

**CONVOCATORIA No 2**

ASOCIACIÓN DE USUARIOS DEL MUNICIPIO DE SOCHA DEL DEPARTAMENTO DE BOYACA

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

Reciba un cordial saludo.

Nos complace invitarlo a participar en la reunión de la ASOCIACIÓN DE USUARIOS de nuestra zona, con el fin de dar a conocer los avances que hemos tenido en nuestro Plan de acción y otra información que consideramos de interés compartir con cada uno de ustedes.

Lugar: OFICINA DE COOSALUD SOCHA

Fecha: 23 DE FEBRERO 2023

Hora: 2:00PM

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** : 23/02/2023  
**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. Cuidado colectivo de la salud en tiempos de COVID 19
  - B. Jornadas de Vacunación
  - C. Derechos y Deberes
  - 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. KATERINE CABRERA DONADO 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 KATERINE CABRERA DONADO colaborador de Coosalud EPS.

**2.1. TEMAS DEL MES.**

3. Cuidado colectivo de la salud en tiempos de COVID 19



## Jornadas de Vacunación



## Derechos

### Protección a la dignidad humana

## DERECHOS

Recibir un trato digno en el acceso a servicios de salud y en todas las etapas de atención. Ninguna persona deberá ser sometida a tratos crueles o inhumanos que afecten su dignidad, ni será obligada a soportar sufrimiento evitable, ni obligada a padecer enfermedades que pueden recibir tratamiento.

Ser respetado como ser humano en su integralidad, sin recibir ninguna discriminación por su pertenencia étnica, sexo, identidad de género, orientación sexual, edad, idioma, religión o creencia, cultura, opiniones políticas o de cualquier índole, costumbres, origen, condición social, condición económica y su intimidad, así como las opiniones que tenga.

Recibir los servicios de salud en condiciones sanitarias adecuadas, en un marco de seguridad y respeto a su identidad e intimidad.

## Protección a la dignidad humana

## DERECHOS

Recibir protección especial cuando se padecen enfermedades catastróficas o de alto costo. Esto implica el acceso oportuno a los servicios de salud asociados a la patología y la prohibición de que bajo ningún pretexto se deje de atender a la persona, ni puedan cobrarse copagos o cuotas moderadoras

Elegir dentro de las opciones de muerte digna según corresponda a su escala de valores y preferencias personales y a ser respetado en su elección, incluyendo que se le permita rechazar actividades, intervenciones, insumos, medicamentos, dispositivos, servicios, procedimientos o tratamientos que puedan dilatar el proceso de la muerte impidiendo que este siga su curso natural en la fase terminal de su enfermedad

COOSALUD

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





**EVIDENCIA FOTOGRAFICA**



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 24 del mes de marzo del año 2023 a las 2:00PM en la oficina de COOSALUD EPS.

Para constancia firman,

| NOMBRE                   | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN | CARGO          | FIRMA                  |
|--------------------------|--------------------------|----------------|------------------------|
| Melissa Yamile Barrios V | 1075664811               | Vicepresidenta | Melissa Yamile Barrios |
| Isis Johana Alvarez      | 1057571093               | Secretaria     | Isis Johana Alvarez    |
| Javier Hernan Gomez L    | 721320579                | Vocal          | Javier Hernan Gomez    |
| Lizeth Tatiana Mojica    | 1002460601               | Vocal          | Lizeth Tatiana Mojica  |
| Jorge A Garcia           | 74433818                 | Presidente     | Jorge A Garcia         |
| Erica, Abn. I. Amaya     | 1056554789               | Vocal          | Erica Johana A.        |
|                          |                          |                |                        |
|                          |                          |                |                        |
|                          |                          |                |                        |
|                          |                          |                |                        |
|                          |                          |                |                        |



[illegible]

Con la firma del presente documento me comprometo de manera libre, previa y debidamente informada que autorizo a COSSAUND para efectuar tratamiento sobre los datos personales aquí recopilados, con finalidad de llevar un control de asistencia a eventos de capacitación. Declino que he sido informado de los derechos de consulta, rectificación y verificación que tengo como titular de mis datos personales conforme a los lineamientos de la política de tratamiento de información Personal de la entidad, disponible para su consulta en el sitio [www.cossaund.com](http://www.cossaund.com), y de conformidad con esta, mis datos personales podrán ser suministrados cuando no exista deber legal o contractual de conservarlos.



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

|                            |                                                                 |
|----------------------------|-----------------------------------------------------------------|
| <b>MÓDULO:</b>             | CAPACITACION ASODEUS                                            |
| <b>ÁREA RESPONSABLE:</b>   | EXPERIENCIA DEL USUARIO                                         |
| <b>TEMA:</b>               | Covid -Vacunación-Derechos-Red-Canales de comunicación Coosalud |
| <b>NOMBRE:</b>             | Fisca Johana Abril                                              |
| <b>CARGO:</b>              | USUARIO                                                         |
| <b>SUCURSAL / AGENCIA:</b> | BOYACA                                                          |
| <b>FACILITADOR:</b>        | KATERINE CABRERA DONADO                                         |
| <b>FECHA:</b>              | 23/02/2023                                                      |
| <b>CALIFICACIÓN:</b>       |                                                                 |

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

| PREGUNTAS                                                                                               | RESPUESTAS                                                                                                                                                                                                              |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. ¿Pueden vacunarse contra el Covid en el 2023?                                                        | <input checked="" type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO                                                                                                                                                            |
| 2. ¿Señale con una X cuándo se va a colocar la vacuna hay que llevar el carnet de vacunación?           | <input checked="" type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO                                                                                                                                                            |
| 3. ¿Señale con una X cuáles son canales de comunicación en coosalud?<br>Selección de múltiple respuesta | <input checked="" type="checkbox"/> #922<br><input checked="" type="checkbox"/> Línea Fija<br><input checked="" type="checkbox"/> Correo <a href="mailto:defensorusuario@coosalud.com">defensorusuario@coosalud.com</a> |

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

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

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

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

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

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

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

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 Circa Johana R.

FIRMA FACILITADOR Rupin

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

|                            |                                                                 |
|----------------------------|-----------------------------------------------------------------|
| <b>MÓDULO:</b>             | CAPACITACION ASODEUS                                            |
| <b>ÁREA RESPONSABLE:</b>   | EXPERIENCIA DEL USUARIO                                         |
| <b>TEMA:</b>               | Covid -Vacunación-Derechos-Red-Canales de comunicación Coosalud |
| <b>NOMBRE:</b>             | Fernando Alvarez                                                |
| <b>CARGO:</b>              | USUARIO                                                         |
| <b>SUCURSAL / AGENCIA:</b> | BOYACA                                                          |
| <b>FACILITADOR:</b>        | KATERINE CABRERA DONADO                                         |
| <b>FECHA:</b>              | 24/02/2023                                                      |
| <b>CALIFICACIÓN:</b>       |                                                                 |

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

| PREGUNTAS                                                                                               | RESPUESTAS                                                                                                                                                                                                              |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. ¿Pueden vacunarse contra el Covid en el 2023?                                                        | <input checked="" type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO                                                                                                                                                            |
| 2. ¿Señale con una X cuándo se va a colocar la vacuna hay que llevar el carnet de vacunación?           | <input checked="" type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO                                                                                                                                                            |
| 3. ¿Señale con una X cuáles son canales de comunicación en coosalud?<br>Selección de múltiple respuesta | <input checked="" type="checkbox"/> #922<br><input checked="" type="checkbox"/> Línea Fija<br><input checked="" type="checkbox"/> Correo <a href="mailto:defensorusuario@coosalud.com">defensorusuario@coosalud.com</a> |

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

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

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

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

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

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

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

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:**

---

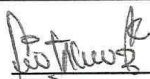


---



---

FIRMA ASISTENTE



FIRMA FACILITADOR





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

|                            |                                                                 |
|----------------------------|-----------------------------------------------------------------|
| <b>MÓDULO:</b>             | CAPACITACION ASODEUS                                            |
| <b>ÁREA RESPONSABLE:</b>   | EXPERIENCIA DEL USUARIO                                         |
| <b>TEMA:</b>               | Covid -Vacunación-Derechos-Red-Canales de comunicación Coosalud |
| <b>NOMBRE:</b>             | Melissa Yamil Barrios V.                                        |
| <b>CARGO:</b>              | USUARIO                                                         |
| <b>SUCURSAL / AGENCIA:</b> | BOYACA                                                          |
| <b>FACILITADOR:</b>        | KATERINE CABRERA DONADO                                         |
| <b>FECHA:</b>              | 24/02/2023                                                      |
| <b>CALIFICACIÓN:</b>       |                                                                 |

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

| PREGUNTAS                                                                                               | RESPUESTAS                                                                                                                                                                                                              |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. ¿Pueden vacunarse contra el Covid en el 2023?                                                        | <input checked="" type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO                                                                                                                                                            |
| 2. ¿Señale con una X cuándo se va a colocar la vacuna hay que llevar el carnet de vacunación?           | <input checked="" type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO                                                                                                                                                            |
| 3. ¿Señale con una X cuáles son canales de comunicación en coosalud?<br>Selección de múltiple respuesta | <input checked="" type="checkbox"/> #922<br><input checked="" type="checkbox"/> Línea Fija<br><input checked="" type="checkbox"/> Correo <a href="mailto:defensorusuario@coosalud.com">defensorusuario@coosalud.com</a> |

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

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

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

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

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

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

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

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

*Melissa Yamie Barnes*  
*[Firma]*

|                                           |                                                                 |                                                              |                                    |
|-------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| <b>COOSALUD</b><br>En Pos de tu bienestar |                                                                 | <b>EVALUACION DE CAPACITACIONES, INDUCCION Y REINDUCCION</b> | GTH-F-22<br>Act. 09<br>2020.nov.06 |
| <b>MÓDULO:</b>                            | CAPACITACION ASODEUS                                            |                                                              |                                    |
| <b>ÁREA RESPONSABLE:</b>                  | EXPERIENCIA DEL USUARIO                                         |                                                              |                                    |
| <b>TEMA:</b>                              | Covid -Vacunación-Derechos-Red-Canales de comunicación Coosalud |                                                              |                                    |
| <b>NOMBRE:</b>                            | Javier Hernan Santa                                             |                                                              |                                    |
| <b>CARGO:</b>                             | USUARIO                                                         |                                                              |                                    |
| <b>SUCURSAL / AGENCIA:</b>                | BOYACA                                                          |                                                              |                                    |
| <b>FACILITADOR:</b>                       | KATERINE CABRERA DONADO                                         |                                                              |                                    |
| <b>FECHA:</b>                             | 24/02/2023                                                      |                                                              |                                    |
| <b>CALIFICACIÓN:</b>                      |                                                                 |                                                              |                                    |

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

| PREGUNTAS                                                                                               | RESPUESTAS                                                                                                                                                                                                              |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. ¿Pueden vacunarse contra el Covid en el 2023?                                                        | <input checked="" type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO                                                                                                                                                            |
| 2. ¿Señale con una X cuándo se va a colocar la vacuna hay que llevar el carnet de vacunación?           | <input checked="" type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO                                                                                                                                                            |
| 3. ¿Señale con una X cuáles son canales de comunicación en coosalud?<br>Selección de múltiple respuesta | <input checked="" type="checkbox"/> #922<br><input checked="" type="checkbox"/> Linea Fija<br><input checked="" type="checkbox"/> Correo <a href="mailto:defensorusuario@coosalud.com">defensorusuario@coosalud.com</a> |

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

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

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

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

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

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

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

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

*Tovier Herman Santos LL*

FIRMA FACILITADOR

*Frederick*



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

|                            |                                                                 |
|----------------------------|-----------------------------------------------------------------|
| <b>MÓDULO:</b>             | CAPACITACION ASODEUS                                            |
| <b>ÁREA RESPONSABLE:</b>   | EXPERIENCIA DEL USUARIO                                         |
| <b>TEMA:</b>               | Covid -Vacunación-Derechos-Red-Canales de comunicación Coosalud |
| <b>NOMBRE:</b>             | Lizeth Tatiana Hoyka Malpica                                    |
| <b>CARGO:</b>              | USUARIO                                                         |
| <b>SUCURSAL / AGENCIA:</b> | BOYACA                                                          |
| <b>FACILITADOR:</b>        | KATERINE CABRERA DONADO                                         |
| <b>FECHA:</b>              | 24/02/2023                                                      |
| <b>CALIFICACIÓN:</b>       |                                                                 |

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

| PREGUNTAS                                                                                               | RESPUESTAS                                                                                                                                                                                                              |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. ¿Pueden vacunarse contra el Covid en el 2023?                                                        | <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO                                                                                                                                                      |
| 2. ¿Señale con una X cuándo se va a colocar la vacuna hay que llevar el carnet de vacunación?           | <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO                                                                                                                                                      |
| 3. ¿Señale con una X cuáles son canales de comunicación en coosalud?<br>Selección de múltiple respuesta | <input checked="" type="checkbox"/> #922<br><input checked="" type="checkbox"/> Línea Fija<br><input checked="" type="checkbox"/> Correo <a href="mailto:defensorusuario@coosalud.com">defensorusuario@coosalud.com</a> |

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

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

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

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

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

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

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

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

Tatiana Mojica

FIRMA FACILITADOR

Facilitador

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

|                            |                                                                 |
|----------------------------|-----------------------------------------------------------------|
| <b>MÓDULO:</b>             | CAPACITACION ASODEUS                                            |
| <b>ÁREA RESPONSABLE:</b>   | EXPERIENCIA DEL USUARIO                                         |
| <b>TEMA:</b>               | Covid -Vacunación-Derechos-Red-Canales de comunicación Coosalud |
| <b>NOMBRE:</b>             | Jorge A. Garcia                                                 |
| <b>CARGO:</b>              | USUARIO                                                         |
| <b>SUCURSAL / AGENCIA:</b> | BOYACA                                                          |
| <b>FACILITADOR:</b>        | KATERINE CABRERA DONADO                                         |
| <b>FECHA:</b>              | 24/02/2023                                                      |
| <b>CALIFICACIÓN:</b>       |                                                                 |

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

| PREGUNTAS                                                                                               | RESPUESTAS                                                                                                                                                                                                              |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. ¿Pueden vacunarse contra el Covid en el 2023?                                                        | <input checked="" type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO                                                                                                                                                            |
| 2. ¿Señale con una X cuándo se va a colocar la vacuna hay que llevar el carnet de vacunación?           | <input checked="" type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO                                                                                                                                                            |
| 3. ¿Señale con una X cuáles son canales de comunicación en coosalud?<br>Selección de múltiple respuesta | <input checked="" type="checkbox"/> #922<br><input checked="" type="checkbox"/> Línea Fija<br><input checked="" type="checkbox"/> Correo <a href="mailto:defensorusuario@coosalud.com">defensorusuario@coosalud.com</a> |

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

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

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

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

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

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

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

4. **CLARIDAD DE LA EXPOSICIÓN.** Respecto al lenguaje utilizado y el orden dado al curso, usted considera que fueron en general (1: Pobres, 2: Confusos, 3: Mediocres, 4: Buenos, 5: Excelentes):

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

5. **NIVEL DE ASIMILACION Y COMPROMISO PERSONAL CON LOS TEMAS TRATADOS.** Evalúese a usted mismo en el grado de motivación e interés personal para atender y seguir la capacitación y sus actividades (1: No estuve atento, no capté mi interés, 2: Estaba interesado, pero me distraje fácilmente, 3: Solo me concentré por momentos, 4: Estuve atento todo el tiempo, pero no me animé a participar, 5: Estuve atento todo el tiempo, participé activamente).

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

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

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

7. **CALIDAD DE LAS AYUDAS AUDIOVISUALES.** Las ayudas audiovisuales (diapositivas, 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

