

**CONVOCATORIA No 10**

ASOCIACIÓN DE USUARIOS DEL MUNICIPIO DE MONIQUIRA DEL DEPARTAMENTO DE BOYACA

Para: Usuarios de MONIQUIRA  
De: COOSALUD EPS SA  
Motivo: Invitación a sesión Ordinaria Reunión mes de octubre 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: Autocuidado y Calidad de Vida - Deberes-Derechos-Red-Canales de comunicación Coosalud

Lugar: Oficina Coosalud Moniquirá

Fecha: 27 DE OCTUBRE 2023

Hora: 8:00am 12:00am

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

Atentamente,



VIVIANA SÁNCHEZ SANDOVAL

GESTOR COOSALUD MUNICIPIO DE MONIQUIRA

<b>Elabora:</b>	<b>Revisa:</b>	<b>Aprueba:</b>	Pág. 1 de 35
Directora Endomarketing y Experiencia	Director de Procesos y Calidad	Presidente Ejecutivo	

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	
ANAMARIA PEÑA	53-031044	ANAMARIA PEÑA	
Pablo Castro Santamarra	1054682246	Pablo Castro Santamarra	
Yomara Medina C	24091231	Yomara Medina C	
Waldo Caceres	4172534	Waldo Caceres	
Juan de Jesús Galindo	1054681797	Juan de Jesús Galindo	
Hugo Steven Tavera	1055126559	Hugo Tavera	
Lina Rosa Sanchez H	51938910	Lina Sanchez H	
Jenny Paola Mora Acosta	1054682880	Jenny Mora	
Ana Maria Reyes	100722403	Ana Reyes	
Edilberto Avila	91013546	Edilberto A.	
M <sup>a</sup> Gristina Marcelo	40026948	M <sup>a</sup> Marcelo	
Gurmen Rosa Vargas	23777248	Gurmen Vargas	
Teresa Quintero Niño	23773690	Teresa Quintero Niño	
Carmen Rocio Mandieta P	23783616	Carmen Mandieta	
Edwin Ricardo Castro	105463772	Edwin Castro	
Jose Malagon	2170628	Jose Malagon	
Natalia Quintero	23774483	Natalia Quintero	

<b>Elabora:</b>	<b>Revisa:</b>	<b>Aprueba:</b>	Pág. 2 de 35
Directora Endomarketing y Experiencia	Director de Procesos y Calidad	Presidente Ejecutivo	

ACTA DE CAPACITACION CONTINUA  
COOSALUD EPS-S  
MUNICIPIO DE MONQUIRA

FECHA : 27 DE OCTUBRE 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: Modelo de atención en sala, derechos y deberes, Red, y canales de comunicación.
3. Evaluación de la capacitación.

<b>Elabora:</b>	<b>Revisa:</b>	<b>Aprueba:</b>	Pág. 3 de 35
Directora Endomarketing y Experiencia	Director de Procesos y Calidad	Presidente Ejecutivo	

**TEMAS DEL MES: MODELO DE ATENCIÓN EN SALA**

**MODELO DE ATENCIÓN EN SALA**

El canal presencial para la atención a los usuarios, se integra por la red de puntos de atención dispuestos en los municipios con capacidad de afiliación y de acuerdo con los criterios establecidos.

**Tipos de punto de atención presencial**

Tipología	Número de usuarios	Número de empleados
UMA: Unidad Municipal de Atención al Usuario	5.000 – 10.000	De 1 a 2
UPAS: Unidad Provincial de Atención al Usuario	Mayor a 10.000	Más de 5
Agencias	Mayor a 15.000	Más de 10
Sucursal	Ciudades principales	Más de 20
Sala del Contributivo	De acuerdo con la estrategia de crecimiento	



**Deber**

DEBER

Mis deberes como usuario de la salud

Actuar de buena fe frente al sistema de salud.



GOBIERNO DE COLOMBIA

<b>Elabora:</b> Directora Endomarketing y Experiencia	<b>Revisa:</b> Director de Procesos y Calidad	<b>Aprueba:</b> Presidente Ejecutivo	Pág. 4 de 35
--	--	---	--------------

**Derechos de los pacientes**

DERECHOS

Tú tienes derechos y deberes

Aquí puedes conocer los derechos y deberes que tienes como afiliado de Coosalud.

Información adecuada y suficiente para conocer tus derechos y sobre los servicios de salud del régimen subsidiado, así como la red de prestación de servicios, los mecanismos y procedimientos para acceder a ellos y a las indicaciones acerca de las entidades que prestan ayuda para exigir el cumplimiento de los derechos.

» Descargar Carta

**Carta de derechos y deberes del afiliado 2023**

Llámanos marcando gratis desde tu celular:

#922

o desde un teléfono fijo:  
línea 01 8000 515611

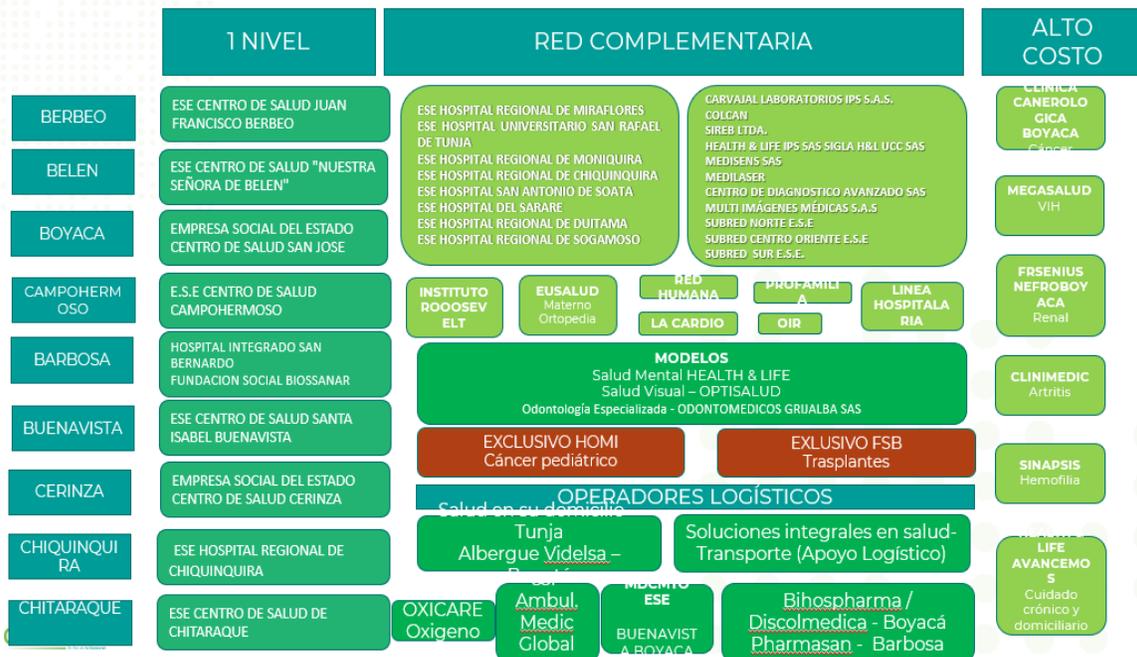
Trabajamos en pos de tu bienestar

@InformacionMision WWW.COOSALUD.COM

@CoosaludEPS @Coosalud @CoosaludEPS @coosaludps

[carta-derechos-deberes.pdf \(coosalud.com\)](#)

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

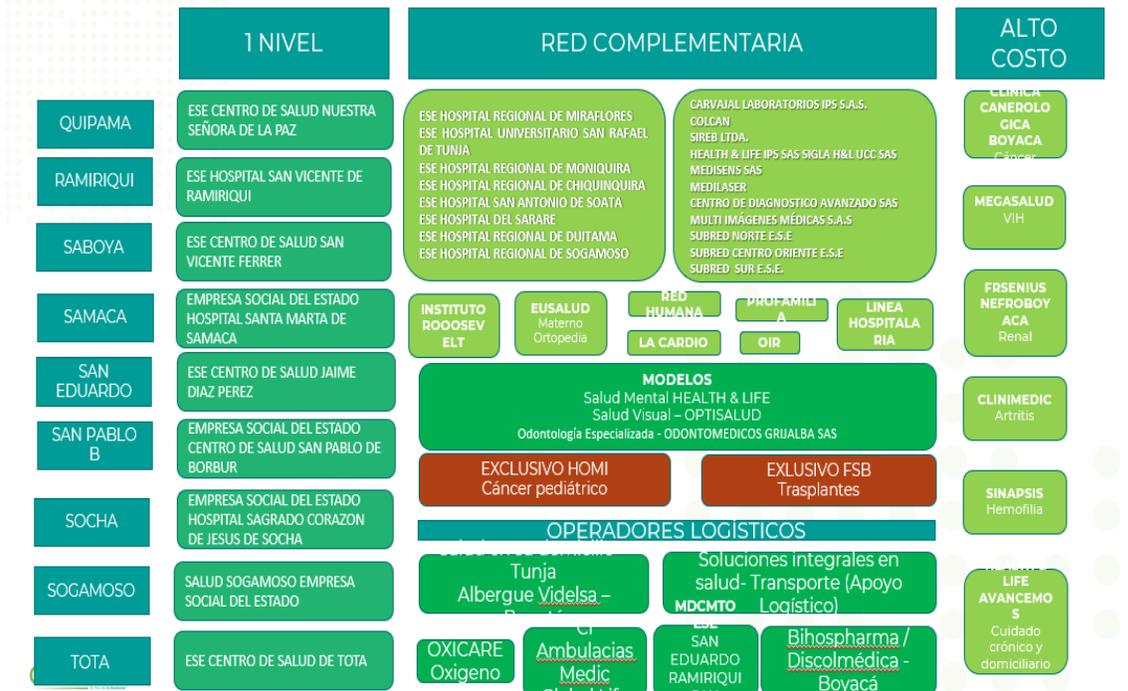


<b>Elabora:</b>	<b>Revisa:</b>	<b>Aprueba:</b>	<b>Pág. 5 de 35</b>
Directora Endomarketing y Experiencia	Director de Procesos y Calidad	Presidente Ejecutivo	

	1 NIVEL	RED COMPLEMENTARIA	ALTO COSTO	
CIENEGA	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO PUESTO DE SALUD DE CIENEGA	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.	CLINICA CANEROLO GICA BOYACA Cáncer
COMBITA	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE SALUD DE COMBITA		MEGASALUD VIH	
COVARACHIA	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN ANTONIO DE SOATA		FRSENIUS NEFROBOYACA Renal	
CUBARA	HOSPITAL ESPECIAL DE CUBARA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	INSTITUTO ROOSEVELT ELT EUSALUD Materno Ortopedia RED HUMANA LA CARDIO PROFAMILIA OIR LINEA HOSPITALARIA	CLINIMEDIC Artritis	
DUITAMA	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO SALUD DEL TUNDAMA GRUPO LABZELL AVA	MODELOS Salud Mental HEALTH & LIFE Salud Visual – OPTISALUD Odontología Especializada - ODONTOMEDICOS GRUALBA SAS	SINAPSIS Hemofilia	
GACHANTIVA	E.S.E. CS SAN ANTONIO DE PADUA ESE HOSPITAL SAN FRCO DE VILLA DE LEYVA	EXCLUSIVO HOMI Cáncer pediátrico EXCLUSIVO FSB Trasplantes	LIFE AVANCEMO S Cuidado crónico y domiciliario	
LA VICTORIA	ESE HOSPITAL REGIONAL DE CHIQUINQUIRA	OPERADORES LOGÍSTICOS		
MARIPI	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO RAFAEL SALGADO DE MARIPI	Tunja Albergue Videlsa – Soluciones integrales en salud- Transporte (Apoyo Logístico)		
MIRAFLORES	HOSPITAL REGIONAL DE MIRAFLORES EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	OXICARE Oxígeno Ambulancias Medic GlobalLife MDCMTO ESE CIENEGA GACHANTIVA Bihospharma / Discolmédica - Boyacá Droguería Galena -		

	1 NIVEL	RED COMPLEMENTARIA	ALTO COSTO	
MONGUI	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL LAS MERCEDES DE MONGUI	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.	CLINICA CANEROLO GICA BOYACA Cáncer
MONIQUIRA	HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA ESE		MEGASALUD VIH	
MUZO	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SANTA ANA		FRSENIUS NEFROBOYACA Renal	
OICATA	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO PUESTO DE SALUD OICATÁ	INSTITUTO ROOSEVELT ELT EUSALUD Materno Ortopedia RED HUMANA LA CARDIO PROFAMILIA OIR LINEA HOSPITALARIA	CLINIMEDIC Artritis	
PAEZ	Empresa Social del Estado Jorge González Olmos	MODELOS Salud Mental HEALTH & LIFE Salud Visual – OPTISALUD Odontología Especializada - ODONTOMEDICOS GRUALBA SAS	SINAPSIS Hemofilia	
PAIPA	E.S.E. HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE PAIPA	EXCLUSIVO HOMI Cáncer pediátrico EXCLUSIVO FSB Trasplantes	LIFE AVANCEMO S Cuidado crónico y domiciliario	
PAJARITO	HOSPITAL REGIONAL DE SOGAMOSO EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	OPERADORES LOGÍSTICOS		
PAUNA	ESE CENTRO DE SALUD EDGAR ALONSO PULIDO SOLANO	Tunja Albergue Videlsa – Soluciones integrales en salud- Transporte (Apoyo Logístico)		
PAYA	ESE CENTRO DE SALUD NUESTRA SEÑORA DE LA PAZ	OXICARE Oxígeno Ambulancias Medic GlobalLife MDCMTO ESE PAIPA PAUNA Bihospharma / Discolmédica - Boyacá		

<b>Elabora:</b> Directora Endomarketing y Experiencia	<b>Revisa:</b> Director de Procesos y Calidad	<b>Aprueba:</b> Presidente Ejecutivo	Pág. 6 de 35
--	--	---	--------------





**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.

<b>Elabora:</b> Directora Endomarketing y Experiencia	<b>Revisa:</b> Director de Procesos y Calidad	<b>Aprueba:</b> Presidente Ejecutivo	Pág. 7 de 35
--	--	---	--------------



**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 temas 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



COOSALUD

[www.coosalud.com](http://www.coosalud.com)



@coosalud



Coosalud eps



@coosaludeps

5

<b>Elabora:</b> Directora Endomarketing y Experiencia	<b>Revisa:</b> Director de Procesos y Calidad	<b>Aprueba:</b> Presidente Ejecutivo	Pág. 8 de 35
--	--	---	--------------

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

PREGUNTAS	RESPUESTAS
<p>1. ¿Contamos con atención preferencial en nuestras salas de atención?</p>	<p><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p>
<p>2. ¿Actuar de buena fe frente al sistema de salud es un deber de los usuarios?</p>	<p><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p>
<p>3. ¿Seleccione cuáles son canales de comunicación con Coosalud EPS? Selección de múltiple respuesta</p>	<p><input type="checkbox"/> #922 <input type="checkbox"/> www.coosalud.com <input type="checkbox"/> defensorusuario@coosalud.com</p>

<b>Elabora:</b>	<b>Revisa:</b>	<b>Aprueba:</b>	Pág. 9 de 35
Directora Endomarketing y Experiencia	Director de Procesos y Calidad	Presidente Ejecutivo	

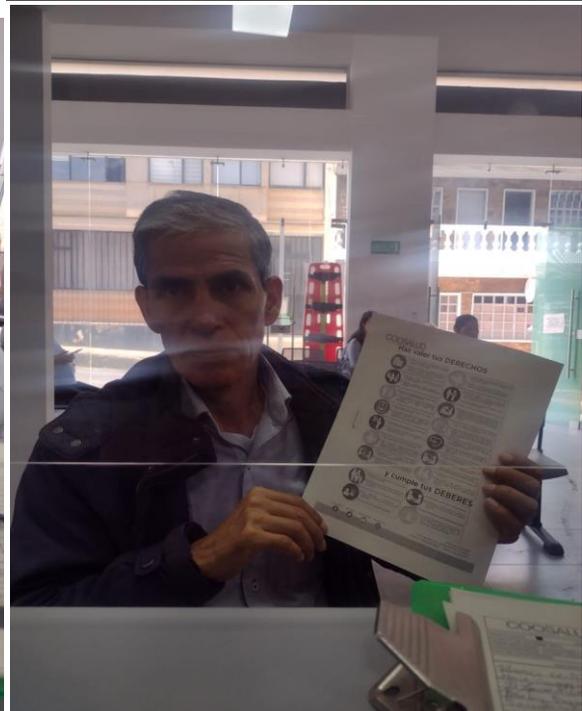
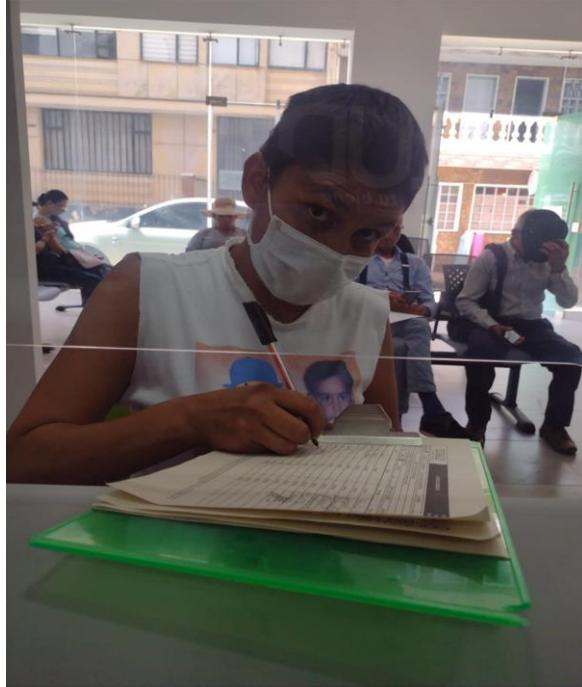
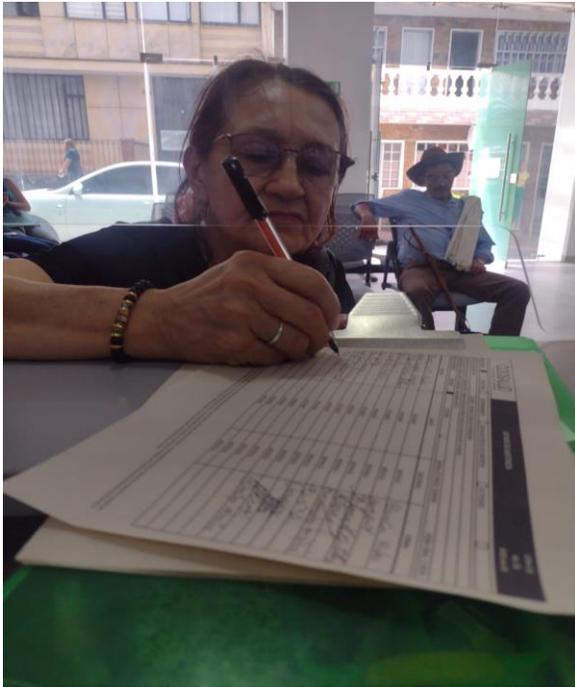
En constancia firman,

COOSALUD En Pos de tu bienestar		LISTADO DE ASISTENCIA		GTH-F-25 Act. 05 2020.nov.06	
CAPACITACION <input checked="" type="checkbox"/>	INDUCCION <input type="checkbox"/>	ENTRENAMIENTO <input type="checkbox"/>	SOCIALIZACIÓN DE DOCUMENTOS <input type="checkbox"/>	ACTIVIDAD <input type="checkbox"/>	
FECHA 27 DE OCTUBRE 2023					
LUGAR: OFICINA COOSALUD MONQUIRA					
TEMAS INCLUIDOS: Autocuidado y Calidad de Vida - Deberes-Derechos-Red-Canales de comunicación Coosalud					
CAPACITADOR(ES): VIVIANA SANCHEZ SANDOVAL - ANA MARIA REYES					
TIPO DE CAPACITADOR:		INTERNO <input checked="" type="checkbox"/>	EXTERNO <input type="checkbox"/>	HORA DE INICIO: 8:00AM	HORA FINAL: 12:00 M
ASISTENTE	CARGO	SUCURSAL	FIRMA		
Blanca Cecilia Ruben	AFILIADO	BOYACA	Blanca Cecilia Ruben		
Maria Concepción Guzmán	AFILIADO	BOYACA	Maria Guzmán		
Bianca Alda Casallas	AFILIADO	BOYACA	Bianca Casallas		
Dolores Romero	AFILIADO	BOYACA	Dolores Romero		
Sacramento Espitia	AFILIADO	BOYACA	Sacramento Espitia		
Yolanda José	AFILIADO	BOYACA	Yolanda José		
Maria José Vasquez	AFILIADO	BOYACA	Maria José Vasquez		
Raúl Sánchez Martínez	AFILIADO	BOYACA	Raúl Sánchez Martínez		
Rebeca J. Alfaro	AFILIADO	BOYACA	Rebeca Alfaro		
Grey Perera	AFILIADO	BOYACA	Grey Perera		
Dolly GARCIA	AFILIADO	BOYACA	Dolly Garcia		
			 FIRMA DEL CAPACITADOR		

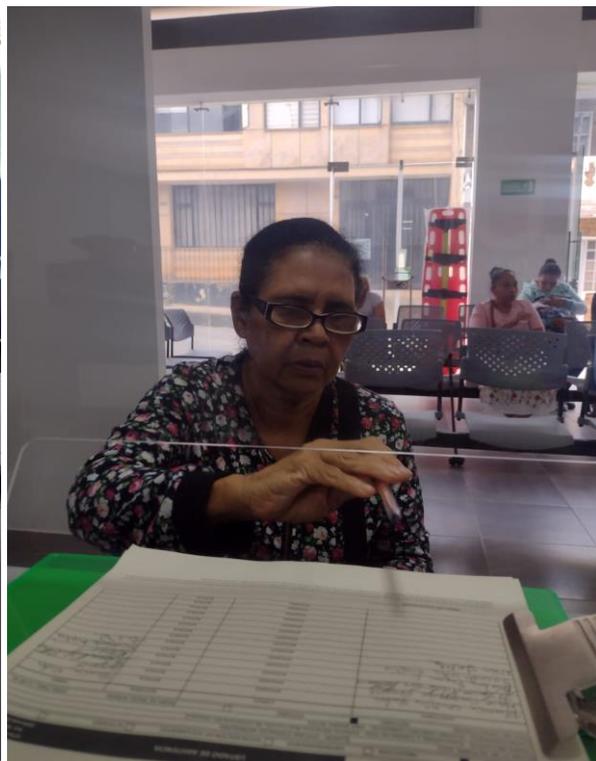
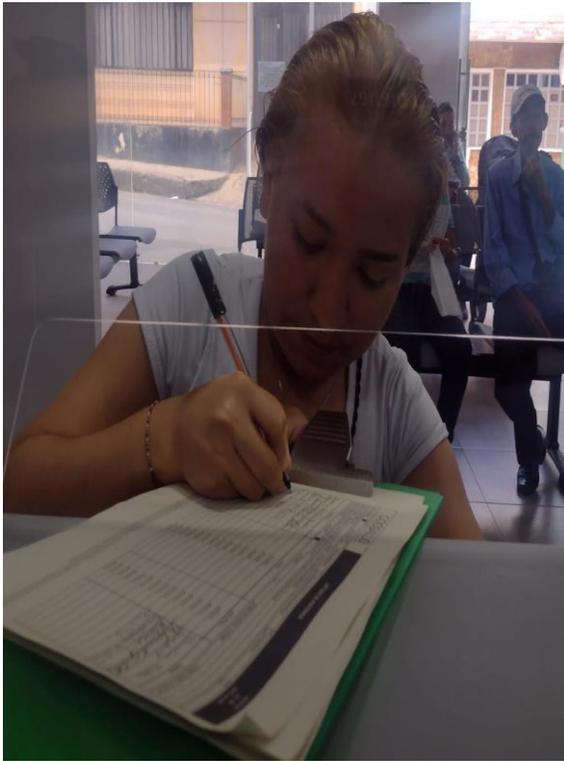
Con la firma del presente documento manifiesto de manera libre, previa y debidamente informada que autorizo a COOSALUD para efectuar tratamiento sobre los datos personales aquí recolectados, con la finalidad de llevar un control de asistencia a eventos de capacitación. Declaro que he sido informado de 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 información Personal de la entidad, dispuesta para su consulta en el sitio web: [www.coosalud.com](http://www.coosalud.com), y de conformidad con esta, mis datos personales podrán ser suprimidos cuando no exista deber legal o contractual de conservarlos.

<b>Elabora:</b> Directora Endomarketing y Experiencia	<b>Revisa:</b> Director de Procesos y Calidad	<b>Aprueba:</b> Presidente Ejecutivo	Pág. 10 de 35
--	--	---	---------------

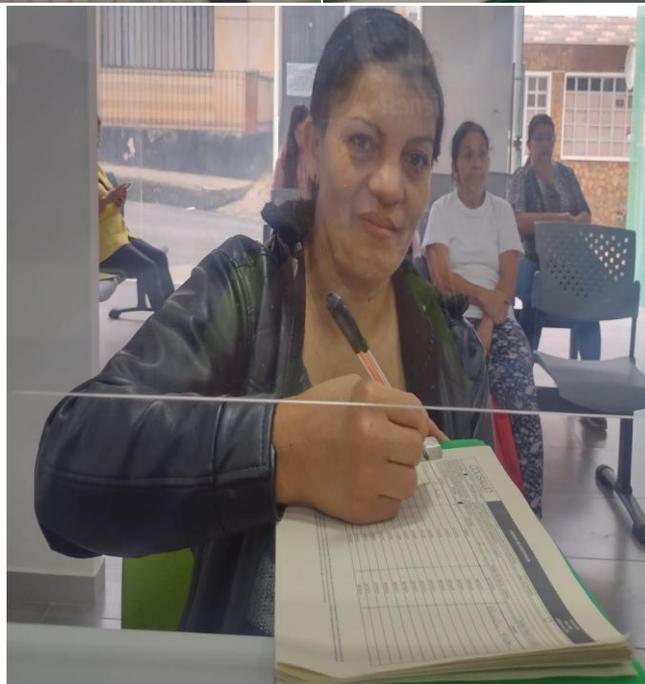
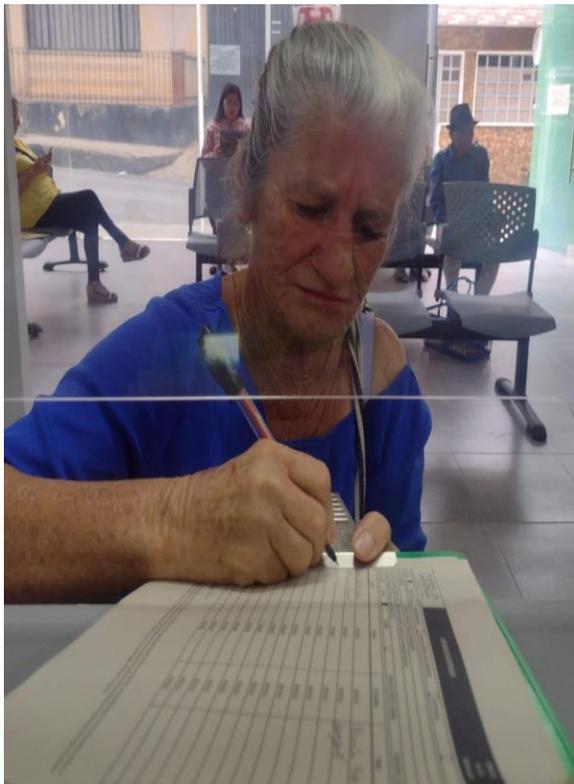
**EVIDENCIAS FOTOGRAFICAS**



<b>Elabora:</b> Directora Endomarketing y Experiencia	<b>Revisa:</b> Director de Procesos y Calidad	<b>Aprueba:</b> Presidente Ejecutivo	Pág. 11 de 35
--	--	---	---------------



<b>Elabora:</b> Directora Endomarketing y Experiencia	<b>Revisa:</b> Director de Procesos y Calidad	<b>Aprueba:</b> Presidente Ejecutivo	Pág. 12 de 35
--	--	---	---------------



<b>Elabora:</b> Directora Endomarketing y Experiencia	<b>Revisa:</b> Director de Procesos y Calidad	<b>Aprueba:</b> Presidente Ejecutivo	Pág. 13 de 35
--	--	---	---------------

**EVALUACIONES**

<b>COOSALUD</b> En Pos de tu bienestar	<b>EVALUACION DE CAPACITACIONES, INDUCCION Y REINDUCCION</b>	GTH-F-22 Act. 09 2020.nov.06
<b>MÓDULO:</b>	CAPACITACION	
<b>ÁREA RESPONSABLE:</b>	EXPERIENCIA DEL USUARIO	
<b>TEMA:</b>	Autocuidado y Calidad de Vida - Deberes-Derechos-Red-Canales de comunicación Coosalud	
<b>NOMBRE:</b>	Blanca Cecilia Robu	
<b>CARGO:</b>	USUARIO	
<b>SUCURSAL / AGENCIA:</b>	BOYACA/MONQUIRA	
<b>FACILITADOR:</b>	ANA REYES – VIVIANA SANCHEZ	
<b>FECHA:</b>	27/10/2023	
<b>CALIFICACIÓN:</b>		

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

PREGUNTAS	RESPUESTAS
1. ¿Contamos con atención preferencial en nuestras salas de atención?	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
2. ¿Actuar de buena fe frente al sistema de salud es un deber de los usuarios?	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
3. ¿Seleccione cuáles son canales de comunicación con Coosalud EPS? Selección de múltiple respuesta	<input checked="" type="checkbox"/> #922 <input checked="" type="checkbox"/> www.coosalud.com <input checked="" type="checkbox"/> defensorusuario@coosalud.com

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

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

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

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

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

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

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

<b>Elabora:</b> Directora Endomarketing y Experiencia	<b>Revisa:</b> Director de Procesos y Calidad	<b>Aprueba:</b> Presidente Ejecutivo	Pág. 14 de 35
--	--	---	---------------

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 *Blanca Paba*  
FIRMA FACILITADOR *[Firma]*

<b>Elabora:</b> Directora Endomarketing y Experiencia	<b>Revisa:</b> Director de Procesos y Calidad	<b>Aprueba:</b> Presidente Ejecutivo	Pág. 15 de 35
--	--	---	---------------

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

<b>MÓDULO:</b>	CAPACITACION
<b>ÁREA RESPONSABLE:</b>	EXPERIENCIA DEL USUARIO
<b>TEMA:</b>	Autocuidado y Calidad de Vida - Deberes-Derechos-Red-Canales de comunicación Coosalud
<b>NOMBRE:</b>	<i>Mona Concepción Guerrero</i>
<b>CARGO:</b>	USUARIO
<b>SUCURSAL / AGENCIA:</b>	BOYACA/MONQUIRA
<b>FACILITADOR:</b>	ANA REYES – VIVIANA SANCHEZ
<b>FECHA:</b>	27/10/2023
<b>CALIFICACIÓN:</b>	

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

PREGUNTAS	RESPUESTAS
1. ¿Contamos con atención preferencial en nuestras salas de atención?	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
2. ¿Actuar de buena fe frente al sistema de salud es un deber de los usuarios?	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
3. ¿Seleccione cuáles son canales de comunicación con Coosalud EPS? Selección de múltiple respuesta	<input checked="" type="checkbox"/> #922 <input checked="" type="checkbox"/> www.coosalud.com <input type="checkbox"/> defensorusuario@coosalud.com

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

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

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

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

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

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

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

<b>Elabora:</b> Directora Endomarketing y Experiencia	<b>Revisa:</b> Director de Procesos y Calidad	<b>Aprueba:</b> Presidente Ejecutivo	Pág. 16 de 35
--	--	---	---------------

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]*

FIRMA FACILITADOR

*[Firma]*

**Elabora:**

Directora Endomarketing y Experiencia

**Revisa:**

Director de Procesos y Calidad

**Aprueba:**

Presidente Ejecutivo

Pág. 17 de 35

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

<b>MÓDULO:</b>	CAPACITACION
<b>ÁREA RESPONSABLE:</b>	EXPERIENCIA DEL USUARIO
<b>TEMA:</b>	Autocuidado y Calidad de Vida - Deberes-Derechos-Red-Canales de comunicación Coosalud
<b>NOMBRE:</b>	<i>Blanca Hilda Castellanos</i>
<b>CARGO:</b>	USUARIO
<b>SUCURSAL / AGENCIA:</b>	BOYACA/MONQUIRA
<b>FACILITADOR:</b>	ANA REYES – VIVIANA SANCHEZ
<b>FECHA:</b>	27/10/2023
<b>CALIFICACIÓN:</b>	

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

PREGUNTAS	RESPUESTAS
1. ¿Contamos con atención preferencial en nuestras salas de atención?	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
2. ¿Actuar de buena fe frente al sistema de salud es un deber de los usuarios?	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
3. ¿Seleccione cuáles son canales de comunicación con Coosalud EPS? Selección de múltiple respuesta	<input checked="" type="checkbox"/> #922 <input checked="" type="checkbox"/> www.coosalud.com <input checked="" type="checkbox"/> defensorusuario@coosalud.com

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

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

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

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

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

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

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

<b>Elabora:</b>	<b>Revisa:</b>	<b>Aprueba:</b>	Pág. 18 de 35
Directora Endomarketing y Experiencia	Director de Procesos y Calidad	Presidente Ejecutivo	

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

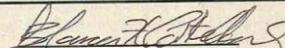
---

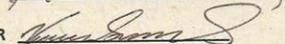


---



---

FIRMA ASISTENTE 

FIRMA FACILITADOR 

<b>Elabora:</b> Directora Endomarketing y Experiencia	<b>Revisa:</b> Director de Procesos y Calidad	<b>Aprueba:</b> Presidente Ejecutivo	Pág. 19 de 35
--	--	---	---------------

<b>COOSALUD</b> En Pos de tu bienestar	<b>EVALUACION DE CAPACITACIONES, INDUCCION Y REINDUCCION</b>	GTH-F-22 Act. 09 2020.nov.06
<b>MÓDULO:</b>	CAPACITACION	
<b>ÁREA RESPONSABLE:</b>	EXPERIENCIA DEL USUARIO	
<b>TEMA:</b>	Autocuidado y Calidad de Vida - Deberes-Derechos-Red-Canales de comunicación Coosalud	
<b>NOMBRE:</b>	<i>Beatriz Pazari</i>	
<b>CARGO:</b>	USUARIO	
<b>SUCURSAL / AGENCIA:</b>	BOYACA/MONQUIRA	
<b>FACILITADOR:</b>	ANA REYES – VIVIANA SANCHEZ	
<b>FECHA:</b>	27/10/2023	
<b>CALIFICACIÓN:</b>		

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

PREGUNTAS	RESPUESTAS
1. ¿Contamos con atención preferencial en nuestras salas de atención?	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
2. ¿Actuar de buena fe frente al sistema de salud es un deber de los usuarios?	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
3. ¿Seleccione cuáles son canales de comunicación con Coosalud EPS? Selección de múltiple respuesta	<input checked="" type="checkbox"/> #922 <input checked="" type="checkbox"/> www.coosalud.com <input checked="" type="checkbox"/> defensorusuario@coosalud.com

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

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

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

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

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

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

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

<b>Elabora:</b> Directora Endomarketing y Experiencia	<b>Revisa:</b> Director de Procesos y Calidad	<b>Aprueba:</b> Presidente Ejecutivo	Pág. 20 de 35
--	--	---	---------------

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: Péximo, 2: Malo, 3: Regular, 4: Bueno, 5: Excelente):

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

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

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

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

---



---



---

FIRMA ASISTENTE

FIRMA FACILITADOR

<b>Elabora:</b> Directora Endomarketing y Experiencia	<b>Revisa:</b> Director de Procesos y Calidad	<b>Aprueba:</b> Presidente Ejecutivo	Pág. 21 de 35
--	--	---	---------------

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

<b>MÓDULO:</b>	CAPACITACION
<b>ÁREA RESPONSABLE:</b>	EXPERIENCIA DEL USUARIO
<b>TEMA:</b>	Autocuidado y Calidad de Vida - Deberes-Derechos-Red-Canales de comunicación Coosalud
<b>NOMBRE:</b>	<i>Sacramento Espiñeira</i>
<b>CARGO:</b>	USUARIO
<b>SUCURSAL / AGENCIA:</b>	BOYACA/MONQUIRA
<b>FACILITADOR:</b>	ANA REYES – VIVIANA SANCHEZ
<b>FECHA:</b>	27/10/2023
<b>CALIFICACIÓN:</b>	

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

PREGUNTAS	RESPUESTAS
1. ¿Contamos con atención preferencial en nuestras salas de atención?	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
2. ¿Actuar de buena fe frente al sistema de salud es un deber de los usuarios?	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
3. ¿Seleccione cuáles son canales de comunicación con Coosalud EPS? Selección de múltiple respuesta	<input checked="" type="checkbox"/> #922 <input checked="" type="checkbox"/> www.coosalud.com <input checked="" type="checkbox"/> defensorusuario@coosalud.com

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

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

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

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

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

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

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

<b>Elabora:</b> Directora Endomarketing y Experiencia	<b>Revisa:</b> Director de Procesos y Calidad	<b>Aprueba:</b> Presidente Ejecutivo	Pág. 22 de 35
--	--	---	---------------

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

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 L Sacramento Espitia  
FIRMA FACILITADOR [Firma]

<b>Elabora:</b> Directora Endomarketing y Experiencia	<b>Revisa:</b> Director de Procesos y Calidad	<b>Aprueba:</b> Presidente Ejecutivo	Pág. 23 de 35
--	--	---	---------------

<b>COOSALUD</b> En Pos de tu bienestar	<b>EVALUACION DE CAPACITACIONES, INDUCCION Y REINDUCCION</b>	GTH-F-22 Act. 09 2020.nov.06
<b>MÓDULO:</b>	CAPACITACION	
<b>ÁREA RESPONSABLE:</b>	EXPERIENCIA DEL USUARIO	
<b>TEMA:</b>	Autocuidado y Calidad de Vida - Deberes-Derechos-Red-Canales de comunicación Coosalud	
<b>NOMBRE:</b>	Iris Lopez	
<b>CARGO:</b>	USUARIO	
<b>SUCURSAL / AGENCIA:</b>	BOYACA/MONQUIRA	
<b>FACILITADOR:</b>	ANA REYES – VIVIANA SANCHEZ	
<b>FECHA:</b>	27/10/2023	
<b>CALIFICACIÓN:</b>		

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

PREGUNTAS	RESPUESTAS
1. ¿Contamos con atención preferencial en nuestras salas de atención?	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
2. ¿Actuar de buena fe frente al sistema de salud es un deber de los usuarios?	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
3. ¿Seleccione cuáles son canales de comunicación con Coosalud EPS? Selección de múltiple respuesta	<input checked="" type="checkbox"/> #922 <input checked="" type="checkbox"/> www.coosalud.com <input checked="" type="checkbox"/> defensorusuario@coosalud.com

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

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

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

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

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

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

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

<b>Elabora:</b> Directora Endomarketing y Experiencia	<b>Revisa:</b> Director de Procesos y Calidad	<b>Aprueba:</b> Presidente Ejecutivo	Pág. 24 de 35
--	--	---	---------------

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

*Iris Jola*

FIRMA FACILITADOR

*[Firma]*

<b>Elabora:</b> Directora Endomarketing y Experiencia	<b>Revisa:</b> Director de Procesos y Calidad	<b>Aprueba:</b> Presidente Ejecutivo	Pág. 25 de 35
--	--	---	---------------

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

MÓDULO:	CAPACITACION
ÁREA RESPONSABLE:	EXPERIENCIA DEL USUARIO
TEMA:	Autocuidado y Calidad de Vida - Deberes-Derechos-Red-Canales de comunicación Coosalud
NOMBRE:	<i>Manz José Vasquez</i>
CARGO:	USUARIO
SUCURSAL / AGENCIA:	BOYACA/MONQUIRA
FACILITADOR:	ANA REYES – VIVIANA SANCHEZ
FECHA:	27/10/2023
CALIFICACIÓN:	

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

PREGUNTAS	RESPUESTAS
1. ¿Contamos con atención preferencial en nuestras salas de atención?	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
2. ¿Actuar de buena fe frente al sistema de salud es un deber de los usuarios?	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
3. ¿Seleccione cuáles son canales de comunicación con Coosalud EPS? Selección de múltiple respuesta	<input checked="" type="checkbox"/> #922 <input checked="" type="checkbox"/> www.coosalud.com <input checked="" type="checkbox"/> defensorusuario@coosalud.com

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

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

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

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

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

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

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

<b>Elabora:</b> Directora Endomarketing y Experiencia	<b>Revisa:</b> Director de Procesos y Calidad	<b>Aprueba:</b> Presidente Ejecutivo	Pág. 26 de 35
--	--	---	---------------

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

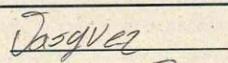
---



---



---

FIRMA ASISTENTE 

FIRMA FACILITADOR 

<b>Elabora:</b> Directora Endomarketing y Experiencia	<b>Revisa:</b> Director de Procesos y Calidad	<b>Aprueba:</b> Presidente Ejecutivo	Pág. 27 de 35
--	--	---	---------------

	<b>EVALUACION DE CAPACITACIONES, INDUCCION Y REINDUCCION</b>	GTH-F-22
		Act. 09 2020.nov.06

<b>MÓDULO:</b>	CAPACITACION
<b>ÁREA RESPONSABLE:</b>	EXPERIENCIA DEL USUARIO
<b>TEMA:</b>	Autocuidado y Calidad de Vida - Deberes-Derechos-Red-Canales de comunicación Coosalud
<b>NOMBRE:</b>	<i>Raúl Corredor Martínez</i>
<b>CARGO:</b>	USUARIO
<b>SUCURSAL / AGENCIA:</b>	BOYACA/MONQUIRA
<b>FACILITADOR:</b>	ANA REYES – VIVIANA SANCHEZ
<b>FECHA:</b>	27/10/2023
<b>CALIFICACIÓN:</b>	

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

PREGUNTAS	RESPUESTAS
1. ¿Contamos con atención preferencial en nuestras salas de atención?	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
2. ¿Actuar de buena fe frente al sistema de salud es un deber de los usuarios?	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
3. ¿Seleccione cuáles son canales de comunicación con Coosalud EPS? Selección de múltiple respuesta	<input checked="" type="checkbox"/> #922 <input checked="" type="checkbox"/> www.coosalud.com <input checked="" type="checkbox"/> defensorusuario@coosalud.com

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

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

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

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

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

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

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

<b>Elabora:</b> Directora Endomarketing y Experiencia	<b>Revisa:</b> Director de Procesos y Calidad	<b>Aprueba:</b> Presidente Ejecutivo	Pág. 28 de 35
--	--	---	---------------

	<b>EVALUACION DE CAPACITACIONES, INDUCCION Y REINDUCCION</b>	GTH-F-22
		Act. 09 2020.nov.06

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 *Rosil Candor Pacheco*  
 FIRMA FACILITADOR *[Firma]*

<b>Elabora:</b>	<b>Revisa:</b>	<b>Aprueba:</b>	Pág. 29 de 35
Directora Endomarketing y Experiencia	Director de Procesos y Calidad	Presidente Ejecutivo	

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

<b>MÓDULO:</b>	CAPACITACION
<b>ÁREA RESPONSABLE:</b>	EXPERIENCIA DEL USUARIO
<b>TEMA:</b>	Autocuidado y Calidad de Vida - Deberes-Derechos-Red-Canales de comunicación Coosalud
<b>NOMBRE:</b>	<i>Hector Julio Saenz</i>
<b>CARGO:</b>	USUARIO
<b>SUCURSAL / AGENCIA:</b>	BOYACA/MONQUIRA
<b>FACILITADOR:</b>	ANA REYES – VIVIANA SANCHEZ
<b>FECHA:</b>	27/10/2023
<b>CALIFICACIÓN:</b>	

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

PREGUNTAS	RESPUESTAS
1. ¿Contamos con atención preferencial en nuestras salas de atención?	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
2. ¿Actuar de buena fe frente al sistema de salud es un deber de los usuarios?	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
3. ¿Seleccione cuáles son canales de comunicación con Coosalud EPS? Selección de múltiple respuesta	<input checked="" type="checkbox"/> #922 <input checked="" type="checkbox"/> www.coosalud.com <input checked="" type="checkbox"/> defensorusuario@coosalud.com

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

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

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

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

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

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

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

<b>Elabora:</b>	<b>Revisa:</b>	<b>Aprueba:</b>	Pág. 30 de 35
Directora Endomarketing y Experiencia	Director de Procesos y Calidad	Presidente Ejecutivo	

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 Hector Jolito Saenz

FIRMA FACILITADOR [Firma]

<b>Elabora:</b> Directora Endomarketing y Experiencia	<b>Revisa:</b> Director de Procesos y Calidad	<b>Aprueba:</b> Presidente Ejecutivo	Pág. 31 de 35
--	--	---	---------------

**COOSALUD** EVALUACION DE CAPACITACIONES, INDUCCION Y REINDUCCION GTH-F-22 Act. 09 2020.nov.06

MÓDULO:	CAPACITACION
ÁREA RESPONSABLE:	EXPERIENCIA DEL USUARIO
TEMA:	Autocuidado y Calidad de Vida - Deberes-Derechos-Red-Canales de comunicación Coosalud
NOMBRE:	<i>Greysi Johandra Perera</i>
CARGO:	USUARIO
SUCURSAL / AGENCIA:	BOYACA/MONQUIRA
FACILITADOR:	ANA REYES – VIVIANA SANCHEZ
FECHA:	27/10/2023
CALIFICACIÓN:	

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

PREGUNTAS	RESPUESTAS
1. ¿Contamos con atención preferencial en nuestras salas de atención?	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
2. ¿Actuar de buena fe frente al sistema de salud es un deber de los usuarios?	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
3. ¿Seleccione cuáles son canales de comunicación con Coosalud EPS? Selección de múltiple respuesta	<input checked="" type="checkbox"/> #922 <input checked="" type="checkbox"/> www.coosalud.com <input checked="" type="checkbox"/> defensorusuario@coosalud.com

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

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

1                      2                      3                      4                      5

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

1                      2                      3                      4                      5

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

1                      2                      3                      4                      5

<b>Elabora:</b> Directora Endomarketing y Experiencia	<b>Revisa:</b> Director de Procesos y Calidad	<b>Aprueba:</b> Presidente Ejecutivo	Pág. 32 de 35
--	--	---	---------------

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

*Guisy Forero*

FIRMA FACILITADOR

*[Firma]*

**Elabora:**

Directora Endomarketing y Experiencia

**Revisa:**

Director de Procesos y Calidad

**Aprueba:**

Presidente Ejecutivo

Pág. 33 de 35

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

MÓDULO:	CAPACITACION
ÁREA RESPONSABLE:	EXPERIENCIA DEL USUARIO
TEMA:	Autocuidado y Calidad de Vida - Deberes-Derechos-Red-Canales de comunicación Coosalud
NOMBRE:	<i>Doly Garcia</i>
CARGO:	USUARIO
SUCURSAL / AGENCIA:	BOYACA/MONQUIRA
FACILITADOR:	ANA REYES – VIVIANA SANCHEZ
FECHA:	27/10/2023
CALIFICACIÓN:	

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

PREGUNTAS	RESPUESTAS
1. ¿Contamos con atención preferencial en nuestras salas de atención?	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
2. ¿Actuar de buena fe frente al sistema de salud es un deber de los usuarios?	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
3. ¿Seleccione cuáles son canales de comunicación con Coosalud EPS? Selección de múltiple respuesta	<input checked="" type="checkbox"/> #922 <input checked="" type="checkbox"/> www.coosalud.com <input checked="" type="checkbox"/> defensorusuario@coosalud.com

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

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

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

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

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

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

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

<b>Elabora:</b> Directora Endomarketing y Experiencia	<b>Revisa:</b> Director de Procesos y Calidad	<b>Aprueba:</b> Presidente Ejecutivo	Pág. 34 de 35
--	--	---	---------------



**EVALUACION DE CAPACITACIONES, INDUCCION Y REINDUCCION**

GTH-F-22  
Act. 09  
2020.nov.06

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

*Dolly Garza*

FIRMA FACILITADOR

*[Firma]*

<b>Elabora:</b>	<b>Revisa:</b>	<b>Aprueba:</b>	Pág. 35 de 35
Directora Endomarketing y Experiencia	Director de Procesos y Calidad	Presidente Ejecutivo	