

**CONVOCATORIA No 006**

**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.

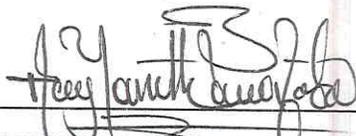
Lugar: OFICINA COOSALUD CAMPOHERMOSO

Fecha: 30 de junio de 2023

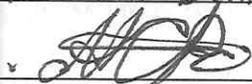
Hora: 10:00 a.m.

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
Monica Alexandra Benitez Gamboa	1023878491	Monica Benitez
María del Carmen Pozo	233772643	
Milare Posa Diaz	33676958	Milare Posa Diaz
Nubia Buitrago Hurtado	23399747	Nubia Buitrago H.
Julio Cesar Flores	4071410	Julio MORO
Angel Plana Toro	7330151	Angel Plana Toro
María Ciselda Diaz	1002262525	María Ciselda Diaz
SARA VIVENDY TORRES	1048848556	SARA TORRES
Laura Lisseth Suarez Galindo	1048710115	
Lara Zigia Ruiz	23702604	Lara Zigia Ruiz
Elda Ramirez Osorio	23399563	Elda Ramirez
Carolina Sarmiento Salgado	1048710243	CAROLINA SARMIENTO
María Floralba Mora D.	1048710457	Floralba M.
Luz Dairi Mora	23399959	Luz Dairi M.
Flor Marina Moreno	1151435899	Flor Marina MORENO
ANA Lida MONTE D. V.	1002262562	ANA Lida MONTE D
Elsa Fátima Carreño	20738.374	Elsa Fátima Carreño

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

**FECHA** : 30/06/2023  
**LUGAR** : Oficina de COOSALUD EPS-S  
**HORA** : 10:00 A.M.  
**ASISTENTES** : (Se anexa firma de los asistentes - fotos).  
**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.**

Movilidad y Prestaciones económicas

**REGIMEN CONTRIBUTIVO****COOSALUD**  
En Pos de tu bienestar

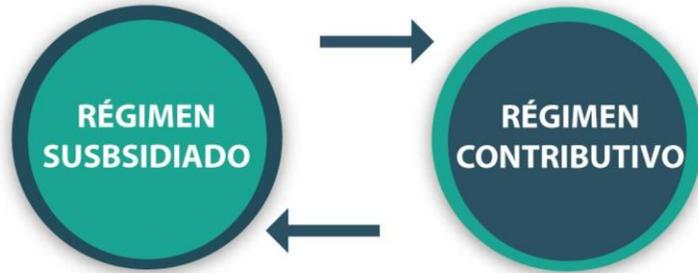
<b>Elabora:</b>	<b>Revisa:</b>	<b>Aprueba:</b>	Pág. 1 de 7
Directora Endomarketing y Experiencia	Director de Procesos y Calidad	Presidente Ejecutivo	

**TIPOS DE NOVEDADES DE AFILIACIÓN**

**¿Qué es Movilidad?**

Es la forma en que el afiliado puede continuar en la misma EPS cuando por alguna circunstancia **pierda** capacidad de pago o adquiera capacidad de pago

**MOVILIDAD ENTRE RÉGIMENES**



COOSALUD

**¿Cómo opera la movilidad en el caso de estar afiliado al Régimen Subsidiado y adquirir capacidad de pago o vinculación...?**

Las personas afiliadas al Régimen Subsidiado que adquieran capacidad de pago y que estén en la obligación de afiliarse en el Régimen Contributivo se mantienen en la misma EPS y recibirán todos los beneficios junto con su núcleo familiar.

**¿Qué trámite debo realizar para hacer efectiva la movilidad?**

El afiliado debe solicitar a la EPS la movilidad en el sistema (cambio de régimen subsidiado o contributivo), a través del formulario único de afiliación y registro de novedades, con el fin de no perder la continuidad en la prestación del servicio.

COOSALUD

<b>Elabora:</b>	<b>Revisa:</b>	<b>Aprueba:</b>	Pág. 2 de 7
Directora Endomarketing y Experiencia	Director de Procesos y Calidad	Presidente Ejecutivo	

### ¿Cómo realizar los aportes al Régimen contributivo de los afiliados que pertenecen a Coosalud EPS?

- Los aportes deberán ser liquidados a través de la planilla PILA, teniendo en cuenta las fechas establecidas en el decreto 1670 de 2017.
- Para el caso de los dependientes, el empleado asume el 4% y el empleador el 8.5%.
- Para el caso de los independientes, estos deberán asumir el 12.5%.
- Los pensionados cotizan sobre el 12%.

### ¿Si el afiliado está en el Régimen Contributivo y pierde capacidad de pago, ¿cómo ingresa al Régimen Subsidiado?

- En el caso de que el afiliado se encuentre previamente clasificado en el nivel I y II del Sisbén, podrá pasar al Régimen Subsidiado de la misma EPS donde se encuentra afiliado, sin perder la continuidad en la prestación del servicio, diligenciando el formulario y direccionándolo a la sucursal más cercana.
- En el caso de que no se encuentre clasificado en el nivel I y II del Sisbén deberá solicitar la aplicación de la encuesta Sisbén a Planeación Municipal o Distrital.

COOSALUD

### ¿Las EPS del Régimen Subsidiado deben reconocer prestaciones económicas a las personas que tengan afiliadas en el R. Contributivo?

Sí. Las EPS del régimen subsidiado que en el marco de la movilidad garanticen la prestación de servicios a los afiliados al régimen contributivo, reconocerán y pagarán el valor de las incapacidades por enfermedad general, licencias de maternidad y paternidad, de conformidad con las normas vigentes.



### ¿A qué personas aplica la movilidad?

Está dirigido para los afiliados al Régimen Subsidiado y Régimen Contributivo focalizado en los niveles I y II del Sisbén.

COOSALUD

<b>Elabora:</b>	<b>Revisa:</b>	<b>Aprueba:</b>	Pág. 3 de 7
Directora Endomarketing y Experiencia	Director de Procesos y Calidad	Presidente Ejecutivo	

**2. Deberes de los afiliados**

**DEBERES DE LOS AFILIADOS**



**3. Derechos de los pacientes: Atención médica**

<b>Elabora:</b>	<b>Revisa:</b>	<b>Aprueba:</b>	Pág. 4 de 7
Directora Endomarketing y Experiencia	Director de Procesos y Calidad	Presidente Ejecutivo	

## DERECHOS

### A la autodeterminación, consentimiento y libre escogencia

- Elegir libremente el asegurador, el médico y en general los profesionales de la salud, como también a las instituciones de salud que le presten la atención requerida dentro de la oferta disponible. Los cambios en la oferta de prestadores por parte de las EPS no podrán disminuir la calidad o afectar la continuidad en la provisión del servicio y deberán contemplar mecanismos de transición para evitar una afectación de la salud del usuario. Dicho cambio no podrá eliminar alternativas reales de escogencia donde haya disponibilidad. Las eventuales limitaciones deben ser racionales y proporcionales.
- Aceptar o rechazar actividades, intervenciones, insumos, medicamentos, dispositivos, servicios, procedimientos o tratamientos para su cuidado. Ninguna persona podrá ser obligada a recibir los mismos en contra de su voluntad<sup>3</sup>

COOSALUD

## DERECHOS

### A la autodeterminación, consentimiento y libre escogencia

- A suscribir un documento de voluntad anticipada como previsión de no poder tomar decisiones en el futuro, en el cual declare, de forma libre, consciente e informada su voluntad respecto a la toma de decisiones sobre el cuidado general de la salud y del cuerpo, así como las preferencias de someterse o no a actividades, intervenciones, insumos, medicamentos, dispositivos, servicios, procedimientos o tratamientos para su cuidado médico, sus preferencias de cuidado al final de la vida, sobre el acceso a la información de su historia clínica y aquellas que considere relevantes en el marco de sus valores personales.

COOSALUD

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



<b>Elabora:</b>	<b>Revisa:</b>	<b>Aprueba:</b>	Pág. 5 de 7
Directora Endomarketing y Experiencia	Director de Procesos y Calidad	Presidente Ejecutivo	



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

Se anexan copias.

Terminada la reunión se aclaran dudas e inquietudes,

<b>Elabora:</b>	<b>Revisa:</b>	<b>Aprueba:</b>	Pág. 6 de 7
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. 7 de 7
--	--	---	-------------

Liladomiro Ayvink	1048710995
Concepcion Julio Mora	23 399 338
ANA MARIA LUPE HUERTAS	23 399 388
Florindo Masad	23 399 512
Alfonso Lopez Jorzon	1015380
MARILY SIERRA RONDON	37 878 0414
Edgar A. Sanchez	1015462
Nelsy Daniela Melo Mora	23 399 733
Carolina Sarmiento Selgado	1048710243
William Javier Lopez	74347019
Blanca Yaneth Mp.	320 860 7839

MÓDULO:	CAPACITACION
ÁREA RESPONSABLE:	EXPERIENCIA DEL USUARIO
TEMA:	Movilidad-Prestaciones Económicas-Deberes-Derechos-Red-Canales de comunicación Coosalud
NOMBRE:	Blanca Yaneth M.D.
CARGO:	USUARIO
SUCURSAL / AGENCIA:	
FACILITADOR:	MERY YANETH BARRERA TOLOSA
FECHA:	30/06/2023
CALIFICACIÓN:	

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

PREGUNTAS	RESPUESTAS
<p>1. La forma que el afiliado tiene para continuar en la misma EPS cuando por alguna circunstancia pierda o adquiera capacidad de pago. ¿Se denomina?</p> <p>Respuesta única</p>	<p><input type="checkbox"/> Cambio.</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Movilidad</p> <p><input type="checkbox"/> Otro. Cual? _____</p>
<p>2. ¿ A los afiliados al régimen contributivo, reconocerán y pagarán como prestaciones económicas, el valor de?</p> <p>Selección de múltiple respuesta</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> Incapacidades por enfermedad general</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Licencias de maternidad</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Licencia de paternidad</p>
<p>1. ¿Es la autodeterminación, consentimiento y libre escogencia un derecho de los afiliados?</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> SI</p> <p><input type="checkbox"/> NO</p>

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 <del>X</del>	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 <del>X</del>	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 <del>X</del>	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 <del>X</del>	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 <del>X</del>	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 <del>X</del>	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

*Blanca Yaneth D.14*

FIRMA FACILITADOR

*[Firma manuscrita]*

<b>MÓDULO:</b>	CAPACITACION
<b>ÁREA RESPONSABLE:</b>	EXPERIENCIA DEL USUARIO
<b>TEMA:</b>	Movilidad-Prestaciones Económicas-Deberes-Derechos-Red-Canales de comunicación Coosalud
<b>NOMBRE:</b>	William Javier López
<b>CARGO:</b>	USUARIO
<b>SUCURSAL / AGENCIA:</b>	Campohermosa
<b>FACILITADOR:</b>	MERY YANETH BARRERA TOLOSA
<b>FECHA:</b>	30/06/2023
<b>CALIFICACIÓN:</b>	

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

PREGUNTAS	RESPUESTAS
<p>1. La forma que el afiliado tiene para continuar en la misma EPS cuando por alguna circunstancia pierda o adquiera capacidad de pago. ¿Se denomina?</p> <p>Respuesta única</p>	<p><input type="checkbox"/> Cambio.</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Movilidad</p> <p><input type="checkbox"/> Otro. Cual? _____</p>
<p>2. ¿ A los afiliados al régimen contributivo, reconocerán y pagarán como prestaciones económicas, el valor de?</p> <p>Selección de múltiple respuesta</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> Incapacidades por enfermedad general</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Licencias de maternidad</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Licencia de paternidad</p>
<p>1. ¿Es la autodeterminación, consentimiento y libre escogencia un derecho de los afiliados?</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> SI</p> <p><input type="checkbox"/> NO</p>

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

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

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

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

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

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

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

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

*William S. Lopez*

FIRMA FACILITADOR

*Francisco Lopez*

MÓDULO:	CAPACITACION
ÁREA RESPONSABLE:	EXPERIENCIA DEL USUARIO
TEMA:	Movilidad-Prestaciones Económicas-Deberes-Derechos-Red-Canales de comunicación Coosalud
NOMBRE:	Carolina Sarmiento Salgado
CARGO:	USUARIO
SUCURSAL / AGENCIA:	Boyaca
FACILITADOR:	MERY YANETH BARRERA TOLOSA
FECHA:	30/06/2023
CALIFICACIÓN:	

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

PREGUNTAS	RESPUESTAS
<p>1. La forma que el afiliado tiene para continuar en la misma EPS cuando por alguna circunstancia pierda o adquiera capacidad de pago. ¿Se denomina?</p> <p>Respuesta única</p>	<p><input type="checkbox"/> Cambio.</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Movilidad</p> <p><input type="checkbox"/> Otro. Cual? _____</p>
<p>2. ¿ A los afiliados al régimen contributivo, reconocerán y pagarán como prestaciones económicas, el valor de?</p> <p>Selección de múltiple respuesta</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> Incapacidades por enfermedad general</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Licencias de maternidad</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Licencia de paternidad</p>
<p>1. ¿Es la autodeterminación, consentimiento y libre escogencia un derecho de los afiliados?</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> SI</p> <p><input type="checkbox"/> NO</p>

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	<del>4</del>	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	<del>4</del>	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	<del>4</del>	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	<del>4</del>	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	<del>4</del>	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	<del>4</del>	5
---	---	---	--------------	---

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

1	2	3	<del>4</del>	5
---	---	---	--------------	---

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

Ninguna en general se manejan bien cuando el usuario tiene disposición de tiempo.

FIRMA ASISTENTE

CARDINA SANTIAGO

FIRMA FACILITADOR

[Firma manuscrita]

MÓDULO:	CAPACITACION
ÁREA RESPONSABLE:	EXPERIENCIA DEL USUARIO
TEMA:	Movilidad-Prestaciones Económicas-Deberes-Derechos-Red-Canales de comunicación Coosalud
NOMBRE:	Edger Sanchez Barea
CARGO:	USUARIO
SUCURSAL / AGENCIA:	Bogotá
FACILITADOR:	MERY YANETH BARRERA TOLOSA
FECHA:	30/06/2023
CALIFICACIÓN:	

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

PREGUNTAS	RESPUESTAS
<p>1. La forma que el afiliado tiene para continuar en la misma EPS cuando por alguna circunstancia pierda o adquiera capacidad de pago. ¿Se denomina?</p> <p>Respuesta única</p>	<p><input type="checkbox"/> Cambio.</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Movilidad</p> <p><input type="checkbox"/> Otro. Cual? _____</p>
<p>2. ¿ A los afiliados al régimen contributivo, reconocerán y pagarán como prestaciones económicas, el valor de?</p> <p>Selección de múltiple respuesta</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> Incapacidades por enfermedad general</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Licencias de maternidad</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Licencia de paternidad</p>
<p>1. ¿Es la autodeterminación, consentimiento y libre escogencia un derecho de los afiliados?</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> SI</p> <p><input type="checkbox"/> NO</p>

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

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

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

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

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

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

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

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

FIRMA FACILITADOR

<b>MÓDULO:</b>	CAPACITACION
<b>ÁREA RESPONSABLE:</b>	EXPERIENCIA DEL USUARIO
<b>TEMA:</b>	Movilidad-Prestaciones Económicas-Deberes-Derechos-Red-Canales de comunicación Coosalud
<b>NOMBRE:</b>	Nery Yaneth Melo Nolasco
<b>CARGO:</b>	USUARIO
<b>SUCURSAL / AGENCIA:</b>	
<b>FACILITADOR:</b>	MERY YANETH BARRERA TOLOSA
<b>FECHA:</b>	30/06/2023
<b>CALIFICACIÓN:</b>	

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

PREGUNTAS	RESPUESTAS
<p>1. La forma que el afiliado tiene para continuar en la misma EPS cuando por alguna circunstancia pierda o adquiera capacidad de pago. ¿Se denomina?</p> <p>Respuesta única</p>	<p><input type="checkbox"/> Cambio.</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Movilidad</p> <p><input type="checkbox"/> Otro. Cual? _____</p>
<p>2. ¿ A los afiliados al régimen contributivo, reconocerán y pagarán como prestaciones económicas, el valor de?</p> <p>Selección de múltiple respuesta</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> Incapacidades por enfermedad general</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Licencias de maternidad</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Licencia de paternidad</p>
<p>1. ¿Es la autodeterminación, consentimiento y libre escogencia un derecho de los afiliados?</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> SI</p> <p><input type="checkbox"/> NO</p>

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

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

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

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

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

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

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

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

*Nelsy Daniela Melgosa*

FIRMA FACILITADOR

*Fernando...*

MÓDULO:	CAPACITACION
ÁREA RESPONSABLE:	EXPERIENCIA DEL USUARIO
TEMA:	Movilidad-Prestaciones Económicas-Deberes-Derechos-Red-Canales de comunicación Coosalud
NOMBRE:	MARY SIERRA RONDON
CARGO:	USUARIO
SUCURSAL / AGENCIA:	BOYACA
FACILITADOR:	MERY YANETH BARRERA TOLOSA
FECHA:	30/06/2023
CALIFICACIÓN:	

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

PREGUNTAS	RESPUESTAS
<p>1. La forma que el afiliado tiene para continuar en la misma EPS cuando por alguna circunstancia pierda o adquiera capacidad de pago. ¿Se denomina?</p> <p>Respuesta única</p>	<p><input type="checkbox"/> Cambio.</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Movilidad</p> <p><input type="checkbox"/> Otro. Cual? _____</p>
<p>2. ¿ A los afiliados al régimen contributivo, reconocerán y pagarán como prestaciones económicas, el valor de?</p> <p>Selección de múltiple respuesta</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> Incapacidades por enfermedad general</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Licencias de maternidad</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Licencia de paternidad</p>
<p>1. ¿Es la autodeterminación, consentimiento y libre escogencia un derecho de los afiliados?</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> SI</p> <p><input type="checkbox"/> NO</p>

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

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

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

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

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

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

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

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:**

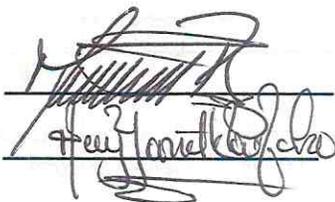
---

---

---

FIRMA ASISTENTE

FIRMA FACILITADOR



<b>MÓDULO:</b>	CAPACITACION
<b>ÁREA RESPONSABLE:</b>	EXPERIENCIA DEL USUARIO
<b>TEMA:</b>	Movilidad-Prestaciones Económicas-Deberes-Derechos-Red-Canales de comunicación Coosalud
<b>NOMBRE:</b>	Alfonso Lopez
<b>CARGO:</b>	EL SUORCO
<b>SUCURSAL / AGENCIA:</b>	
<b>FACILITADOR:</b>	MERY YANETH BARRERA TOLOSA
<b>FECHA:</b>	30/06/2023
<b>CALIFICACIÓN:</b>	

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

PREGUNTAS	RESPUESTAS
<p>1. La forma que el afiliado tiene para continuar en la misma EPS cuando por alguna circunstancia pierda o adquiera capacidad de pago. ¿Se denomina?</p> <p>Respuesta única</p>	<p><input type="checkbox"/> Cambio.</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Movilidad</p> <p><input type="checkbox"/> Otro. Cual? _____</p>
<p>2. ¿ A los afiliados al régimen contributivo, reconocerán y pagarán como prestaciones económicas, el valor de?</p> <p>Selección de múltiple respuesta</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> Incapacidades por enfermedad general</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Licencias de maternidad</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Licencia de paternidad</p>
<p>1. ¿Es la autodeterminación, consentimiento y libre escogencia un derecho de los afiliados?</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> SI</p> <p><input type="checkbox"/> NO</p>

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

*Alfonso López*

FIRMA FACILITADOR

*Fernando López*

MÓDULO:	CAPACITACION
ÁREA RESPONSABLE:	EXPERIENCIA DEL USUARIO
TEMA:	Movilidad-Prestaciones Económicas-Deberes-Derechos-Red-Canales de comunicación Coosalud
NOMBRE:	* <i>Florencia mora</i>
CARGO:	USUARIO
SUCURSAL / AGENCIA:	<i>UNOTIO</i>
FACILITADOR:	MERY YANETH BARRERA TOLOSA
FECHA:	30/06/2023
CALIFICACIÓN:	

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

PREGUNTAS	RESPUESTAS
<p>1. La forma que el afiliado tiene para continuar en la misma EPS cuando por alguna circunstancia pierda o adquiera capacidad de pago. ¿Se denomina?</p> <p>Respuesta única</p>	<p><input type="checkbox"/> Cambio.</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Movilidad</p> <p><input type="checkbox"/> Otro. Cual? _____</p>
<p>2. ¿ A los afiliados al régimen contributivo, reconocerán y pagarán como prestaciones económicas, el valor de?</p> <p>Selección de múltiple respuesta</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> Incapacidades por enfermedad general</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Licencias de maternidad</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Licencia de paternidad</p>
<p>1. ¿Es la autodeterminación, consentimiento y libre escogencia un derecho de los afiliados?</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> SI</p> <p><input type="checkbox"/> NO</p>

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

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

1	2	3	4 <i>X</i>	5
---	---	---	------------	---

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

1	2	3	4 <i>X</i>	5
---	---	---	------------	---

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

---

---

---

FIRMA ASISTENTE

*Eloisinda Mesa*

FIRMA FACILITADOR

*Prof. Haroldo Torres*

<b>MÓDULO:</b>	CAPACITACION
<b>ÁREA RESPONSABLE:</b>	EXPERIENCIA DEL USUARIO
<b>TEMA:</b>	Movilidad-Prestaciones Económicas-Deberes-Derechos-Red-Canales de comunicación Coosalud
<b>NOMBRE:</b>	ANA MARIA LUPE HUERTAS
<b>CARGO:</b>	USUARIO
<b>SUCURSAL / AGENCIA:</b>	
<b>FACILITADOR:</b>	MERY YANETH BARRERA TOLOSA
<b>FECHA:</b>	30/06/2023
<b>CALIFICACIÓN:</b>	

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

PREGUNTAS	RESPUESTAS
<p>1. La forma que el afiliado tiene para continuar en la misma EPS cuando por alguna circunstancia pierda o adquiera capacidad de pago. ¿Se denomina?</p> <p>Respuesta única</p>	<p><input type="checkbox"/> Cambio.</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Movilidad</p> <p><input type="checkbox"/> Otro. Cual? _____</p>
<p>2. ¿ A los afiliados al régimen contributivo, reconocerán y pagarán como prestaciones económicas, el valor de?</p> <p>Selección de múltiple respuesta</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> Incapacidades por enfermedad general</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Licencias de maternidad</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Licencia de paternidad</p>
<p>1. ¿Es la autodeterminación, consentimiento y libre escogencia un derecho de los afiliados?</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> SI</p> <p><input type="checkbox"/> NO</p>

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

*MARIA LUPE HUERTAS*

FIRMA FACILITADOR

*[Firma manuscrita]*

<b>MÓDULO:</b>	CAPACITACION
<b>ÁREA RESPONSABLE:</b>	EXPERIENCIA DEL USUARIO
<b>TEMA:</b>	Movilidad-Prestaciones Económicas-Deberes-Derechos-Red-Canales de comunicación Coosalud
<b>NOMBRE:</b>	<i>Carmen Julia Ugo</i>
<b>CARGO:</b>	USUARIO
<b>SUCURSAL / AGENCIA:</b>	
<b>FACILITADOR:</b>	MERY YANETH BARRERA TOLOSA
<b>FECHA:</b>	30/06/2023
<b>CALIFICACIÓN:</b>	

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

PREGUNTAS	RESPUESTAS
<p>1. La forma que el afiliado tiene para continuar en la misma EPS cuando por alguna circunstancia pierda o adquiera capacidad de pago. ¿Se denomina?</p> <p>Respuesta única</p>	<p><input type="checkbox"/> Cambio.</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Movilidad</p> <p><input type="checkbox"/> Otro. Cual? _____</p>
<p>2. ¿ A los afiliados al régimen contributivo, reconocerán y pagarán como prestaciones económicas, el valor de?</p> <p>Selección de múltiple respuesta</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> Incapacidades por enfermedad general</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Licencias de maternidad</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Licencia de paternidad</p>
<p>1. ¿Es la autodeterminación, consentimiento y libre escogencia un derecho de los afiliados?</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> SI</p> <p><input type="checkbox"/> NO</p>

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

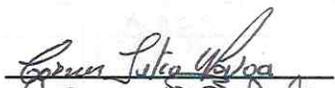
10. **SUGERENCIAS Y COMENTARIOS PARA EL MEJORAMIENTO DE LAS PRÓXIMAS ACTIVIDADES DE CAPACITACIÓN:**

---

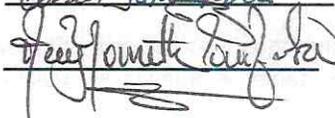
---

---

FIRMA ASISTENTE



FIRMA FACILITADOR



MÓDULO:	CAPACITACION
ÁREA RESPONSABLE:	EXPERIENCIA DEL USUARIO
TEMA:	Movilidad-Prestaciones Económicas-Deberes-Derechos-Red-Canales de comunicación Coosalud
NOMBRE:	Lidia Domínguez Aguirre
CARGO:	USUARIO
SUCURSAL / AGENCIA:	Bojaca
FACILITADOR:	MERY YANETH BARRERA TOLOSA
FECHA:	30/06/2023
CALIFICACIÓN:	

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

PREGUNTAS	RESPUESTAS
<p>1. La forma que el afiliado tiene para continuar en la misma EPS cuando por alguna circunstancia pierda o adquiera capacidad de pago. ¿Se denomina?</p> <p>Respuesta única</p>	<p><input type="checkbox"/> Cambio.</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Movilidad</p> <p><input type="checkbox"/> Otro. Cual? _____</p>
<p>2. ¿ A los afiliados al régimen contributivo, reconocerán y pagarán como prestaciones económicas, el valor de?</p> <p>Selección de múltiple respuesta</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> Incapacidades por enfermedad general</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Licencias de maternidad</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Licencia de paternidad</p>
<p>1. ¿Es la autodeterminación, consentimiento y libre escogencia un derecho de los afiliados?</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> SI</p> <p><input type="checkbox"/> NO</p>

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

*Lidomaira Aguirre*

FIRMA FACILITADOR

*Fujameth...*