

**ACTA DE CAPACITACION CONTINUA
COOSALUD EPS-S
MUNICIPIO DE SAN PABLO DE BORBUR**

FECHA : 25/08/2023
LUGAR : Oficina de COOSALUD EPS-S
HORA : 11:30 A.M.
ASISTENTES : 5 (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 YULIETH KATHERINE GALINDO GONZALEZ, da la bienvenida a los asistentes, le agradece la asistencia a la reunión y da a conocer el objetivo de la capacitación.

1.1. TEMAS DEL MES.

Portabilidad

PORTABILIDAD
COOSALUD

¿Qué es?

La portabilidad es la garantía que se da a los ciudadanos para acceder a los servicios de salud sin trámites excesivos e innecesarios, en cualquier parte del territorio nacional, cuando el afiliado y/o su núcleo familiar se van a vivir temporalmente a un municipio diferente a aquel en donde se afiliaron a la EPS o donde habitualmente reciben los servicios de salud.

¿Qué es la emigración ocasional?

Es cuando el afiliado y/o su núcleo familiar se trasladan temporalmente del municipio donde realizaron la afiliación a la EPS o donde habitualmente reciben los servicios de salud, por un período no mayor de un (1) mes.

¿Qué es la emigración temporal?

Es cuando el afiliado y/o su núcleo familiar se trasladan temporalmente del municipio donde realizaron la afiliación a la EPS o donde habitualmente reciben los servicios de salud, por un período superior a un (1) mes e inferior a doce (12) meses.

Elabora:	Revisa:	Aprueba:	Pág. 1 de 14
Directora Endomarketing y Experiencia	Director de Procesos y Calidad	Presidente Ejecutivo	

¿Cómo puedo solicitar mi derecho a la portabilidad?

COOSALUD

Un afiliado podrá solicitar ante su EPS mediante la línea telefónica de atención al usuario, por escrito, por correo electrónico exclusivo para trámites de portabilidad, personalmente o a través de cualquier otro medio disponible, la asignación de una IPS primaria en un municipio diferente al domicilio de afiliación. En ningún caso la EPS podrá exigir la presentación personal del afiliado para el trámite de portabilidad.



COOSALUD

Deber

Deber

COOSALUD

Brindar la información requerida para la atención médica



COOSALUD

Derechos de los pacientes: A la confidencialidad

DERECHOS

COOSALUD

A la confidencialidad

- A que la historia clínica sea tratada de manera confidencial y reservada y que únicamente pueda ser conocida por terceros, previa autorización del paciente o en los casos previstos en la ley.
- A que, en caso de ser adolescentes, esto es, personas entre 12 y 18 años, deba reconocérseles el derecho frente a la reserva y confidencialidad de su historia clínica en el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos.
- Recibir o rehusar apoyo espiritual o moral cualquiera sea el culto religioso que profese o si no profesa culto alguno

COOSALUD

Elabora: Directora Endomarketing y Experiencia	Revisa: Director de Procesos y Calidad	Aprueba: Presidente Ejecutivo	Pág. 2 de 14

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



Redes Sociales

www.coosalud.com

- @coosalud
- Coosalud eps
- @coosaludeps

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

Elabora:	Revisa:	Aprueba:	Pág. 3 de 14
Directora Endomarketing y Experiencia	Director de Procesos y Calidad	Presidente Ejecutivo	

COOSALUD En Pos de tu bienestar		LISTADO DE ASISTENCIA		GTH-F-25 Act. 06 2020.nov.06	
CAPACITACION <input type="checkbox"/>		INDUCCION <input type="checkbox"/>		ENTRENAMIENTO <input type="checkbox"/>	
		SOCIALIZACIÓN DE DOCUMENTOS <input type="checkbox"/>		ACTIVIDAD <input type="checkbox"/>	
FECHA: 25-Agosto		LUGAR: Oficina COOSALUD San Pablo de Borbor			
TEMAS INCLUIDOS: Portabilidad derechos y deberes					
CAPACITADOR(ES): Yulieth Katherine Galindo Gonzalez					
TIPO DE CAPACITADOR:		INTERNO <input checked="" type="checkbox"/>		EXTERNO <input type="checkbox"/>	
		HORA DE INICIO: 8: Am		HORA FINAL: 3: Pm.	
ASISTENTE	CARGO	SUCURSAL	FIRMA		
Ysabeline Perras Perras	USUARIO	BOYACA	<i>[Firma]</i>		
Yonza Uhego Gonzalez	USUARIO	BOYACA	<i>[Firma]</i>		
Yaneth Luis Hurtado	USUARIO	BOYACA	<i>[Firma]</i>		
Andrea Paola Moreno	USUARIO	BOYACA	<i>[Firma]</i>		
Luz Danyel Pinzón	USUARIO	BOYACA	<i>[Firma]</i>		
Maria E Bernal R.	USUARIO	BOYACA	<i>[Firma]</i>		
	USUARIO	BOYACA			
	USUARIO	BOYACA			
	USUARIO	BOYACA			
	USUARIO	BOYACA			
	USUARIO	BOYACA			
	USUARIO	BOYACA			
	USUARIO	BOYACA			
	USUARIO	BOYACA			
	USUARIO	BOYACA			
	USUARIO	BOYACA			

YULIETH KATHERINE GALINDO
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, disponible 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.

Elabora:	Revisa:	Aprueba:	Pág. 4 de 14
Directora Endomarketing y Experiencia	Director de Procesos y Calidad	Presidente Ejecutivo	

COOSALUD En Pos de tu bienestar		EVALUACION DE CAPACITACIONES, INDUCCION Y REINDUCCION	GEU-F-22 Act. 05 2020.nov.08
MÓDULO:	CAPACITACIÓN		
ÁREA RESPONSABLE:	EXPERIENCIA DEL USUARIO		
TEMA:	Portabilidad-Deberes-Derechos-Red-Canales de comunicación Coosalud		
NOMBRE:	Wilson Real		
CARGO:	USUARIO		
SUCURSAL / AGENCIA:	BOYACA SAN PABLO DE BOBURI		
FACILITADOR:	YULIETH KATHERINE GALINDO GONZALEZ		
FECHA:	25/08/2023		
CALIFICACIÓN:	3/3		

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	<input checked="" type="checkbox"/> Personalmente <input checked="" type="checkbox"/> Pág Web www.coosalud.com <input checked="" type="checkbox"/> Correo electrónico <input checked="" type="checkbox"/> Ocasional
2. ¿Cuáles son las emigraciones de la portabilidad? Selección de múltiple respuesta	<input type="checkbox"/> Temporal <input type="checkbox"/> Ninguna de las anteriores
1. ¿Brindar información adecuada es un deber de Coosalud?	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

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

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

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

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

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]:

Elabora: Directora Endomarketing y Experiencia	Revisa: Director de Procesos y Calidad	Aprueba: Presidente Ejecutivo	Pág. 5 de 14
----------------------------------------------------------	--------------------------------------------------	-----------------------------------------	--------------

COOSALUD En Pos de tu bienestar		EVALUACION DE CAPACITACIONES, INDUCCION Y REINDUCCION			GEU-F-18 Act.05 2022.sep.26
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:					
<hr/> <hr/> <hr/>					
FIRMA ASISTENTE <i>[Firma manuscrita]</i>					
FIRMA FACILITADOR YULIETH KATHERINE GALINDO					

Elabora: Directora Endomarketing y Experiencia	Revisa: Director de Procesos y Calidad	Aprueba: Presidente Ejecutivo	Pág. 6 de 14
----------------------------------------------------------	--------------------------------------------------	-----------------------------------------	--------------

COOSALUD <small>El Pos de tu bienestar</small>		EVALUACION DE CAPACITACIONES, INDUCCION Y REINDUCCION	BTH-F-22 Act. 05 2020-nov-06
MÓDULO:	CAPACITACION		
ÁREA RESPONSABLE:	EXPERIENCIA DEL USUARIO		
TEMA:	Portabilidad-Deberes-Derechos-Red-Canales de comunicación Coosalud		
NOMBRE:	Dna. Leydy Pardo		
CARGO:	USUARIO		
SUCURSAL / AGENCIA:	BOYACA SAN PABLO DE BORBUR		
FACILITADOR:	YULIETH KATHERINE GALINDO GONZALEZ		
FECHA:	25/08/2023		
CALIFICACIÓN:	3/3		

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	<input checked="" type="checkbox"/> Personalmente <input checked="" type="checkbox"/> Pág Web www.coosalud.com <input checked="" type="checkbox"/> Correo electrónico
2. ¿Cuáles son las emigraciones de la portabilidad? Selección de múltiple respuesta	<input checked="" type="checkbox"/> Ocasional <input checked="" type="checkbox"/> Temporal <input type="checkbox"/> Ninguna de las anteriores
1. ¿Brindar información adecuada es un deber de Coosalud?	<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO

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

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

1 2 3 4 5

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

1 2 3 4 5

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):

Elabora: Directora Endomarketing y Experiencia	Revisa: Director de Procesos y Calidad	Aprueba: Presidente Ejecutivo	Pág. 7 de 14

COOSALUD <small>La Cita de la Atención</small>	EVALUACION DE CAPACITACIONES, INDUCCION Y REINDUCCION	GTH-F-33 Act. 00 2022-rev.05
----------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------	------------------------------------

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: Confusas, 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 (dispositivas, 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 *ana delgado*

FIRMA FACILITADOR YULIETH KATHERINE GALINDO

Elabora: Directora Endomarketing y Experiencia	Revisa: Director de Procesos y Calidad	Aprueba: Presidente Ejecutivo	Pág. 8 de 14

COOSALUD <small>En Pos de tu bienestar</small>		EVALUACION DE CAPACITACIONES, INDUCCION Y REINDUCCION	07H-F-22 Act. 05 2022.sep.08
MÓDULO:	CAPACITACION		
ÁREA RESPONSABLE:	EXPERIENCIA DEL USUARIO		
TEMA:	Portabilidad-Deberes-Derechos-Red-Canales de comunicación Coosalud		
NOMBRE:	Luz Herminia Murcia		
CARGO:	USUARIO		
SUCURSAL / AGENCIA:	BOYACA SAN PABLO DE BORBUR		
FACILITADOR:	YULIETH KATHERINE GALINDO GONZALEZ		
FECHA:	25/08/2023		
CALIFICACIÓN:	373		

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	<input checked="" type="checkbox"/> Personalmente <input checked="" type="checkbox"/> Pág Web www.coosalud.com <input checked="" type="checkbox"/> Correo electrónico
2. ¿Cuáles son las emigraciones de la portabilidad? Selección de múltiple respuesta	<input checked="" type="checkbox"/> Ocasional <input checked="" type="checkbox"/> Temporal <input type="checkbox"/> Ninguna de las anteriores
1. ¿Brindar información adecuada es un deber de Coosalud?	<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO

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

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

1 2 3 4 5

2. **METODOLOGÍA 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):

Elabora: Directora Endomarketing y Experiencia	Revisa: Director de Procesos y Calidad	Aprueba: Presidente Ejecutivo	Pág. 9 de 14
----------------------------------------------------------	--------------------------------------------------	-----------------------------------------	--------------

COOSALUD <small>En Pos de tu bienestar</small>	EVALUACION DE CAPACITACIONES, INDUCCION Y REINDUCCION	GEU-F-22 Act.05 2020.nov.06
----------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------	-----------------------------------

1 2 3 4

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. **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

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

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

1 2 3 4

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

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

1 2 3 5

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

FIRMA ASISTENTE Luzherminda

FIRMA FACILITADOR, YULIETH KATHERINE GALINDO

Elabora: Directora Endomarketing y Experiencia	Revisa: Director de Procesos y Calidad	Aprueba: Presidente Ejecutivo	Pág. 10 de 14
----------------------------------------------------------	--------------------------------------------------	-----------------------------------------	---------------

COOSALUD <small>En Pos de tu bienestar</small>		EVALUACION DE CAPACITACIONES, INDUCCION Y REINDUCCION	GTH-F-18 Act.05 2022.rev.06
MÓDULO:	CAPACITACION		
ÁREA RESPONSABLE:	EXPERIENCIA DEL USUARIO		
TEMA:	Portabilidad-Deberes-Derechos-Red-Canales de comunicación Coosalud		
NOMBRE:	Flor Sanchez Aguilar		
CARGO:	USUARIO		
SUCURSAL / AGENCIA:	BOYACA SAN PABLO DE BORBUR		
FACILITADOR:	YUJETH KATHERINE GALINDO GONZALEZ		
FECHA:	25/08/2023		
CALIFICACIÓN:	3/3		

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	<input checked="" type="checkbox"/> Personalmente <input checked="" type="checkbox"/> Pág Web www.coosalud.com <input checked="" type="checkbox"/> Correo electrónico
2. ¿Cuáles son las emigraciones de la portabilidad? Selección de múltiple respuesta	<input checked="" type="checkbox"/> Ocasional <input checked="" type="checkbox"/> Temporal <input type="checkbox"/> Ninguna de las anteriores
1. ¿Brindar información adecuada es un deber de Coosalud?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

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

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

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

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
			<input checked="" type="checkbox"/>	

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):

Elabora: Directora Endomarketing y Experiencia	Revisa: Director de Procesos y Calidad	Aprueba: Presidente Ejecutivo	Pág. 11 de 14
----------------------------------------------------------	--------------------------------------------------	-----------------------------------------	---------------

COOSALUD En Pos de tu bienestar		EVALUACION DE CAPACITACIONES, INDUCCION Y REINDUCCION			07H-F-22 Act.05 2022.sep.26
1	2	3	<input checked="" type="checkbox"/>	5	
4. CLARIDAD DE LA EXPOSICIÓN. Respecto al lenguaje utilizado y el orden dado al curso, usted considera que fueron en general (1: Pobres, 2: Confusos, 3: Mediocres, 4: Buenos, 5: Excelentes):					
1	2	3	<input checked="" type="checkbox"/>	5	
5. NIVEL DE ASIMILACION Y COMPROMISO PERSONAL CON LOS TEMAS TRATADOS. Evolúese 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	<input checked="" type="checkbox"/>	5	
6. CALIDAD DEL MATERIAL ENTREGADO. El material que le fue entregado como apoyo a la capacitación fue (1: De muy pobre contenido, 2: Malo, no se entendió nada, 3: Regular, pudo ser mejor; 4: Bueno, ayudó mucho; 5: Excelente, no pudo ser mejor):					
1	2	3	<input checked="" type="checkbox"/>	5	
7. CALIDAD DE LAS AYUDAS AUDIOVISUALES. Las ayudas audiovisuales (diapositivas, carteleras, videos, etc.) utilizadas por el facilitador fueron (1: Pésimas, 2: Malas, 3: Regulares, 4: Buenas, 5: Excelentes):					
1	2	3	<input checked="" type="checkbox"/>	5	
8. INFRAESTRUCTURA Y COMODIDAD DEL LUGAR DE CAPACITACIÓN. El sitio elegido para adelantar la capacitación fue (1: Pésimo, 2: Malo, 3: Regular, 4: Bueno, 5: Excelente):					
1	2	3	<input checked="" type="checkbox"/>	5	
9. CUMPLIMIENTO DEL HORARIO Y DEL PROGRAMA.					
1	2	3	<input checked="" type="checkbox"/>	5	
10. SUGERENCIAS Y COMENTARIOS PARA EL MEJORAMIENTO DE LAS PRÓXIMAS ACTIVIDADES DE CAPACITACIÓN:					
<hr/> <hr/> <hr/>					
FIRMA ASISTENTE		<i>Alex Kovelber</i>			
FIRMA FACILITADOR YULIETH KATHERINE GALINDO					

Elabora: Directora Endomarketing y Experiencia	Revisa: Director de Procesos y Calidad	Aprueba: Presidente Ejecutivo	Pág. 12 de 14
----------------------------------------------------------	--------------------------------------------------	-----------------------------------------	---------------

COOSALUD En Pos de tu bienestar		EVALUACION DE CAPACITACIONES, INDUCCION Y REINDUCCION	GTH-F-22 Act. 05 2020.nov.06
MÓDULO:	CAPACITACION		
ÁREA RESPONSABLE:	EXPERIENCIA DEL USUARIO		
TEMA:	Portabilidad-Deberes-Derechos-Red-Canales de comunicación Coosalud		
NOMBRE:	Alexandro Castro		
CARGO:	USUARIO		
SUCURSAL / AGENCIA:	BOYACA SAN PABLO DE BORBUR		
FACILITADOR:	YULIETH KATHERINE GALINDO GONZALEZ		
FECHA:	25/08/2023		
CALIFICACIÓN:	3/3		

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	<input checked="" type="checkbox"/> Personalmente <input checked="" type="checkbox"/> Pág Web www.coosalud.com <input checked="" type="checkbox"/> Correo electrónico
2. ¿Cuáles son las emigraciones de la portabilidad? Selección de múltiple respuesta	<input checked="" type="checkbox"/> Ocasional <input checked="" type="checkbox"/> Temporal <input type="checkbox"/> Ninguna de las anteriores
1. ¿Brindar información adecuada es un deber de Coosalud?	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

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

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

1	2	3	4	5
			✓	

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

1	2	3	4	5
			✓	

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):

Elabora: Directora Endomarketing y Experiencia	Revisa: Director de Procesos y Calidad	Aprueba: Presidente Ejecutivo	Pág. 13 de 14
----------------------------------------------------------	--------------------------------------------------	-----------------------------------------	---------------

COOSALUD <small>En Pos de tu bienestar</small>		EVALUACION DE CAPACITACIONES, INDUCCION Y REINDUCCION		GEU-F-21 Act. 05 2020.nov.08
1	2	3	4	5
4. CLARIDAD DE LA EXPOSICIÓN. Respecto al lenguaje utilizado y el orden dado al curso, usted considerará que fueron en general (1: Pórras, 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 capé 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 sito 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. SUBERENCIAS Y COMENTARIOS PARA EL MEJORAMIENTO DE LAS PRÓXIMAS ACTIVIDADES DE CAPACITACIÓN:				
<hr/> <hr/> <hr/>				
FIRMA ASISTENTE <i>Alexandro Acosta</i>				
FIRMA FACILITADOR YULIETH KATHERINE GAUNDO				

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