

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

**FECHA** :29 DE SEPTIEMBRE 2023  
**LUGAR** :OFICINA VILLA DEL ROSARIO  
**HORA** :10 :00 AM  
**PARTICIPANTES** :06 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 de Maria del Pilar Avila , colaborador de Coosalud EPS.
  - 3.1. TEMAS DEL MES. AUTO CUIDADO Y CALIDAD DE VIDA, DEBERES Y DERECHOS, RED, CANALES DE COMUNICACIÓN
  - 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 27 del mes Octubre del año 2023 a las 10:00 am en la oficina de COOSALUD EPS.







MÓDULO:	
ÁREA RESPONSABLE:	GESTIÓN DE LA EXPERIENCIA ATENCIÓN AL USUARIO
TEMA:	AUTO CUIDADO Y CALIDAD DE VIDA, DEBERES Y DERECHOS, RED, CANALES DE COMUNICACIÓN
NOMBRE:	Hernanda Henrique
CARGO:	vocal
SUCURSAL / AGENCIA:	NORTE DE SANTANDER
FACILITADOR:	MARIA DEL PILAR AVILA
FECHA:	29 SEPTIEMBRE 2023
CALIFICACIÓN:	

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

PREGUNTAS	RESPUESTAS
<p>1. Elija la opción correcta</p> <p>¿Salud Mental es?</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> A) interés y prioridad nacional</p> <p><input type="checkbox"/> B) Un derecho fundamental,</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> C) Tema prioritario de salud pública,</p> <p><input type="checkbox"/> D) Un bien de interés público</p> <p>E) Componente esencial del bienestar general y el mejoramiento de la calidad de vida de colombianos y colombianas.</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> E) Todas las anteriores.</p>
<p>2. Defina verdadero o falso</p> <p>Son DERECHOS DE LAS PERSONAS EN EL ÁMBITO DE LA SALUD MENTAL</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> VERDADERO ó FALSO</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- A recibir atención integral e integrada y humanizada por el equipo humano en salud mental.</li> <li>- A recibir psicoeducación individual y familiar sobre su trastorno mental y las formas de autocuidado.</li> <li>- A recibir la atención especializada e interdisciplinaria y los tratamientos con la mejor evidencia científica de acuerdo con los avances científicos en salud mental</li> </ul>
<p>3. Defina verdadero o falso</p> <p>Son SIGNOS DE ALARMA TRASTORNOS DE ANSIEDAD Y FOBIAS</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> VERDADERO ó FALSO</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sentimientos constantes de angustia, ansiedad, miedo o pavor irracional con motivo o sin motivo aparente.</li> <li>- Alteración en los ciclos circadianos (sueño-hambre): el refiere una alteración en sus ciclos naturales. Insomnio recurrente, o exceso de sueño. De la misma manera se reporta falta de apetito o un exceso en la necesidad de comer sin motivo aparente</li> <li>- El estado de ansiedad constante puede producir síntomas físicos como palpitaciones, sudoración, temblores, sensación de ahogo etc.</li> </ul>

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

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

*Hernando Flancigul*

FIRMA FACILITADOR

*[Firma]*

MÓDULO:	
ÁREA RESPONSABLE:	GESTIÓN DE LA EXPERIENCIA ATENCIÓN AL USUARIO
TEMA:	AUTO CUIDADO Y CALIDAD DE VIDA, DEBERES Y DERECHOS, RED, CANALES DE COMUNICACIÓN
NOMBRE:	<i>Zohaida Galvez</i>
CARGO:	
SUCURSAL / AGENCIA:	NORTE DE SANTANDER
FACILITADOR:	MARIA DEL PILAR AVILA
FECHA:	29 SEPTIEMBRE 2023
CALIFICACIÓN:	

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

PREGUNTAS	RESPUESTAS
<p>1. Elija la opción correcta</p> <p>¿Salud Mental es?</p>	<p>A) interés y prioridad nacional</p> <p>B) Un derecho fundamental,</p> <p>C) Tema prioritario de salud pública,</p> <p>D) Un bien de interés público</p> <p>E) Componente esencial del bienestar general y el mejoramiento de la calidad de vida de colombianos y colombianas.</p> <p><input checked="" type="radio"/> F) Todas las anteriores.</p>
<p>2. Defina verdadero o falso</p> <p>Son DERECHOS DE LAS PERSONAS EN EL ÁMBITO DE LA SALUD MENTAL</p>	<p><u>VERDADERO</u> ó FALSO</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- A recibir atención integral e integrada y humanizada por el equipo humano en salud mental.</li> <li>- A recibir psicoeducación individual y familiar sobre su trastorno mental y las formas de autocuidado.</li> <li>- A recibir la atención especializada e interdisciplinaria y los tratamientos con la mejor evidencia científica de acuerdo con los avances científicos en salud mental</li> </ul>
<p>3. Defina verdadero o falso</p> <p>Son SIGNOS DE ALARMA TRASTORNOS DE ANSIEDAD Y FOBIAS</p>	<p><u>VERDADERO</u> ó FALSO</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sentimientos constantes de angustia, ansiedad, miedo o pavor irracional con motivo o sin motivo aparente.</li> <li>- Alteración en los ciclos circadianos (sueño-hambre): el refiere una alteración en sus ciclos naturales. Insomnio recurrente, o exceso de sueño. De la misma manera se reporta falta de apetito o un exceso en la necesidad de comer sin motivo aparente</li> <li>- El estado de ansiedad constante puede producir síntomas físicos como palpitaciones, sudoración, temblores, sensación de ahogo etc.</li> </ul>

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"/>
---	---	---	---	---------------------------------------

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

FIRMA FACILITADOR [Firma]

MÓDULO:	
ÁREA RESPONSABLE:	GESTIÓN DE LA EXPERIENCIA ATENCIÓN AL USUARIO
TEMA:	AUTO CUIDADO Y CALIDAD DE VIDA, DEBERES Y DERECHOS, RED, CANALES DE COMUNICACIÓN
NOMBRE:	<i>Luís López</i>
CARGO:	
SUCURSAL / AGENCIA:	NORTE DE SANTANDER
FACILITADOR:	MARIA DEL PILAR AVILA
FECHA:	29 SEPTIEMBRE 2023
CALIFICACIÓN:	

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

PREGUNTAS	RESPUESTAS
<p>1. Elija la opción correcta</p> <p>¿Salud Mental es?</p>	<p>A) interés y prioridad nacional</p> <p>B) Un derecho fundamental,</p> <p>C) Tema prioritario de salud pública,</p> <p>D) Un bien de interés público</p> <p>E) Componente esencial del bienestar general y el mejoramiento de la calidad de vida de colombianos y colombianas.</p> <p>F) <u>Todas las anteriores.</u></p>
<p>2. Defina verdadero o falso</p> <p>Son DERECHOS DE LAS PERSONAS EN EL ÁMBITO DE LA SALUD MENTAL</p>	<p><u>VERDADERO</u> ó FALSO</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- A recibir atención integral e integrada y humanizada por el equipo humano en salud mental.</li> <li>- A recibir psicoeducación individual y familiar sobre su trastorno mental y las formas de autocuidado.</li> <li>- A recibir la atención especializada e interdisciplinaria y los tratamientos con la mejor evidencia científica de acuerdo con los avances científicos en salud mental</li> </ul>
<p>3. Defina verdadero o falso</p> <p>Son SIGNOS DE ALARMA TRASTORNOS DE ANSIEDAD Y FOBIAS</p>	<p><u>VERDADERO</u> ó FALSO</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sentimientos constantes de angustia, ansiedad, miedo o pavor irracional con motivo o sin motivo aparente.</li> <li>- Alteración en los ciclos circadianos (sueño-hambre): el refiere una alteración en sus ciclos naturales. Insomnio recurrente, o exceso de sueño. De la misma manera se reporta falta de apetito o un exceso en la necesidad de comer sin motivo aparente</li> <li>- El estado de ansiedad constante puede producir síntomas físicos como palpitaciones, sudoración, temblores, sensación de ahogo etc.</li> </ul>

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

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 Luis Lopez

FIRMA FACILITADOR [Firma]

<b>MÓDULO:</b>	
<b>ÁREA RESPONSABLE:</b>	GESTIÓN DE LA EXPERIENCIA ATENCIÓN AL USUARIO
<b>TEMA:</b>	AUTO CUIDADO Y CALIDAD DE VIDA, DEBERES Y DERECHOS, RED, CANALES DE COMUNICACIÓN
<b>NOMBRE:</b>	
<b>CARGO:</b>	
<b>SUCURSAL / AGENCIA:</b>	NORTE DE SANTANDER
<b>FACILITADOR:</b>	MARIA DEL PILAR AVILA
<b>FECHA:</b>	29 SEPTIEMBRE 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
<p>1. Elija la opción correcta</p> <p>¿Salud Mental es?</p>	<p>A) interés y prioridad nacional</p> <p>B) Un derecho fundamental,</p> <p>C) Tema prioritario de salud pública,</p> <p>D) Un bien de interés público</p> <p>E) Componente esencial del bienestar general y el mejoramiento de la calidad de vida de colombianos y colombianas.</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> F) <b>Todas las anteriores.</b></p>
<p>2. Defina verdadero o falso</p> <p>Son DERECHOS DE LAS PERSONAS EN EL ÁMBITO DE LA SALUD MENTAL</p>	<p><b>VERDADERO ó FALSO</b></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> - A recibir atención integral e integrada y humanizada por el equipo humano en salud mental.</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> - A recibir psicoeducación individual y familiar sobre su trastorno mental y las formas de autocuidado.</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> - A recibir la atención especializada e interdisciplinaria y los tratamientos con la mejor evidencia científica de acuerdo con los avances científicos en salud mental</p>
<p>3. Defina verdadero o falso</p> <p>Son SIGNOS DE ALARMA TRASTORNOS DE ANSIEDAD Y FOBIAS</p>	<p><b>VERDADERO ó FALSO</b></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> - Sentimientos constantes de angustia, ansiedad, miedo o pavor irracional con motivo o sin motivo aparente.</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> - Alteración en los ciclos circadianos (sueño-hambre): el refiere una alteración en sus ciclos naturales. Insomnio recurrente, o exceso de sueño. De la misma manera se reporta falta de apetito o un exceso en la necesidad de comer sin motivo aparente</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> - El estado de ansiedad constante puede producir síntomas físicos como palpitaciones, sudoración, temblores, sensación de ahogo etc.</p>

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

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:**

Aumentar los modos virtuales

FIRMA ASISTENTE Maria Guadalupe

FIRMA FACILITADOR [Firma]