

CONVOCATORIA No 007

USUARIOS DEL MUNICIPIO DE CAMPOHERMOSO DEL DEPARTAMENTO DE BOYACA

Para: USUARIOS COOSALUD

De: COOSALUD EPS

Motivo: Invitación a sesión

Reciba un cordial saludo.

Nos complace invitarlo a participar en la reunión 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.

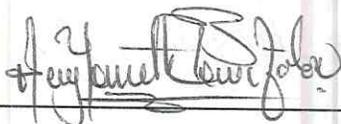
Lugar: OFICINA COOSALUD CAMPOHERMOSO

Fecha: 28 de julio de 2023

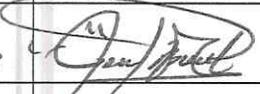
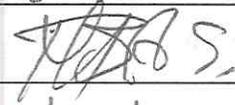
Hora: 10:00 a.m.

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

Atentamente,



GESTOR MUNICIPAL COOSALUD EPS

NOMBRE DEL USUARIO	IDENTIFICACIÓN	FIRMA DEL USUARIO
Jalibe Mora A	23399657	Jalibe Mora A.
Coruñulia Cotoa	23399338	Coruñulia Cotoa
Yareth Olaya Moreno A.	23399771	Yareth Olaya Moreno A.
Sonia Edith Torres Mora	1057598797	Sonia Torres
Elsa Falcu. Carreño.	20,938,374	Elsa Falcu Carreño.
Ara Seloma Martina B	23755811	
Luz Angela Forero	1072446307	Angela Forero lesmes
ANA Lida Monro	1002262562	ANA Lida Monro
Sonia Fernández f.	23399861	Sonia Fernández f.
Angela Maria Farfán	23399860	Angela Farfán
Agustín Leandro Tolosa	4071441	
Carlos Alberto Huertas	19096794	Carlos Alberto Huertas
Elda Ramirez Osorio	23399563	Elda Ramirez
Gentil Benavides T.	4775172	
Deni Rocio Alonso Gama	1002262100	Deni Alonso.
Flora Vinicio Alfonso	57790580	
Luz Angela Ortega Valea	1048710556	Angela Ortega

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

FECHA : 28/07/2023
LUGAR : Oficina de COOSALUD EPS-S
HORA : 10:00 A.M.
ASISTENTES : (Se anexa firma y foto 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 (MERY YANETH BARRERA TOLOSA), 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.

Salud mental, vida buena en familia



Elabora:	Revisa:	Aprueba:	Pág. 1 de 4
Directora Endomarketing y Experiencia	Director de Procesos y Calidad	Presidente Ejecutivo	

Cómo cuidar de la salud mental en familia



Algunas situaciones de la vida diaria nos pueden generar estrés, ansiedad, bajo estado de ánimo, agotamiento, irritabilidad, entre otros. Las siguientes recomendaciones facilitan el cuidado de la salud mental en familia y ayudan a reconocer, expresar y manejar nuestras emociones.

- 1 Desarrollar hábitos saludables**
Procurar actividad física, alimentación balanceada, higiene personal, organización del espacio y sueño reparador
- 2 Establecer rutinas**
Destinar horarios para la alimentación, cuidado personal, ocio, trabajo, estudio, labores del hogar, descanso y sueño.
- 3 Realizar actividades para compartir y fortalecer los vínculos**
Jugar, cocinar, comer juntos, conversar, compartir en familia
- 4 Convivir armónicamente**
Llegar a acuerdos, expresar adecuadamente las emociones, reconocer y respetar las de los demás y evitar juzgarlos
- 5 Mantener una actitud optimista y resiliente**
Reconocer las oportunidades en las dificultades, apoyarnos, aprender de las experiencias y reconocer que todo pasa

COOSALUD

VALORES COOSALUD

CONOCE NUESTROS VALORES
COOSALUD
Que puedes aplicar a tu vida

- Respeto
- Diligencia
- Honestidad
- Transparencia
- Justicia
- Calidad humana
- Compromiso

DERECHOS DE LOS PACIENTES: AUTODETERMINACIÓN (II)

DERECHOS

A la autodeterminación, consentimiento y libre escogencia

- A que los representantes legales del paciente mayor de edad, en caso de inconciencia o incapacidad para decidir, consentan, disientan o rechacen actividades, intervenciones, insumas, medicamentos, dispositivos, servicios, procedimientos o tratamientos. El paciente tiene derecho a que las decisiones se tomen en el marco de su mejor interés.
- A que, en caso de ser menores de 18 años, en estado de inconciencia o incapacidad para participar en la toma de decisiones, los padres o el representante legal del menor puedan consentir, desistir o rechazar actividades, intervenciones, insumas, medicamentos, dispositivos, servicios, procedimientos o tratamientos. La decisión deberá siempre ser ponderada frente al mejor interés del menor.
- Al ejercicio y garantía de los derechos sexuales y derechos reproductivos de forma segura y oportuna, abarcando la prevención de riesgos y de atenciones inseguras.
- Ser respetado en su voluntad de participar o no en investigaciones realizadas por personal científicamente calificado, siempre y cuando se le haya informado de manera clara y detallada acerca de los objetivos, métodos, posibles beneficios, riesgos previsibles e incomodidades que el proceso investigativo pueda implicar.

COOSALUD

DERECHOS

A la autodeterminación, consentimiento y libre escogencia

- Ser respetado en su voluntad de oponerse a la presunción legal de donación de sus órganos para que estos sean trasplantados a otras personas. Para tal fin, de conformidad con el artículo 4° de la Ley 1805 de 2016, toda persona puede oponerse a la presunción legal de donación expresando su voluntad de no ser donante de órganos y tejidos, mediante un documento escrito que deberá autenticarse ante notario público y radicarse ante el Instituto Nacional de Salud - INS. También podrá oponerse al momento de la afiliación a la EPS, la cual estará obligada a informar al Instituto Nacional de Salud, INS.
- Cambiar de régimen, ya sea del subsidiado o viceversa, dependiendo de su capacidad económica, sin cambiar de EPS y sin que exista interrupción en la afiliación, cuando pertenezca a los niveles 1 y 2 del SISBÉN o las poblaciones especiales contempladas en el artículo 2.1.5.1 del Decreto 780 de 2016

COOSALUD

Elabora:	Revisa:	Aprueba:	Pág. 2 de 4
Directora Endomarketing y Experiencia	Director de Procesos y Calidad	Presidente Ejecutivo	

Se presenta la RED DE PRESTADORES y posteriormente CANALES DE COMUNICACIÓN de Coosalud EPS.



Redes Sociales



www.coosalud.com

 @coosalud

 Coosalud eps

 @coosaludeps

COOSALUD

Elabora:	Revisa:	Aprueba:	Pág. 3 de 4
Directora Endomarketing y Experiencia	Director de Procesos y Calidad	Presidente Ejecutivo	

Terminada la exposición y explicación de los temas de la fecha, se aclaran dudas a los presentes, la Gestora Municipal socializa la nueva modalidad de atención en sala (digiturno), cambios para el trámite de citas médicas ante las IPS (Que en lo posible lo debe realizar el usuario)

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



Elabora: Directora Endomarketing y Experiencia	Revisa: Director de Procesos y Calidad	Aprueba: Presidente Ejecutivo	Pág. 4 de 4

MÓDULO:	CAPACITACION
ÁREA RESPONSABLE:	EXPERIENCIA DEL USUARIO
TEMA:	Salud Mental, mejores vivencias en familia-Valores Coosalud-Derechos-Red-Canales de comunicación Coosalud
NOMBRE:	<i>Luis J. Beltrán</i>
CARGO:	USUARIO
SUCURSAL / AGENCIA:	BOYACA
FACILITADOR:	MERY YANETH BARRERA TOLOSA
FECHA:	28/07/2023
CALIFICACIÓN:	

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

PREGUNTAS	RESPUESTAS
<p>1. ¿Formas de cómo cuidar la salud mental en familia? Respuesta múltiple</p>	<input checked="" type="checkbox"/> Establecer Rutinas <input checked="" type="checkbox"/> Convivir armónicamente <input checked="" type="checkbox"/> Desarrollar hábitos saludables
<p>2. ¿Cuáles son los valores Coosalud? Selección de múltiple respuesta</p>	<input checked="" type="checkbox"/> Justicia <input checked="" type="checkbox"/> Honestidad <input checked="" type="checkbox"/> Calidad Humana
<p>1. ¿Puedo oponerme a la presunción legal de donar los órganos de mi cuerpo?</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.
2. **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
---	---	---	---	---

3. **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
---	---	---	---	---

4. **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
---	---	---	---	---

5. **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
---	---	---	---	---

6. **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
---	---	---	---	---

7. **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
---	---	---	---	---

8. **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
---	---	---	---	---

9. **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
---	---	---	---	---

10. **CUMPLIMIENTO DEL HORARIO Y DEL PROGRAMA.**

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

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

ninguno los temas todos muy buenos

FIRMA ASISTENTE

[Firma]

FIRMA FACILITADOR

[Firma]

MÓDULO:	CAPACITACION
ÁREA RESPONSABLE:	EXPERIENCIA DEL USUARIO
TEMA:	Salud Mental, mejores vivencias en familia-Valores Coosalud-Derechos-Red-Canales de comunicación Coosalud
NOMBRE:	<i>Maria Enculez</i>
CARGO:	USUARIO
SUCURSAL / AGENCIA:	BOYACA
FACILITADOR:	MERY YANETH BARRERA TOLOSA
FECHA:	28/07/2023
CALIFICACIÓN:	

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

PREGUNTAS	RESPUESTAS
<p>1. ¿Formas de cómo cuidar la salud mental en familia? Respuesta múltiple</p>	<input checked="" type="checkbox"/> Establecer Rutinas <input checked="" type="checkbox"/> Convivir armónicamente <input checked="" type="checkbox"/> Desarrollar hábitos saludables
<p>2. ¿Cuáles son los valores Coosalud? Selección de múltiple respuesta</p>	<input checked="" type="checkbox"/> Justicia <input checked="" type="checkbox"/> Honestidad <input checked="" type="checkbox"/> Calidad Humana
<p>1. ¿Puedo oponerme a la presunción legal de donar los órganos de mi cuerpo?</p>	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO

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

- 1.
2. **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	<i>X</i>
---	---	---	---	---	----------

3. **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	<i>X</i>
---	---	---	---	---	----------

4. **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	X	5
---	---	---	---	---	---

5. **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 X
---	---	---	---	--	-----

6. **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 X
---	---	---	---	--	-----

7. **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	X	5
---	---	---	---	---	---

8. **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	X	5
---	---	---	---	---	---

9. **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 X
---	---	---	---	--	-----

10. **CUMPLIMIENTO DEL HORARIO Y DEL PROGRAMA.**

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

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

FIRMA ASISTENTE

[Firma manuscrita]

FIRMA FACILITADOR

[Firma manuscrita]

MÓDULO:	CAPACITACION
ÁREA RESPONSABLE:	EXPERIENCIA DEL USUARIO
TEMA:	Salud Mental, mejores vivencias en familia-Valores Coosalud-Derechos-Red-Canales de comunicación Coosalud
NOMBRE:	<i>Jenni Carolina Comba López</i>
CARGO:	USUARIO
SUCURSAL / AGENCIA:	BOYACA
FACILITADOR:	MERY YANETH BARRERA TOLOSA
FECHA:	28/07/2023
CALIFICACIÓN:	

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

PREGUNTAS	RESPUESTAS
<p>1. ¿Formas de cómo cuidar la salud mental en familia? Respuesta múltiple</p>	<input checked="" type="checkbox"/> Establecer Rutinas <input checked="" type="checkbox"/> Convivir armónicamente <input checked="" type="checkbox"/> Desarrollar hábitos saludables
<p>2. ¿Cuáles son los valores Coosalud? Selección de múltiple respuesta</p>	<input checked="" type="checkbox"/> Justicia <input checked="" type="checkbox"/> Honestidad <input checked="" type="checkbox"/> Calidad Humana
<p>1. ¿Puedo oponerme a la presunción legal de donar los órganos de mi cuerpo?</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.

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

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

4. **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
---	---	---	---	---

5. **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
---	---	---	---	---

6. **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
---	---	---	---	---

7. **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
---	---	---	---	---

8. **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
---	---	---	---	---

9. **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
---	---	---	---	---

10. **CUMPLIMIENTO DEL HORARIO Y DEL PROGRAMA.**

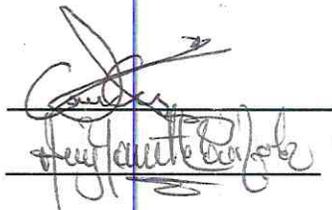
1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

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

No tengo observaciones

FIRMA ASISTENTE

FIRMA FACILITADOR



MÓDULO:	CAPACITACION
ÁREA RESPONSABLE:	EXPERIENCIA DEL USUARIO
TEMA:	Salud Mental, mejores vivencias en familia-Valores Coosalud-Derechos-Red-Canales de comunicación Coosalud
NOMBRE:	Guillemina Figueroa
CARGO:	USUARIO
SUCURSAL / AGENCIA:	BOYACA
FACILITADOR:	MERY YANETH BARRERA TOLOSA
FECHA:	28/07/2023
CALIFICACIÓN:	

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

PREGUNTAS	RESPUESTAS
<p>1. ¿Formas de cómo cuidar la salud mental en familia? Respuesta múltiple</p>	<input checked="" type="checkbox"/> Establecer Rutinas <input checked="" type="checkbox"/> Convivir armónicamente <input checked="" type="checkbox"/> Desarrollar hábitos saludables
<p>2. ¿Cuáles son los valores Coosalud? Selección de múltiple respuesta</p>	<input checked="" type="checkbox"/> Justicia <input checked="" type="checkbox"/> Honestidad <input checked="" type="checkbox"/> Calidad Humana
<p>1. ¿Puedo oponerme a la presunción legal de donar los órganos de mi cuerpo?</p>	<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO

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

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

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

4. **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
---	---	---	---	---

5. **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
---	---	---	---	---

6. **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
---	---	---	---	---

7. **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
---	---	---	---	---

8. **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
---	---	---	---	---

9. **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
---	---	---	---	---

10. **CUMPLIMIENTO DEL HORARIO Y DEL PROGRAMA.**

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

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

Noe tengo observaciones

FIRMA ASISTENTE *Guillermo C. Cordero*
FIRMA FACILITADOR *Guillermo Cordero*

MÓDULO:	CAPACITACION
ÁREA RESPONSABLE:	EXPERIENCIA DEL USUARIO
TEMA:	Salud Mental, mejores vivencias en familia-Valores Coosalud-Derechos-Red-Canales de comunicación Coosalud
NOMBRE:	<i>Gloria Claudia Franco Vega</i>
CARGO:	USUARIO
SUCURSAL / AGENCIA:	BOYACA
FACILITADOR:	MERY YANETH BARRERA TOLOSA
FECHA:	28/07/2023
CALIFICACIÓN:	

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

PREGUNTAS	RESPUESTAS
<p>1. ¿Formas de cómo cuidar la salud mental en familia? Respuesta múltiple</p>	<input checked="" type="checkbox"/> Establecer Rutinas <input checked="" type="checkbox"/> Convivir armónicamente <input checked="" type="checkbox"/> Desarrollar hábitos saludables
<p>2. ¿Cuáles son los valores Coosalud? Selección de múltiple respuesta</p>	<input checked="" type="checkbox"/> Justicia <input checked="" type="checkbox"/> Honestidad <input checked="" type="checkbox"/> Calidad Humana
<p>1. ¿Puedo oponerme a la presunción legal de donar los órganos de mi cuerpo?</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.
2. **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
---	---	---	---	---

3. **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
---	---	---	---	---

4. **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	<input checked="" type="checkbox"/>	5
---	---	---	-------------------------------------	---

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

6. **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"/>
---	---	---	---	-------------------------------------

7. **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	<input checked="" type="checkbox"/>	5
---	---	---	-------------------------------------	---

8. **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	<input checked="" type="checkbox"/>	5
---	---	---	-------------------------------------	---

9. **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	<input checked="" type="checkbox"/>	5
---	---	---	-------------------------------------	---

10. **CUMPLIMIENTO DEL HORARIO Y DEL PROGRAMA.**

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

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

FIRMA ASISTENTE

FIRMA FACILITADOR