

CONVOCATORIA No 2

**ASOCIACIÓN DE USUARIOS DEL MUNICIPIO DE SAMACA
DEL DEPARTAMENTO DE BOYACA**

Para: USUARIOS DE SAMACA
De: COOSALUD EPS
Motivo: INVITACION DE SECCION ORDINARIA REUNION MES DE FEBRERO 2023

Reciba un cordial saludo.

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

Lugar: Oficina de atención al usuario Samacá
Fecha: 27 de febrero 2023
Hora: 7am a 10:00 am

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

Atentamente,

IVAN ZAMBRANO GUARIN
GESTOR MUNICIPAL DE SAMACA BOYACA

Elabora:	Revisa:	Aprueba:	Pág. 1 de 18
Directora Endomarketing y Experiencia	Director de Procesos y Calidad	Presidente Ejecutivo	

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

FECHA : 24/02/2023
LUGAR : Oficina de COOSALUD EPS-S
HORA : 11:30 A.M.
ASISTENTES : (Se anexa firma de los asistentes).
OBJETIVO : Reunión educativa.

Agenda programada para el día:

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

DESARROLLO DE LA SESIÓN DE CAPACITACIÓN

1. El Auxiliar de atención al usuario Ivan Zambrano , da la bienvenida a los asistentes, le agradece la asistencia a la reunión y da a conocer el objetivo de la capacitación.

1.1. TEMAS DEL MES.

CUOTAS MODERADORA Y COPAGOS

Copagos régimen subsidiado 2023

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

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

Cuotas moderadoras y copagos régimen contributivo 2023

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

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

*Subido Mínimo Legal Mensual Vigente (SMLMV)

Categoría	Ingreso base SMLMV	% por evento	Valor máximo por evento	Valor máximo por usuario/año
1	Menor a 2 SMLMV*	33,00%	\$304.681	\$ 816.227
2	Entre 2 y 3 SMLMV*	32,00%	\$ 3.200.000	\$ 2.400.000
3	Mayor a 3 SMLMV*	23,00%	\$ 2.400.000	\$ 4.891.618

*Subido Mínimo Legal Mensual Vigente (SMLMV)

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

Elabora:	Revisa:	Aprueba:	Pág. 2 de 18
Directora Endomarketing y Experiencia	Director de Procesos y Calidad	Presidente Ejecutivo	

PROGRAMAS DE RIESGO

CICLOS DE VIDA

USUARIO	Primera Infancia (0-5 años)	Planificación familiar Vacunación Atención gestantes y desarrollo Atención al joven Atención del adulto Citologías Mamografías	IDENTIFICACION DE RIESGO
	Infancia (6 - 11 años)		
	Adolescencia (12 - 18 años)		
	Juventud (14 - 26 años)		
	Adultez (27- 59 años)		
Persona Mayor (60 años o más)			



GRUPOS DE RIESGO



PROGRAMAS DE RIESGO

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







DERECHOS

Protección a la dignidad humana

DERECHOS

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

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

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

COOSALUD

Protección a la dignidad humana

DERECHOS

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

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

COOSALUD

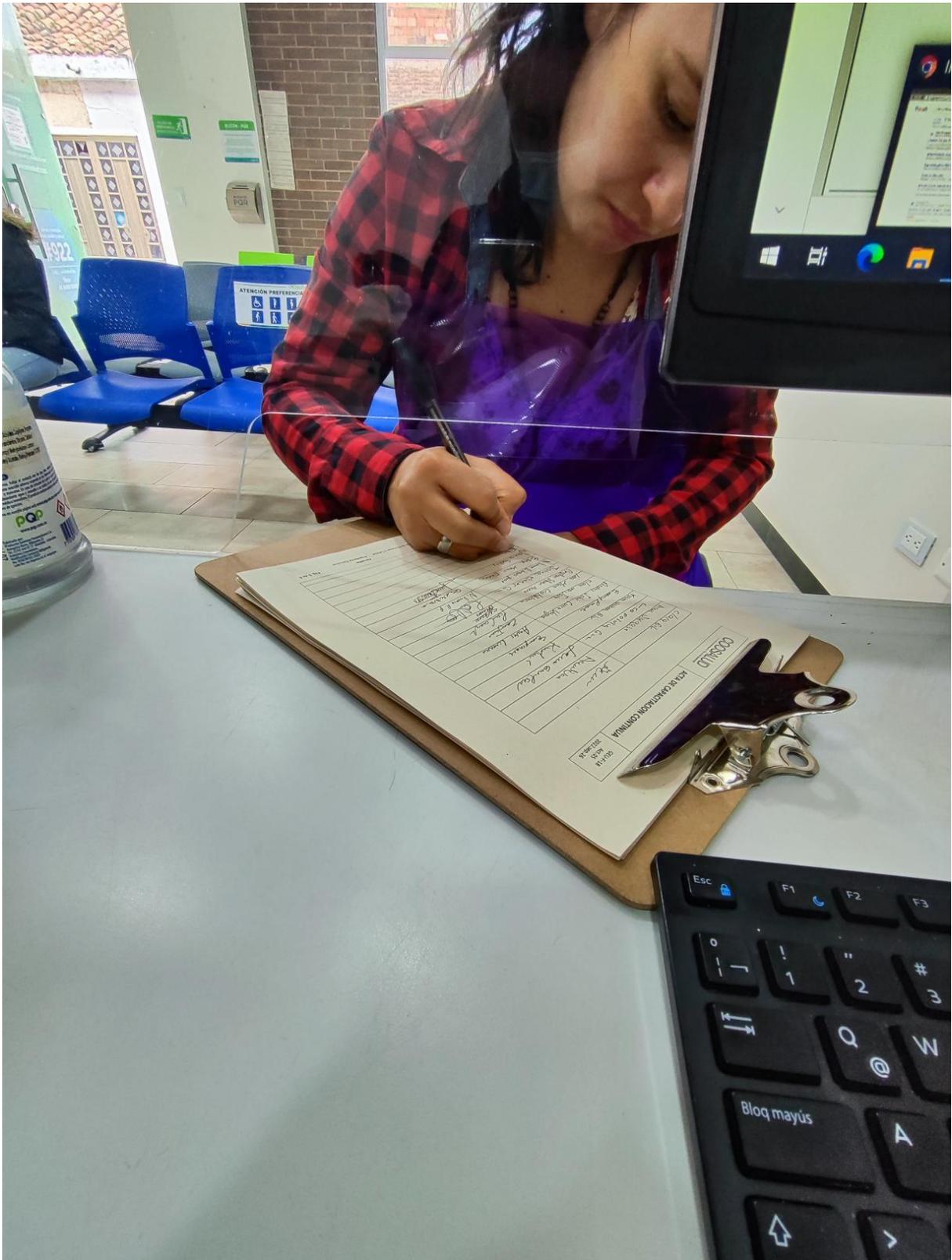
Se presenta la RED DE PRESTADORES y posteriormente CANALES DE COMUNICACIÓN de Coosalud EPS.

Elabora:	Revisa:	Aprueba:	Pág. 3 de 18
Directora Endomarketing y Experiencia	Director de Procesos y Calidad	Presidente Ejecutivo	

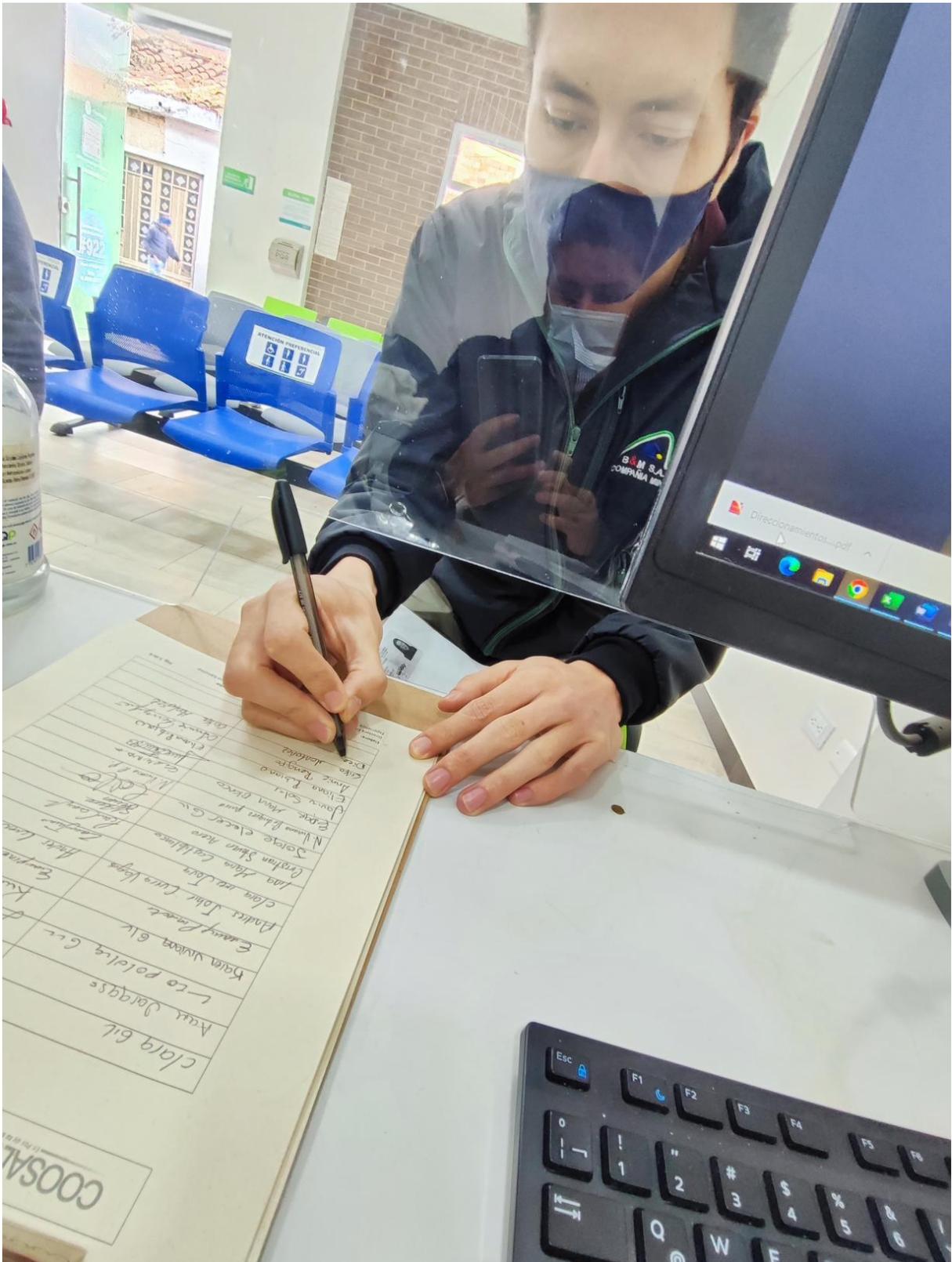


2. Procedemos a realizar la entrega y posterior elaboración del formato de evaluación de la capacitación. Se anexan copias.

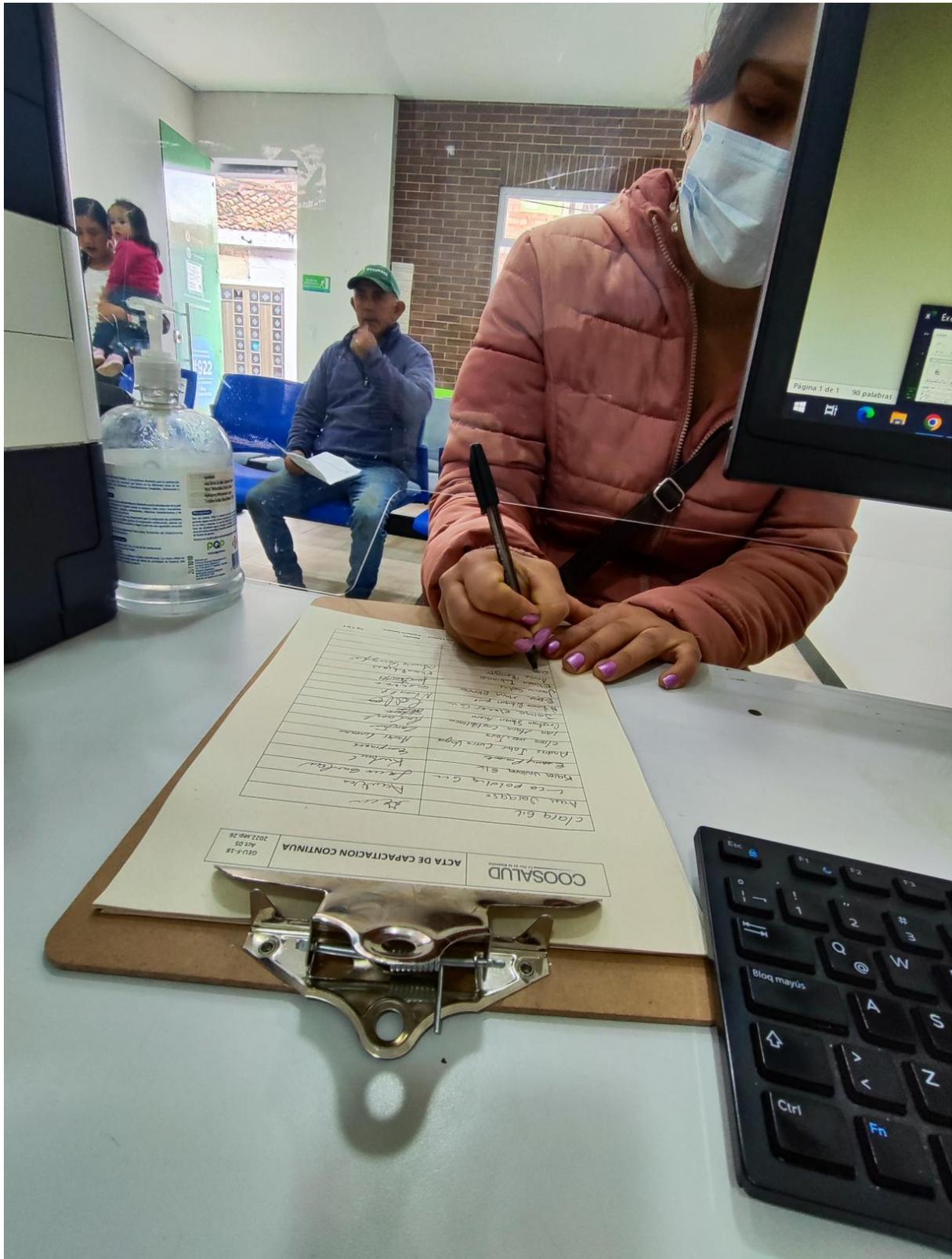
Elabora:	Revisa:	Aprueba:	Pág. 4 de 18
Directora Endomarketing y Experiencia	Director de Procesos y Calidad	Presidente Ejecutivo	



Elabora:	Revisa:	Aprueba:	Pág. 5 de 18
Directora Endomarketing y Experiencia	Director de Procesos y Calidad	Presidente Ejecutivo	



Elabora: Directora Endomarketing y Experiencia	Revisa: Director de Procesos y Calidad	Aprueba: Presidente Ejecutivo	Pág. 6 de 18



Elabora:

Directora Endomarketing y Experiencia

Revisa:

Director de Procesos y Calidad

Aprueba:

Presidente Ejecutivo

Pág. 7 de 18



Elabora:
Directora Endomarketing y Experiencia

Revisa:
Director de Procesos y Calidad

Aprueba:
Presidente Ejecutivo

Pág. 8 de 18

MÓDULO:	CAPACITACION ASODEUS
ÁREA RESPONSABLE:	EXPERIENCIA DEL USUARIO
TEMA:	Covid -Vacunación-Derechos-Red-Canales de comunicación Coosalud
NOMBRE:	Karen Viviana Gil
CARGO:	USUARIO
SUCURSAL / AGENCIA:	BOYACA SAMACA
FACILITADOR:	IVAN ZAMBRANO
FECHA:	23/02/2023
CALIFICACIÓN:	

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

PREGUNTAS	RESPUESTAS
1. ¿Pueden vacunarse contra el Covid en el 2023?	X NO
2. ¿Señale con una X cuándo se va a colocar la vacuna hay que llevar el carnet de vacunación?	X NO
3. ¿Señale con una X cuáles son canales de comunicación en coosalud? Selección de múltiple respuesta	<input checked="" type="checkbox"/> #922 <input checked="" type="checkbox"/> Línea Fija <input checked="" type="checkbox"/> Correo defensorusuario@coosalud.com

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

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

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

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

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

Elabora: Directora Endomarketing y Experiencia	Revisa: Director de Procesos y Calidad	Aprueba: Presidente Ejecutivo	Pág. 9 de 18

COOSALUD <small>En Pos de tu bienestar</small>	EVALUACION DE CAPACITACIONES, INDUCCION Y REINDUCCION	GTH-F-22 Act. 09 2020.nov.05
--	--	------------------------------------

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

1 2 3 4 5

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

1 2 3 4 5

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

1 2 3 4 5

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

1 2 3 4 5

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

1 2 3 4 5

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

1 2 3 4 5

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

1 2 3 4 5

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

FIRMA ASISTENTE Karen G.L

FIRMA FACILITADOR Ruifort

Elabora: Directora Endomarketing y Experiencia	Revisa: Director de Procesos y Calidad	Aprueba: Presidente Ejecutivo	Pág. 10 de 18
--	--	---	---------------

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

MÓDULO:	CAPACITACION ASODEUS
ÁREA RESPONSABLE:	EXPERIENCIA DEL USUARIO
TEMA:	Covid -Vacunación-Derechos-Red-Canales de comunicación Coosalud
NOMBRE:	Flor elisa Betancuoth
CARGO:	USUARIO
SUCURSAL / AGENCIA:	BOYACA SAMACA
FACILITADOR:	IVAN ZAMBRANO
FECHA:	23/02/2023
CALIFICACIÓN:	

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

PREGUNTAS	RESPUESTAS
1. ¿Pueden vacunarse contra el Covid en el 2023?	<input checked="" type="checkbox"/> SI NO
2. ¿Señale con una X cuándo se va a colocar la vacuna hay que llevar el carnet de vacunación?	<input checked="" type="checkbox"/> SI NO
3. ¿Señale con una X cuáles son canales de comunicación en coosalud? Selección de múltiple respuesta	<input checked="" type="checkbox"/> #922 <input checked="" type="checkbox"/> Línea Fija <input checked="" type="checkbox"/> Correo defensorusuario@coosalud.com

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

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

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

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

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

Elabora: Directora Endomarketing y Experiencia	Revisa: Director de Procesos y Calidad	Aprueba: Presidente Ejecutivo	Pág. 11 de 18
--	--	---	---------------

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

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

1 2 3 4 5

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

1 2 3 4 5

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

1 2 3 4 5

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

1 2 3 4 5

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

1 2 3 4 5

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

1 2 3 4 5

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

1 2 3 4 5

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

Ninguna

FIRMA ASISTENTE Flor Betancur

FIRMA FACILITADOR [Firma]

Elabora: Directora Endomarketing y Experiencia	Revisa: Director de Procesos y Calidad	Aprueba: Presidente Ejecutivo	Pág. 12 de 18
--	--	---	---------------

COOSALUD <small>Comunicación en Pos de la Salud</small>		EVALUACION DE CAPACITACIONES, INDUCCION Y REINDUCCION	074-F-27 Act. 05 2020.nov.06
MÓDULO:	CAPACITACION ASODEUS		
AREA RESPONSABLE:	EXPERIENCIA DEL USUARIO		
TEMA:	Covid -Vacunación-Derechos-Red-Canales de comunicación Coosalud		
NOMBRE:	JUAN OSWALDO VARELA		
CARGO:	USUARIO		
SUCURSAL / AGENCIA:	BOYACA SAMACA		
FACILITADOR:	IVAN ZAMBRANO		
FECHA:	23/09/2023		
CAUIFICACIÓN:			

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

PREGUNTAS	RESPUESTAS
1. ¿Pueden vacunarse contra el Covid en el 2023?	<input checked="" type="checkbox"/> NO
2. ¿Señale con una X cuándo se va a colocar la vacuna hay que llevar el carnet de vacunación?	<input checked="" type="checkbox"/> NO
3. ¿Señale con una X cuáles son canales de comunicación en coosalud? Selección de múltiple respuesta	<input checked="" type="checkbox"/> 9922 <input checked="" type="checkbox"/> Línea Fija <input checked="" type="checkbox"/> Correo definidorusuario@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

Elabora: Directora Endomarketing y Experiencia	Revisa: Director de Procesos y Calidad	Aprueba: Presidente Ejecutivo	Pág. 13 de 18
--	--	---	---------------

COOSALUD <small>En Pos de tu bienestar</small>	EVALUACION DE CAPACITACIONES, INDUCCION Y REINDUCCION	076-F-22 Act.05 2022.Ago.26
--	--	-----------------------------------

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

1 2 3 4 5

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

1 2 3 4 5

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

1 2 3 4 5

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

1 2 3 4 5

7. **CALIDAD DE LAS AYUDAS AUDIOVISUALES.** Las ayudas audiovisuales (diapositivas, cartelera, videos, etc.) utilizadas por el facilitador fueron (1: Pésimos, 2: Malas, 3: Regulares, 4: Buenos, 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 _____

Elabora: Directora Endomarketing y Experiencia	Revisa: Director de Procesos y Calidad	Aprueba: Presidente Ejecutivo	Pág. 14 de 18
--	--	---	---------------

COOSALUD		EVALUACION DE CAPACITACIONES, INDUCCION Y REINDUCCION	0TH-F-22 Act. 05 2020.rev.06
MÓDULO:	CAPACITACION ASODELIS		
ÁREA RESPONSABLE:	EXPERIENCIA DEL USUARIO		
TEMA:	Covid -Vacunación-Derechos-Red-Canales de comunicación Coosalud		
NOMBRE:	U2 MARY SILEY		
CARGO:	USUARIO		
SUCURSAL / AGENCIA:	BOYACA SAMACA		
FACILITADOR:	IVAN ZAMBRANO		
FECHA:	23/02/2023		
CALIFICACIÓN:			

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

PREGUNTAS	RESPUESTAS
1. ¿Pueden vacunarse contra el Covid en el 2023?	<input checked="" type="checkbox"/> NO
2. ¿Señale con una X cuándo se va a colocar la vacuna hay que llevar el carnet de vacunación?	<input checked="" type="checkbox"/> NO
3. ¿Señale con una X cuáles son canales de comunicación en coosalud? Selección de múltiple respuesta	<input checked="" type="checkbox"/> #622 <input checked="" type="checkbox"/> Línea fija <input checked="" type="checkbox"/> Correo de contacto: usuario@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

Elabora: Directora Endomarketing y Experiencia	Revisa: Director de Procesos y Calidad	Aprueba: Presidente Ejecutivo	Pág. 15 de 18
--	--	---	---------------

 En Pos de tu bienestar	EVALUACION DE CAPACITACIONES, INDUCCION Y REINDUCCION	01/F-01 Act. 05 2022.nov.06
---	--	-----------------------------------

3. **GRADO DE MOTIVACION DEL FACILITADOR.** El nivel de participaci3n y de motivaci3n ofrecido por el facilitador fue (1: Muy bajo, 2: Bajo, 3: Regular, 4: Alto, 5: Muy alto):

1 2 3 4 5

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

1 2 3 4 5

5. **NIVEL DE ASIMILACION Y COMPROMISO PERSONAL CON LOS TEMAS TRATADOS.** Eval3nese a usted mismo en el grado de motivaci3n e inter3s personal para atender y seguir la capacitaci3n y sus actividades (1: No estuve atento, no capt3 mi inter3s, 2: Estaba interesado, pero me distraje f3cilmente, 3: Solo me concentr3 por momentos, 4: Estuve atento todo el tiempo, pero no me anim3 a participar, 5: Estuve atento todo el tiempo, particip3 activamente):

1 2 3 4 5

6. **CALIDAD DEL MATERIAL ENTREGADO.** El material que le fue entregado como apoyo a la capacitaci3n fue (1: De muy pobre contenido, 2: Malo, no se entendi nada, 3: Regular, pudo ser mejor, 4: Bueno, ayud3 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: P3simas, 2: Malas, 3: Regulares, 4: Buenas, 5: Excelentes):

1 2 3 4 5

8. **INFRAESTRUCTURA Y COMODIDAD DEL LUGAR DE CAPACITACION.** El sitio elegido para adelantar la capacitaci3n fue (1: P3simo, 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 PR3XIMAS ACTIVIDADES DE CAPACITACION:**

ninguna

FIRMA ASISTENTE [Firma]

FIRMA FACILITADOR [Firma]

Elabora:	Revisa:	Aprueba:	P3g. 16 de 18
Directora Endomarketing y Experiencia	Director de Procesos y Calidad	Presidente Ejecutivo	

COOSALUD <small>En Pos de tu bienestar</small>	ACTA DE CAPACITACION CONTINUA	GEU-F-18 Act.05 2022.sep.26
--	--------------------------------------	-----------------------------------

clara Gil	<i>[Signature]</i>
Aure Jaraque	Aurelia
Lico poldier Gu	Jairo Gonzalez
Karen Viviana Gil	Kristian
Emmy Pinat	Emmy Pinat
Andres John Cuira Vargas	Andres Cuira
clara mar Jara	Zamora
ina Maria Castiblanco	Paula
Christian Steven Acero	<i>[Signature]</i>
Jorge elcer Gu	<i>[Signature]</i>
N. Viviana Rodriguez parra	N. Viviana R. P.
Edgar Mann Blanco	Edgar
Javier Solis	<i>[Signature]</i>
Eliana Rubiano	Eliana Rubiano
Annie Rengifo	Annie Rengifo
Crika Montañez	Crika Montañez
Diego Benavides	Diego Benavides

Elabora: Directora Endomarketing y Experiencia	Revisa: Director de Procesos y Calidad	Aprueba: Presidente Ejecutivo	Pág. 5 de 6
--	--	---	-------------

Elabora: Directora Endomarketing y Experiencia	Revisa: Director de Procesos y Calidad	Aprueba: Presidente Ejecutivo	Pág. 17 de 18
--	--	---	---------------

COOSALUD
En Pos de tu bienestar

LISTADO DE ASISTENCIA

07H-6:25
Act. 05
2022 sep 26

INDUCCION ENTRENAMIENTO ALIZACIÓN DE DOCUMENTOS AL VÍDEO

FECHA: _____ TEMAS INCLUIDOS: COPAPOS 2023

CAPACITADOR(ES): NAY ZAMBRANO LUGAR: OFICINA DE ATENCIÓN AL USUARIO SAMACA

TIPO DE CAPACITADOR: INTERNO EXTERNO ALEXANDRA ALFONSO

FECHA	ASISTENTE	OCCUPACION	MUNICIPIO	HORA DE INICIO:	HORA FINAL:
01/02/23	Clara Gil Gil	Ama de casa	Samaca		
03/02/23	Marta Vargas	Mother Vologes	Samaci		
03/02/23	Leopoldina Gil	Ama de casa	Samacá		
06/02/23	Karla Wilson Gil	Estudiante	Samaci		
09/02/23	Sindy Pereda	Auxiliar de Asa	Samacia		
10/02/23	Andrés John Correa Vargas	Conductor	Samaci		
10/02/23	Clara Innes Jorj	Ama de casa	Samaca		
15/02/23	María Karla Cast. Blanco	Ama de casa	Samaca		
15/02/23	Melissa Lizeth Buitrago	Estudiante	Samaca		
17/02/23	Elizabeth Del'	Mujer	Samaca		
17/02/23	Fredy Delvander	Ama de casa	Samaca		
20/02/23	Andrés Felipe García	Subdirector	Samaca		
20/02/23	MARIA GONITH TORRES	Ama de casa	Samaca		
24/02/23	CARLOS AFORD TORRES	Estudiante	Samaca		

FIRMA DEL CAPACITADOR: *Alexandra Alfonso*

Se le tiene el presente documento por muestra de haber leído, entendido y aceptado el contenido que a efectos de COOSALUD para facilitar el desarrollo de los cursos, con la finalidad de servir en control de asistencia a efectos de organización. Declara que ha sido informado de los derechos de asistencia, inclusión y movilidad que le corresponden y que no tiene ninguna objeción o impedimento de asistencia a los cursos de capacitación o formación de la institución. Declara que ha leído y entendido el contenido del presente documento y que no tiene ninguna objeción o impedimento de asistencia a los cursos de capacitación o formación de la institución. Declara que ha leído y entendido el contenido del presente documento y que no tiene ninguna objeción o impedimento de asistencia a los cursos de capacitación o formación de la institución.

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