

CONVOCATORIA No 10

USUARIOS DEL MUNICIPIO DE ZETAQUIRA DEL DEPARTAMENTO DE BOYACÁ

Para: USUARIOS
De: COOSALUD EPS
Motivo: Invitación a sesión

Reciba un cordial saludo.

Nos complace invitarlo a participar en la reunión 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 ZETAQUIRA
Fecha: 24/oct/2023
Hora: 10:00 A.M.

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

Atentamente,



GESTOR MUNICIPAL COOSALUD EPS

| | | | |
|--|--|---|--------------|
| Elabora: Directora Endomarketing y Experiencia | Revisa: Director de Procesos y Calidad | Aprueba: Presidente Ejecutivo | Pág. 1 de 20 |
| | | | |

| COOSALUD En Pos de tu bienestar | | CONVOCATORIA A SESION DE ASODEUS | GEU-F-02 Act.06 2020.nov.06 |
|------------------------------------|----------------|--|-----------------------------------|
| NOMBRE DEL USUARIO | IDENTIFICACIÓN | FIRMA DEL USUARIO | |
| Henry Vega | 79669102 | Henry Vega | |
| Adriana M Garnica | 24234864 | Adriana M Garnica | |
| Patric Jimena Suarez Perez | 1023012226 |  | |
| CARLOS | | CARLOS ALFONSO | |
| Hankel Tejedor | 24234802 | Hankel Tejedor | |
| Nelly Inés Domínguez | 24234416 | Nelly Inés | |
| Dora Cecilia Jimenez | 24234732 | Dora Cecilia J | |
| Diana Marcela Ortiz A. | 100.3482521 | Diana Ortiz. | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

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

FECHA : 27/10/2023
LUGAR : Oficina de COOSALUD EPS-S
HORA : 10:00 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 (BEYANITH JIMENEZ CARO), 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.

Modelo de Atención en Sala

MODELO DE ATENCIÓN EN SALA

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

Tipos de punto de atención presencial

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

COOSALUD



| | | | |
|---------------------------------------|--------------------------------|----------------------|--------------|
| Elabora: | Revisa: | Aprueba: | Pág. 3 de 20 |
| Directora Endomarketing y Experiencia | Director de Procesos y Calidad | Presidente Ejecutivo | |

Deber

Mis deberes como usuario de la salud

Actuar de buena fe frente al sistema de salud.

DEBER

COOSALUD

GOBIERNO DE COLOMBIA

Derechos de los pacientes

DERECHOS

COOSALUD

Tú tienes derechos y deberes

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

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

Descargar Carta

[carta-derechos-deberes.pdf \(coosalud.com\)](http://carta-derechos-deberes.pdf(coosalud.com))

COOSALUD

Carta de derechos y deberes del afiliado 2023

Llámanos cuando quieras desde tu celular

#922

o desde un teléfono fijo línea 01 8000 516611

Trabajamos en pos de tu bienestar

El administrador de datos: WWW.COOSALUD.COM

COOSALUD EPS, COOSALUD, COOSALUD EPS, COOSALUD

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

| | | | |
|---------------------------------------|--------------------------------|----------------------|--------------|
| Elabora: | Revisa: | Aprueba: | Pág. 4 de 20 |
| Directora Endomarketing y Experiencia | Director de Procesos y Calidad | Presidente Ejecutivo | |



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

| | | | |
|---------------------------------------|--------------------------------|----------------------|--------------|
| Elabora: | Revisa: | Aprueba: | Pág. 5 de 20 |
| Directora Endomarketing y Experiencia | Director de Procesos y Calidad | Presidente Ejecutivo | |



EVALUACION DE CAPACITACIONES, INDUCCION Y REINDUCCION

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

| | |
|---------------------|---|
| MÓDULO: | CAPACITACION |
| ÁREA RESPONSABLE: | EXPERIENCIA DEL USUARIO |
| TEMA: | Autocuidado y Calidad de Vida - Deberes-Derechos-Red-Canales de comunicación Coosalud |
| NOMBRE: | Keidy Alejandra Pinzon Torres |
| CARGO: | USUARIO |
| SUCURSAL / AGENCIA: | BOYACÁ/ZETAQUIRA |
| FACILITADOR: | BEYANITH JIMENEZ CARO |
| FECHA: | 27/10/2023 |
| CALIFICACIÓN: | |

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

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

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

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

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

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

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

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

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

| | | | |
|--|--|---|--------------|
| Elabora: Directora Endomarketing y Experiencia | Revisa: Director de Procesos y Calidad | Aprueba: Presidente Ejecutivo | Pág. 6 de 20 |
|--|--|---|--------------|

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 Reidita Pinzón Torres 1037412273

FIRMA FACILITADOR Sejuelo Jimenez 24224769

| | | | |
|--|--|---|--------------|
| Elabora: Directora Endomarketing y Experiencia | Revisa: Director de Procesos y Calidad | Aprueba: Presidente Ejecutivo | Pág. 7 de 20 |
| | | | |



EVALUACION DE CAPACITACIONES, INDUCCION Y REINDUCCION

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

| | |
|---------------------|---|
| MÓDULO: | CAPACITACION |
| ÁREA RESPONSABLE: | EXPERIENCIA DEL USUARIO |
| TEMA: | Autocuidado y Calidad de Vida - Deberes-Derechos-Red-Canales de comunicación Coosalud |
| NOMBRE: | <i>Claudia Lucía Ramirez Torres</i> |
| CARGO: | USUARIO |
| SUCURSAL / AGENCIA: | BOYACÁ/ZETAQUIRA |
| FACILITADOR: | BEYANITH JIMENEZ CARO |
| FECHA: | 27/10/2023 |
| CALIFICACIÓN: | |

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

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

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

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

1 2 3 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 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 5

| | | | |
|--|--|---|--------------|
| Elabora: Directora Endomarketing y Experiencia | Revisa: Director de Procesos y Calidad | Aprueba: Presidente Ejecutivo | Pág. 8 de 20 |
| | | | |

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 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 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 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 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 5

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 Claudia Ramirez 1057412616.

FIRMA FACILITADOR Esquivela Jimenez 24234769

Elabora:

Directora Endomarketing y Experiencia

Revisa:

Director de Procesos y Calidad

Aprueba:

Presidente Ejecutivo

Pág. 9 de 20



EVALUACION DE CAPACITACIONES, INDUCCION Y REINDUCCION

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

| | |
|---------------------|---|
| MÓDULO: | CAPACITACION |
| ÁREA RESPONSABLE: | EXPERIENCIA DEL USUARIO |
| TEMA: | Autocuidado y Calidad de Vida - Deberes-Derechos-Red-Canales de comunicación Coosalud |
| NOMBRE: | <i>Enka Alexandra Gutierrez Sanabria</i> |
| CARGO: | USUARIO |
| SUCURSAL / AGENCIA: | BOYACÁ/ZETAQUIRA |
| FACILITADOR: | BEYANITH JIMENEZ CARO |
| FECHA: | 27/10/2023 |
| CALIFICACIÓN: | |

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

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

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

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

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

| | | | |
|--|--|---|---------------|
| Elabora: Directora Endomarketing y Experiencia | Revisa: Director de Procesos y Calidad | Aprueba: Presidente Ejecutivo | Pág. 10 de 20 |
|--|--|---|---------------|

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.** 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 | <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 entendía 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:**

FIRMA ASISTENTE Erika Gutierrez 1016017507

FIRMA FACILITADOR Jeswith Amores 24234469

| | | | |
|--|--|---|---------------|
| Elabora: Directora Endomarketing y Experiencia | Revisa: Director de Procesos y Calidad | Aprueba: Presidente Ejecutivo | Pág. 11 de 20 |
|--|--|---|---------------|

| | |
|---------------------|---|
| MÓDULO: | CAPACITACION |
| ÁREA RESPONSABLE: | EXPERIENCIA DEL USUARIO |
| TEMA: | Autocuidado y Calidad de Vida - Deberes-Derechos-Red-Canales de comunicación Coosalud |
| NOMBRE: | Jon Rutzel Pinzon Torres |
| CARGO: | USUARIO |
| SUCURSAL / AGENCIA: | BOYACÁ/ZETAQUIRA |
| FACILITADOR: | BEYANITH JIMENEZ CARO |
| FECHA: | 27/10/2023 |
| CALIFICACIÓN: | |

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

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

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

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

| | | | | |
|---|---|---|---|---------------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 <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"/> |
|---|---|---|---|---------------------------------------|

| | | | |
|--|--|---|---------------|
| Elabora: Directora Endomarketing y Experiencia | Revisa: Director de Procesos y Calidad | Aprueba: Presidente Ejecutivo | Pág. 12 de 20 |
|--|--|---|---------------|

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

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

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

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

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

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

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

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

FIRMA ASISTENTE

[Firma] cc 74348133

FIRMA FACILITADOR

[Firma] 24234769

| | | | |
|--|--|---|---------------|
| Elabora: Directora Endomarketing y Experiencia | Revisa: Director de Procesos y Calidad | Aprueba: Presidente Ejecutivo | Pág. 13 de 20 |
|--|--|---|---------------|

| | |
|---------------------|---|
| MÓDULO: | CAPACITACION |
| ÁREA RESPONSABLE: | EXPERIENCIA DEL USUARIO |
| TEMA: | Autocuidado y Calidad de Vida - Deberes-Derechos-Red-Canales de comunicación Coosalud |
| NOMBRE: | Andrea Katherine Pinzón Torres |
| CARGO: | USUARIO |
| SUCURSAL / AGENCIA: | BOYACÁ/ZETAQUIRA |
| FACILITADOR: | BEYANITH JIMENEZ CARO |
| FECHA: | 27/10/2023 |
| CALIFICACIÓN: | |

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

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

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

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

1 2 3 4 ✓ 5

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

1 2 3 4 ✓ 5

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

1 2 3 4 ✓ 5

| | | | |
|--|--|---|---------------|
| Elabora: Directora Endomarketing y Experiencia | Revisa: Director de Procesos y Calidad | Aprueba: Presidente Ejecutivo | Pág. 14 de 20 |
|--|--|---|---------------|

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]* 1057472817

FIRMA FACILITADOR *[Firma]* 29234769

| | | | |
|--|--|---|---------------|
| Elabora: Directora Endomarketing y Experiencia | Revisa: Director de Procesos y Calidad | Aprueba: Presidente Ejecutivo | Pág. 15 de 20 |
|--|--|---|---------------|

| | |
|---------------------|---|
| MÓDULO: | CAPACITACION |
| ÁREA RESPONSABLE: | EXPERIENCIA DEL USUARIO |
| TEMA: | Autocuidado y Calidad de Vida - Deberes-Derechos-Red-Canales de comunicación Coosalud |
| NOMBRE: | Diana Ortiz |
| CARGO: | USUARIO |
| SUCURSAL / AGENCIA: | BOYACÁ/ZETAQUIRA |
| FACILITADOR: | BEYANITH JIMENEZ CARO |
| FECHA: | 27/10/2023 |
| CALIFICACIÓN: | |

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

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

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

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

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

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

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

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

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

| | | | |
|--|--|---|---------------|
| Elabora: Directora Endomarketing y Experiencia | Revisa: Director de Procesos y Calidad | Aprueba: Presidente Ejecutivo | Pág. 16 de 20 |
|--|--|---|---------------|

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.** 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 | <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 entendía 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:**

FIRMA ASISTENTE Diana Marcela Ortiz 100348252.

FIRMA FACILITADOR Begauth Jimenez 24234469

| | | | |
|--|--|---|---------------|
| Elabora: Directora Endomarketing y Experiencia | Revisa: Director de Procesos y Calidad | Aprueba: Presidente Ejecutivo | Pág. 17 de 20 |
|--|--|---|---------------|

| | |
|---------------------|---|
| MÓDULO: | CAPACITACION |
| ÁREA RESPONSABLE: | EXPERIENCIA DEL USUARIO |
| TEMA: | Autocuidado y Calidad de Vida - Deberes-Derechos-Red-Canales de comunicación Coosalud |
| NOMBRE: | <i>Gloria Inés Arias Pared</i> |
| CARGO: | USUARIO |
| SUCURSAL / AGENCIA: | BOYACÁ/ZETAQUIRA |
| FACILITADOR: | BEYANITH JIMENEZ CARO |
| FECHA: | 27/10/2023 |
| CALIFICACIÓN: | |

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

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

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

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

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

| | | | |
|--|--|---|---------------|
| Elabora: Directora Endomarketing y Experiencia | Revisa: Director de Procesos y Calidad | Aprueba: Presidente Ejecutivo | Pág. 18 de 20 |
|--|--|---|---------------|

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.** 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 | <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 entendía 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:**

FIRMA ASISTENTE *[Firma]* 24236877

FIRMA FACILITADOR *[Firma]* 24224769

| | | | |
|--|--|---|---------------|
| Elabora: Directora Endomarketing y Experiencia | Revisa: Director de Procesos y Calidad | Aprueba: Presidente Ejecutivo | Pág. 19 de 20 |
|--|--|---|---------------|

