

CONVOCATORIA No 05

ASOCIACIÓN DE USUARIOS DEL MUNICIPIO DE SOCOTA DEL DEPARTAMENTO DE BOYACA

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

Reciba un cordial saludo.

Nos complace invitarlo a participar en la reunión de la ASOCIACIÓN DE USUARIOS de nuestra zona, con el fin de dar a conocer los avances que hemos tenido en nuestro Plan de acción y otra información que consideramos de interés compartir con cada uno de ustedes.

Lugar: Oficina coosalud

Fecha: 26-05-2023

Hora: 4:00 p.m.

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

Atentamente,

Andrey Fabian Canario

PRESIDENTE ASOCIACIÓN DE USUARIOS

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

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. Lyda duran 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 lyda duran colaborador de Coosalud EPS.

2.1. TEMAS DEL MES.

Trato digno y humanizado

¿Qué es trato digno y humanizado?



Deberes de los afiliados

DEBERES DE LOS AFILIADOS



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 6º 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

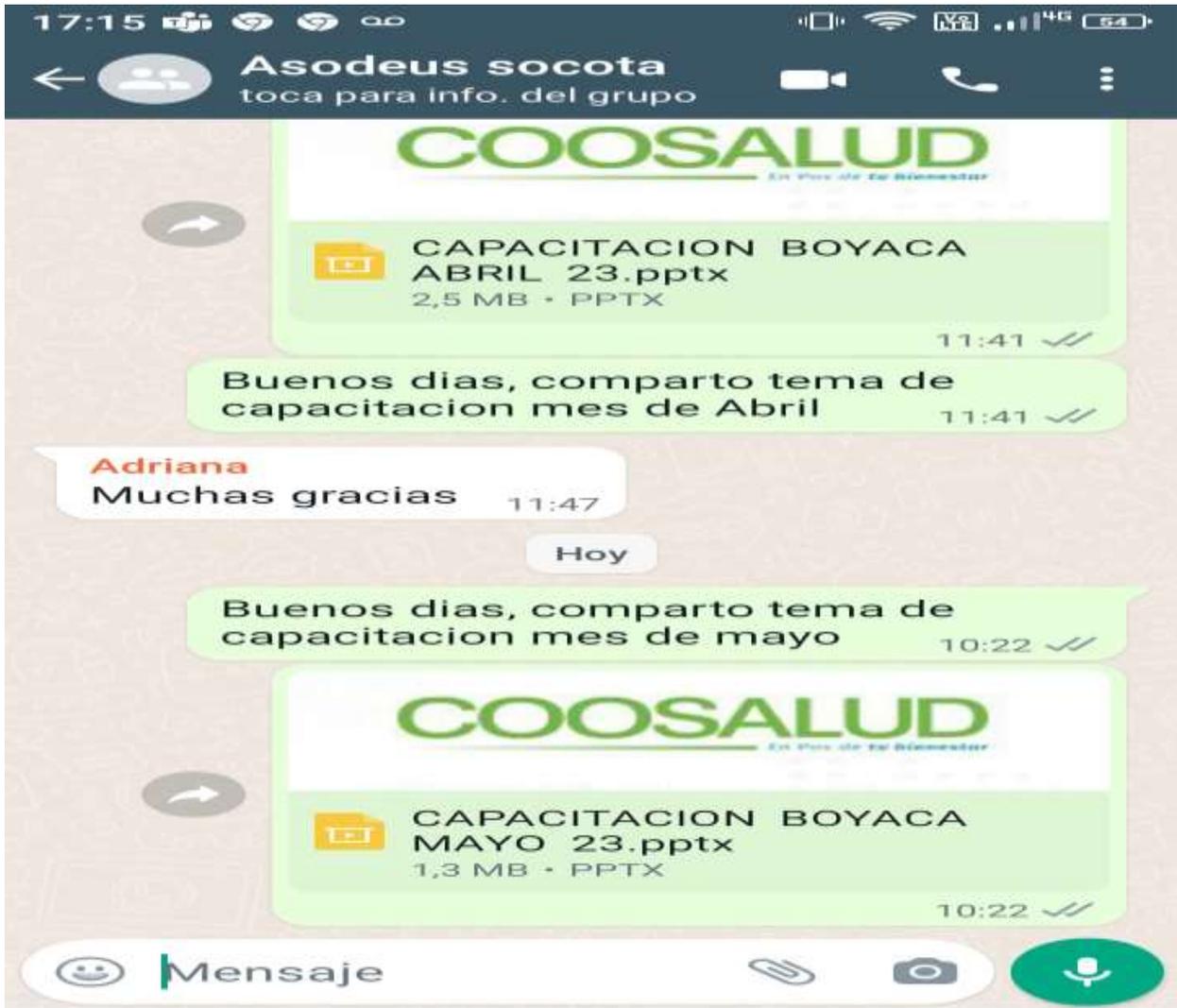


www.coosalud.com



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,





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

| | |
|----------------------------|--|
| MÓDULO: | CAPACITACION |
| ÁREA RESPONSABLE: | EXPERIENCIA DEL USUARIO |
| TEMA: | Trato digno y humanizado-Deberes-Derechos-Red-Canales de comunicación Coosalud |
| NOMBRE: | Andrey Carrero |
| CARGO: | Presidente |
| SUCURSAL / AGENCIA: | BOYACA |
| FACILITADOR: | LYDA DURAN |
| 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? Selección de múltiple respuesta | <input checked="" type="checkbox"/> Dirigirse sin burlas. <input type="checkbox"/> Salvaguardar la intimidad <input checked="" type="checkbox"/> Hablar al paciente por su nombre |
| 2. ¿Cuales son deberes de los afiliados? Selección de múltiple respuesta | <input checked="" type="checkbox"/> Cumplir las normas del sistema de salud <input checked="" type="checkbox"/> Respetar al personal de salud <input checked="" type="checkbox"/> Cuidar las instalaciones donde prestan los servicios de salud. |
| 1. ¿Es la Atención médica accesible, idónea, de calidad y eficaz un derecho de los afiliados? | <input checked="" type="checkbox"/> SI <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 <input checked="" type="checkbox"/> | 5 |
|---|---|---|---------------------------------------|---|

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

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

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

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

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

FIRMA ASISTENTE: Andrey Fabian Cordero

FIRMA FACILITADOR: Lyda Durán

| | | |
|---|--|------------------------------------|
| COOSALUD En Pos de tu bienestar | EVALUACION DE CAPACITACIONES, INDUCCION Y REINDUCCION | GTH-F-22 Act. 08 2020.nov.06 |
|---|--|------------------------------------|

| | |
|---------------------|--|
| MÓDULO: | CAPACITACION |
| ÁREA RESPONSABLE: | EXPERIENCIA DEL USUARIO |
| TEMA: | Trato digno y humanizado-Deberes-Derechos-Red-Canales de comunicación Coosalud |
| NOMBRE: | Adriana Duen |
| CARGO: | Vicepresidenta |
| SUCURSAL / AGENCIA: | BOYACA |
| FACILITADOR: | LYDA DURAN |
| 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? Selección de múltiple respuesta | <input checked="" type="checkbox"/> Dirigirse sin burlas. <input checked="" type="checkbox"/> Salvaguardar la intimidad <input checked="" type="checkbox"/> Hablar al paciente por su nombre |
| 2. ¿Cuales son deberes de los afiliados? Selección de múltiple respuesta | <input checked="" type="checkbox"/> Cumplir las normas del sistema de salud <input checked="" type="checkbox"/> Respetar al personal de salud <input checked="" type="checkbox"/> Cuidar las instalaciones donde prestan los servicios de salud. |
| 1. ¿Es la Atención médica accesible, idónea, de calidad y eficaz un derecho de los afiliados? | <input checked="" type="checkbox"/> SI <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 |
|---|---|---|---|---|

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

| | |
|----------------------------|--|
| MÓDULO: | CAPACITACION |
| ÁREA RESPONSABLE: | EXPERIENCIA DEL USUARIO |
| TEMA: | Trato digno y humanizado-Deberes-Derechos-Red-Canales de comunicación Coosalud |
| NOMBRE: | Amyr Henao |
| CARGO: | Secretaría |
| SUCURSAL / AGENCIA: | BOYACA |
| FACILITADOR: | LYDA DURAN |
| 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? Selección de múltiple respuesta | <input checked="" type="checkbox"/> Dirigirse sin burlas. <input checked="" type="checkbox"/> Salvaguardar la intimidad <input checked="" type="checkbox"/> Hablar al paciente por su nombre |
| 2. ¿Cuales son deberes de los afiliados? Selección de múltiple respuesta | <input checked="" type="checkbox"/> Cumplir las normas del sistema de salud <input checked="" type="checkbox"/> Respetar al personal de salud <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 <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 <input checked="" type="checkbox"/> | 5 |
|---|---|---|---------------------------------------|---|

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

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

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

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

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

FIRMA ASISTENTE Ana Henao

FIRMA FACILITADOR Lidia Durán

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

| | |
|---------------------|--|
| MÓDULO: | CAPACITACION |
| ÁREA RESPONSABLE: | EXPERIENCIA DEL USUARIO |
| TEMA: | Trato digno y humanizado-Deberes-Derechos-Red-Canales de comunicación Coosalud |
| NOMBRE: | <i>Lyda Duran</i> |
| CARGO: | <i>Vercei</i> |
| SUCURSAL / AGENCIA: | BOYACA |
| FACILITADOR: | LYDA DURAN |
| 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? Selección de múltiple respuesta | <input checked="" type="checkbox"/> Dirigirse sin burlas. <input checked="" type="checkbox"/> Salvaguardar la intimidad <input checked="" type="checkbox"/> Hablar al paciente por su nombre |
| 2. ¿Cuales son deberes de los afiliados? Selección de múltiple respuesta | <input checked="" type="checkbox"/> Cumplir las normas del sistema de salud <input checked="" type="checkbox"/> Respetar al personal de salud <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 <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 <i>✓</i> | 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 <i>✓</i> | 5 |
|---|---|---|------------|---|

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

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

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

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

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

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

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

FIRMA ASISTENTE maxela a. prado

FIRMA FACILITADOR lyda duran

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

| | |
|----------------------------|--|
| MÓDULO: | CAPACITACION |
| ÁREA RESPONSABLE: | EXPERIENCIA DEL USUARIO |
| TEMA: | Trato digno y humanizado-Deberes-Derechos-Red-Canales de comunicación Coosalud |
| NOMBRE: | Severina gred |
| CARGO: | Vocal |
| SUCURSAL / AGENCIA: | BOYACA |
| FACILITADOR: | LYDA DURAN |
| 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 |
|--|--|
| <p>1. ¿Qué es trato digno y humanizado? Selección de múltiple respuesta</p> | <input checked="" type="checkbox"/> Dirigirse sin burlas. <input checked="" type="checkbox"/> Salvaguardar la intimidad <input checked="" type="checkbox"/> Hablar al paciente por su nombre |
| <p>2. ¿Cuales son deberes de los afiliados? Selección de múltiple respuesta</p> | <input checked="" type="checkbox"/> Cumplir las normas del sistema de salud <input checked="" type="checkbox"/> Respetar al personal de salud <input checked="" type="checkbox"/> Cuidar las instalaciones donde prestan los servicios de salud. |
| <p>1. ¿Es la Atención medica accesible, idónea, de calidad y eficaz un derecho de los afiliados?</p> | <input checked="" type="checkbox"/> SI <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 <i>f</i> | 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 <i>f</i> | 5 |
|---|---|---|------------|---|

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

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

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

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

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

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

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

FIRMA ASISTENTE Sandra Queda

FIRMA FACILITADOR Lyda Duran

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

| | |
|---------------------------|--|
| MÓDULO: | CAPACITACION |
| ÁREA RESPONSABLE: | EXPERIENCIA DEL USUARIO |
| TEMA: | Trato digno y humanizado-Deberes-Derechos-Red-Canales de comunicación Coosalud |
| NOMBRE: | Lyda Gamaral Jue |
| CARGO: | Nocal |
| SUCURSAL/ AGENCIA: | BOYACA |
| FACILITADOR: | LYDA DURAN |
| 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? Selección de múltiple respuesta | <input checked="" type="checkbox"/> Dirigirse sin burlas. <input checked="" type="checkbox"/> Salvaguardar la intimidad <input checked="" type="checkbox"/> Hablar al paciente por su nombre |
| 2. ¿Cuales son deberes de los afiliados? Selección de múltiple respuesta | <input checked="" type="checkbox"/> Cumplir las normas del sistema de salud <input type="checkbox"/> Respetar al personal de salud <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 <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 <input checked="" type="checkbox"/> | 5 |
|---|---|---|---------------------------------------|---|

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

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

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

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

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

FIRMA ASISTENTE Ermenta Juas.

FIRMA FACILITADOR Lyda Purcén