

CONVOCATORIA No 03

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: 24-03-2023

Hora: 4:00 p.m.

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

Atentamente,

Andrey Fabian Conzatti
PRESIDENTE ASOCIACIÓN DE USUARIOS

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

FECHA : 24/03/2023
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. Gestión del riesgo
 - B. Deberes de los usuarios: atender recomendaciones de PyP de la EPS y canales por donde pueden verlo.
 - C. Derechos de los pacientes: Derecho a la Información
 - 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.

Gestión del Riesgo

GRUPOS DE RIESGO



Deber del usuario

Deber del usuario

Atender oportunamente las recomendaciones formuladas en los programas de promoción y mantenimiento.



Redes Sociales



www.coosalud.com



@coosalud



Coosalud eps



@coosaludeps

Derechos

Derechos a la información

- Recibir información sobre las canales formales para presentar peticiones, quejas, reclamos o denuncias, en general, para comunicación la administración de las instituciones, así como a recibir una respuesta oportuna y de fondo.
- Disfrutar y mantener una comunicación permanente y clara con el personal de la salud, ampliada a sus condiciones psicológicas y culturales y, en caso de enfermedad, estar informado sobre su condición así como de los procedimientos y tratamientos que se le vayan a practicar, al igual que de los riesgos y beneficios de estos y el pronóstico de su diagnóstico.
- Recibir, en caso de que el paciente sea menor de 18 años, toda la información necesaria de parte de los profesionales de la salud, sus padres, o en su defecto su representante legal o cuidador, para promover la adopción de decisiones autónomas frente al autocuidado de su salud. La información debe ser brindada teniendo en cuenta el desarrollo cognitivo y madurez del menor de edad, así como el contexto en el que se encuentra.

COOSALUD

DERECHOS

Derechos a la información

- Ser informado oportunamente por su médico tratante sobre la existencia de objeción de conciencia o de objeción de voluntad en los casos de los procedimientos de la Corte Constitucional de objeción, en caso de existir, debe estar en conocimiento de la IPS, con la debida amparación y por escrito de parte del médico tratante. El paciente tiene derecho a que sea gestionada la continuidad de la atención inmediata y eficaz con un profesional no objeccionista.
- Revisar y recibir información acerca de los costos de los servicios prestados.
- Recibir de su EPS o de las autoridades públicas no obligada a autorizar un servicio de salud solicitado, la gestión necesaria para: (i) obtener la información que requiere para saber cómo funciona el sistema de salud y cuáles son sus derechos; (ii) recibir por escrito las razones por las cuales no se autoriza el servicio; (iii) conocer específicamente cuál es la institución prestadora de servicios de salud que tiene la obligación de realizar las pruebas diagnósticas que requiere y una cita con un especialista; y, (iv) recibir acompañamiento durante el proceso de solicitud del servicio, con el fin de asegurar el goce efectivo de sus derechos.

COOSALUD

DERECHOS

Derechos a la información

- Recibir del prestador de servicios de salud, por escrito, las razones por las cuales el servicio no será prestado, cuando excepcionalmente se presente dicha situación.
- Recibir información y ser convocado individual o colectivamente, a los procesos de participación directa y efectiva para la toma de decisión relacionada con la ampliación progresiva y exclusiones de las prestaciones de salud.
- Solicitar copia de su historia clínica y qué esta le sea entregada en un término máximo de cinco (5) días calendario o remitida por medios electrónicos si así lo autoriza el usuario, caso en el cual el envío será gratuito.

COOSALUD

DERECHOS

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

**TELEFONO DE CONTACTO IPS PRIMER NIVEL ATENCIÓN Y IPS ATENCIÓN URGENCIAS SOCOTA**

IPS ESE CENTRO DE SALUD SAN ANTONIO (Primer nivel de atención y Urgencias Usuarios Régimen subsidiado) Teléfono: 3105513751-3142844000

IPS HOSPITAL REGIONAL DUITAMA (Segundo nivel de atención Usuarios) Teléfono: 038 7632323

IPS HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA (Segundo y tercer nivel atención y Urgencias) Teléfono 7405030

IPS HOSPITAL MEDILASER (Segundo nivel de atención y urgencias) 7453000

Es por eso que a través de nuestra página en Internet www.coosalud.com podrá acceder a toda la información que requiera:

- A. Consulta de afiliados
 - B. Red de Servicios
 - C. Correo del defensor del usuario para interponer quejas y reclamos (defensorusuario@coosalud.com)
 - D. Descargar certificado de Afiliación
 - E. Solicitud de Portabilidad
 - F. Directorio oficinas de Coosalud a nivel Nacional
 - G. Temas de Interés en Salud
-
- **Área de autorizaciones: 3116011210**
 - **Gerente Coosalud Boyacá: 3157185274**
 - **Directora Administrativa y Financiera: 3157549877**
 - **Área de Salud, coordinador de Referencia: 3157598609**







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

MÓDULO:	CAPACITACION ASODEUS
ÁREA RESPONSABLE:	EXPERIENCIA DEL USUARIO
TEMA:	Gestión del Riesgo-Deberes-Derechos-Red-Canales de comunicación Coosalud
NOMBRE:	Andrey Capenó
CARGO:	Previdón
SUCURSAL / AGENCIA:	BOYACA
FACILITADOR:	LYDA DURAN
FECHA:	24/03/2023
CALIFICACIÓN:	

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

PREGUNTAS	RESPUESTAS
4. ¿Señale con una X cuáles son programas para identificación del riesgo? Selección de múltiple respuesta	<input checked="" type="checkbox"/> Atención crecimiento y desarrollo <input checked="" type="checkbox"/> Citologías <input checked="" type="checkbox"/> Mamografías
5. ¿Señale con una X cuáles son grupos de riesgo? Selección de múltiple respuesta	<input checked="" type="checkbox"/> Cáncer <input checked="" type="checkbox"/> Enfermedades Huerfanas <input type="checkbox"/> Problemas de Salud Mental
6. ¿Es deber del usuario atender las recomendaciones formuladas en los programas de promoción y prevención?	SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

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 <input checked="" type="checkbox"/>	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 <input checked="" type="checkbox"/>	5
---	---	---	---------------------------------------	---

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

MÓDULO:	CAPACITACION ASODEUS
ÁREA RESPONSABLE:	EXPERIENCIA DEL USUARIO
TEMA:	Covid -Vacunación-Derechos-Red-Canales de comunicación Coosalud
NOMBRE:	Andrey Caceres
CARGO:	Presidente
SUCURSAL / AGENCIA:	BOYACA
FACILITADOR:	LYDA DURAN
FECHA:	24/03/2023
CALIFICACIÓN:	

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

PREGUNTAS	RESPUESTAS
1. ¿Pueden vacunarse contra el Covid en el 2023?	<input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/>	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 <input checked="" type="checkbox"/>	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: Andrés Fabian Cordero

FIRMA FACILITADOR: Lyda Durán

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

MÓDULO:	CAPACITACION ASODEUS
ÁREA RESPONSABLE:	EXPERIENCIA DEL USUARIO
TEMA:	Gestión del Riesgo-Deberes-Derechos-Red-Canales de comunicación Coosalud
NOMBRE:	Adriana Durán
CARGO:	vicepresidenta
SUCURSAL / AGENCIA:	BOYACA
FACILITADOR:	LYDA DURAN
FECHA:	24/03/2023
CALIFICACIÓN:	

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

PREGUNTAS	RESPUESTAS
4. ¿Señale con una X cuáles son programas para identificación del riesgo? Selección de múltiple respuesta	<input checked="" type="checkbox"/> Atención crecimiento y desarrollo <input checked="" type="checkbox"/> Citologías <input checked="" type="checkbox"/> Mamografías
5. ¿Señale con una X cuáles son grupos de riesgo? Selección de múltiple respuesta	<input checked="" type="checkbox"/> Cáncer <input checked="" type="checkbox"/> Enfermedades Huerfanas <input checked="" type="checkbox"/> Problemas de Salud Mental
6. ¿Es deber del usuario atender las recomendaciones formuladas en los programas de promoción y prevención?	Sí <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

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 <input checked="" type="checkbox"/>	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 <input checked="" type="checkbox"/>	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

Achifa

FIRMA FACILITADOR

Linda Durán

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

MÓDULO:	CAPACITACION ASODEUS
ÁREA RESPONSABLE:	EXPERIENCIA DEL USUARIO
TEMA:	Gestión del Riesgo-Deberes-Derechos-Red-Canales de comunicación Coosalud
NOMBRE:	Ana María Henao
CARGO:	Secretaria
SUCURSAL / AGENCIA:	BOYACA
FACILITADOR:	LYDA DURAN
FECHA:	24/03/2023
CALIFICACIÓN:	

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

PREGUNTAS	RESPUESTAS
4. ¿Señale con una X cuáles son programas para identificación del riesgo? Selección de múltiple respuesta	<input checked="" type="checkbox"/> Atención crecimiento y desarrollo <input checked="" type="checkbox"/> Citologías <input checked="" type="checkbox"/> Mamografías
5. ¿Señale con una X cuáles son grupos de riesgo? Selección de múltiple respuesta	<input checked="" type="checkbox"/> Cáncer <input checked="" type="checkbox"/> Enfermedades Huerfanas <input checked="" type="checkbox"/> Problemas de Salud Mental
6. ¿Es deber del usuario atender las recomendaciones formuladas en los programas de promoción y prevención?	SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

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 Arma Henao

FIRMA FACILITADOR Linda Durán

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

MÓDULO:	CAPACITACION ASODEUS
ÁREA RESPONSABLE:	EXPERIENCIA DEL USUARIO
TEMA:	Gestión del Riesgo-Deberes-Derechos-Red-Canales de comunicación Coosalud
NOMBRE:	Nairén Arado
CARGO:	Vocal
SUCURSAL / AGENCIA:	BOYACA
FACILITADOR:	LYDA DURAN
FECHA:	24/03/2023
CALIFICACIÓN:	

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

PREGUNTAS	RESPUESTAS
4. ¿Señale con una X cuáles son programas para identificación del riesgo? Selección de múltiple respuesta	<input checked="" type="checkbox"/> Atención crecimiento y desarrollo <input type="checkbox"/> Citologías <input checked="" type="checkbox"/> Mamografías
5. ¿Señale con una X cuáles son grupos de riesgo? Selección de múltiple respuesta	<input checked="" type="checkbox"/> Cáncer <input checked="" type="checkbox"/> Enfermedades Huerfanas <input checked="" type="checkbox"/> Problemas de Salud Mental
6. ¿Es deber del usuario atender las recomendaciones formuladas en los programas de promoción y prevención?	SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

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 <input checked="" type="checkbox"/>	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 <input checked="" type="checkbox"/>	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 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 <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 P.

FIRMA FACILITADOR Lida Duran

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

MÓDULO:	CAPACITACION ASODEUS
ÁREA RESPONSABLE:	EXPERIENCIA DEL USUARIO
TEMA:	Gestión del Riesgo-Deberes-Derechos-Red-Canales de comunicación Coosalud
NOMBRE:	Sandra Queta
CARGO:	Nocal
SUCURSAL / AGENCIA:	BOYACA
FACILITADOR:	LYDA DURAN
FECHA:	24/03/2023
CALIFICACIÓN:	

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

PREGUNTAS	RESPUESTAS
4. ¿Señale con una X cuáles son programas para identificación del riesgo? Selección de múltiple respuesta	<input checked="" type="checkbox"/> Atención crecimiento y desarrollo <input checked="" type="checkbox"/> Citologías <input checked="" type="checkbox"/> Mamografías
5. ¿Señale con una X cuáles son grupos de riesgo? Selección de múltiple respuesta	<input checked="" type="checkbox"/> Cáncer <input checked="" type="checkbox"/> Enfermedades Huerfanas <input checked="" type="checkbox"/> Problemas de Salud Mental
6. ¿Es deber del usuario atender las recomendaciones formuladas en los programas de promoción y prevención?	SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

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 <input checked="" type="checkbox"/>	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 <input checked="" type="checkbox"/>	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 ASODEUS
ÁREA RESPONSABLE:	EXPERIENCIA DEL USUARIO
TEMA:	Covid -Vacunación-Derechos-Red-Canales de comunicación Coosalud
NOMBRE:	Luz Ampelis SA
CARGO:	Local
SUCURSAL / AGENCIA:	BOYACA
FACILITADOR:	LYDA DURAN
FECHA:	24/03/2023
CALIFICACIÓN:	

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

PREGUNTAS	RESPUESTAS
1. ¿Pueden vacunarse contra el Covid en el 2023?	<input checked="" type="checkbox"/> 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 <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 Purcún