

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

**FECHA** : 30 de enero 2023  
**LUGAR** : Oficina de COOSALUD EPS-S  
**HORA** : Todo el día  
**ASISTENTES** : 07 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 REUNIÓN**

1. El Gestor Municipal MARY ROCIO ORJUELA BARRERA, da el saludo a los asistentes, les da los agradecimientos por sacar un espacio de su tiempo y asistir a la capacitación, da a conocer el objetivo de esta, que es “capacitar a todos los usuarios del municipio de TUNJA en Viruela del símica/mono”, esto con el fin de que, así como los conocen también los tengan presentes en su diario vivir. Además, se les agradece el compromiso para con la institución COOSALUD EPS-S en el ese su municipio.

2. Seguidamente la funcionaria de Coosalud hace saber a los usuarios presentes que el tema en el cual se les va a capacitar es “COVID-VACUNACIÓN- DERECHOS- RED-CANALES DE COMUNICACIÓN” dándoles a conocer de esta forma tanto sus derechos como afiliados a nuestra EPS-S COOSALUD, como también a saber cuáles son sus deberes para con la EPS-S COOSALUD y nuestros diferentes IPS donde reciben servicios de salud como Afiliados y el tema que se socializa este mes.

2.1 Se procede a explicar el tema propuesto para ese día, se les dice así mismo a los usuarios que primero se iniciara esa reunión dándoles a conocer cuáles son los mitos y verdades de la vacunación en Colombia y a su vez sus DERECHOS como usuarios a EPSS COOSALUD, para esto se hace entrega de un plegable a los presentes usuarios donde está plasmada toda esta información en la cual se les está capacitando.

# COOSALUD

En Pos de **tu bienestar**

## Capacitación Usuarios Enero 2023

COOSALUD

COOSALUD

Todos contamos  
**coontigo**

### ¡Aún tenemos que cuidar nuestra salud!

El covid no se ha ido y, para  
mantenerse protegido, no  
olvides vacunarte.

**Vayas a donde  
vayas, ve  
vacunado**  
contra el COVID.

**Vacunado  
AdondeVayas**

COOSALUD



COOSALUD | Todos confiamos **coontigo**

**Si tu propósito para 2023 es gozar de una mejor salud, ¡vacúnate contra el covid-19!**

Esta es una de las formas más efectivas de proteger tu bienestar y el de tu familia.

**Vayas a donde vayas, ve vacunado**  
contra el COVID

**Vacunado AdondeVayas**



**Planea tu año sin covid-19.**

Acércate al punto de vacunación más cercano y **completa tu esquema.**

**Vayas a donde vayas, ve vacunado**  
contra el COVID

COOSALUD | Todos confiamos **coontigo**

COOSALUD

Salte del grupo de riesgo  
y pásate al de los  
protegidos.

Ponte las dosis  
de refuerzo.

**Vayas a donde  
vayas, ve  
vacunado**  
contra el COVID

Vacunado  
AdondeVayas

COOSALUD

Todos contamos  
COontigo

Hay que cumplir  
con el Plan de  
Vacunación para  
niños

COOSALUD

**COOSALUD**  
En Pos de tu bienestar

A las vacunas,  
hay que ir 8 veces.

Al nacer y cuando  
cumple los 2 meses.

Al cumplir 4, 6 y 7 meses.

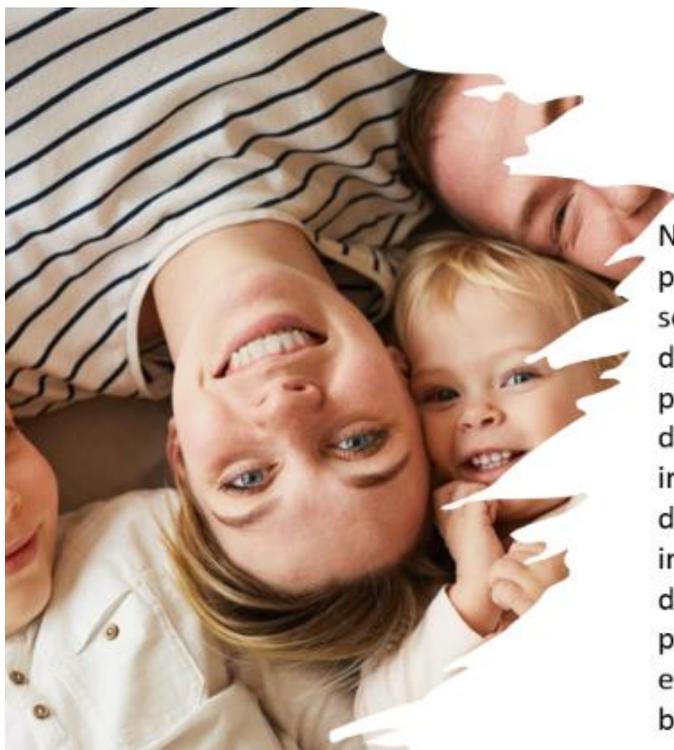
Al año, al año y medio.

A los 5 años.

Trae contigo el carné de vacunación.

# Cuales son tus derechos??

COOSALUD

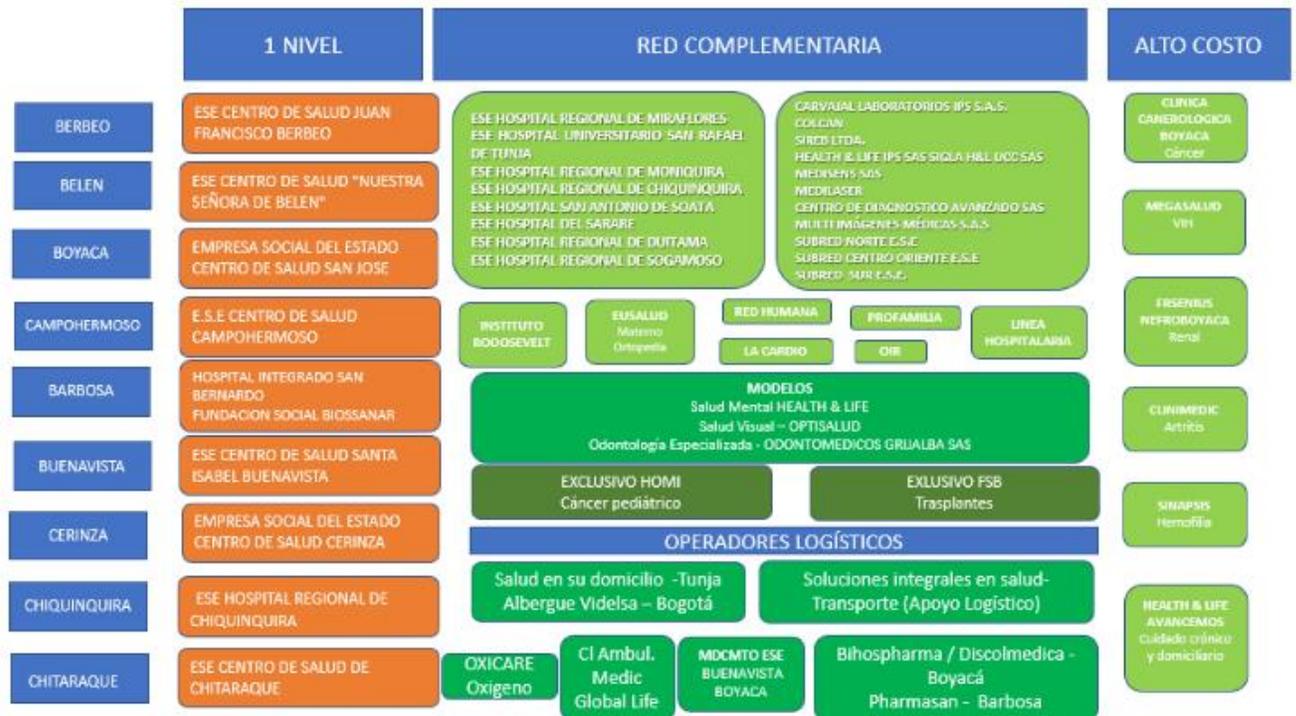


## Tú tienes derechos y deberes

Nuestros afiliados y aportantes podrán participar a escala ciudadana, comunitaria, social e institucional con el fin de ejercer sus derechos y deberes; gestionar planes y programas; planificar, evaluar y dirigir el desarrollo de la salud en un proceso de interacción social para intervenir en las decisiones de salud, respondiendo a intereses individuales y colectivos para la gestión y dirección de sus procesos, basados en los principios constitucionales de solidaridad, equidad y universalidad en la búsqueda de bienestar humano y desarrollo social

# Red Departamental

COOSALUD



	1 NIVEL	RED COMPLEMENTARIA	ALTO COSTO
CIENEGA	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO PUESTO DE SALUD DE CIENEGA	<p>ESE HOSPITAL REGIONAL DE MIRAFLORES ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA</p> <p>ESE HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUEIRA 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</p> <p>INSTITUTO ROOSEVELT    EUSALUD Materno Ortopedia    RED HUMANA    PROFAMILIA    LINEA HOSPITALARIA</p> <p>LA CARDIO    OIR</p> <p><b>MODELOS</b> Salud Mental HEALTH &amp; LIFE Salud Visual – OPTISALUD Odontología Especializada - ODONTOMEDICOS GRUALBA SAS</p> <p>EXCLUSIVO HOMI Cáncer pediátrico    EXCLUSIVO FSB Trasplantes</p> <p><b>OPERADORES LOGÍSTICOS</b></p> <p>Salud en su domicilio -Tunja Albergue Videlsa – Bogotá</p> <p>Soluciones integrales en salud- Transporte (Apoyo Logístico)</p> <p>OXICARE Oxígeno    CI Ambulancias Medic Global Life    MDCMTO ESE CIENEGA GACHANTIVA    Bihospharma / Discolmédica – Boyacá Droguería Galena - Cubará</p>	CLINICA CANEROLOGICA 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		CLINIMEDIC Artritis
DUITAMA	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO SALUD DEL TUNDAMA GRUPO LABZELL AVA		SINAPSIS Hemofilia
GACHANTIVA	E.S.E. CS SAN ANTONIO DE PADUA ESE HOSPITAL SAN FRODO DE VILLA DE LEYVA		HEALTH & LIFE AVANCEMOS Cuidado crónico y domiciliario
LA VICTORIA	ESE HOSPITAL REGIONAL DE CHIQUINQUIRA		
MARIPI	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO RAFAEL SALGADO DE MARIPI		
MIRAFLORES	HOSPITAL REGIONAL DE MIRAFLORES EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO		

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

	1 NIVEL	RED COMPLEMENTARIA	ALTO COSTO
QUIPAMA	ESE CENTRO DE SALUD NUESTRA SEÑORA DE LA PAZ	<p>ESE HOSPITAL REGIONAL DE MIRAFLORES ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA ESE HOSPITAL REGIONAL DE MORIQUIRA ESE HOSPITAL REGIONAL DE CHIQUINQUIRA ESE HOSPITAL SAN ANTONIO DE SOATA ESE HOSPITAL DEL SARRE ESE HOSPITAL REGIONAL DE DUITAMA ESE HOSPITAL REGIONAL DE SOGAMOSO</p> <p>CARVAJAL LABORATORIOS IPS S.A.S. COLCAN SIREB LTDA. HEALTH &amp; LIFE IPS SAS SIGLA HBL UOC SAS MEDIMENS SAS MEDILASER CENTRO DE DIAGNOSTICO AVANZADO SAS MULTI INDIGENAS MEDICAS S.A.S SUBRED NORTE E.S.E SUBRED CENTRO ORIENTE E.S.E SUBRED SAR E.S.E.</p> <p>INSTITUTO ROOSEVELT    EPSALUD Materno Ortopedia    RED HUMANA    PROFAMILIA    LINEA HOSPITALARIA LA CARDIO    CIR</p> <p><b>MODELOS</b> Salud Mental HEALTH &amp; LIFE Salud Visual - OPTISALUD Odontología Especializada - ODONTOMEDICOS GRUALBA SAS</p> <p>EXCLUSIVO HOMI Cáncer pediátrico</p> <p>EXCLUSIVO FSB Trasplantes</p> <p><b>OPERADORES LOGÍSTICOS</b></p> <p>Salud en su domicilio -Tunja Albergue Videlsa - Bogotá</p> <p>Soluciones integrales en salud- Transporte (Apoyo Logístico)</p> <p>OXICARE Oxígeno    CI Ambulancias Medic Global Life    MCOMTO ESE SAN EDUARDO RAMIRIQUI SAN EDUARDO    Bihospharma / Discolmédica - Boyacá</p>	CLINICA CANCEROLOGICA BOYACA Cáncer
RAMIRIQUI	ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE RAMIRIQUI		MEGASALUD VIH
SABOYA	ESE CENTRO DE SALUD SAN VICENTE FERRER		FRSENIUS NEFROBOYACA Renal
SAMACA	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SANTA MARTA DE SAMACA		CLINIMEDIC Artrosis
SAN EDUARDO	ESE CENTRO DE SALUD JAIME DIAZ PEREZ		SINAPSIS Hemofilia
SAN PABLO B	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE SALUD SAN PABLO DE BORBUR		HEALTH & LIFE AVANCEMOS Cuidado crónico y domiciliario
SOCHA	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS DE SOCHA		
SOGAMOSO	SALUD SOGAMOSO EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO		
TOTA	ESE CENTRO DE SALUD DE TOTA		

	1 NIVEL	RED COMPLEMENTARIA	ALTO COSTO
TUNJA	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO SANTIAGO DE TUNJA IPS PEDIATRIC	<p>ESE HOSPITAL REGIONAL DE MIRAFLORES ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA ESE HOSPITAL REGIONAL DE MORIQUIRA ESE HOSPITAL REGIONAL DE CHIQUINQUIRA ESE HOSPITAL SAN ANTONIO DE SOATA ESE HOSPITAL DEL SARRE ESE HOSPITAL REGIONAL DE DUITAMA ESE HOSPITAL REGIONAL DE SOGAMOSO HOSPITAL DE LA ORINOQUIA UT INTEGRAMOS TU SALUD - SIMALINK</p> <p>CARVAJAL LABORATORIOS IPS S.A.S. COLCAN SIREB LTDA. HEALTH &amp; LIFE IPS SAS SIGLA HBL UOC SAS MEDIMENS SAS MEDILASER CENTRO DE DIAGNOSTICO AVANZADO SAS MULTI INDIGENAS MEDICAS S.A.S SUBRED NORTE E.S.E SUBRED CENTRO ORIENTE E.S.E SUBRED SAR E.S.E.</p> <p>INSTITUTO ROOSEVELT    EPSALUD Materno Ortopedia    RED HUMANA    PROFAMILIA    LINEA HOSPITALARIA LA CARDIO    CIR</p> <p><b>MODELOS</b> Salud Mental HEALTH &amp; LIFE Salud Visual - OPTISALUD Odontología Especializada - ODONTOMEDICOS GRUALBA SAS</p> <p>EXCLUSIVO HOMI Cáncer pediátrico</p> <p>EXCLUSIVO FSB Trasplantes</p> <p><b>OPERADORES LOGÍSTICOS</b></p> <p>Salud en su domicilio -Tunja Albergue Videlsa - Bogotá</p> <p>Soluciones integrales en salud- Transporte (Apoyo Logístico)</p> <p>OXICARE Oxígeno    CI Ambulancias Medic Global Life    MCOMTO ESE SOCOTA    Bihospharma / Discolmédica - Boyaca Bihospharma - Yopal</p>	CLINICA CANCEROLOGICA BOYACA Cáncer
SOCOTA	ESE CENTRO DE SALUD SAN ANTONIO DE SOCOTÁ		MEGASALUD VIH
ZETAQUIRA	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE SALUD DE ZETAQUIRA		FRSENIUS NEFROBOYACA Renal
			CLINIMEDIC Artrosis
YOPAL	ESE SALUD YOPAL MEDITEC		SINAPSIS Hemofilia
		HEALTH & LIFE AVANCEMOS Cuidado crónico y domiciliario	



# CANALES DE COMUNICACIÓN



## Línea #922

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



## Línea fija

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



### Sitio web

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



### Redes sociales

Interactúa con nosotros, mantente informado sobre Coosalud y 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](mailto:defensorusuario@coosalud.com).

GRACIAS...

**DERECHOS DE LOS USUARIOS SON**

- Acceder en condiciones de calidad y oportunidad a y sin restricción a las actividades, procedimientos. Intervenciones, insumos y medicamentos incluidos y no incluidos en el POS. Estar informado de los procedimientos y tratamientos que se le vayan a practicar, el pronóstico y riesgos de su tratamiento. Aceptar y rechazar procedimientos por sí mismo o por sus familiares o representantes, dejando constancia por escrito de su decisión.

**✓ DEBERES DE LOS USUARIOS SON:**

Propender por el autocuidado, el de su familia y el de su comunidad. Actuar de manera solidaria ante las situaciones que pongan en peligro la vida o la salud de las personas. Acercarse siempre a oficina de Coosalud de su municipio donde se encuentra afiliado/viviendo, con el fin de que el funcionario Coosalud le valide la documentación, facilite código de autorización y brinde información, esto antes de asistir a su cita previamente asignada.

**3. TÍTULO IV Según (LEY 1618 DEL 2013)****MEDIDAS PARA LA GARANTÍA DEL EJERCICIO EFECTIVO DE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD**

**ARTÍCULO 10. DERECHO A LA SALUD.** Todas las personas con discapacidad tienen derecho a la salud, en concordancia con el artículo 25 de la Ley 1346 de 2009. Para esto se adoptarán las siguientes medidas: 1. El Ministerio de Salud y Protección Social, o quien haga sus veces, deberá:

1. El Ministerio de Salud y Protección Social, o quien haga sus veces, deberá: a)

- a) Asegurar que el Sistema General de Salud en sus planes obligatorios, Plan Decenal de Salud, Planes Territoriales en Salud, y en el Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas, garantice la calidad y prestación oportuna de todos los servicios de salud, así como el suministro de todos los servicios y ayudas técnicas de alta y baja complejidad, necesarias para la habilitación y rehabilitación integral en salud de las personas con discapacidad con un enfoque diferencial, y desarrollo de sus actividades básicas cotidianas;
- b) b) Asegurar que los programas de salud pública establezcan acciones de promoción de los derechos de las personas con discapacidad desde la gestación, así como el desarrollo de estrategias de prevención de factores de riesgo asociados a la discapacidad que no afecten la imagen y la dignidad de las personas que ya se encuentran en dicha situación;
- c) c) Hay que asegurar que los programas de salud sexual y reproductiva sean accesibles a las personas con discapacidad;
- d) d) Desarrollar políticas y programas de promoción y prevención en salud mental y atención psicosocial para la sociedad;
- e) e) Promover el sistema de registro de localización y caracterización de las personas con discapacidad y sus familias, e incorporar la variable discapacidad en los demás sistemas de protección social y sus registros administrativos;
- f) f) Asegurar que el Sistema de Prevención y Atención de Desastres y Ayuda Humanitaria, diseñe lineamientos y acciones de atención para asistir en igualdad de condiciones a las personas con discapacidad en situaciones de desastres y emergencia humanitaria;
- g) g) En el marco del Plan Decenal de Salud adoptará medidas tendientes a prevenir la discapacidad congénita, lesiones y accidentes;
- h) h) Las direcciones departamentales, distritales y municipales de salud, en sus planes de desarrollo de salud y salud pública, incluirán un capítulo en lo relacionado con la discapacidad.

## **2. LAS ENTIDADES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD DEBERÁN**

- a) Garantizar la accesibilidad e inclusión de las personas con discapacidad en todos sus procedimientos, lugares y servicios;
- b) Deberán establecer programas de capacitación a sus profesionales y empleados para favorecer los procesos de inclusión de las personas con discapacidad;
- c) Garantizar los servicios de salud en los lugares más cercanos posibles a la residencia de la persona con discapacidad, incluso en las zonas rurales, o en su defecto, facilitar el desplazamiento de las personas con discapacidad y de su acompañante;
- d) Establecer programas de atención domiciliaria para la atención integral en salud de las personas con discapacidad;
- e) Eliminar cualquier medida, acción o procedimiento administrativo o de otro tipo, que directa o indirectamente dificulte el acceso a los servicios de salud para las personas con discapacidad;

f) Brindar la oportunidad de exámenes médicos que permitan conocer el estado del feto en sus tres primeros meses de embarazo, a madres de alto riesgo, entendiéndose por alto riesgo madres o padres con edad cronológica menor a 17 años o mayor a 40 años. Madres o padres con historia clínica de antecedentes hereditarios o en situaciones que el médico tratante lo estime conveniente.

4. La Superintendencia Nacional de Salud, las direcciones territoriales de Salud y los entes de control, deberán estipular indicadores de producción, calidad, gestión e impacto que permite medir, hacer seguimiento a la prestación de los servicios de salud, a los programas de salud pública y a los planes de beneficios, que se presten y ofrezcan para las personas con discapacidad e incorporar en el Programa de Auditorías para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC), los indicadores de discapacidad y de esta forma asegurar la calidad en la prestación de los servicios de salud por parte de las entidades responsables, y sancionar cualquier acción u omisión que impida o dificulte el acceso de las personas con discapacidad. La Superintendencia Nacional de Salud, las Secretarías de Salud y los entes de control, deberán asegurar la calidad en la prestación de los servicios de salud por parte de las entidades responsables, y sancionar cualquier acción u omisión que impida o dificulte el acceso de las personas con discapacidad.

La Superintendencia Nacional de Salud, las Secretarías de Salud y los entes de control, deberán asegurar la calidad en la prestación de los servicios de salud por parte de las entidades responsables, y sancionar cualquier acción u omisión que impida o dificulte el acceso de las personas con discapacidad.

5. Seguidamente la funcionaria agradece a quienes estuvieron presentes en la sesión, el haber acudido al llamado y estar presentes en la capacitación.

6. Para constancia se anexa listado de asistencia.

<b>COOSALUD</b> En Pos de tu bienestar	<b>CONVOCATORIA A SESION DE ASODEUS</b>	GEU-F-02 Act.06 2020.nov.06
---	---	-----------------------------------

**CONVOCATORIA No 01**

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

Para: Integrantes de ASOCIACIÓN DE USUARIOS  
De: Junta directiva de ASOCIACIÓN DE USUARIOS  
Motivo: Invitación a sesión

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 COOSALUD TUNJA  
Fecha: 30 DE ENERO 2023  
Hora: TODO EL DIA

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

Atentamente,

MARY ROCIO ORJUELA  
PRESIDENTE ASOCIACIÓN DE USUARIOS





<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 USUARIOS
<b>ÁREA RESPONSABLE:</b>	EXPERIENCIA DEL USUARIO
<b>TEMA:</b>	COVID-VACUNACIÓN-DERECHOS-RED-CANALES DE COMUNICACIÓN
<b>NOMBRE:</b>	
<b>CARGO:</b>	USUARIO
<b>SUCURSAL / AGENCIA:</b>	BOYACA
<b>FACILITADOR:</b>	MARY ROCIO ORJUELA BARRERA
<b>FECHA:</b>	30/01/2023
<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. ¿Pueden vacunarse contra el Covid en el 2023?	SI ✓ NO
2. ¿Señale con una X cuándo se va a colocar la vacuna hay que llevar el carnet de vacunación?	SI ✓ NO
3. ¿Señale con una X cuáles son canales de comunicación en coosalud? Selección de múltiple respuesta	<input type="checkbox"/> #922 <input checked="" type="checkbox"/> Línea Fija <input type="checkbox"/> Correo <a href="mailto:defensorusuario@coosalud.com">defensorusuario@coosalud.com</a>

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>COOSALUD</b> En Pos de tu bienestar	<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

*Elena Rojas*

FIRMA FACILITADOR MARY ROCIO ORJUELA BARRERA

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

<b>MÓDULO:</b>	CAPACITACION USUARIOS
<b>ÁREA RESPONSABLE:</b>	EXPERIENCIA DEL USUARIO
<b>TEMA:</b>	COVID-VACUNACIÓN-DERECHOS-RED-CANALES DE COMUNICACIÓN
<b>NOMBRE:</b>	
<b>CARGO:</b>	USUARIO
<b>SUCURSAL / AGENCIA:</b>	BOYACA
<b>FACILITADOR:</b>	MARY ROCIO ORJUELA BARRERA
<b>FECHA:</b>	30/01/2023
<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. ¿Pueden vacunarse contra el Covid en el 2023?	SI / NO
2. ¿Señale con una X cuándo se va a colocar la vacuna hay que llevar el carnet de vacunación?	SI / NO
3. ¿Señale con una X cuáles son canales de comunicación en coosalud? Selección de múltiple respuesta	<input checked="" type="checkbox"/> #922 <input type="checkbox"/> Línea Fija <input type="checkbox"/> Correo <a href="mailto:defensorusuario@coosalud.com">defensorusuario@coosalud.com</a>

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>COOSALUD</b> En Pos de tu bienestar	<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

FIRMA FACILITADOR MARY ROCIO ORJUELA BARRERA

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

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 MARY ROCIO ORJUELA BARRERA

<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 USUARIOS
<b>ÁREA RESPONSABLE:</b>	EXPERIENCIA DEL USUARIO
<b>TEMA:</b>	COVID-VACUNACIÓN-DERECHOS-RED-CANALES DE COMUNICACIÓN
<b>NOMBRE:</b>	
<b>CARGO:</b>	USUARIO
<b>SUCURSAL / AGENCIA:</b>	BOYACA
<b>FACILITADOR:</b>	MARY ROCIO ORJUELA BARRERA
<b>FECHA:</b>	30/01/2023
<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. ¿Pueden vacunarse contra el Covid en el 2023?	 NO
2. ¿Señale con una X cuándo se va a colocar la vacuna hay que llevar el carnet de vacunación?	 NO
3. ¿Señale con una X cuáles son canales de comunicación en coosalud? Selección de múltiple respuesta	<input checked="" type="checkbox"/> #922 <input type="checkbox"/> Línea Fija <input type="checkbox"/> Correo <a href="mailto:defensorusuario@coosalud.com">defensorusuario@coosalud.com</a>

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>EVALUACION DE CAPACITACIONES, INDUCCION Y REINDUCCION</b>	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



FIRMA FACILITADOR MARY ROCIO ORJUELA BARRERA

<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 USUARIOS
<b>ÁREA RESPONSABLE:</b>	EXPERIENCIA DEL USUARIO
<b>TEMA:</b>	COVID-VACUNACIÓN-DERECHOS-RED-CANALES DE COMUNICACIÓN
<b>NOMBRE:</b>	
<b>CARGO:</b>	USUARIO
<b>SUCURSAL / AGENCIA:</b>	BOYACA
<b>FACILITADOR:</b>	MARY ROCIO ORJUELA BARRERA
<b>FECHA:</b>	30/01/2023
<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. ¿Pueden vacunarse contra el Covid en el 2023?	SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
2. ¿Señale con una X cuándo se va a colocar la vacuna hay que llevar el carnet de vacunación?	SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
3. ¿Señale con una X cuáles son canales de comunicación en coosalud? Selección de múltiple respuesta	<input type="checkbox"/> #922 <input checked="" type="checkbox"/> Línea Fija <input type="checkbox"/> Correo <a href="mailto:defensorusuario@coosalud.com">defensorusuario@coosalud.com</a>

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):

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

	<b>EVALUACION DE CAPACITACIONES, INDUCCION Y REINDUCCION</b>	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

*Marily Hernández Cárdenas*

FIRMA FACILITADOR MARY ROCIO ORJUELA BARRERA

<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 USUARIOS
<b>ÁREA RESPONSABLE:</b>	EXPERIENCIA DEL USUARIO
<b>TEMA:</b>	COVID-VACUNACIÓN-DERECHOS-RED-CANALES DE COMUNICACIÓN
<b>NOMBRE:</b>	
<b>CARGO:</b>	USUARIO
<b>SUCURSAL / AGENCIA:</b>	BOYACA
<b>FACILITADOR:</b>	MARY ROCIO ORJUELA BARRERA
<b>FECHA:</b>	30/01/2023
<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. ¿Pueden vacunarse contra el Covid en el 2023?	SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
2. ¿Señale con una X cuándo se va a colocar la vacuna hay que llevar el carnet de vacunación?	SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
3. ¿Señale con una X cuáles son canales de comunicación en coosalud? Selección de múltiple respuesta	<input type="checkbox"/> #922 <input type="checkbox"/> Línea Fija <input checked="" type="checkbox"/> Correo <a href="mailto:defensorusuario@coosalud.com">defensorusuario@coosalud.com</a>

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

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

	<b>EVALUACION DE CAPACITACIONES, INDUCCION Y REINDUCCION</b>	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 capté mi interés, 2: Estaba interesado, pero me distraje fácilmente, 3: Solo me concentré por momentos, 4: Estuve atento todo el tiempo, pero no me animé a participar, 5: Estuve atento todo el tiempo, participé activamente).

1	2	3	4 ✓	5
---	---	---	-----	---

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

1	2	3	4	5 ✓
---	---	---	---	-----

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

1	2	3	4	5 ✓
---	---	---	---	-----

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

1	2	3	4	5 ✓
---	---	---	---	-----

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

1	2	3	4	5 ✓
---	---	---	---	-----

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

---



---



---

FIRMA ASISTENTE



FIRMA FACILITADOR MARY ROCIO ORJUELA BARRERA

<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 USUARIOS
<b>ÁREA RESPONSABLE:</b>	EXPERIENCIA DEL USUARIO
<b>TEMA:</b>	COVID-VACUNACIÓN-DERECHOS-RED-CANALES DE COMUNICACIÓN
<b>NOMBRE:</b>	<i>Yaritza Hernandez</i>
<b>CARGO:</b>	USUARIO
<b>SUCURSAL / AGENCIA:</b>	BDYACA
<b>FACILITADOR:</b>	MARY ROCIO ORJUELA BARRERA
<b>FECHA:</b>	30/01/2023
<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. ¿Pueden vacunarse contra el Covid en el 2023?	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input 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"/> SI <input type="checkbox"/> NO
3. ¿Señale con una X cuáles son canales de comunicación en coosalud? Selección de múltiple respuesta	<input checked="" type="checkbox"/> #922 <input type="checkbox"/> Línea Fija <input type="checkbox"/> Correo <a href="mailto:defensorusuario@coosalud.com">defensorusuario@coosalud.com</a>

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>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



FIRMA FACILITADOR MARY ROCIO ORJUELA BARRERA

<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 USUARIOS
<b>ÁREA RESPONSABLE:</b>	EXPERIENCIA DEL USUARIO
<b>TEMA:</b>	COVID-VACUNACIÓN-DERECHOS-RED-CANALES DE COMUNICACIÓN
<b>NOMBRE:</b>	
<b>CARGO:</b>	USUARIO
<b>SUCURSAL / AGENCIA:</b>	BOYACA
<b>FACILITADOR:</b>	MARY ROCIO ORJUELA BARRERA
<b>FECHA:</b>	30/01/2023
<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. ¿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"/> Linea Fija <input checked="" type="checkbox"/> Correo <a href="mailto:defensorusuario@coosalud.com">defensorusuario@coosalud.com</a>

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
---	---	---	---	---