

**ACTA DE REUNIÓN DE LA ASOCIACIÓN DE USUARIOS
COOSALUD EPS
DEPARTAMENTO DE NORTE DE SANTANDER
MUNICIPIO DE VILLA DELROSARIO**

FECHA : 24 DE FEBRERO 2023
LUGAR : OFICINA VILLA DEL ROSARIO
HORA : 9:00
PARTICIPANTES: 5 personas (Se anexa firma de los asistentes).
OBJETIVO : Reunión ordinaria de la Asociación de Usuarios.

Agenda programada para el día:

1. Bienvenida
2. Exposición de los temas preparados para el día.
3. Evaluación de la capacitación.
4. Apertura del Buzón de sugerencias.
5. Programación de la próxima reunión.

DESARROLLO DE LA REUNIÓN

1. Maria del Pilar Avila colaborador de COOSALUD EPS, da la bienvenida a los participantes, agradece por la asistencia a la reunión y da a conocer el objetivo de esta. Además, destaca el compromiso para con la institución al pertenecer a la Asociación de Usuarios de COOSALUD EPS en el municipio de Villa del Rosario.
2. Se procede a escuchar el Himno a COOSALUD.
3. Se exponen los temas preparados para el día a cargo del Maria del Pilar Avila _ colaborador de Coosalud EPS.
 - 3.1. TEMAS DEL MES. VACUNACION Y NUEVOS LINEAMIENTOS MINISALUD COVID-19
 - 3.2. EXPLICACIÓN DE LOS TEMAS DEL MES _ (de acuerdo con diapositivas)
4. Se procede a realizar la evaluación de la capacitación. Se anexan copias.
5. Se abre el buzón de sugerencias y se elabora el acta.
6. Se plantea como fecha tentativa para la próxima reunión, el día 31 del mes Marzo del año 2023 a las 9:00 en la oficina de COOSALUD EPS.

Para constancia firman,

[illegible]

MÓDULO:	
ÁREA RESPONSABLE:	GESTIÓN DE LA EXPERIENCIA ATENCIÓN AL USUARIO
TEMA:	VACUNACIÓN Y NUEVOS LINEAMIENTOS MINSALUD COVID-19
NOMBRE:	Zobeida Gelvez de Duran.
CARGO:	Vocel.
SUCURSAL / AGENCIA:	NORTE DE SANTANDER
FACILITADOR:	MARIA DEL PILAR AVILA
FECHA:	24/02/2023
CALIFICACIÓN:	

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

PREGUNTAS	RESPUESTAS
1. "Protegidos colectivamente: las vacunas funcionan"	VERDADERO o FALSO Las vacunas son un instrumento esencial para prevenir enfermedades infecciosas y evitan cada año 2,5 millones de muertes en el mundo.
2. ¿En la actualidad Toda la población mayor de 18 años puede recibir su dosis de refuerzo (3) a los cuantos meses?	ELIJA LA OPCIÓN CORRECTA ☒ A) 6 meses ☐ B) 4 meses ☐ C) 1 Mes
3. Si recibo la vacuna, me enfermaré de COVID-19.	VERDADERO o FALSO Las vacunas protegen al organismo de enfermedades futuras y potencialmente peligrosas enseñándole al sistema inmune a identificar y luchar contra los invasores. Lo mismo ocurre con las vacunas que se desarrollaron contra la COVID-19. Si bien es cierto que las vacunas pueden causar efectos secundarios, éstos en su mayoría son leves y reflejan la respuesta del cuerpo a la vacuna. Aun si la mayor parte de las personas que se contagian desarrollan una enfermedad leve, protegerse de la COVID-19 por medio de la vacunación es importante, teniendo en cuenta que en algunos casos la afección puede ser severa, dejar secuelas a largo plazo e incluso provocar la muerte.
4. si estuviste en contacto estrecho con un caso positivo o sospechoso, pero no presentas síntomas y tienes tu esquema completo de vacunación,	VERDADERO o FALSO no tendrás que aislarte, pero debes mantener estrictas medidas de bioseguridad.

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):

12345
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):

12345
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):

12345

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

4. **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
---	---	---	---	---

5. **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
---	---	---	---	---

6. **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
---	---	---	---	---

7. **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
---	---	---	---	---

8. **CUMPLIMIENTO DEL HORARIO Y DEL PROGRAMA.**

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

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

FIRMA ASISTENTE Felipe Galvez

FIRMA FACILITADOR [Firma]

MÓDULO:	
ÁREA RESPONSABLE:	GESTIÓN DE LA EXPERIENCIA ATENCIÓN AL USUARIO
TEMA:	VACUNACIÓN Y NUEVOS LINEAMIENTOS MINSALUD COVID-19
NOMBRE:	Rosa Navarro Varela
CARGO:	Vice presidente
SUCURSAL / AGENCIA:	NORTE DE SANTANDER
FACILITADOR:	MARIA DEL PILAR AVILA
FECHA:	24/02/2023
CALIFICACIÓN:	

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

PREGUNTAS	RESPUESTAS
1. "Protegidos colectivamente: las vacunas funcionan"	VERDADERO o FALSO Las vacunas son un instrumento esencial para prevenir enfermedades infecciosas y evitan cada año 2,5 millones de muertes en el mundo.
2. ¿En la actualidad Toda la población mayor de 18 años puede recibir su dosis de refuerzo (3) a los cuantos meses?	ELIJA LA OPCIÓN CORRECTA A) 6 meses B) 4 meses C) 1 Mes
3. Si recibo la vacuna, me enfermaré de COVID-19.	VERDADERO o FALSO Las vacunas protegen al organismo de enfermedades futuras y potencialmente peligrosas enseñándole al sistema inmune a identificar y luchar contra los invasores. Lo mismo ocurre con las vacunas que se desarrollaron contra la COVID-19. Si bien es cierto que las vacunas pueden causar efectos secundarios, éstos en su mayoría son leves y reflejan la respuesta del cuerpo a la vacuna. Aun si la mayor parte de las personas que se contagian desarrollan una enfermedad leve, protegerse de la COVID-19 por medio de la vacunación es importante, teniendo en cuenta que en algunos casos la afección puede ser severa, dejar secuelas a largo plazo e incluso provocar la muerte.
4. si estuviste en contacto estrecho con un caso positivo o sospechoso, pero no presentas síntomas y tienes tu esquema completo de vacunación,	VERDADERO o FALSO no tendrás que aislarte, pero debes mantener estrictas medidas de bioseguridad.

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

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

4. **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
---	---	---	---	---

5. **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
---	---	---	---	---

6. **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
---	---	---	---	---

7. **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
---	---	---	---	---

8. **CUMPLIMIENTO DEL HORARIO Y DEL PROGRAMA.**

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

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

FIRMA ASISTENTE

Rosa I. Navarro

FIRMA FACILITADOR

[Firma]