

**CONVOCATORIA No 03**

ASOCIACIÓN DE USUARIOS DEL MUNICIPIO DE BERBEO DEL DEPARTAMENTO DE BOYACA

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

Reciba un cordial saludo.

Nos complace invitarlo a participar en la reunión de la 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.

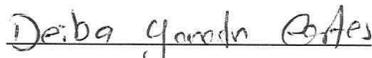
Lugar: OFICINA DE BERBEO

Fecha: 24 De Marzo 2023

Hora: 11:30 am

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

Atentamente,

**DEIBA YANETH CORTES ALONSO**

Gestor Coosalud Berbeo

<b>Elabora:</b>	<b>Revisa:</b>	<b>Aprueba:</b>	Pág. 1 de 19
Directora Endomarketing y Experiencia	Director de Procesos y Calidad	Presidente Ejecutivo	

<b>COOSALUD</b> En Pos de tu bienestar	CONVOCATORIA A SESION DE ASODEUS	GEU-F-02 Act.06 2020.nov.06
---	----------------------------------	-----------------------------------

NOMBRE DEL USUARIO	IDENTIFICACIÓN	FIRMA DEL USUARIO
ALVARO LOPEZ	11053320	Alvaro Lopez
Karen castillo	1.099.699.99	Karen Castillo
Dora E. Dueñas Dora	23752888	Dora E. Dueñas
Glady's Rodriguez	40039603	Glady's Rodriguez
Gladi's Acevedo	23326732	Gladi's Acevedo
Emilce Gomez	39706774	Emilce Gomez
Margarita Rodriguez	27751757	Margarita Rodriguez
Elicenia Jimenez Rojas	1124262845	Elicenia Jimenez
Jorge Alberto Heredia	91505797	Jorge Alberto Heredia
José Ramon Paz M.	4053516	José Ramon Paz M.
Martha Cardenas Herrera	1115917653	Martha Cardenas
Jimmy Andres Romero C.	1053282233	Jimmy Andres Romero
Liria Yacovani Alvarez Portales	23326973	Liria Yacovani
M. Carmen Gomez	23326432	M. Carmen Gomez
Martha Alfonso	23320899	Martha Alfonso

<b>Elabora:</b>	<b>Revisa:</b>	<b>Aprueba:</b>	Pág. 2 de 19
Directora Endomarketing y Experiencia	Director de Procesos y Calidad	Presidente Ejecutivo	

**ACTA DE CAPACITACION CONTINUA  
COOSALUD EPS-S  
MUNICIPIO DE BERBEO**

FECHA : 24/03/2023  
LUGAR : Oficina de COOSALUD EPS-S  
HORA : 11:30 A.M.  
ASISTENTES : (Se anexa firma de los asistentes).  
OBJETIVO : Reunión educativa.

Agenda programada para el día:

1. Saludo
2. Exposición del tema preparado
3. Evaluación de la capacitación.

**DESARROLLO DE LA SESIÓN DE CAPACITACIÓN**

1. El Auxiliar de atención al usuario (**Deiba Yaneth Cortes Alonso**), da la bienvenida a los asistentes, le agradece la asistencia a la reunión y da a conocer el objetivo de la capacitación.

**1.1. TEMAS DEL MES.**

Gestión del Riesgo

**GRUPOS DE RIESGO**



Deber del usuario

<b>Elabora:</b>	<b>Revisa:</b>	<b>Aprueba:</b>	Pág. 3 de 19
Directora Endomarketing y Experiencia	Director de Procesos y Calidad	Presidente Ejecutivo	

## Deber del usuario

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



COOSALUD

4

## Redes Sociales



COOSALUD

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



@coosalud



Coosalud eps



@coosaludeps

5

Derechos

<b>Elabora:</b> Directora Endomarketing y Experiencia	<b>Revisa:</b> Director de Procesos y Calidad	<b>Aprueba:</b> Presidente Ejecutivo	Pág. 4 de 19

**Derecho a la información**

- Recibir información sobre los canales formales para presentar peticiones, quejas, reclamos o denuncias, en general, para comunicarse con 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, apropiada 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 éstos 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**

**Derecho a la información**

- Ser informado oportunamente por su médico tratante sobre la existencia de objeción de conciencia debidamente motivada, en los casos de los procedimientos de interrupción voluntaria del embarazo en las circunstancias despenalizadas por la Corte Constitucional, o de eutanasia, tal objeción, en caso de existir, debe estar en conocimiento de la IPS, con la debida antelación, 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 objetor.
- Revisar y recibir información acerca de los costos de los servicios prestados
- Recibir de su EPS o de las autoridades públicas no obligadas a autorizar un servicio de salud solicitado, la gestión necesaria para: (i) obtener la información que requiera 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**

**Derecho a la información**

- Recibir del prestador de servicios de salud, por escrito, las razones por las cuales el servicio no será prestado, cuando excepcionalmente 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 que 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 presenta la RED DE PRESTADORES y posteriormente CANALES DE COMUNICACIÓN de Coosalud EPS.



Procedemos a realizar la entrega y posterior elaboración del formato de evaluación de la capacitación. Se anexan copias.

<b>Elabora:</b>	<b>Revisa:</b>	<b>Aprueba:</b>	Pág. 5 de 19
Directora Endomarketing y Experiencia	Director de Procesos y Calidad	Presidente Ejecutivo	



<b>Elabora:</b> Directora Endomarketing y Experiencia	<b>Revisa:</b> Director de Procesos y Calidad	<b>Aprueba:</b> Presidente Ejecutivo	Pág. 6 de 19



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

<b>MÓDULO:</b>	CAPACITACION ASODEUS
<b>ÁREA RESPONSABLE:</b>	EXPERIENCIA DEL USUARIO
<b>TEMA:</b>	Gestión del Riesgo-Deberes-Derechos-Red-Canales de comunicación Coosalud
<b>NOMBRE:</b>	Emilse Gomez Juarez
<b>CARGO:</b>	USUARIO
<b>SUCURSAL / AGENCIA:</b>	BERBEO - BOYACA
<b>FACILITADOR:</b>	DEIBA YANETH CORTES ALONSO
<b>FECHA:</b>	24/03/2023
<b>CALIFICACIÓN:</b>	

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

PREGUNTAS	RESPUESTAS
1. ¿Señale con una X cuáles son programas para identificación del riesgo? Selección de múltiple respuesta	<input type="checkbox"/> Atención crecimiento y desarrollo <input checked="" type="checkbox"/> Citologías <input checked="" type="checkbox"/> Mamografías
2. ¿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
3. ¿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 <input checked="" type="checkbox"/>
---	---	---	---	---------------------------------------

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

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

<b>Elabora:</b> Directora Endomarketing y Experiencia	<b>Revisa:</b> Director de Procesos y Calidad	<b>Aprueba:</b> Presidente Ejecutivo	Pág. 8 de 19
--	--	---	--------------

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

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

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

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

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

5. **NIVEL DE ASIMILACION Y COMPROMISO PERSONAL CON LOS TEMAS TRATADOS.** Evalúese a usted mismo en el grado de motivación e interés personal para atender y seguir la capacitación y sus actividades (1: No estuve atento, no 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 Emilio Gomez Suarez 39706794  
FIRMA FACILITADOR Yaneth Lopez A 52786 913

<b>Elabora:</b> Directora Endomarketing y Experiencia	<b>Revisa:</b> Director de Procesos y Calidad	<b>Aprueba:</b> Presidente Ejecutivo	Pág. 9 de 19

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

<b>MÓDULO:</b>	CAPACITACION ASODEUS
<b>ÁREA RESPONSABLE:</b>	EXPERIENCIA DEL USUARIO
<b>TEMA:</b>	Gestión del Riesgo-Deberes-Derechos-Red-Canales de comunicación Coosalud
<b>NOMBRE:</b>	Martha Cecilia Alfonso
<b>CARGO:</b>	USUARIO
<b>SUCURSAL / AGENCIA:</b>	BERBEO - BOYACA
<b>FACILITADOR:</b>	DEIBA YANETH CORTES ALONSO
<b>FECHA:</b>	24/03/2023
<b>CALIFICACIÓN:</b>	

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

PREGUNTAS	RESPUESTAS
1. ¿Señale con una X cuáles son programas para identificación del riesgo? Selección de múltiple respuesta	<input type="checkbox"/> Atención crecimiento y desarrollo <input checked="" type="checkbox"/> Citologías <input checked="" type="checkbox"/> Mamografías
2. ¿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
3. ¿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 <input checked="" type="checkbox"/>
---	---	---	---	---------------------------------------

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

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

<b>Elabora:</b> Directora Endomarketing y Experiencia	<b>Revisa:</b> Director de Procesos y Calidad	<b>Aprueba:</b> Presidente Ejecutivo	Pág. 10 de 19
--	--	---	---------------

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

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

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

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

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

5. **NIVEL DE ASIMILACION Y COMPROMISO PERSONAL CON LOS TEMAS TRATADOS.** Evalúese a usted mismo en el grado de motivación e interés personal para atender y seguir la capacitación y sus actividades (1: No estuve atento, no 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 Martha Cecilia Alfonso 23326899,  
FIRMA FACILITADOR Gerardo Rojas A 52786973

<b>Elabora:</b> Directora Endomarketing y Experiencia	<b>Revisa:</b> Director de Procesos y Calidad	<b>Aprueba:</b> Presidente Ejecutivo	Pág. 11 de 19
--	--	---	---------------

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

<b>MÓDULO:</b>	CAPACITACION ASODEUS
<b>ÁREA RESPONSABLE:</b>	EXPERIENCIA DEL USUARIO
<b>TEMA:</b>	Gestión del Riesgo-Deberes-Derechos-Red-Canales de comunicación Coosalud
<b>NOMBRE:</b>	Lidia Yasmín Alfonso
<b>CARGO:</b>	USUARIO
<b>SUCURSAL / AGENCIA:</b>	BERBEO - BOYACA
<b>FACILITADOR:</b>	DEIBA YANETH CORTES ALONSO
<b>FECHA:</b>	24/03/2023
<b>CALIFICACIÓN:</b>	

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

PREGUNTAS	RESPUESTAS
1. ¿Señale con una X cuáles son programas para identificación del riesgo? Selección de múltiple respuesta	<input type="checkbox"/> Atención crecimiento y desarrollo <input checked="" type="checkbox"/> Citologías <input checked="" type="checkbox"/> Mamografías
2. ¿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
3. ¿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 <input checked="" type="checkbox"/>
---	---	---	---	---------------------------------------

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

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

<b>Elabora:</b> Directora Endomarketing y Experiencia	<b>Revisa:</b> Director de Procesos y Calidad	<b>Aprueba:</b> Presidente Ejecutivo	Pág. 12 de 19
--	--	---	---------------

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

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

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

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

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

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

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

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

7. **CALIDAD DE LAS AYUDAS AUDIOVISUALES.** Las ayudas audiovisuales (diapositivas, 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 *Lidia Yasmin Alfaro 23326773*  
 FIRMA FACILITADOR *Gerardo Cortes A 52796913*

<b>Elabora:</b> Directora Endomarketing y Experiencia	<b>Revisa:</b> Director de Procesos y Calidad	<b>Aprueba:</b> Presidente Ejecutivo	Pág. 13 de 19
--	--	---	---------------

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

<b>MÓDULO:</b>	CAPACITACION ASODEUS
<b>ÁREA RESPONSABLE:</b>	EXPERIENCIA DEL USUARIO
<b>TEMA:</b>	Gestión del Riesgo-Deberes-Derechos-Red-Canales de comunicación Coosalud
<b>NOMBRE:</b>	Carmen Govez De Herando
<b>CARGO:</b>	USUARIO
<b>SUCURSAL / AGENCIA:</b>	BERBEO - BOYACA
<b>FACILITADOR:</b>	DEIBA YANETH CORTES ALONSO
<b>FECHA:</b>	24/03/2023
<b>CALIFICACIÓN:</b>	

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

PREGUNTAS	RESPUESTAS
1. ¿Señale con una X cuáles son programas para identificación del riesgo? Selección de múltiple respuesta	<input type="checkbox"/> Atención crecimiento y desarrollo <input checked="" type="checkbox"/> Citologías <input checked="" type="checkbox"/> Mamografías
2. ¿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
3. ¿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
---	---	---	---	---

<b>Elabora:</b> Directora Endomarketing y Experiencia	<b>Revisa:</b> Director de Procesos y Calidad	<b>Aprueba:</b> Presidente Ejecutivo	Pág. 14 de 19
--	--	---	---------------

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 *Alfonso Del Carmen de Jesus 21226432.*

FIRMA FACILITADOR *Jaredin Rojas 52786912*

<b>Elabora:</b>	<b>Revisa:</b>	<b>Aprueba:</b>	Pág. 15 de 19
Directora Endomarketing y Experiencia	Director de Procesos y Calidad	Presidente Ejecutivo	

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

<b>MÓDULO:</b>	CAPACITACION ASODEUS
<b>ÁREA RESPONSABLE:</b>	EXPERIENCIA DEL USUARIO
<b>TEMA:</b>	Gestión del Riesgo-Deberes-Derechos-Red-Canales de comunicación Coosalud
<b>NOMBRE:</b>	Gladi's Arrievado
<b>CARGO:</b>	USUARIO
<b>SUCURSAL / AGENCIA:</b>	BERBEO - BOYACA
<b>FACILITADOR:</b>	DEIBA YANETH CORTES ALONSO
<b>FECHA:</b>	24/03/2023
<b>CALIFICACIÓN:</b>	

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

PREGUNTAS	RESPUESTAS
1. ¿Señale con una X cuáles son programas para identificación del riesgo? Selección de múltiple respuesta	<input type="checkbox"/> Atención crecimiento y desarrollo <input checked="" type="checkbox"/> Citologías <input checked="" type="checkbox"/> Mamografías
2. ¿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
3. ¿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 <input checked="" type="checkbox"/>
---	---	---	---	---------------------------------------

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

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

<b>Elabora:</b> Directora Endomarketing y Experiencia	<b>Revisa:</b> Director de Procesos y Calidad	<b>Aprueba:</b> Presidente Ejecutivo	Pág. 16 de 19
--	--	---	---------------

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 *Gladis Acevedo 23326732*  
FIRMA FACILITADOR *[Firma]*

<b>Elabora:</b> Directora Endomarketing y Experiencia	<b>Revisa:</b> Director de Procesos y Calidad	<b>Aprueba:</b> Presidente Ejecutivo	Pág. 17 de 19
--	--	---	---------------

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

<b>MÓDULO:</b>	CAPACITACION ASODEUS
<b>ÁREA RESPONSABLE:</b>	EXPERIENCIA DEL USUARIO
<b>TEMA:</b>	Gestión del Riesgo-Deberes-Derechos-Red-Canales de comunicación Coosalud
<b>NOMBRE:</b>	Karen Castillo Gamba
<b>CARGO:</b>	USUARIO
<b>SUCURSAL / AGENCIA:</b>	BERBEO - BOYACA
<b>FACILITADOR:</b>	DEIBA YANETH CORTES ALONSO
<b>FECHA:</b>	24/03/2023
<b>CALIFICACIÓN:</b>	

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

PREGUNTAS	RESPUESTAS
1. ¿Señale con una X cuáles son programas para identificación del riesgo? Selección de múltiple respuesta	<input type="checkbox"/> Atención crecimiento y desarrollo <input checked="" type="checkbox"/> Citologías <input checked="" type="checkbox"/> Mamografías
2. ¿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
3. ¿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 <input checked="" type="checkbox"/>
---	---	---	---	---------------------------------------

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

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

<b>Elabora:</b> Directora Endomarketing y Experiencia	<b>Revisa:</b> Director de Procesos y Calidad	<b>Aprueba:</b> Presidente Ejecutivo	Pág. 18 de 19
--	--	---	---------------

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

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

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

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

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

5. **NIVEL DE ASIMILACION Y COMPROMISO PERSONAL CON LOS TEMAS TRATADOS.** Evalúese a usted mismo en el grado de motivación e interés personal para atender y seguir la capacitación y sus actividades (1: No estuve atento, no 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 *Karen Castillo Gamba . 1029.644.94.*  
FIRMA FACILITADOR *Gareth Cortes 52786912*

<b>Elabora:</b> Directora Endomarketing y Experiencia	<b>Revisa:</b> Director de Procesos y Calidad	<b>Aprueba:</b> Presidente Ejecutivo	Pág. 19 de 19
--	--	---	---------------