DE DUITAMA ESE HOSPITAL REGIONAL DE SOGAMOSO</p> <p>CARVAJAL LABORATORIOS IPS S.A.S., COLCAN SIREB LTDA. HEALTH &amp; LIFE IPS SAS SIGLA H&amp;L UCC SAS MEDISENS SAS MEDILASER CENTRO DE DIAGNOSTICO AVANZADO SAS MULTI IMÁGENES MÉDICAS S.A.S SUBRED NORTE E.S.E SUBRED CENTRO ORIENTE E.S.E SUBRED SUR E.S.E.</p> <p>INSTITUTO ROOSEVELT    EUSALUD Materno Ortopedia    RED HUMANA    PROFAMILIA    LINEA HOSPITALARIA LA CARDIO    OIR</p> <p>MODELOS Salud Mental HEALTH &amp; LIFE Salud Visual – OPTISALUD Odontología Especializada - ODONTOMEDICOS GRIJALBA SAS</p> <p>EXCLUSIVO HOMI Cáncer pediátrico</p> <p>EXCLUSIVO FSB Trasplantes</p> <p>OPERADORES LOGÍSTICOS</p> <p>Salud en su domicilio -Tunja Albergue Videlsa – Bogotá</p> <p>Soluciones integrales en salud- Transporte (Apoyo Logístico)</p> <p>OXICARE Oxigeno    Cl Ambul. Medic Global Life    MDCMTO ESE BUENAVISTA BOYACA    Bihospharma / Discolmedica - Boyacá    Pharmasan - Barbosa</p>	CLINICA CANEROLOGICA BOYACA Cáncer
BELEN	ESE CENTRO DE SALUD "NUESTRA SEÑORA DE BELEN"		MEGASALUD VIH
BOYACA	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE SALUD SAN JOSE		FRSENIUS NEFROBOYACA Renal
CAMPOHERMOSO	E.S.E CENTRO DE SALUD CAMPOHERMOSO		CLINIMEDIC Artritis
BARBOSA	HOSPITAL INTEGRADO SAN BERNARDO FUNDACION SOCIAL BIOSANAR		SINAPSIS Hemofilia
BUENAVISTA	ESE CENTRO DE SALUD SANTA ISABEL BUENAVISTA		HEALTH & LIFE AVANCEMOS Cuidado crónico y domiciliario
CERINZA	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE SALUD CERINZA		
CHIQUINQUIRA	ESE HOSPITAL REGIONAL DE CHIQUINQUIRA		
CHITARAQUE	ESE CENTRO DE SALUD DE CHITARAQUE		

	1 NIVEL	RED COMPLEMENTARIA	ALTO COSTO
CIENEGA	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO PUESTO DE SALUD DE CIENEGA	<p>ESE HOSPITAL REGIONAL DE MIRAFLORES ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA ESE HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUEIRA ESE HOSPITAL REGIONAL DE CHIQUINQUIRA ESE HOSPITAL SAN ANTONIO DE SOATA ESE HOSPITAL DEL SARARE ESE HOSPITAL REGIONAL DE DUITAMA ESE HOSPITAL REGIONAL DE SOGAMOSO</p> <p>CARVAJAL LABORATORIOS IPS S.A.S., COLCAN SIREB LTDA. HEALTH &amp; LIFE IPS SAS SIGLA H&amp;L UCC SAS MEDISENS SAS MEDILASER CENTRO DE DIAGNOSTICO AVANZADO SAS MULTI IMÁGENES MÉDICAS S.A.S SUBRED NORTE E.S.E SUBRED CENTRO ORIENTE E.S.E SUBRED SUR E.S.E.</p> <p>INSTITUTO ROOSEVELT    EUSALUD Materno Ortopedia    RED HUMANA    PROFAMILIA    LINEA HOSPITALARIA LA CARDIO    OIR</p> <p>MODELOS Salud Mental HEALTH &amp; LIFE Salud Visual – OPTISALUD Odontología Especializada - ODONTOMEDICOS GRIJALBA SAS</p> <p>EXCLUSIVO HOMI Cáncer pediátrico</p> <p>EXCLUSIVO FSB Trasplantes</p> <p>OPERADORES LOGÍSTICOS</p> <p>Salud en su domicilio -Tunja Albergue Videlsa – Bogotá</p> <p>Soluciones integrales en salud- Transporte (Apoyo Logístico)</p> <p>OXICARE Oxigeno    Cl Ambulacias Medic Global Life    MDCMTO ESE CIENEGA GACHANTIVA    Bihospharma / Discolmedica - Boyacá    Droguería Galena - Cubará</p>	CLINICA CANEROLOGICA BOYACA Cáncer
COMBITA	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE SALUD DE COMBITA		MEGASALUD VIH
COVARACHIA	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN ANTONIO DE SOATA		FRSENIUS NEFROBOYACA Renal
CUBARA	HOSPITAL ESPECIAL DE CUBARA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO		CLINIMEDIC Artritis
DUITAMA	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO SALUD DEL TUNDAMA GRUPO LABZELL AVA		SINAPSIS Hemofilia
GACHANTIVA	E.S.E. CS SAN ANTONIO DE PADUA ESE HOSPITAL SAN FRCO DE VILLA DE LEYVA		HEALTH & LIFE AVANCEMOS Cuidado crónico y domiciliario
LA VICTORIA	ESE HOSPITAL REGIONAL DE CHIQUINQUIRA		
MARIPI	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO RAFAEL SALGADO DE MARIPI		
MIRAFLORES	HOSPITAL REGIONAL DE MIRAFLORES EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO		

	1 NIVEL	RED COMPLEMENTARIA	ALTO COSTO
MONGUI	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL LAS MERCEDES DE MONGUI	<p>ESE HOSPITAL REGIONAL DE MIRAFLORES ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA ESE HOSPITAL REGIONAL DE MONQUIRA ESE HOSPITAL REGIONAL DE CHIQUINQUIRA ESE HOSPITAL SAN ANTONIO DE SOATA ESE HOSPITAL DEL SARARE ESE HOSPITAL REGIONAL DE DUITAMA ESE HOSPITAL REGIONAL DE SOGAMOSO</p> <p>INSTITUTO ROOSEVELT</p> <p>EUSALUD Materno Ortopedia</p> <p>RED HUMANA</p> <p>LA CARDIO</p> <p>PROFAMILIA</p> <p>OIR</p> <p>LINEA HOSPITALARIA</p> <p>MODELOS Salud Mental HEALTH &amp; LIFE Salud Visual – OPTISALUD Odontología Especializada - ODONTOMEDICOS GRIJALBA SAS</p> <p>EXCLUSIVO HOMI Cáncer pediátrico</p> <p>EXCLUSIVO FSB Trasplantes</p> <p>OPERADORES LOGÍSTICOS</p> <p>Salud en su domicilio -Tunja Albergue <u>Videlsa</u> – Bogotá</p> <p>Soluciones integrales en salud- Transporte (Apoyo Logístico)</p> <p>OXICARE Oxígeno</p> <p>Cl Ambulancias Medic Global Life</p> <p>MDCMTO ESE PAIPA PAUNA</p> <p>Bihospharma / <u>Discolmédica</u> - Boyacá</p>	CLINICA CANEROLOGICA BOYACA Cáncer
MONQUIRA	HOSPITAL REGIONAL DE MONQUIRA ESE		MEGASALUD VIH
MUZO	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SANTA ANA		FRSENIUS NEFROBOYACA Renal
OICATA	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO PUESTO DE SALUD OICATÁ		CLINIMEDIC Artritis
PAEZ	Empresa Social del Estado Jorge González Olmos		SINAPSIS Hemofilia
PAIPA	E.S.E. HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE PAIPA		HEALTH & LIFE AVANCEMOS Cuidado crónico y domiciliario
PAJARITO	HOSPITAL REGIONAL DE SOGAMOSO EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO		
PAUNA	ESE CENTRO DE SALUD EDGAR ALONSO PULIDO SOLANO		
PAYA	ESE CENTRO DE SALUD NUESTRA SEÑORA DE LA PAZ		

	1 NIVEL	RED COMPLEMENTARIA	ALTO COSTO
QUIPAMA	ESE CENTRO DE SALUD NUESTRA SEÑORA DE LA PAZ	<p>ESE HOSPITAL REGIONAL DE MIRAFLORES ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA ESE HOSPITAL REGIONAL DE MONQUIRA ESE HOSPITAL REGIONAL DE CHIQUINQUIRA ESE HOSPITAL SAN ANTONIO DE SOATA ESE HOSPITAL DEL SARARE ESE HOSPITAL REGIONAL DE DUITAMA ESE HOSPITAL REGIONAL DE SOGAMOSO</p> <p>INSTITUTO ROOSEVELT</p> <p>EUSALUD Materno Ortopedia</p> <p>RED HUMANA</p> <p>LA CARDIO</p> <p>PROFAMILIA</p> <p>OIR</p> <p>LINEA HOSPITALARIA</p> <p>MODELOS Salud Mental HEALTH &amp; LIFE Salud Visual – OPTISALUD Odontología Especializada - ODONTOMEDICOS GRIJALBA SAS</p> <p>EXCLUSIVO HOMI Cáncer pediátrico</p> <p>EXCLUSIVO FSB Trasplantes</p> <p>OPERADORES LOGÍSTICOS</p> <p>Salud en su domicilio -Tunja Albergue <u>Videlsa</u> – Bogotá</p> <p>Soluciones integrales en salud- Transporte (Apoyo Logístico)</p> <p>OXICARE Oxígeno</p> <p>Cl Ambulancias Medic Global Life</p> <p>MDCMTO ESE SAN EDUARDO RAMIRIQUI SAN EDUARDO</p> <p>Bihospharma / <u>Discolmédica</u> - Boyacá</p>	CLINICA CANEROLOGICA BOYACA Cáncer
RAMIRIQUI	ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE RAMIRIQUI		MEGASALUD VIH
SABOYA	ESE CENTRO DE SALUD SAN VICENTE FERRER		FRSENIUS NEFROBOYACA Renal
SAMACA	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SANTA MARTA DE SAMACA		CLINIMEDIC Artritis
SAN EDUARDO	ESE CENTRO DE SALUD JAIME DIAZ PEREZ		SINAPSIS Hemofilia
SAN PABLO B	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE SALUD SAN PABLO DE BORBUR		HEALTH & LIFE AVANCEMOS Cuidado crónico y domiciliario
SOCHA	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS DE SOCHA		
SOGAMOSO	SALUD SOGAMOSO EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO		
TOTA	ESE CENTRO DE SALUD DE TOTA		



# CANALES DE COMUNICACIÓN



## Línea #922

Diseñamos este canal para brindarte una mejor experiencia. Marcando gratis desde tu celular (Movistar, Tigo o Claro), puedes hacer consultas y presentar PQRS.



## Línea fija

Desde una línea fija comunícate de forma gratuita al 01 8000 515611, para consultar información e interponer PQRS. Disponible todos los días de la semana, las 24 horas.



### Sitio web

Déjanos tus inquietudes o tus peticiones, quejas, reclamos y sugerencias (PQRS) diligenciando **este formulario** al que puedes acceder cualquier día, las 24 horas.



### Redes sociales

Interactúa con nosotros, mantente informado sobre Coosalud y temas de bienestar a través de nuestras cuentas de Twitter, Facebook e Instagram.



### Correo

Puedes enviar tus peticiones, quejas y reclamos al siguiente correo: [defensorusuario@coosalud.com](mailto:defensorusuario@coosalud.com).

GRACIAS...







<b>COOSALUD</b> En Pos de tu bienestar	<b>EVALUACION DE CAPACITACIONES, INDUCCION Y REINDUCCION</b>	GTH-F-22 Act.09 2021.nov.06
MÓDULO:	CAPACITACION ASODEUS	
ÁREA RESPONSABLE:	EXPERIENCIA DEL USUARIO	
TEMA:	Covid -Vacunación-Derechos-Red-Canales de comunicación Coosalud	
NOMBRE:	NIRIAM MUÑOZ	
CARGO:	USUARIO- PRESIDENTA	
SUCURSAL / AGENCIA:	BOJALCA	
FACILITADOR:	YULIETH KATHERINE GALINDO GONZALEZ	
FECHA:	24/02/2023	
CALIFICACIÓN:	3/3	

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

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

X

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
---	---	---	---	---

X

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
---	---	---	---	---

X

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

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:**

Que mejore la entrega de los medicamentos: más  
demonstraciones.

FIRMA ASISTENTE Myriam Lucia

FIRMA FACILITADOR Yuliett Galindo

<b>COOSALUD</b> <small>En Pos de tu bienestar</small>	<b>EVALUACION DE CAPACITACIONES, INDUCCION Y REINDUCCION</b>	STH-F-22 Act. 08 2022.nov.06
<b>MÓDULO:</b>	CAPACITACION ASODEUS	
<b>ÁREA RESPONSABLE:</b>	EXPERIENCIA DEL USUARIO	
<b>TEMA:</b>	Covid -Vacunación-Derechos-Red-Canales de comunicación Coosalud	
<b>NOMBRE:</b>	DOMIN - TORO	
<b>CARGO:</b>	USUARIO - VICEPRESIDENTE	
<b>SUCURSAL / AGENCIA:</b>	BOYACA	
<b>FACILITADOR:</b>	YULIETH KATHERINE GALINDO GONZALEZ	
<b>FECHA:</b>	24/02/2023	
<b>CALIFICACIÓN:</b>	3/3	

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?	<del>SI</del> NO
2. ¿Señale con una X cuándo se va a colocar la vacuna hay que llevar el carnet de vacunación?	<del>SI</del> NO
3. ¿Señale con una X cuáles son canales de comunicación en coosalud? Selección de múltiple respuesta	<input checked="" type="checkbox"/> #922 <input checked="" type="checkbox"/> Línea Fija <input checked="" type="checkbox"/> Correo <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. **METODOLOGÍA 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: Esenciales):

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
---	---	---	---	---



**EVALUACION DE CAPACITACIONES, INDUCCION Y REINDUCCION**

GTH-F-22  
Act. 08  
2020.nov.04

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 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, participe 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:**

que no se demoren con la entrega de los medicamentos.

FIRMA ASISTENTE

Yasmin Araya

FIRMA FACILITADOR

Yuliett Galindo

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

MÓDULO:	CAPACITACION ASODEUS
AREA RESPONSABLE:	EXPERIENCIA DEL USUARIO
TEMA:	Covid -Vacunación-Derechos-Red-Canales de comunicación Coosalud
NOMBRE:	Yulieth Andrea Bolívar
CARGO:	USUARIO - SECRETARIA
SUCURSAL / AGENCIA:	BOYACA
FACILITADOR:	YULIETH KATHERINE GALINDO GONZALEZ
FECHA:	24/02/2023
CALIFICACIÓN:	3/3

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

PREGUNTAS	RESPUESTAS
1. ¿Pueden vacunarse contra el Covid en el 2023?	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input 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"/> SI <input type="checkbox"/> NO
3. ¿Señale con una X cuáles son canales de comunicación en coosalud? Selección de múltiple respuesta	<input checked="" type="checkbox"/> #922 <input checked="" type="checkbox"/> Línea Fija <input checked="" type="checkbox"/> Correo defensorusuario@coosalud.com

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

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

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

2. **METODOLOGIA UTILIZADA EN EL CURSO.** Respecto a los métodos y estrategias utilizadas por el facilitador para impartir los contenidos fue (1: Pésimas, 2: Malas, 3: Aceptables, 4: Buenas, 5: Excelentes):

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

3. **GRADO DE MOTIVACIÓN DEL FACILITADOR.** El nivel de participación y de motivación ofrecido por el facilitador fue (1: Muy bajo, 2: Bajo, 3: Regular, 4: Alto, 5: Muy alto):

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

	<p><b>EVALUACION DE CAPACITACIONES, INDUCCION Y REINDUCCION</b></p>	<p>0TH-F-23 Act. 08 2020.sep.23</p>
---	---	---

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

---



---



---

FIRMA ASISTENTE Yoloth Portales

FIRMA FACILITADOR Yoloth Portales

<b>COOSALUD</b> En Pos de tu bienestar	<b>EVALUACION DE CAPACITACIONES, INDUCCION Y REINDUCCION</b>	01H-F-23
		Act. 08 2022-sep-06

MÓDULO:	CAPACITACION ASODEUS
AREA RESPONSABLE:	EXPERIENCIA DEL USUARIO
TEMA:	Covid -Vacunación-Derechos-Red-Canales de comunicación Coosalud
NOMBRE:	DOCTORA MARCELA MORENO
CARGO:	USUARIO - FISCAL
SUCURSAL / AGENCIA:	BOYACA
FACILITADOR:	YULIETH KATHERINE GALINDO GONZALEZ
FECHA:	24/02/2023
CALIFICACIÓN:	3/3

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?	✗ NO
2. ¿Señale con una X cuándo se va a colocar la vacuna hay que llevar el carnet de vacunación?	✗ NO
3. ¿Señale con una X cuáles son canales de comunicación en coosalud? Selección de múltiple respuesta	<input checked="" type="checkbox"/> #922 <input checked="" type="checkbox"/> Línea Fija <input checked="" type="checkbox"/> Correo <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
---	---	---	---	---

	<b>EVALUACION DE CAPACITACIONES, INDUCCION Y REINDUCCION</b>	GTM-F-23
		Act. 08 2022 sep 23

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. **CAUDAL 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 Diana Areano C.

FIRMA FACILITADOR Yolanda GALINDO

<b>COOSALUD</b> En Pos de tu bienestar		<b>EVALUACION DE CAPACITACIONES, INDUCCION Y REINDUCCION</b>	ETH-F-22 Act. 08 2020.nov.06
MÓDULO:	CAPACITACION ASODEUS		
ÁREA RESPONSABLE:	EXPERIENCIA DEL USUARIO		
TEMA:	Covid -Vacunación-Derechos-Red-Canales de comunicación Coosalud		
NOMBRE:	Antonio Cañon, Martinez		
CARGO:	USUARIO		
SUCURSAL / AGENCIA:	BOYACA		
FACILITADOR:	YULIETH KATHERINE GALINDO GONZALEZ		
FECHA:	24/02/2023		
CALIFICACIÓN:	3/3		

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

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

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

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

1	2	3	4	5
			<input checked="" type="checkbox"/>	

2. **METODOLOGÍA UTILIZADA EN EL CURSO.** Respecto a los métodos y estrategias utilizadas por el facilitador para impartir los contenidos fue (1: Pésimas, 2: Malas, 3: Aceptables, 4: Buenas, 5: Excelentes):

1	2	3	4	5
			<input checked="" type="checkbox"/>	

3. **GRADO DE MOTIVACIÓN DEL FACILITADOR.** El nivel de participación y de motivación ofrecido por el facilitador fue (1: Muy bajo, 2: Bajo, 3: Regular, 4: Alto, 5: Muy alto):

1	2	3	4	5
				<input checked="" type="checkbox"/>

<b>COOSALUD</b> En Pos de tu bienestar	<b>EVALUACION DE CAPACITACIONES, INDUCCION Y REINDUCCION</b>	GTU-F-03 Act.08 2020.nov.06
---	--	-----------------------------------

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

---



---



---

FIRMA ASISTENTE Luis Antonio Cañón

FIRMA FACILITADOR Yuliett Galindo