

CONVOCATORIA No 006

ASOCIACIÓN DE USUARIOS DEL MUNICIPIO DE MARIPI DEL DEPARTAMENTO DE
BOYACA

Para: Integrantes de ASOCIACIÓN DE USUARIOS
De: Gestor Municipal
Motivo: Invitación a sesión

Reciba un cordial saludo.

Nos complace invitarlo a participar en la reunión de ASOCIACION DE USUARIOS de nuestro Municipio, 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 EPS COOSALUD MARIPI

Fecha: JUNIO 2023

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

Leidy Yvonne Gonzalez
Aténtame

GESTOR MUNICIPAL

| | | | |
|--|--|---|--------------|
| Elabora: Directora Endomarketing y Experiencia | Revisa: Director de Procesos y Calidad | Aprueba: Presidente Ejecutivo | Pág. 1 de 21 |
| | | | |

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

FECHA : 30/06/2023
LUGAR : Oficina de COOSALUD EPS-S
HORA : 11:30 A.M.
ASISTENTES : (Se anexa firma de los asistentes).
OBJETIVO : Reunión educativa.

Agenda programada para el día:

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

DESARROLLO DE LA SESIÓN DE CAPACITACIÓN

1. El Auxiliar de atención al usuario LEIDY YANIRA GONZALEZ, 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



| | | | |
|---------------------------------------|--------------------------------|----------------------|--------------|
| Elabora: | Revisa: | Aprueba: | Pág. 3 de 21 |
| Directora Endomarketing y Experiencia | Director de Procesos y Calidad | Presidente Ejecutivo | |

TIPOS DE NOVEDADES DE AFILIACIÓN

COOSALUD

¿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

¿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?

Si. 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

2. Deberes de los afiliados

DEBERES DE LOS AFILIADOS

Contribuir solidariamente al financiamiento de los gastos que demanden la atención en salud y la seguridad social en salud, de acuerdo a la capacidad de pago.

Cuotas moderadoras y copagos régimen contributivo 2023

| Categoría | Ingreso base SMLMV* | Valor 2023 |
|-----------|---------------------|------------|
| 1 | Menor a 2 SMLMV* | \$ 4.100 |
| 2 | Entre 2 y 3 SMLMV* | \$ 10.400 |
| 3 | Mayor a 3 SMLMV* | \$ 43.000 |

| Categoría | Ingreso base SMLMV | % por evento | Valor máximo por evento | Valor máximo por consulta/día |
|-----------|--------------------|--------------|-------------------------|-------------------------------|
| 1 | Menor a 2 SMLMV | 15,88% | \$104.073 | \$ 510.427 |
| 2 | Entre 2 y 3 SMLMV | 17,91% | \$ 1.220.466 | \$ 2.449.909 |
| 3 | Mayor a 3 SMLMV | 23,60% | \$ 2.449.909 | \$ 4.899.818 |

COOSALUD

Por lo tanto, los afiliados del régimen subsidiado clasificados en el nivel 2 del Sisbén (C1 a C1B), 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:

| TOPE | % DEL SERVICIO | VALOR MÁXIMO COPAGO |
|-------------------------|----------------|---------------------|
| Valor límite por evento | 10% | \$ 539.632 |
| Valor límite por año | | \$1.081.264 |

| | | | |
|--|--|---|--------------|
| Elabora: Directora Endomarketing y Experiencia | Revisa: Director de Procesos y Calidad | Aprueba: Presidente Ejecutivo | Pág. 4 de 21 |
|--|--|---|--------------|

3. Derechos de los pacientes: Atención médica

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.

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.

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



Línea #922

Diseñamos este canal para brindarte una mejor experiencia. Marcando gratis desde tu celular (Movistar, Tigo o Claro), puedes hacer consultas y presentar PQRS.



Línea fija

Desde una línea fija comunícate de forma gratuita al 01 8000 515611, para consultar información e interponer PQRS. Disponible todos los días de la semana, las 24 horas.



Sitio web

Déjanos tus inquietudes o tus peticiones, quejas, reclamos y sugerencias (PQRS) diligenciando este formulario al que puedes acceder cualquier día, las 24 horas.



Redes sociales

Interactúa con nosotros, mantente informado sobre Coosalud y tenas de bienestar a través de nuestras cuentas de Twitter, Facebook e Instagram.



Correo

Puedes enviar tus peticiones, quejas y reclamos al siguiente correo: defensorusuario@coosalud.com.

Redes Sociales



www.coosalud.com

 @coosalud

 Coosalud eps

 @coosaludeps

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

| | | | |
|---------------------------------------|--------------------------------|----------------------|--------------|
| Elabora: | Revisa: | Aprueba: | Pág. 5 de 21 |
| 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 |
| ÁREA RESPONSABLE: | EXPERIENCIA DEL USUARIO |
| TEMA: | Movilidad-Prestaciones Económicas-Deberes-Derechos-Red-Canales de comunicación Coosalud |
| NOMBRE: | Karina Suarez |
| CARGO: | USUARIO |
| SUCURSAL / AGENCIA: | BOYACA |
| FACILITADOR: | Leidy Yanira Gonzalez |
| 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 |
|---|---|---|---|---|

| | | | |
|---------------------------------------|--------------------------------|----------------------|--------------|
| Elabora: | Revisa: | Aprueba: | Pág. 6 de 21 |
| Directora Endomarketing y Experiencia | Director de Procesos y Calidad | Presidente Ejecutivo | |

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 Karina Suarez P.

FIRMA FACILITADOR Ledy Claribel Centales

Elabora:

Directora Endomarketing y Experiencia

Revisa:

Director de Procesos y Calidad

Aprueba:

Presidente Ejecutivo

Pág. 7 de 21

| | | | |
|---------------------------------------|--------------------------------|----------------------|--------------|
| Elabora: | Revisa: | Aprueba: | Pág. 8 de 21 |
| Directora Endomarketing y Experiencia | Director de Procesos y Calidad | Presidente Ejecutivo | |

| | | | |
|---|--|--|-----------------------------------|
| COOSALUD En Pos de tu bienestar | | EVALUACION DE CAPACITACIONES, INDUCCION Y REINDUCCION | GT-F 22 Act. 05 2020.nov.06 |
| MÓDULO: | CAPACITACION | | |
| ÁREA RESPONSABLE: | EXPERIENCIA DEL USUARIO | | |
| TEMA: | Movilidad- Prestaciones Económicas-Deberes-Derechos-Red-Canales de comunicación Coosalud | | |
| NOMBRE: | Carlos Eduardo Galeano | | |
| CARGO: | USUARIO | | |
| SUCURSAL / AGENCIA: | Leidy Yanira Gonzalez Vanchica | | |
| FACILITADOR: | Borja Cca | | |
| 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 |
|--|---|
| 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? Respuesta única | <input type="checkbox"/> Cambio. <input checked="" type="checkbox"/> Movilidad <input type="checkbox"/> Otro. Cual? _____ |
| 2. ¿ A los afiliados al régimen contributivo, reconocerán y pagarán como prestaciones económicas, el valor de? Selección de múltiple respuesta | <input checked="" type="checkbox"/> Incapacidades por enfermedad general <input checked="" type="checkbox"/> Licencias de maternidad <input checked="" type="checkbox"/> Licencia de paternidad |
| 1. ¿Es la autodeterminación, consentimiento y libre escogencia un derecho de los afiliados? | <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. **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

| | | | |
|--|--|---|--------------|
| Elabora: Directora Endomarketing y Experiencia | Revisa: Director de Procesos y Calidad | Aprueba: Presidente Ejecutivo | Pág. 9 de 21 |
| | | | |

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 Carlos Galeón

FIRMA FACILITADOR Leidy Ferra Gonzalez

| | | | |
|--|--|---|---------------|
| Elabora: Directora Endomarketing y Experiencia | Revisa: Director de Procesos y Calidad | Aprueba: Presidente Ejecutivo | Pág. 10 de 21 |
|--|--|---|---------------|

| | | | |
|---|---|--|------------------------------------|
| COOSALUD En Pos de tu bienestar | | EVALUACION DE CAPACITACIONES, INDUCCION Y REINDUCCION | GEU-F-18 Act. 05 2022.sep.26 |
| MÓDULO: | CAPACITACION | | |
| ÁREA RESPONSABLE: | EXPERIENCIA DEL USUARIO | | |
| TEMA: | Movilidad-Frestaciones Económicas-Deberes-Derechos-Red-Canales de comunicación Coosalud | | |
| NOMBRE: | Yenny Pinzon | | |
| CARGO: | USUARIO | | |
| SUCURSAL / AGENCIA: | BOYACA | | |
| FACILITADOR: | Zeldy Yenny Gantona | | |
| 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 |
|---|---|---|---|---|

| | | | |
|--|--|---|---------------|
| Elabora: Directora Endomarketing y Experiencia | Revisa: Director de Procesos y Calidad | Aprueba: Presidente Ejecutivo | Pág. 11 de 21 |
|--|--|---|---------------|

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 A Henry Binon
FIRMA FACILITADOR Leidy Yanira Gonzalez

| | | | |
|--|--|---|---------------|
| Elabora: Directora Endomarketing y Experiencia | Revisa: Director de Procesos y Calidad | Aprueba: Presidente Ejecutivo | Pág. 12 de 21 |
|--|--|---|---------------|

| | |
|---------------------|---|
| MÓDULO: | CAPACITACION |
| ÁREA RESPONSABLE: | EXPERIENCIA DEL USUARIO |
| TEMA: | Movilidad-Prestaciones Económicas-Deberes-Derechos-Red-Canales de comunicación Coosalud |
| NOMBRE: | DORA ELIZABETH PAZTORA |
| CARGO: | USUARIO |
| SUCURSAL / AGENCIA: | BOYACCI |
| FACILITADOR: | LEIDY GEMMA GONZALEZ U. |
| 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? 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? Selección de múltiple respuesta</p> | <p><input 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 |
|---|---|---|---|---|

| | | | |
|--|--|---|---------------|
| Elabora: Directora Endomarketing y Experiencia | Revisa: Director de Procesos y Calidad | Aprueba: Presidente Ejecutivo | Pág. 13 de 21 |
|--|--|---|---------------|

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

1 2 3 4 5

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

1 2 3 4 5

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

1 2 3 4 5

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

1 2 3 4 5

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

1 2 3 4 5

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

1 2 3 4 5

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

1 2 3 4 5

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

FIRMA ASISTENTE Elizabeth Postvan

FIRMA FACILITADOR Leidy Yanna Gantler

| | | | |
|--|--|---|---------------|
| Elabora: Directora Endomarketing y Experiencia | Revisa: Director de Procesos y Calidad | Aprueba: Presidente Ejecutivo | Pág. 14 de 21 |
|--|--|---|---------------|

| | |
|---------------------|---|
| MÓDULO: | CAPACITACION |
| ÁREA RESPONSABLE: | EXPERIENCIA DEL USUARIO |
| TEMA: | Movilidad-Prestaciones Económicas-Deberes-Derechos-Red-Canales de comunicación Coosalud |
| NOMBRE: | Silma Murcia Espitia |
| CARGO: | USUARIO |
| SUCURSAL / AGENCIA: | BOYACA |
| FACILITADOR: | Ledy Daniela Gonzalez |
| 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 |
|---|---|---|---|---|

| | | | |
|--|--|---|---------------|
| Elabora: Directora Endomarketing y Experiencia | Revisa: Director de Procesos y Calidad | Aprueba: Presidente Ejecutivo | Pág. 15 de 21 |
|--|--|---|---------------|

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 *Guillermo Mena*

FIRMA FACILITADOR *Leidy Yaira Cantor*

| | | | |
|--|--|---|---------------|
| Elabora: Directora Endomarketing y Experiencia | Revisa: Director de Procesos y Calidad | Aprueba: Presidente Ejecutivo | Pág. 16 de 21 |
|--|--|---|---------------|

| | |
|---------------------|---|
| MÓDULO: | CAPACITACION |
| ÁREA RESPONSABLE: | EXPERIENCIA DEL USUARIO |
| TEMA: | Movilidad-Prestaciones Económicas-Deberes-Derechos-Red-Canales de comunicación Copsalud |
| NOMBRE: | Ismael Hernandez Obando |
| CARGO: | USUARIO |
| SUCURSAL / AGENCIA: | BOYACA |
| FACILITADOR: | Jedy Yanna Gonzalez |
| 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 |
|---|---|---|---|---|

| | | | |
|---------------------------------------|--------------------------------|----------------------|---------------|
| Elabora: | Revisa: | Aprueba: | Pág. 17 de 21 |
| Directora Endomarketing y Experiencia | Director de Procesos y Calidad | Presidente Ejecutivo | |

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 Ismael Hernandez

FIRMA FACILITADOR Leidy Janice Gonzalez

| | | | |
|--|--|---|---------------|
| Elabora: Directora Endomarketing y Experiencia | Revisa: Director de Procesos y Calidad | Aprueba: Presidente Ejecutivo | Pág. 18 de 21 |
|--|--|---|---------------|

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

| | |
|---------------------------|---|
| MÓDULO: | CAPACITACION |
| ÁREA RESPONSABLE: | EXPERIENCIA DEL USUARIO |
| TEMA: | Movilidad-Prestaciones Económicas-Deberes-Derechos-Red-Canales de comunicación Coosalud |
| NOMBRE: | Hernanda Vilalobos |
| CARGO: | USUARIO |
| SUCURSAL/ AGENCIA: | BOYACA |
| FACILITADOR: | Ledy Yanna Gonzalez |
| 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 |
|---|---|---|---|---|

| | | | |
|--|--|---|---------------|
| Elabora: Directora Endomarketing y Experiencia | Revisa: Director de Procesos y Calidad | Aprueba: Presidente Ejecutivo | Pág. 19 de 21 |
|--|--|---|---------------|

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 Hermelinda Villalobos

FIRMA FACILITADOR Leidy Yanca Gonzalez

| | | | |
|--|--|---|---------------|
| Elabora: Directora Endomarketing y Experiencia | Revisa: Director de Procesos y Calidad | Aprueba: Presidente Ejecutivo | Pág. 20 de 21 |
|--|--|---|---------------|

