

CONVOCATORIA No 02

ASOCIACIÓN DE USUARIOS DEL MUNICIPIO DE CHIQUINQUIRA DEL DEPARTAMENTO DE
BOYACA

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

Reciba un cordial saludo.

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

Lugar: OFICINA CHIQUINQUIRA

Fecha: 28-02-2023

Hora: 09-30 AM

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

Atentamente,

Xiomara Torres

PRESIDENTE ASOCIACIÓN DE USUARIOS

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

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

NOMBRE DEL USUARIO	IDENTIFICACIÓN	FIRMA DEL USUARIO
Luz Mary chacon	33435311	Luz M. Chacon
Monica liceth Vera Aguilar	1'053.338.558	<i>[Firma]</i>
Candelaria RODRIGUEZ	23492602	Candelaria RODRIGUEZ
Rosa SANCHEZ	33704288	Rosa Sanchez
Dora BOHORQUEZ	23800157	Dora BOHORQUEZ
Idinel gonzalez	418758	Idinel gonzalez
Nelcy Yohana Gil Reyes	1056.803.983	Nelcy Yohana Gil Reyes
Mara Angélica Canda	1053345658	Angela Canda
Yanet pize corderos.	1057015.186	Yanet pize
Meylin Zamira Lombana	10533491766	Meylin
Sonpatricia Auila.	46679932.	Sonpa Auila.
Cecilia caso B.	23876074	<i>[Firma]</i>
Maira Pallas	1.001.524.806	<i>[Firma]</i>
Olivero Rodriguez	23488851	Olivero

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

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

FECHA : 28/02/2023
LUGAR : Oficina de COOSALUD EPS-S
HORA : 09:30 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 MARGARITA RODRIGUEZ BASALLO, 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.

CUOTAS MODERADORA Y COPAGOS

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

Copagos régimen subsidiado 2023

En el régimen subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud no se cobran cuotas moderadoras.

Para aplicación de los copagos en el régimen subsidiado se establecen los grupos de corte del Sisben metodología IV así: el nivel 1 corresponde a los grupos A1 a B7 y el nivel 2 a los grupos C1 a C18.

Cuotas moderadoras y copagos régimen contributivo 2023

Categoría	Ingreso base SMLMV	Valor 2023
1	Menor a 2 SMLMV*	\$ 4.100
2	Entre 2 y 5 SMLMV*	\$ 16.400
3	Mayor a 5 SMLMV*	\$ 43.000

Copagos

Categoría	Ingreso base SMLMV	% por evento	Valor máximo por evento	Valor máximo por asegurado/año
1	Menor a 2 SMLMV*	11,80%	\$ 944.182	\$ 614.227
2	Entre 2 y 5 SMLMV*	17,30%	\$ 1.220.455	\$ 2.440.909
3	Mayor a 5 SMLMV*	23,00%	\$ 2.440.909	\$ 4.881.818

TOPE

TOPE	% DEL SERVICIO	VALOR MÁXIMO COPAGO
Valor límite por evento	10%	\$ 530.632
Valor límite por año		\$ 1.061.264

Por lo tanto, los afiliados del régimen subsidiado clasificados en el nivel 2 del Sisben (C1 a C18), conforme con la metodología IV, deberán cancelar los respectivos copagos para los servicios que se encuentran dentro del Plan de Beneficios en Salud y que se indican a continuación:

PROGRAMAS DE RIESGO

CICLOS DE VIDA

USUARIO

- Primera Infancia (0-5 años)
- Infancia (6 - 11 años)
- Adolescencia (12 - 18 años)
- Juventud (14 - 26 años)
- Adultez (27- 59 años)
- Persona Mayor (60 años o más)

IDENTIFICACION DE RIESGO

- Planificación familiar
- Vacunación
- Atención gestantes
- Atención crecimiento y desarrollo
- Atención al joven
- Atención del adulto
- Citologías
- Mamografías

GRUPOS DE RIESGO

- MATERNAL-PERINATAL
- ALTERACIONES NUTRICIONALES
- ENFERMEDADES INFECCIOSAS
- TRASTORNOS ASOCIADOS AL USO DE SPA
- ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR ATEROGENICA
- CANCER
- ALTERACIONES Y TRASTORNOS VISUALES
- ALTERACIONES Y TRASTORNOS DE LA AUDICION Y COMUNICACION
- ALTERACIONES Y TRASTORNOS DE LA SALUD BUCAL
- PROBLEMAS EN SALUD MENTAL
- VIOLENCIAS
- ENFERMEDADES RESPIRATORIAS CRONICAS
- ENFERMEDADES DENTODICAS
- ACCIDENTES Y ENFERMEDADES LABORALES
- ENFERMEDADES HORMONALES
- TRASTORNOS NEUROPSIQUIIATRICOS, NEUROPATIAS Y EPI AUTISMO

PROGRAMAS DE RIESGO

- ✓Crecimiento y desarrollo de primera infancia.
- ✓Atención al adolescentes
- ✓Atención al joven
- ✓Salud bucal para todas las edades
- ✓Cuidate Mujer
- ✓Adultez y vejez – Edad de oro
- ✓Programas para pacientes con cáncer

CUIDATE MUJER

No olvides asistir a tus controles prenatales!

1 Sobrepeso
2 Depresión
3 Salud bucal
4 Consumir mucha sal
5 Fumar o vivir con un fumador

Limita el consumo de productos como frituras de paquete, golosinas y embutidos.

Cuidate es smarte

DERECHOS

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

Protección a la dignidad humana

DERECHOS

Recibir un trato digno en el acceso a servicios de salud y en todas las etapas de atención. Ninguna persona deberá ser sometida a tratos crueles o inhumanos que afecten su dignidad, ni será obligada a soportar sufrimiento evitable, ni obligada a padecer enfermedades que pueden recibir tratamiento.

Ser respetado como ser humano en su integralidad, sin recibir ninguna discriminación por su pertenencia étnica, sexo, identidad de género, orientación sexual, edad, idioma, religión o creencia, cultura, opiniones políticas o de cualquier índole, costumbres, origen, condición social, condición económica y su intimidad, así como las opiniones que tenga.

Recibir los servicios de salud en condiciones sanitarias adecuadas, en un marco de seguridad y respeto a su identidad e intimidad.

COOSALUD

Protección a la dignidad humana

DERECHOS

Recibir protección especial cuando se padecen enfermedades catastróficas o de alto costo. Esto implica el acceso oportuno a los servicios de salud asociados a la patología y la prohibición de que bajo ningún pretexto se deje de atender a la persona, ni puedan cobrarse copagos o cuotas moderadoras.

Elegir dentro de las opciones de muerte digna según corresponda a su escala de valores y preferencias personales y a ser respetado en su elección, incluyendo que se le permita rechazar actividades, intervenciones, insumos, medicamentos, dispositivos, servicios, procedimientos o tratamientos que puedan dilatar el proceso de la muerte impidiendo que este siga su curso natural en la fase terminal de su enfermedad.

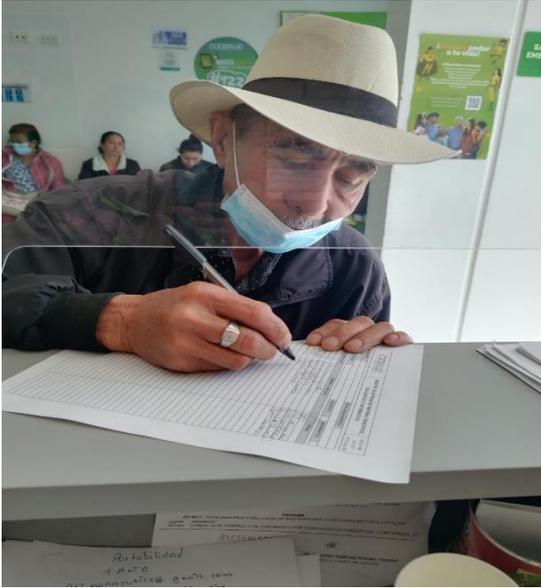
COOSALUD

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



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

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



Elabora: Directora Endomarketing y Experiencia	Revisa: Director de Procesos y Calidad	Aprueba: Presidente Ejecutivo	Pág. 7 de 19

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

MÓDULO:	CAPACITACION USUARIOS
ÁREA RESPONSABLE:	EXPERIENCIA DEL USUARIO
TEMA:	Cuotas moderadoras – Programas de riesgo – Derechos – Red de prestadores – Canales de Comunicación Coosalud.
NOMBRE:	Xiomara Torres Pardo
CARGO:	USUARIO
SUCURSAL / AGENCIA:	CHIQUINQUIRA
FACILITADOR:	MARGARITA RODRIGUEZ BASALLO
FECHA:	28/02/2023
CALIFICACIÓN:	

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

PREGUNTAS	RESPUESTAS
1. ¿Se cobran cuotas moderadoras en el Régimen Subsidiado?	SI <u>NO</u>
2. ¿Señale con una X cuáles son un programa de riesgo en Coosalud EPS? Selección de múltiple respuesta	<input checked="" type="checkbox"/> Crecimiento y Desarrollo en primera infancia ✓ <input checked="" type="checkbox"/> Salud Bucal para todas las mujeres ✓ <input checked="" type="checkbox"/> Cuidate Mujer ✓ <input type="checkbox"/> Medicina General
3. ¿Señale con una X cuáles son canales de comunicación en coosalud? Selección de múltiple respuesta	<input checked="" type="checkbox"/> #922 <input checked="" type="checkbox"/> Línea Fija <input checked="" type="checkbox"/> Correo defensorusuario@coosalud.com

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

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

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

Elabora: Directora Endomarketing y Experiencia	Revisa: Director de Procesos y Calidad	Aprueba: Presidente Ejecutivo	Pág. 8 de 19

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:**

Elabora: Directora Endomarketing y Experiencia	Revisa: Director de Procesos y Calidad	Aprueba: Presidente Ejecutivo	Pág. 9 de 19
--	--	---	--------------

FIRMA ASISTENTE

Xenia Torres

FIRMA FACILITADOR

[Firma manuscrita]

Elabora:	Revisa:	Aprueba:	Pág. 10 de 19
Directora Endomarketing y Experiencia	Director de Procesos y Calidad	Presidente Ejecutivo	

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

MÓDULO:	CAPACITACION USUARIOS
ÁREA RESPONSABLE:	EXPERIENCIA DEL USUARIO
TEMA:	Cuotas moderadoras – Programas de riesgo – Derechos – Red de prestadores – Canales de Comunicación Coosalud;
NOMBRE:	<i>Andrés Inda Villanís</i>
CARGO:	USUARIO
SUCURSAL / AGENCIA:	CHIQUINQUIRA
FACILITADOR:	MARGARITA RODRIGUEZ BASALLO
FECHA:	28/02/2023
CALIFICACIÓN:	

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

PREGUNTAS	RESPUESTAS
1. ¿Se cobran cuotas moderadoras en el Régimen Subsidiado?	SI <input type="radio"/> NO <input checked="" type="radio"/>
2. ¿Señale con una X cuáles son un programa de riesgo en Coosalud EPS? Selección de múltiple respuesta	<input checked="" type="checkbox"/> Crecimiento y Desarrollo en primera infancia <input checked="" type="checkbox"/> Salud Bucal para todas las mujeres <input checked="" type="checkbox"/> Cuidate Mujer <input type="checkbox"/> Medicina General
3. ¿Señale con una X cuáles son canales de comunicación en coosalud? Selección de múltiple respuesta	<input checked="" type="checkbox"/> #922 <input checked="" type="checkbox"/> Línea Fija <input checked="" type="checkbox"/> Correo defensorusuario@coosalud.com

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

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

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

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

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.**

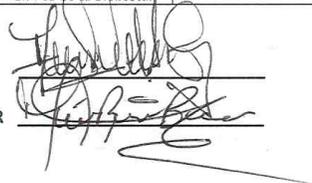
1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

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

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

FIRMA ASISTENTE

FIRMA FACILITADOR



Elabora: Directora Endomarketing y Experiencia	Revisa: Director de Procesos y Calidad	Aprueba: Presidente Ejecutivo	Pág. 13 de 19

MÓDULO:	CAPACITACION USUARIOS
ÁREA RESPONSABLE:	EXPERIENCIA DEL USUARIO
TEMA:	Cuotas moderadoras – Programas de riesgo – Derechos – Red de prestadores – Canales de Comunicación Coosalud.
NOMBRE:	Darli Yisela Almonacid Alvarado.
CARGO:	USUARIO
SUCURSAL / AGENCIA:	CHIUQUINQUIRA
FACILITADOR:	MARGARITA RODRIGUEZ BASALLO
FECHA:	28/02/2023
CALIFICACIÓN:	

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

PREGUNTAS	RESPUESTAS
1. ¿Se cobran cuotas moderadoras en el Régimen Subsidiado?	SI NO <input checked="" type="checkbox"/>
2. ¿Señale con una X cuáles son un programa de riesgo en Coosalud EPS? Selección de múltiple respuesta	<input checked="" type="checkbox"/> Crecimiento y Desarrollo en primera infancia <input checked="" type="checkbox"/> Salud Bucal para todas las mujeres <input checked="" type="checkbox"/> Cuidate Mujer <input type="checkbox"/> Medicina General
3. ¿Señale con una X cuáles son canales de comunicación en coosalud? Selección de múltiple respuesta	<input checked="" type="checkbox"/> #922 <input checked="" type="checkbox"/> Línea Fija <input checked="" type="checkbox"/> Correo defensorusuario@coosalud.com

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

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

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

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

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.**

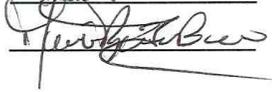
1	2	3	4	<input checked="" type="checkbox"/>	5
---	---	---	---	-------------------------------------	---

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

Elabora: Directora Endomarketing y Experiencia	Revisa: Director de Procesos y Calidad	Aprueba: Presidente Ejecutivo	Pág. 15 de 19
--	--	---	---------------

FIRMA ASISTENTE

FIRMA FACILITADOR

Elabora:	Revisa:	Aprueba:	Pág. 16 de 19
Directora Endomarketing y Experiencia	Director de Procesos y Calidad	Presidente Ejecutivo	

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

MÓDULO:	CAPACITACION USUARIOS
ÁREA RESPONSABLE:	EXPERIENCIA DEL USUARIO
TEMA:	Cuotas moderadoras – Programas de riesgo – Derechos – Red de prestadores – Canales de Comunicación Coosalud.
NOMBRE:	Diana Molina
CARGO:	USUARIO
SUCURSAL / AGENCIA:	CHIQUINQUIRA
FACILITADOR:	MARGARITA RODRIGUEZ BASALLO
FECHA:	28/02/2023
CALIFICACIÓN:	

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

PREGUNTAS	RESPUESTAS
1. ¿Se cobran cuotas moderadoras en el Régimen Subsidiado?	SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>
2. ¿Señale con una X cuáles son un programa de riesgo en Coosalud EPS? Selección de múltiple respuesta	<input checked="" type="checkbox"/> Crecimiento y Desarrollo en primera infancia <input checked="" type="checkbox"/> Salud Bucal para todas las mujeres <input checked="" type="checkbox"/> Cuidate Mujer <input type="checkbox"/> Medicina General
3. ¿Señale con una X cuáles son canales de comunicación en coosalud? Selección de múltiple respuesta	<input checked="" type="checkbox"/> #922 <input checked="" type="checkbox"/> Línea Fija <input checked="" type="checkbox"/> Correo defensorusuario@coosalud.com

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

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

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

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

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:**

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

FIRMA ASISTENTE

Diana Molina

FIRMA FACILITADOR

[Firma]

NOMBRE DEL USUARIO	IDENTIFICACIÓN	FIRMA DEL USUARIO	TELEFONO WHATSAPP
Segundo Maza	91011679	<i>Segundo Maza</i>	3143331513
Diana Molina	1099702309	<i>[Firma]</i>	3143331513
Rosalba Castellanos	23994124	<i>Rosalba C.</i>	3212703036
Nancy Yaneth Torres	23493618	<i>[Firma]</i>	3134453807
Xiomara Torres	1053333655	<i>Xiomara Torres</i>	3222899098
Auda Villamil	40029868	<i>Auda Villamil</i>	3208453708
Ingrid Garza	7053336015	<i>Ingrid Garza</i>	3208728528
Carolina Perillo	1022336709	<i>Carolina Perillo</i>	3212235555
Michael Smith Boe	1055463850	<i>Michael Smith Boe</i>	3208871295
Sancta Fuentes	116679670	<i>Sancta Fuentes</i>	3713387806
Jasmin Rojas	7053345853	<i>Jasmin Rojas</i>	3737788483
Nidya E Carrillo	53129580	<i>[Firma]</i>	3134150158
Alfred U. Juárez	48679533	<i>[Firma]</i>	3143409388
Johana Rodriguez	1053350173	<i>Johana R.</i>	344300471
Rosa Rosa Gomez	23494512	<i>Rosa Rosa Gomez</i>	3124690139
Ana Isabel Murat	23375149	<i>Ana Murat</i>	3124690139
Jana Soarez	23700591	<i>Jana Soarez</i>	3114548459
[Firma]	46680402	<i>[Firma]</i>	3228993792

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