| COOSALUD En Pos de tu bienestar | CONVOCATORIA A SESION DE USUARIOS | GEU-F-02<br>Act.06<br>2020.nov.06 |
|---|---|---|

**CONVOCATORIA No 8**

ASOCIACIÓN DE USUARIOS DEL MUNICIPIO DE MONIQUIRA DEL DEPARTAMENTO DE BOYACA

Para: Usuarios de MONIQUIRA

De: COOSALUD EPS SA

Motivo: Invitación a sesión Ordinaría Reunión mes de agosto 2023

Reciba un cordial saludo.

Nos complace invitarlo a participar en la reunión de la SESION DE CAPACITACION 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, para este mes específicamente el tema: Portabilidad-Deberes-Derechos-Red-Canales de comunicación Coosalud

Lugar: Oficina Coosalud Moniquirá

Fecha: 31 de agosto 2023

Hora: 8:00am 12:00am

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

Atentamente,

VIVIANA SANCHEZ SANDOVAL

GESTOR COOSALUD MUNICIPIO DE MONIQUIRA

| COOSALUD En Pos de tu bienestar | CONVOCATORIA A SESION DE USUARIOS | GEU-F-02 Act.06 2020.nov.06 |
|---|---|---|

| NOMBRE DEL USUARIO | IDENTIFICACIÓN | FIRMA DEL USUARIO |
|---|---|---|
| Rosa Odilia [illegible] | 24233644 | [illegible] |
| Elsa Ines sanz | 23778157 | Elsa Ines sanz |
| Nelly Ramirez G. | 23532968 | [illegible] |
| [illegible] Boyaca | 23778407 | [illegible] |
| Maria del Rosario Suarez Lopez | 23778991 | Maria del Rosario suarez |
| Leidy Morales Perez | 1054682247 | Leidy Morales |
| Martha P. Quintero Pardo | 35261.956. | Martha P. Quintero. P. |
| Maximiliano castro Suarez | 4.170.313 | Maximiliano castro |
| [illegible] Rojas | 4.170900 | [illegible] |
| Mery Martinez G | 93777319 | [illegible] |
| Liliana Patricia | 23782222 | Liliana Patricia |
| Luis Miguel Rodriguez | cc 19316480 | [illegible] |
| Luz Yaneth Angulo | 23.782317 | Luz yaneth [illegible] |
| Edna yuliet Puentes [illegible] | 1002306875 | yuliet Puentes |
| Epifania puentes | 55774490 | Epifania |
| Ange Garces M | 1054683120 | Ange Garces |
| [illegible] | 74243870 | [illegible] |
| Judith Rodriguez | 52160768 | Judith Rodriguez |

ACTA DE CAPACITACION CONTINUA
COOSALUD EPS-S
MUNICIPIO DE MONIQUIRA

FECHA : 31 DE AGOSTO 2023
LUGAR : Oficina de COOSALUD EPS-S
HORA : 8:00AM A 12:00M
ASISTENTES : 11 personas (Se anexa firma de los asistentes).
OBJETIVO : Reunión educativa.

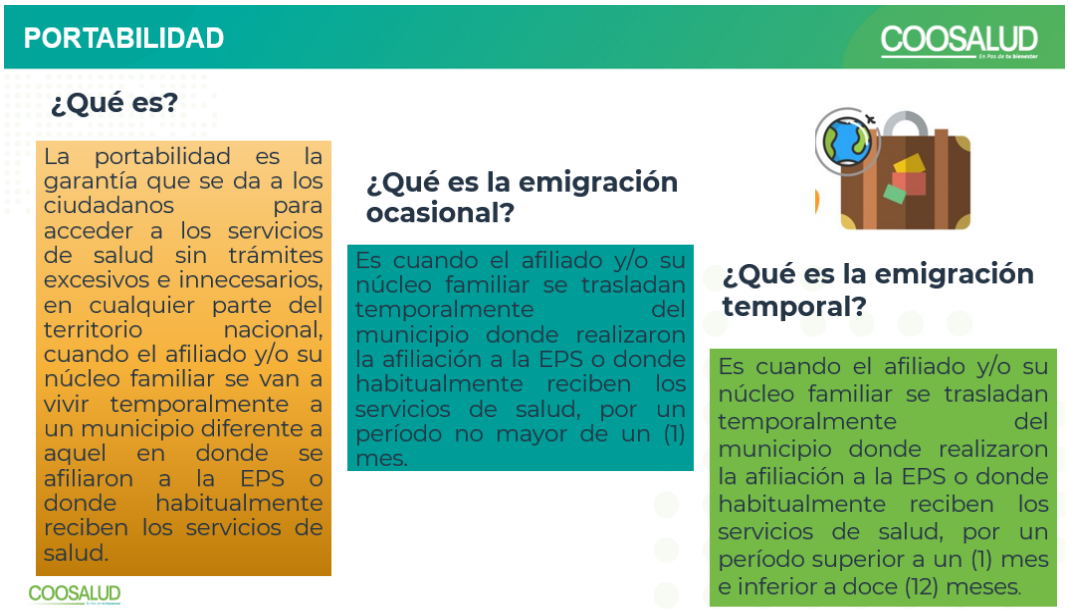
Agenda programada para el día:

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

DESARROLLO DE LA SESIÓN DE CAPACITACIÓN

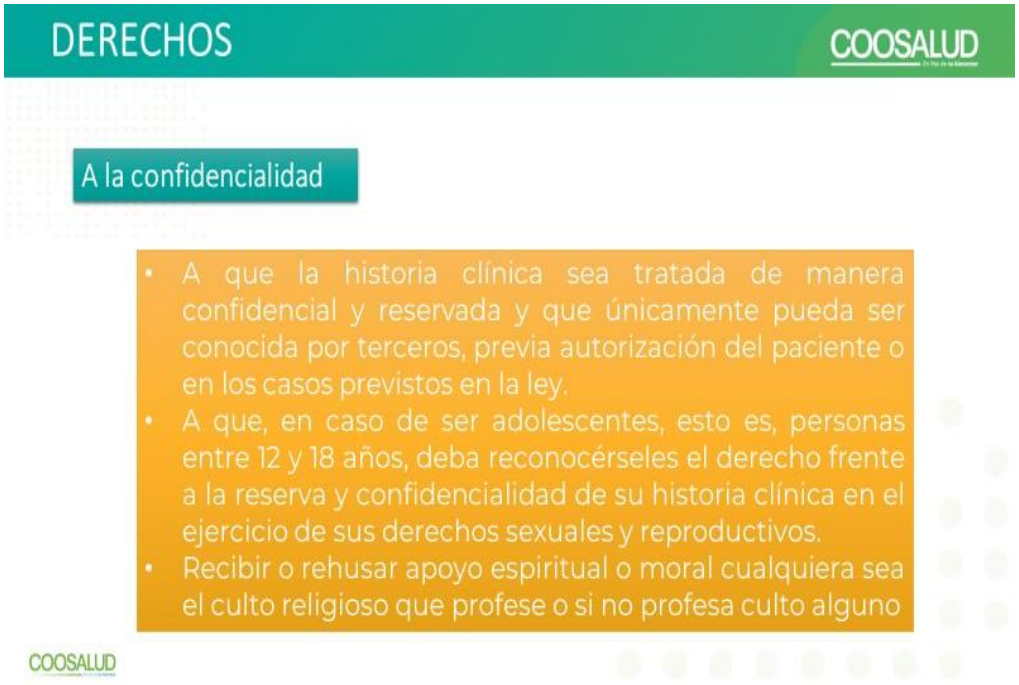
1. Las gestoras municipales Viviana Sanchez Sandoval y Ana María Reyes, dan la bienvenida a los asistentes, agradece la asistencia a la reunión y da a conocer el objetivo de la capacitación.
2. Exposición del tema preparado.
   2.1 Tema del mes: Portabilidad-Deberes-Derechos-Red-Canales de comunicación Coosalud
3. Evaluación de la capacitación.

## PORTABILIDAD



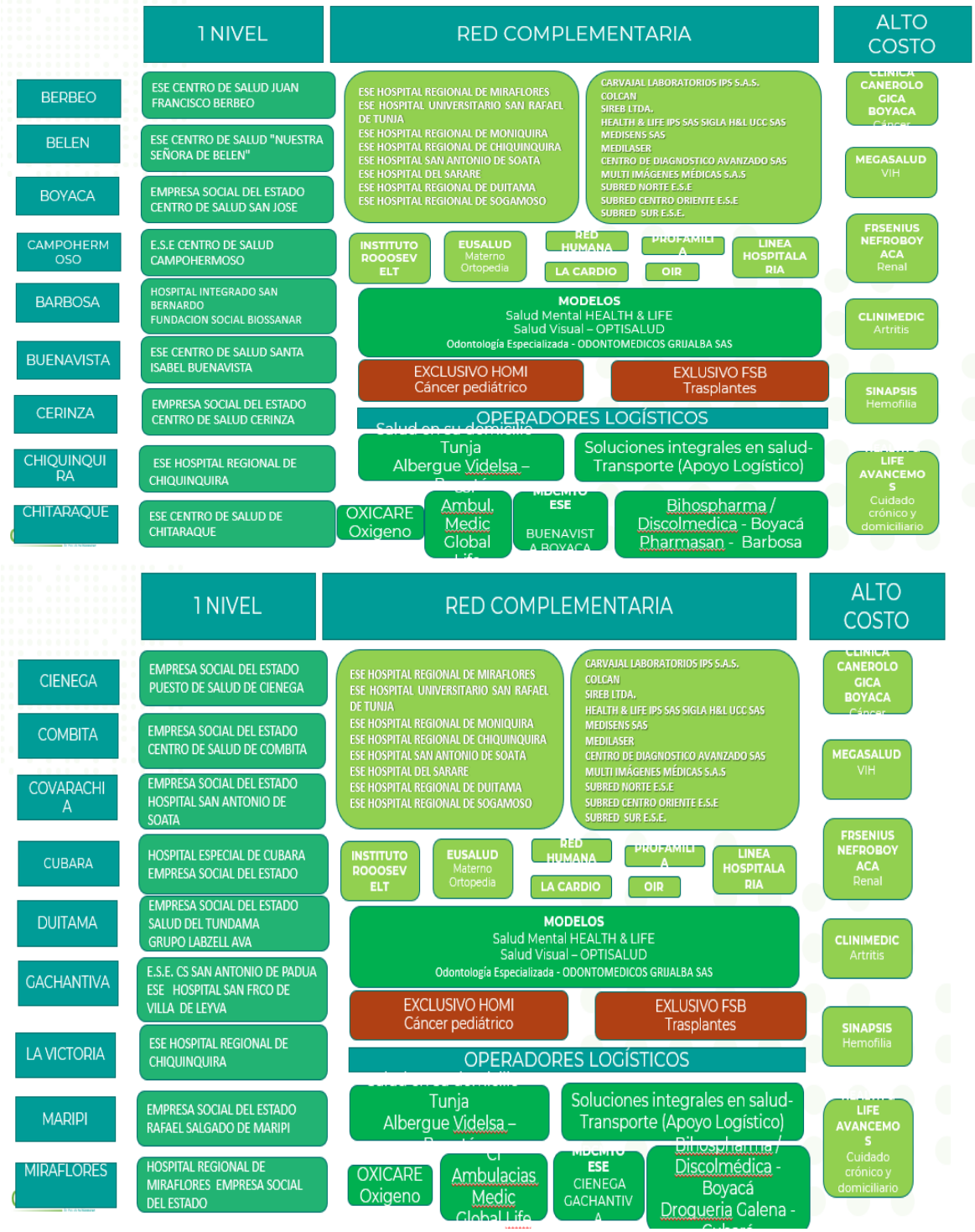
Deber de los afiliados

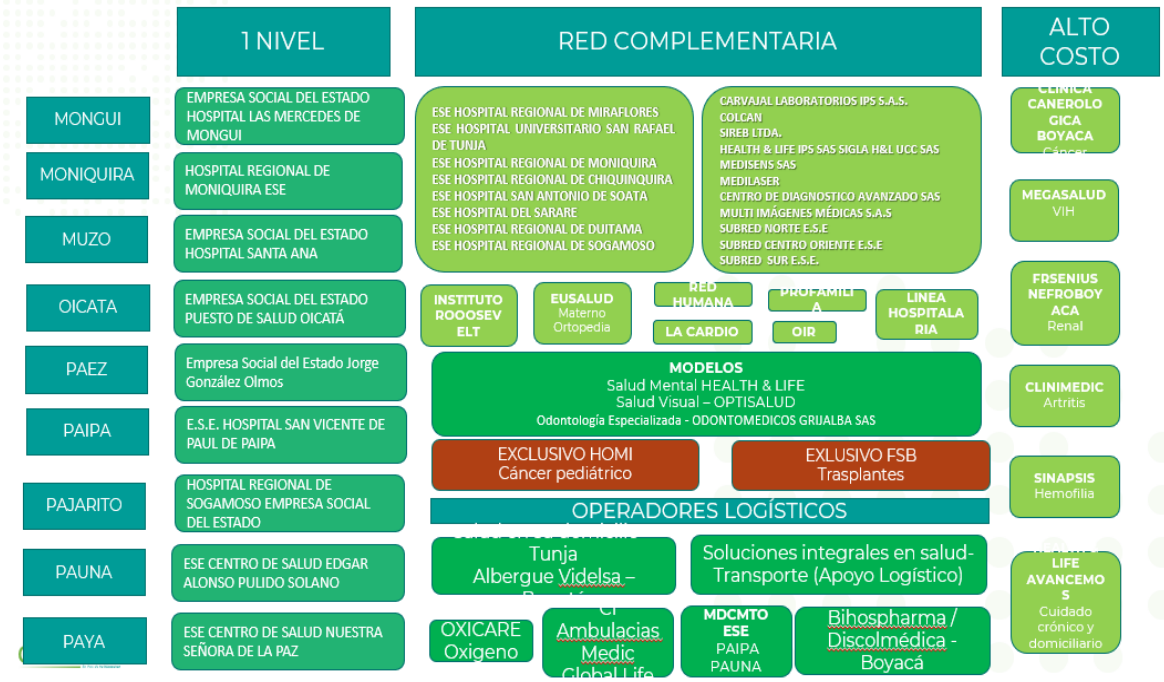
Derechos de los pacientes: A la confidencialidad

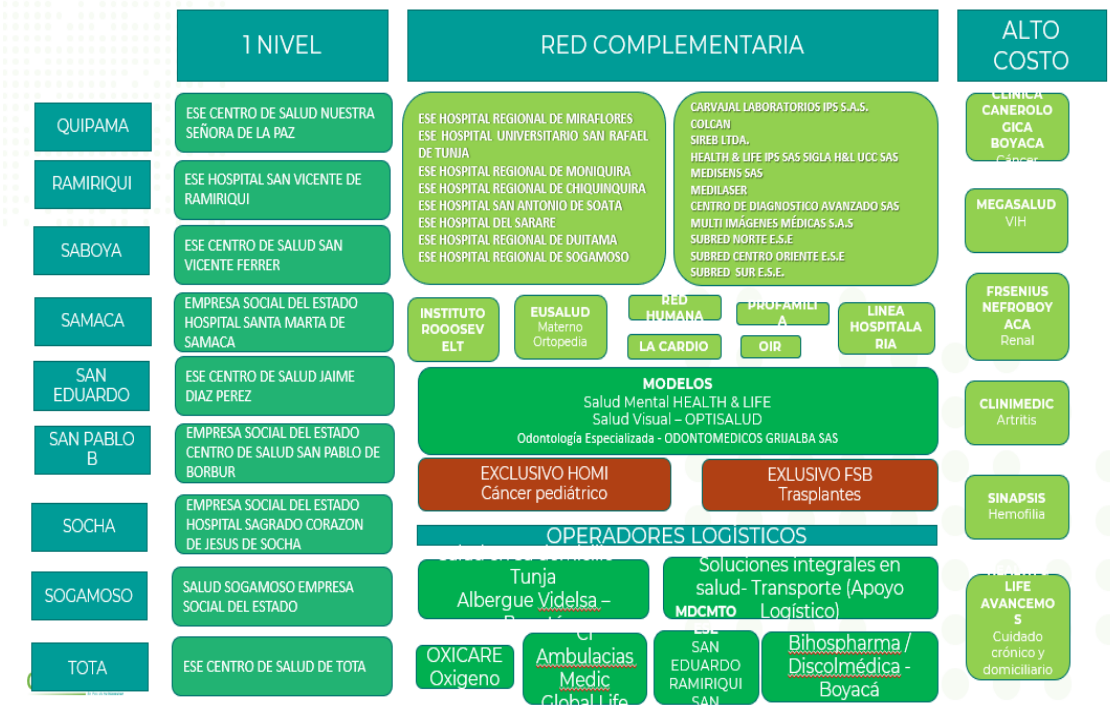


## CANALES DE COMUNICACIÖN DE COOSALUD EPS.

# RED DE PRESTADORES COOSALUD EPS.




1 NIVEL
RED COMPLEMENTARIA
ALTO COSTO
MONGUI
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL LAS MERCEDES DE MONGUI
MONIQUIRA
HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA ESE
MUZO
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SANTA ANA
OICATA
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO PUESTO DE SALUD OICATÁ
PAEZ
Empresa Social del Estado Jorge González Olmos
PAIPA
E.S.E. HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE PAIPA
PAJARITO
HOSPITAL REGIONAL DE SOGAMOSO EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
PAUNA
ESE CENTRO DE SALUD EDGAR ALONSO PULIDO SOLANO
PAYA
ESE CENTRO DE SALUD NUESTRA SEÑORA DE LA PAZ
ESE HOSPITAL REGIONAL DE MIRAFLORES
ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA
ESE HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA
ESE HOSPITAL REGIONAL DE CHIQUINQUIRA
ESE HOSPITAL SAN ANTONIO DE SOATA
ESE HOSPITAL DEL SARARE
ESE HOSPITAL REGIONAL DE DUITAMA
ESE HOSPITAL REGIONAL DE SOGAMOSO
CARVAJAL LABORATORIOS IPS S.A.S.
COLCAN
SIREB LTDA.
HEALTH & LIFE IPS SAS SIGLA H&L UCC SAS
MEDISENS SAS
MEDILASER
CENTRO DE DIAGNOSTICO AVANZADO SAS
MULTI IMÁGENES MÉDICAS S.A.S
SUBRED NORTE E.S.E
SUBRED CENTRO ORIENTE E.S.E
SUBRED SUR E.S.E.
INSTITUTO ROOOSEVELT
EUSALUD Materno Ortopedia
RED HUMANA
PROFAMILIA
LINEA HOSPITALARIA
LA CARDIO
OIR
MODELOS
Salud Mental HEALTH & LIFE
Salud Visual – OPTISALUD
Odontología Especializada - ODONTOMEDICOS GRIJALBA SAS
EXCLUSIVO HOMI
Cáncer pediátrico
EXLUSIVO FSB
Trasplantes
OPERADORES LOGÍSTICOS
Tunja
Albergue Videlsa –
Soluciones integrales en salud- Transporte (Apoyo Logístico)
OXICARE Oxigeno
Ambulacias Medic Global Life
MDCMTO ESE PAIPA PAUNA
Bihospharma / Discolmédica - Boyacá
CLINICA CANEROLOGICA BOYACA
MEGASALUD VIH
FRSENIUS NEFROBOYACA Renal
CLINIMEDIC Artritis
SINAPSIS Hemofilia
LIFE AVANCEMOS Cuidado crónico y domiciliario


1 NIVEL
RED COMPLEMENTARIA
ALTO COSTO
QUIPAMA
ESE CENTRO DE SALUD NUESTRA SEÑORA DE LA PAZ
RAMIRIQUI
ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE RAMIRIQUI
SABOYA
ESE CENTRO DE SALUD SAN VICENTE FERRER
SAMACA
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SANTA MARTA DE SAMACA
SAN EDUARDO
ESE CENTRO DE SALUD JAIME DIAZ PEREZ
SAN PABLO B
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE SALUD SAN PABLO DE BORBUR
SOCHA
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS DE SOCHA
SOGAMOSO
SALUD SOGAMOSO EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
TOTA
ESE CENTRO DE SALUD DE TOTA
ESE HOSPITAL REGIONAL DE MIRAFLORES
ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA
ESE HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA
ESE HOSPITAL REGIONAL DE CHIQUINQUIRA
ESE HOSPITAL SAN ANTONIO DE SOATA
ESE HOSPITAL DEL SARARE
ESE HOSPITAL REGIONAL DE DUITAMA
ESE HOSPITAL REGIONAL DE SOGAMOSO
CARVAJAL LABORATORIOS IPS S.A.S.
COLCAN
SIREB LTDA.
HEALTH & LIFE IPS SAS SIGLA H&L UCC SAS
MEDISENS SAS
MEDILASER
CENTRO DE DIAGNOSTICO AVANZADO SAS
MULTI IMÁGENES MÉDICAS S.A.S
SUBRED NORTE E.S.E
SUBRED CENTRO ORIENTE E.S.E
SUBRED SUR E.S.E.
INSTITUTO ROOOSEVELT
EUSALUD Materno Ortopedia
RED HUMANA
PROFAMILIA
LINEA HOSPITALARIA
LA CARDIO
OIR
MODELOS
Salud Mental HEALTH & LIFE
Salud Visual – OPTISALUD
Odontología Especializada - ODONTOMEDICOS GRIJALBA SAS
EXCLUSIVO HOMI
Cáncer pediátrico
EXLUSIVO FSB
Trasplantes
OPERADORES LOGÍSTICOS
Tunja
Albergue Videlsa –
Soluciones integrales en salud- Transporte (Apoyo Logístico)
MDCMTO
OXICARE Oxigeno
Ambulacias Medic Global Life
SAN EDUARDO RAMIRIQUI
Bihospharma / Discolmédica - Boyacá
CLINICA CANEROLOGICA BOYACA
MEGASALUD VIH
FRSENIUS NEFROBOYACA Renal
CLINIMEDIC Artritis
SINAPSIS Hemofilia
LIFE AVANCEMOS Cuidado crónico y domiciliario

Información general

TUS PREGUNTAS NOS IMPORTAN, nuevamente se da a conocer la línea #922, la línea 018000515611 y contacto y WhatsApp de la gestora municipal de Moniquirá 3102018747, así como el correo electrónico: lasanchez@coosalud.com. Se recalca la importancia de estar comunicados constantemente y utilizar nuestras líneas

Asi mismo se informa que a través de nuestra página en Internet www.coosalud.com podrá acceder a toda la información que requiera:

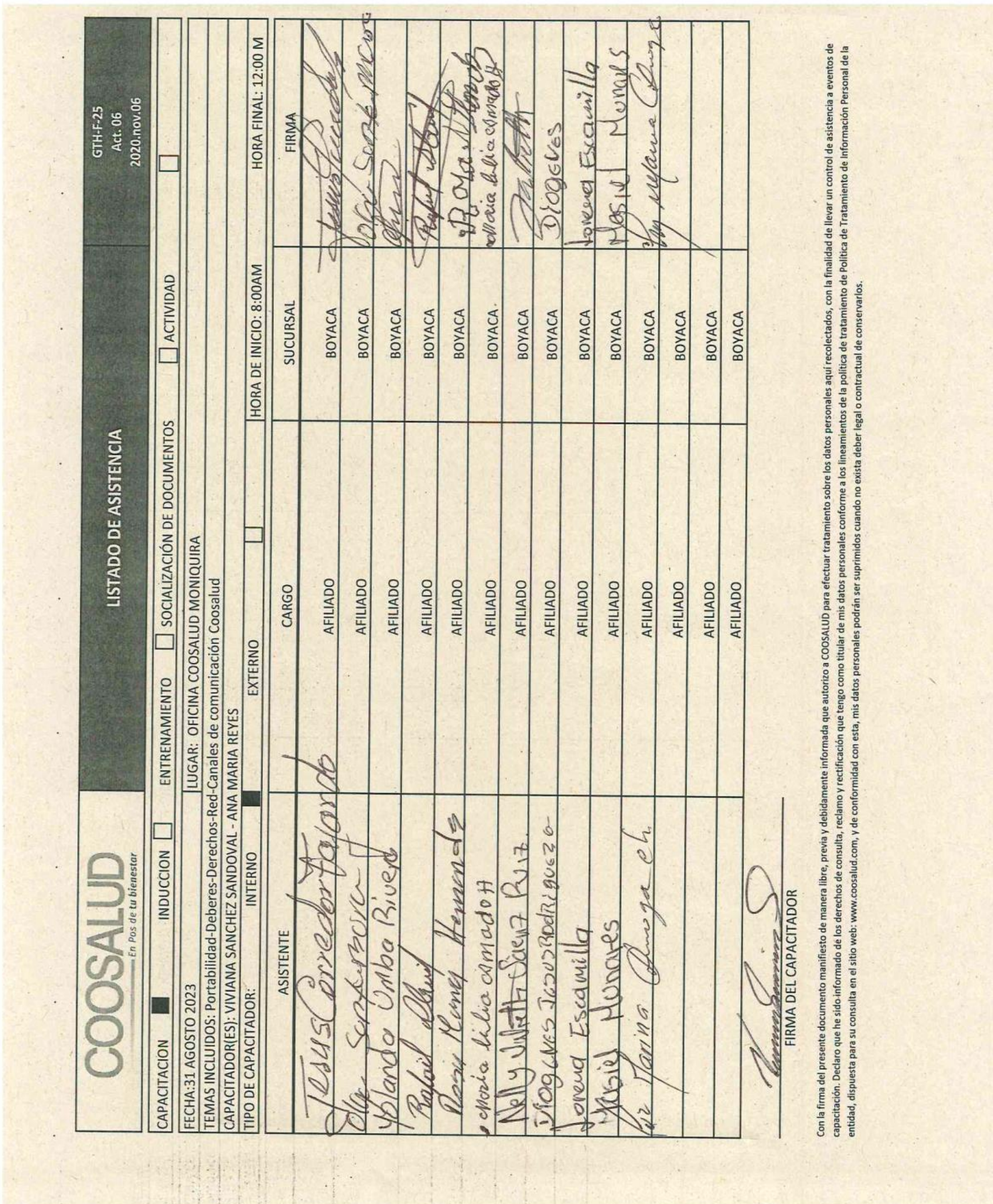
- A. Consulta de afiliados
- B. Red de Servicios
- C. Correo del defensor del usuario para interponer quejas y reclamos (defensorusuario@coosalud.com)
- D. Descargar certificado de Afiliación
- E. Solicitud de Portabilidad
- F. Directorio oficinas de Coosalud a nivel Nacional
- G. Temas de Interés en Salud

Lineas de contacto de del Hospital Regional de Moniquira para el servicio de urgencias, consulta externa para atenciones de I Y II nivel y programas de promocion y prevencion.

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

| PREGUNTAS | RESPUESTAS |
|---|---|
| **1. ¿Cómo se puede solicitar la portabilidad?**<br>**Selección de múltiple respuesta** | ☐ Personalmente<br>☐ Pág Web www.coosalud.com<br>☐ Correo electrónico |
| **2. ¿Cuáles son las emigraciones de la portabilidad?**<br>**Selección de múltiple respuesta** | ☐ Ocasional<br>☐ Temporal<br>☐ Ninguna de las anteriores |
| **1. ¿Brindar información adecuada es un deber de Coosalud?** | ☐ SI<br>☐ NO |

En constancia firman,



COOSALUD En Pos de tu bienestar — LISTADO DE ASISTENCIA — GTH-F-25 Act. 06 2020.nov.06

CAPACITACION ■ INDUCCION ☐ ENTRENAMIENTO ☐ SOCIALIZACIÓN DE DOCUMENTOS ☐ ACTIVIDAD ☐

FECHA:31 AGOSTO 2023 — LUGAR: OFICINA COOSALUD MONIQUIRA

TEMAS INCLUIDOS: Portabilidad-Deberes-Derechos-Red-Canales de comunicación Coosalud

CAPACITADOR(ES): VIVIANA SANCHEZ SANDOVAL - ANA MARIA REYES

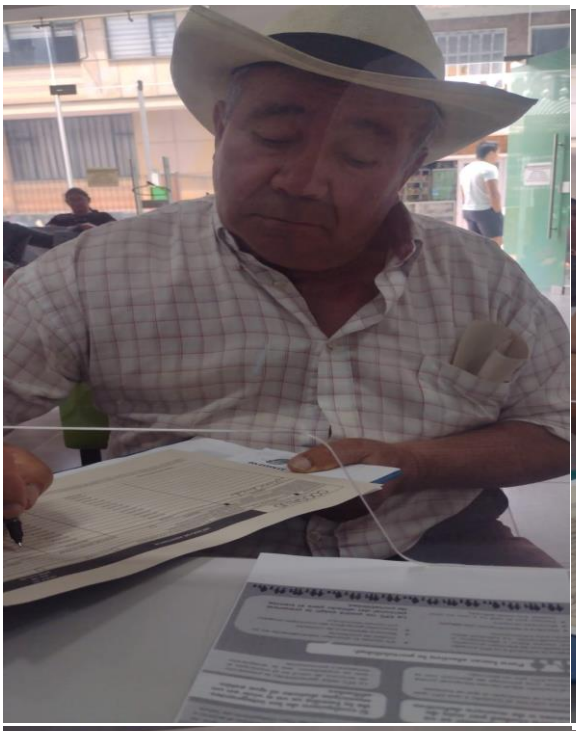
TIPO DE CAPACITADOR: INTERNO ■ EXTERNO ☐ — HORA DE INICIO: 8:00AM — HORA FINAL: 12:00 M

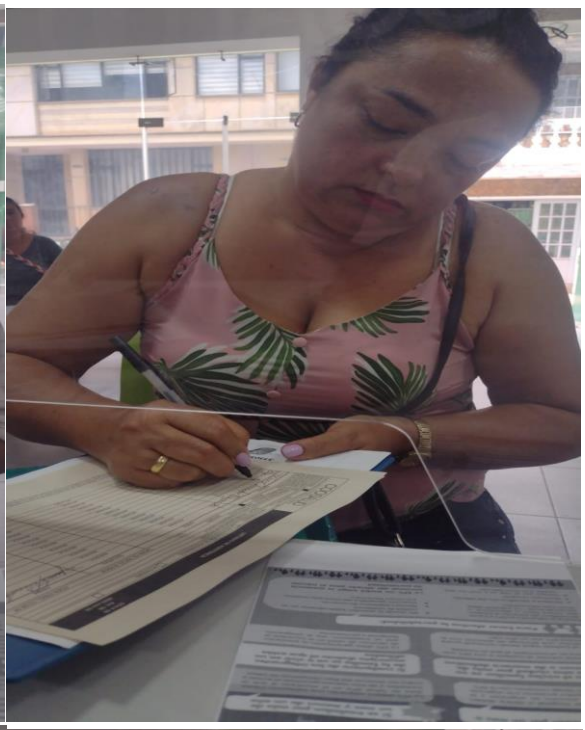
| ASISTENTE | CARGO | SUCURSAL | FIRMA |
| --- | --- | --- | --- |
| Jesus Corredor Fajardo | AFILIADO | BOYACA | [illegible] |
| Olga Santamaria | AFILIADO | BOYACA | [illegible] |
| Yolanda Umba Rivera | AFILIADO | BOYACA | [illegible] |
| Rafael [illegible] | AFILIADO | BOYACA | [illegible] |
| Rosa Munoz Hernandez | AFILIADO | BOYACA | [illegible] |
| Maria lilia camacho | AFILIADO | BOYACA | Maria lilia camacho |
| Nelly Julieth Saenz Ruiz | AFILIADO | BOYACA | [illegible] |
| Diogenes Jesus Rodriguez | AFILIADO | BOYACA | Diogenes |
| Lorena Escamilla | AFILIADO | BOYACA | Lorena Escamilla |
| Yosiel Munares | AFILIADO | BOYACA | Yosiel Munares |
| Luz Marina Quiroga ch. | AFILIADO | BOYACA | [illegible] |
| | AFILIADO | BOYACA | |
| | AFILIADO | BOYACA | |
| | AFILIADO | BOYACA | |

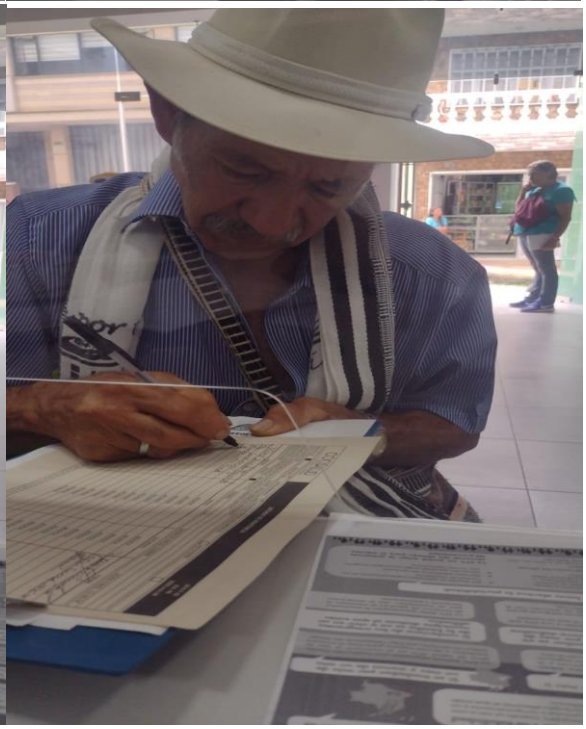
FIRMA DEL CAPACITADOR

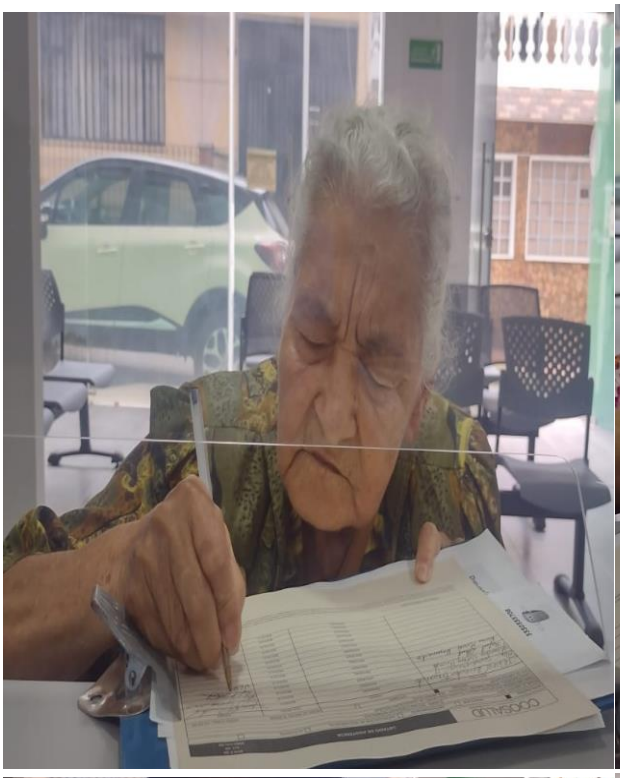
Con la firma del presente documento manifiesto de manera libre, previa y debidamente informada que autorizo a COOSALUD para efectuar tratamiento sobre los datos personales aquí recolectados, con la finalidad de llevar un control de asistencia a eventos de capacitación. Declaro que he sido informado de los derechos de consulta, reclamo y rectificación que tengo como titular de mis datos personales conforme a los lineamientos de la política de tratamiento de Política de Tratamiento de Información Personal de la entidad, dispuesta para su consulta en el sitio web: www.coosalud.com, y de conformidad con esta, mis datos personales podrán ser suprimidos cuando no exista deber legal o contractual de conservarlos.

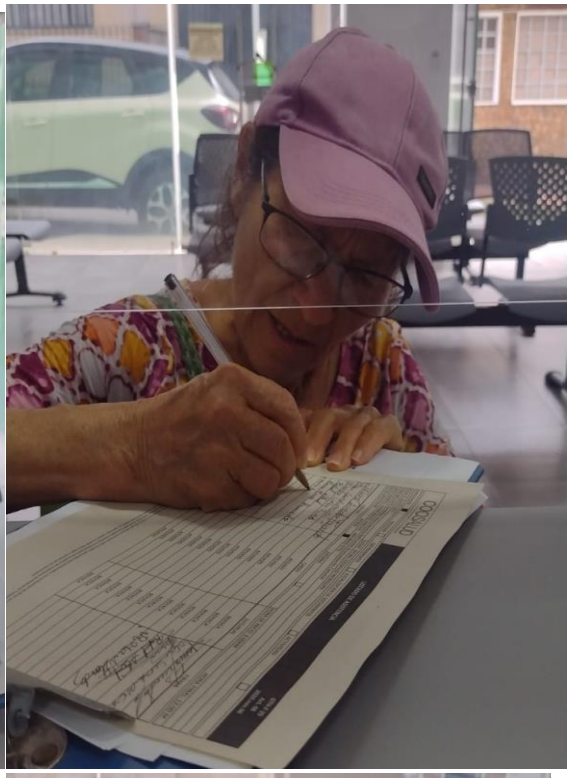
## EVIDENCIAS FOTOGRAFICAS

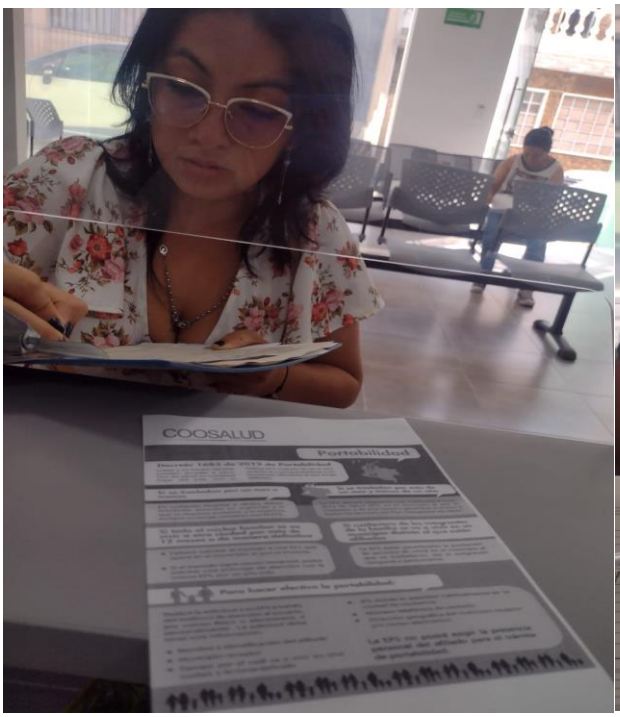


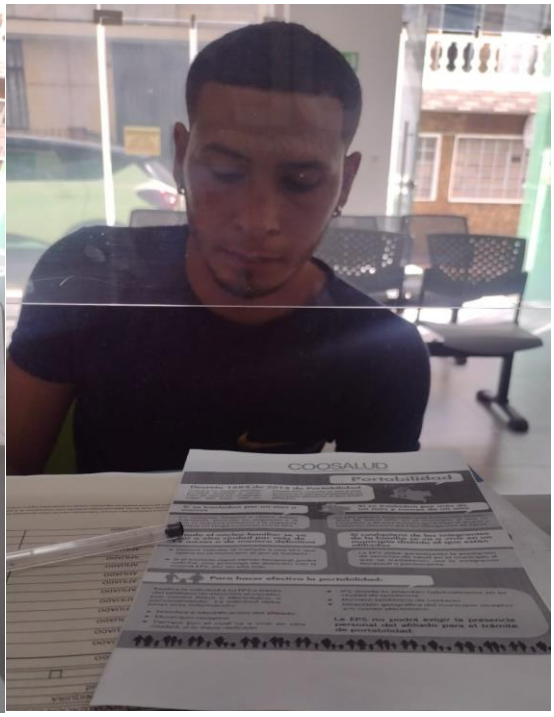


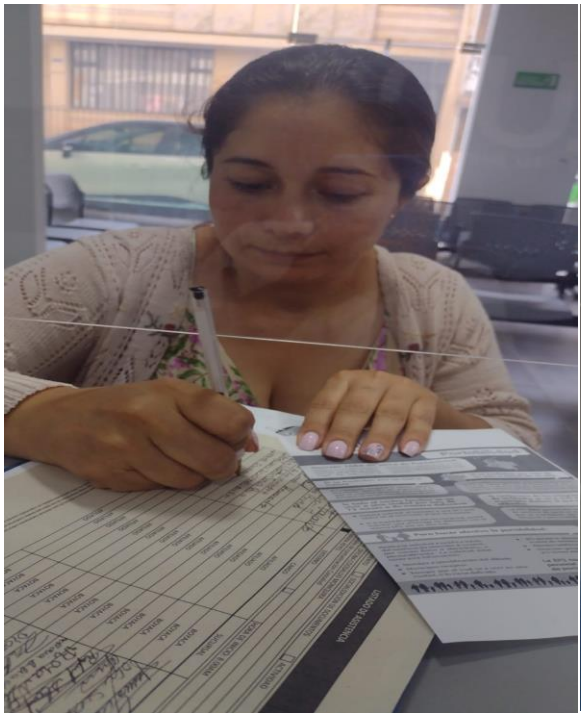


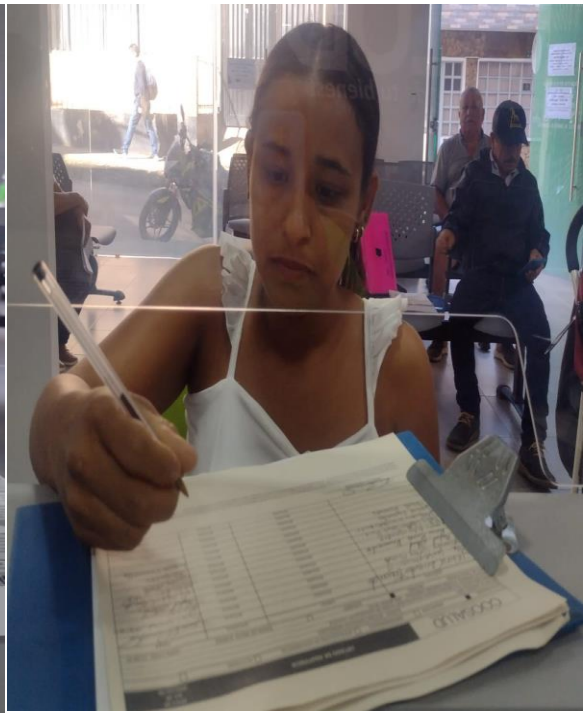





COOSALUD
Portabilidad


COOSALUD
Portabilidad





COOSALUD
Portabilidad

EVALUACIONES

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

| | |
|---|---|
| **MÓDULO:** | CAPACITACION |
| **ÁREA RESPONSABLE:** | EXPERIENCIA DEL USUARIO |
| **TEMA:** | Portabilidad-Deberes-Derechos-Red-Canales de comunicación Coosalud |
| **NOMBRE:** | Jesús Corredor F. |
| **CARGO:** | USUARIO |
| **SUCURSAL / AGENCIA:** | BOYACA - MONIQUIRA |
| **FACILITADOR:** | ANA MARIA REYES - VIVIANA SANCHEZ |
| **FECHA:** | 31/08/2023 |
| **CALIFICACIÓN:** | |

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

| PREGUNTAS | RESPUESTAS |
|---|---|
| **1. ¿Cómo se puede solicitar la portabilidad? Selección de múltiple respuesta** | ☒ Personalmente<br>☒ Pág Web www.coosalud.com<br>☒ Correo electrónico |
| **2. ¿Cuáles son las emigraciones de la portabilidad? Selección de múltiple respuesta** | ☒ Ocasional<br>☒ Temporal<br>☐ Ninguna de las anteriores |
| **1. ¿Brindar información adecuada es un deber de Coosalud?** | ☐ SI<br>☐ 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 |
|---|---|---|---|---|

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):

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

| 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** Jesus Lovera

**FIRMA FACILITADOR**

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

| | |
|---|---|
| **MÓDULO:** | CAPACITACION |
| **ÁREA RESPONSABLE:** | EXPERIENCIA DEL USUARIO |
| **TEMA:** | Portabilidad-Deberes-Derechos-Red-Canales de comunicación Coosalud |
| **NOMBRE:** | Olga Cecilia Santamaria |
| **CARGO:** | USUARIO |
| **SUCURSAL / AGENCIA:** | BOYACA - MONIQUIRA |
| **FACILITADOR:** | ANA MARIA REYES - VIVIANA SANCHEZ |
| **FECHA:** | 31/08/2023 |
| **CALIFICACIÓN:** | |

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

| PREGUNTAS | RESPUESTAS |
|---|---|
| **1. ¿Cómo se puede solicitar la portabilidad?** **Selección de múltiple respuesta** | ☒ Personalmente<br>☒ Pág Web www.coosalud.com<br>☐ Correo electrónico |
| **2. ¿Cuáles son las emigraciones de la portabilidad?** **Selección de múltiple respuesta** | ☐ Ocasional<br>☐ Temporal<br>☐ Ninguna de las anteriores |
| **1. ¿Brindar información adecuada es un deber de Coosalud?** | ☑ SI<br>☐ 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 |
|---|---|---|---|---|

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):

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

| 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**

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

| | |
|---|---|
| **MÓDULO:** | CAPACITACION |
| **ÁREA RESPONSABLE:** | EXPERIENCIA DEL USUARIO |
| **TEMA:** | Portabilidad-Deberes-Derechos-Red-Canales de comunicación Coosalud |
| **NOMBRE:** | Yolanda Umba Rivera |
| **CARGO:** | USUARIO |
| **SUCURSAL / AGENCIA:** | BOYACA - MONIQUIRA |
| **FACILITADOR:** | ANA MARIA REYES - VIVIANA SANCHEZ |
| **FECHA:** | 31/08/2023 |
| **CALIFICACIÓN:** | |

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

| PREGUNTAS | RESPUESTAS |
|---|---|
| **1. ¿Cómo se puede solicitar la portabilidad? Selección de múltiple respuesta** | ☑ Personalmente<br>☑ Pág Web www.coosalud.com<br>☐ Correo electrónico |
| **2. ¿Cuáles son las emigraciones de la portabilidad? Selección de múltiple respuesta** | ☑ Ocasional<br>☑ Temporal<br>☐ Ninguna de las anteriores |
| **1. ¿Brindar información adecuada es un deber de Coosalud?** | ☑ SI<br>☐ 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 |
|---|---|---|---|---|

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):

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

| 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** Yolanda Umbal R

**FIRMA FACILITADOR**

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

| | |
|---|---|
| **MÓDULO:** | CAPACITACION |
| **ÁREA RESPONSABLE:** | EXPERIENCIA DEL USUARIO |
| **TEMA:** | Portabilidad-Deberes-Derechos-Red-Canales de comunicación Coosalud |
| **NOMBRE:** | Rupert Abril |
| **CARGO:** | USUARIO |
| **SUCURSAL / AGENCIA:** | BOYACA - MONIQUIRA |
| **FACILITADOR:** | ANA MARIA REYES - VIVIANA SANCHEZ |
| **FECHA:** | 31/08/2023 |
| **CALIFICACIÓN:** | |

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

| PREGUNTAS | RESPUESTAS |
|---|---|
| **1. ¿Cómo se puede solicitar la portabilidad? Selección de múltiple respuesta** | ☑ Personalmente<br>☑ Pág Web www.coosalud.com<br>☐ Correo electrónico |
| **2. ¿Cuáles son las emigraciones de la portabilidad? Selección de múltiple respuesta** | ☑ Ocasional<br>☑ Temporal<br>☐ Ninguna de las anteriores |
| **1. ¿Brindar información adecuada es un deber de Coosalud?** | ☑ SI<br>☐ 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 |
|---|---|---|---|---|

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):

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

| 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**

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

| | |
|---|---|
| **MÓDULO:** | CAPACITACION |
| **ÁREA RESPONSABLE:** | EXPERIENCIA DEL USUARIO |
| **TEMA:** | Portabilidad-Deberes-Derechos-Red-Canales de comunicación Coosalud |
| **NOMBRE:** | Rosa Maria Hernandez |
| **CARGO:** | USUARIO |
| **SUCURSAL / AGENCIA:** | BOYACA - MONIQUIRA |
| **FACILITADOR:** | ANA MARIA REYES - VIVIANA SANCHEZ |
| **FECHA:** | 31/08/2023 |
| **CALIFICACIÓN:** | |

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

| PREGUNTAS | RESPUESTAS |
|---|---|
| **1. ¿Cómo se puede solicitar la portabilidad? Selección de múltiple respuesta** | ☒ Personalmente<br>☒ Pág Web www.coosalud.com<br>☐ Correo electrónico |
| **2. ¿Cuáles son las emigraciones de la portabilidad? Selección de múltiple respuesta** | ☒ Ocasional<br>☒ Temporal<br>☐ Ninguna de las anteriores |
| **1. ¿Brindar información adecuada es un deber de Coosalud?** | ☒ SI<br>☐ 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 |
|---|---|---|---|---|

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):

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

| 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** Rosa Arias

**FIRMA FACILITADOR**

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

| | |
|---|---|
| **MÓDULO:** | CAPACITACION |
| **ÁREA RESPONSABLE:** | EXPERIENCIA DEL USUARIO |
| **TEMA:** | Portabilidad-Deberes-Derechos-Red-Canales de comunicación Coosalud |
| **NOMBRE:** | María Lita Amaka |
| **CARGO:** | USUARIO |
| **SUCURSAL / AGENCIA:** | BOYACA - MONIQUIRA |
| **FACILITADOR:** | ANA MARIA REYES - VIVIANA SANCHEZ |
| **FECHA:** | 31/08/2023 |
| **CALIFICACIÓN:** | |

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

| PREGUNTAS | RESPUESTAS |
|---|---|
| **1. ¿Cómo se puede solicitar la portabilidad? Selección de múltiple respuesta** | ☑ Personalmente<br>☑ Pág Web www.coosalud.com<br>☐ Correo electrónico |
| **2. ¿Cuáles son las emigraciones de la portabilidad? Selección de múltiple respuesta** | ☑ Ocasional<br>☑ Temporal<br>☐ Ninguna de las anteriores |
| **1. ¿Brindar información adecuada es un deber de Coosalud?** | ☑ SI<br>☐ 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 |
|---|---|---|---|---|

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):

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

| 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**

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

| | |
|---|---|
| **MÓDULO:** | CAPACITACION |
| **ÁREA RESPONSABLE:** | EXPERIENCIA DEL USUARIO |
| **TEMA:** | Portabilidad-Deberes-Derechos-Red-Canales de comunicación Coosalud |
| **NOMBRE:** | Nelly Yoleth Suenz R |
| **CARGO:** | USUARIO |
| **SUCURSAL / AGENCIA:** | BOYACA - MONIQUIRA |
| **FACILITADOR:** | ANA MARIA REYES - VIVIANA SANCHEZ |
| **FECHA:** | 31/08/2023 |
| **CALIFICACIÓN:** | |

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

| PREGUNTAS | RESPUESTAS |
|---|---|
| **1. ¿Cómo se puede solicitar la portabilidad? Selección de múltiple respuesta** | ☒ Personalmente<br>☒ Pág Web www.coosalud.com<br>☐ Correo electrónico |
| **2. ¿Cuáles son las emigraciones de la portabilidad? Selección de múltiple respuesta** | ☒ Ocasional<br>☒ Temporal<br>☐ Ninguna de las anteriores |
| **1. ¿Brindar información adecuada es un deber de Coosalud?** | ☒ SI<br>☐ 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 |
|---|---|---|---|---|

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):

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

| 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**

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

| | |
|---|---|
| **MÓDULO:** | CAPACITACION |
| **ÁREA RESPONSABLE:** | EXPERIENCIA DEL USUARIO |
| **TEMA:** | Portabilidad-Deberes-Derechos-Red-Canales de comunicación Coosalud |
| **NOMBRE:** | Drojenes Rodriguez |
| **CARGO:** | USUARIO |
| **SUCURSAL / AGENCIA:** | BOYACA - MONIQUIRA |
| **FACILITADOR:** | ANA MARIA REYES - VIVIANA SANCHEZ |
| **FECHA:** | 31/08/2023 |
| **CALIFICACIÓN:** | |

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

| PREGUNTAS | RESPUESTAS |
|---|---|
| **1. ¿Cómo se puede solicitar la portabilidad? Selección de múltiple respuesta** | ☒ Personalmente<br>☑ Pág Web www.coosalud.com<br>☐ Correo electrónico |
| **2. ¿Cuáles son las emigraciones de la portabilidad? Selección de múltiple respuesta** | ☐ Ocasional<br>☒ Temporal<br>☐ Ninguna de las anteriores |
| **1. ¿Brindar información adecuada es un deber de Coosalud?** | ☑ SI<br>☐ 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 |
|---|---|---|---|---|

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):

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

| 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** Digenes

**FIRMA FACILITADOR**

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

| | |
|---|---|
| **MÓDULO:** | CAPACITACION |
| **ÁREA RESPONSABLE:** | EXPERIENCIA DEL USUARIO |
| **TEMA:** | Portabilidad-Deberes-Derechos-Red-Canales de comunicación Coosalud |
| **NOMBRE:** | Lorena Escamilla |
| **CARGO:** | USUARIO |
| **SUCURSAL / AGENCIA:** | BOYACA - MONIQUIRA |
| **FACILITADOR:** | ANA MARIA REYES - VIVIANA SANCHEZ |
| **FECHA:** | 31/08/2023 |
| **CALIFICACIÓN:** | |

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

| PREGUNTAS | RESPUESTAS |
|---|---|
| **1. ¿Cómo se puede solicitar la portabilidad? Selección de múltiple respuesta** | ☒ Personalmente<br>☐ Pág Web www.coosalud.com<br>☐ Correo electrónico |
| **2. ¿Cuáles son las emigraciones de la portabilidad? Selección de múltiple respuesta** | ☒ Ocasional<br>☒ Temporal<br>☐ Ninguna de las anteriores |
| **1. ¿Brindar información adecuada es un deber de Coosalud?** | ☒ SI<br>☐ 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 |
|---|---|---|---|---|

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):

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

| 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** Lorena Escamilla

**FIRMA FACILITADOR**

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

| | |
|---|---|
| **MÓDULO:** | CAPACITACION |
| **ÁREA RESPONSABLE:** | EXPERIENCIA DEL USUARIO |
| **TEMA:** | Portabilidad-Deberes-Derechos-Red-Canales de comunicación Coosalud |
| **NOMBRE:** | Hasel Munoz |
| **CARGO:** | USUARIO |
| **SUCURSAL / AGENCIA:** | BOYACA - MONIQUIRA |
| **FACILITADOR:** | ANA MARIA REYES - VIVIANA SANCHEZ |
| **FECHA:** | 31/08/2023 |
| **CALIFICACIÓN:** | |

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

| PREGUNTAS | RESPUESTAS |
|---|---|
| **1. ¿Cómo se puede solicitar la portabilidad? Selección de múltiple respuesta** | ☒ Personalmente<br>☒ Pág Web www.coosalud.com<br>☒ Correo electrónico |
| **2. ¿Cuáles son las emigraciones de la portabilidad? Selección de múltiple respuesta** | ☒ Ocasional<br>☒ Temporal<br>☐ Ninguna de las anteriores |
| **1. ¿Brindar información adecuada es un deber de Coosalud?** | ☒ SI<br>☐ 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 |
|---|---|---|---|---|

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):

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

| 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** - Yasiel Moreres

**FIRMA FACILITADOR**

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

| | |
|---|---|
| **MÓDULO:** | CAPACITACION |
| **ÁREA RESPONSABLE:** | EXPERIENCIA DEL USUARIO |
| **TEMA:** | Portabilidad-Deberes-Derechos-Red-Canales de comunicación Coosalud |
| **NOMBRE:** | Liz Hanna Arango |
| **CARGO:** | USUARIO |
| **SUCURSAL / AGENCIA:** | BOYACA - MONIQUIRA |
| **FACILITADOR:** | ANA MARIA REYES - VIVIANA SANCHEZ |
| **FECHA:** | 31/08/2023 |
| **CALIFICACIÓN:** | |

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

| PREGUNTAS | RESPUESTAS |
|---|---|
| **1. ¿Cómo se puede solicitar la portabilidad? Selección de múltiple respuesta** | ☑ Personalmente<br>☑ Pág Web www.coosalud.com<br>☐ Correo electrónico |
| **2. ¿Cuáles son las emigraciones de la portabilidad? Selección de múltiple respuesta** | ☑ Ocasional<br>☑ Temporal<br>☐ Ninguna de las anteriores |
| **1. ¿Brindar información adecuada es un deber de Coosalud?** | ☑ SI<br>☐ 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 |
|---|---|---|---|---|

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):

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

| 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**