

CONVOCATORIA No 04

ASOCIACIÓN DE USUARIOS DEL MUNICIPIO DE PAJARITO DEL DEPARTAMENTO DE BOYACÁ

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.

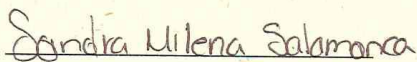
Lugar: OFICINA LOCAL

Fecha: 28/04/2023

Hora: 3:00 PM

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

Atentamente,



PRESIDENTE ASOCIACIÓN DE USUARIOS

[illegible]

**ACTA DE REUNIÓN DE LA ASOCIACIÓN DE USUARIOS, ASODEUS DE
COOSALUD EPS****MUNICIPIO DE BOGOTÁ**

FECHA : 28/04/2023
LUGAR : Oficina de COOSALUD EPS-S
HORA : 2:00 P.M.
ASISTENTES : (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:
 - A. Afiliaciones y Novedades
 - B. Participación Social en Salud
 - C. Derechos de los pacientes: Atención médica
 - D. Red
 - E. Canales de Comunicación
3. Evaluación de la sesión
4. Apertura del Buzón de sugerencias
5. Programación de la próxima reunión

DESARROLLO DE LA REUNIÓN

1. AMANDA ROJAS CRUZ 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.,
2. Se exponen los temas preparados para el día a cargo de AMANDA ROJAS CRUZ colaborador de Coosalud EPS.

2.1. TEMAS DEL MES.

Afiliaciones y Novedades

¿Cómo se efectúa la afiliación al SGSSS?

Mediante el registro en el SAT y la inscripción a una sola Entidad Promotora de Salud-EPS o Entidad Obligatoria a Compensar-EOC. Hasta tanto entre en operación el SAT, la afiliación se efectuará con el diligenciamiento, suscripción y radicación en la EPS del Formulario Único de Afiliación y Registro de Novedades al Sistema General de Seguridad Social en Salud –SGSSS, hoy adoptado en la Resolución 974 de 2016 del Ministerio de Salud y Protección Social.

¿Quiénes están obligados afiliarse al SGSSS?

Todos los residentes en Colombia, salvo aquellas personas que cumplan los requisitos para pertenecer a uno de los Regímenes Exceptuados o Especiales establecidos legalmente.

Sin importar el tipo de afiliado que se vaya a vincular, siempre se realizan los siguientes pasos:



¿Cuándo se produce la desafiliación al SGSSS?

La desafiliación al Sistema sólo se producirá por el fallecimiento del afiliado.

AFILIACIÓN

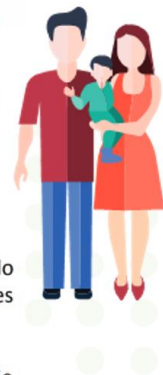
Afiliación del Recién Nacido

¿Cuándo se realiza la afiliación del recién nacido?

- ✓ Todo recién nacido desde su nacimiento quedará afiliado y será inscrito en la EPS donde se encuentre inscrita la madre incluso las EPS del Régimen especial o Excepción.
- ✓ En caso de fallecimiento de la madre al momento del parto, quedará inscrito en la EPS del padre o en la EPS de quien tenga a su cargo el cuidado personal o detente su custodia.
- ✓ Si el padre tiene la calidad de cotizante al régimen contributivo éste podrá tramitar la novedad de inclusión como su beneficiario después del primer mes de vida.

¿Qué documento se necesita para la afiliación del recién nacido?

- ✓ El Registro Civil de Nacimiento o en su defecto, el Certificado de Nacido Vivo.
- ✓ En todo caso, los padres del recién nacido o en ausencia de éstos quien tenga su custodia o cuidado personal deberán aportar el registro civil de nacimiento a más tardar dentro de los tres (3) meses siguientes a su nacimiento.
- ✓ Cuando la madre ostente la calidad de beneficiaria, el recién nacido se inscribirá como un beneficiario más del núcleo familiar.



TIPOS DE NOVEDADES DE AFILIACIÓN

COOSALUD
En Pos de tu bienestar

¿Qué es un traslado?

Es el proceso que se efectúa cuando el afiliado desea cambiar de Entidad Promotora de Salud (EPS).



CONDICIONES PARA REALIZAR UN TRASLADO EFECTIVO



EXCEPCIONES

De acuerdo al Decreto 2353 existen algunas excepciones con las que los usuarios pueden solicitar el traslado a otra EPS **sin haber cumplido** el tiempo de permanencia en su actual EPS.



Participación Social en Salud

PARTICIPACIÓN SOCIAL EN SALUD

COOSALUD
En Pos de tu bienestar

La participación comprende las acciones colectivas mediante las cuales **la población enfrenta los retos** de la realidad, identifica y **analiza sus problemas**, **formula y negocia propuestas** y satisface las necesidades en materia de salud, de una manera deliberada, **democrática y concertada**.



¿Cuál es el objetivo?

Es velar por el derecho que tienen los usuarios de **disfrutar los servicios de salud con calidad y oportunidad**, a través del **trato digno y el respeto**, así como canalizar las **sugerencias, inquietudes y reclamos** de los usuarios en pro de la **eficiencia y eficacia de los servicios de salud** y de la **satisfacción de la experiencia** de los usuarios.

Derechos de los pacientes: Atención médica**DERECHOS**

Nuestros afiliados sin restricciones por motivos de raza, sexo, edad, idioma, religión, opiniones políticas o de cualquier índole, origen social, posición económica o condición social, tienen derecho a:

Atención medica accesible, idónea, de calidad y eficaz

- Acceder, en condiciones de calidad y oportunidad y sin restricción a las actividades, procedimientos, intervenciones, insumos y medicamentos incluidos en el Plan de Beneficios en Salud.
- Acceder a las pruebas y exámenes diagnósticos indispensables para determinar si requieres o no un servicio de salud. Hay que indicar que el derecho a acceder a un servicio de salud que requiere un niño o una niña para conservar su vida, su dignidad, y su integridad, así como para desarrollarse armónica e integralmente, están especialmente protegidos. Se entiende por niña o niño, toda persona menor de 18 años. En caso de ser adolescentes, esto es, personas entre 12 y 18 años, deba reconocérseles el derecho frente a la reserva y confidencialidad de su historia clínica en el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos.

COOSALUD

DERECHOS**Atención medica accesible, idónea, de calidad y eficaz**

- Recibir la atención de urgencias que sea requerida con la oportunidad que tu condición amerite sin que sea exigible documento o cancelación de pago previo alguno, ni sea obligatoria la atención en una Institución Prestadora de Servicios de Salud de la red definida por la Entidad Promotora de Salud.
- Los pagos moderadores no pueden constituir barreras al acceso a los servicios de salud para las personas que no tienen la capacidad económica de acuerdo con la estratificación socioeconómica de soportar el pago de este.
- Recibir durante todo el proceso de la enfermedad, la mejor asistencia médica disponible en la red y el cuidado paliativo de acuerdo con su enfermedad o condición, incluyendo la atención en la enfermedad incurable avanzada o la enfermedad terminal garantizando que se respeten los deseos del paciente frente a las posibilidades que la IPS tratante ofrece. Agotar las posibilidades razonables de tratamiento para la superación de su enfermedad y a recibir, durante todo el proceso de la enfermedad incluyendo el final de la vida, la mejor asistencia médica disponible por personal de la salud debidamente competente y autorizado para su ejercicio.

COOSALUD

Se les presenta la Red de prestadores que tenemos en la regional y posteriormente los Canales de comunicación



Redes Sociales



COOSALUD

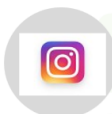
www.coosalud.com



@coosalud



Coosalud eps



@coosaludeps

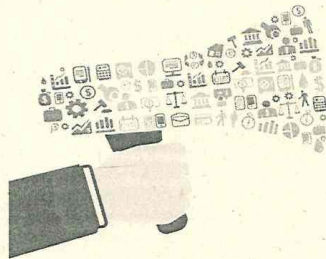
5

3. Se procede a evaluar la sesión. Se anexan copias.
4. Se abre el buzón de sugerencias y se elabora el acta.
5. Se plantea como fecha tentativa para la próxima reunión, el día 26 del mes de mayo del año 2023 a las 2:00PM en la oficina de COOSALUD EPS.

Para constancia firman,



Redes Sociales



COOSALUD

www.coosalud.com

@coosalud

Coosalud eps

@coosaludeps

3. Se procede a evaluar la sesión. Se anexan copias.
4. Se abre el buzón de sugerencias y se elabora el acta.
5. Se plantea como fecha tentativa para la próxima reunión, el día 26 del mes de mayo del año 2023 a las 2:00PM en la oficina de COOSALUD EPS.

Para constancia firman,

NOMBRE	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CARGO	FIRMA
Angie Vanessa Garzón	1077874057	Fiscal	Vanessa Garzón
Nancy Quaira Rodríguez	33645534	Vocal	Nancy Q. Rodríguez
Sandra Milena Salazar	111654271	Vice-Presidente	Sandra Milena Salazar
Lorena Rodríguez	1055206134	Vocal	Lorena Rodríguez

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

MÓDULO:	CAPACITACION ASODEUS
ÁREA RESPONSABLE:	EXPERIENCIA DEL USUARIO
TEMA:	Afiliación y Novedades- Participación Social-Derechos-Red-Canales de comunicación Coosalud
NOMBRE:	Lenaida Rodríguez
CARGO:	USUARIO Vocal
SUCURSAL / AGENCIA:	Boraca
FACILITADOR:	AMANDA ROJAS CRUZ
FECHA:	28/04/2023
CALIFICACIÓN:	

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

PREGUNTAS	RESPUESTAS
1. ¿La participación social permite negociar propuestas de forma democrática?	☒ SI ☐ NO
2. ¿En un derecho de nuestros afiliados? Selección de múltiple respuesta	☒ Acceder a los servicios con calidad y oportunidad. ☒ Ser atendido en urgencias sin necesidad del documento de identidad. ☒ Recibir cuidado paliativo acorde a la enfermedad.
3. ¿Qué documento se requiere para afiliar un recién nacido? Selección de múltiple respuesta	☒ Registro Civil de Nacimiento ☒ Certificado de Nacido vivo ☐ cédula de la abuela del recién nacido

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, carteleros, 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):

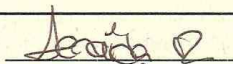
1 2 3 4 ☒ 5

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

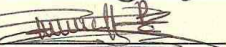
1 2 3 4 5 ☒

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

FIRMA ASISTENTE



FIRMA FACILITADOR



	EVALUACION DE CAPACITACIONES, INDUCCION Y REINDUCCION	GTH-F-22 Act. 09 2020.nov.06

MÓDULO:	CAPACITACION ASODEUS
ÁREA RESPONSABLE:	EXPERIENCIA DEL USUARIO
TEMA:	Afiliación y Novedades- Participación Social-Derechos-Red-Canales de comunicación Coosalud
NOMBRE:	Sandra Milena Salamanca
CARGO:	USUARIO Vicepresidente
SUCURSAL / AGENCIA:	Bazaca
FACILITADOR:	AMANDA ROJAS CRUZ
FECHA:	28/04/2023
CALIFICACIÓN:	

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

PREGUNTAS	RESPUESTAS
1. ¿La participación social permite negociar propuestas de forma democrática?	☒ SI ☐ NO
2. ¿En un derecho de nuestros afiliados? Selección de múltiple respuesta	☒ Acceder a los servicios con calidad y oportunidad. ☒ Ser atendido en urgencias sin necesidad del documento de identidad. ☒ Recibir cuidado paliativo acorde a la enfermedad.
3. ¿Qué documento se requiere para afiliar un recién nacido? Selección de múltiple respuesta	☒ Registro Civil de Nacimiento ☒ Certificado de Nacido vivo ☐ cédula de la abuela del recién nacido

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

FIRMA FACILITADOR

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

MÓDULO:	CAPACITACION ASODEUS
ÁREA RESPONSABLE:	EXPERIENCIA DEL USUARIO
TEMA:	Afiliación y Novedades- Participación Social-Derechos-Red-Canales de comunicación Coosalud
NOMBRE:	Nancy Cuadros Rodriguez
CARGO:	USUARIO - Vocal
SUCURSAL / AGENCIA:	Botaca
FACILITADOR:	AMANDA ROJAS CRUZ
FECHA:	28/04/2023
CALIFICACIÓN:	

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

PREGUNTAS	RESPUESTAS
1. ¿La participación social permite negociar propuestas de forma democrática?	SI NO
2. ¿En un derecho de nuestros afiliados? Selección de múltiple respuesta	☒ Acceder a los servicios con calidad y oportunidad. ☒ Ser atendido en urgencias sin necesidad del documento de identidad. ☒ Recibir cuidado paliativo acorde a la enfermedad.
3. ¿Qué documento se requiere para afiliar un recién nacido? Selección de múltiple respuesta	☒ Registro Civil de Nacimiento ☒ Certificado de Nacido vivo ☐ cédula de la abuela del recién nacido

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

Nancy D. Rodriguez

FIRMA FACILITADOR

[Firma]

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

MÓDULO:	CAPACITACION ASODEUS
ÁREA RESPONSABLE:	EXPERIENCIA DEL USUARIO
TEMA:	Afiliación y Novedades- Participación Social-Derechos-Red-Canales de comunicación Coosalud
NOMBRE:	Ange Vanessa Garzon Paga
CARGO:	USUARIO
SUCURSAL / AGENCIA:	Palanto - Bojacá
FACILITADOR:	AMANDA ROJAS CRUZ
FECHA:	28/04/2023
CALIFICACIÓN:	

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

PREGUNTAS	RESPUESTAS
1. ¿La participación social permite negociar propuestas de forma democrática?	☒ SI ☐ NO
2. ¿En un derecho de nuestros afiliados? Selección de múltiple respuesta	☒ Acceder a los servicios con calidad y oportunidad. ☐ Ser atendido en urgencias sin necesidad del documento de identidad. ☐ Recibir cuidado paliativo acorde a la enfermedad.
3. ¿Qué documento se requiere para afiliar un recién nacido? Selección de múltiple respuesta	☒ Registro Civil de Nacimiento ☒ Certificado de Nacido vivo ☐ cédula de la abuela del recién nacido

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

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

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

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

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

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

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 *Ange Vonesca Gato*

FIRMA FACILITADOR *[Firma]*

