

**CONVOCATORIA No 008**

**ASOCIACIÓN DE USUARIOS DEL MUNICIPIO DE MARIPI DEL DEPARTAMENTO DE  
BOYACA**

Para: Integrantes de ASOCIACIÓN DE USUARIOS  
De: Gestor Municipal  
Motivo: Invitación a sesión

Reciba un cordial saludo.

Nos complace invitarlo a participar en la reunión de ASOCIACION DE USUARIOS de nuestro Municipio, 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 EPS COOSALUD MARIPI

Fecha: agosto 2023

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

*Leidy Yennifer Gonzalez*  
Aténtame

Gestor Municipal

[illegible]

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

**ECHA** : 25/08/2023  
**LUGAR** : Oficina de COOSALUD EPS-S  
**HORA** : 2:00 P.M.  
**ASISTENTES** : (Se anexan fotos de la reunión virtual).  
**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. Portabilidad.
  - B. Deber: Brindar información
  - C. Derechos de los pacientes: A la confidencialidad
  - 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. LEIDY UANIRA GONZALZ, 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 LEIDY YANIRA GONZALEZ colaborador de Coosalud EPS.

**2.1. TEMAS DEL MES.**

Portabilidad

**PORTABILIDAD**
**COOSALUD**

**¿Qué es?**

La portabilidad es la garantía que se da a los ciudadanos para acceder a los servicios de salud sin trámites excesivos e innecesarios, en cualquier parte del territorio nacional, cuando el afiliado y/o su núcleo familiar se van a vivir temporalmente a un municipio diferente a aquel en donde se afiliaron a la EPS o donde habitualmente reciben los servicios de salud.

**¿Qué es la emigración ocasional?**

Es cuando el afiliado y/o su núcleo familiar se trasladan temporalmente del municipio donde realizaron la afiliación a la EPS o donde habitualmente reciben los servicios de salud, por un periodo no mayor de un (1) mes.

**¿Qué es la emigración temporal?**

Es cuando el afiliado y/o su núcleo familiar se trasladan temporalmente del municipio donde realizaron la afiliación a la EPS o donde habitualmente reciben los servicios de salud, por un periodo superior a un (1) mes e inferior a doce (12) meses.

¿Cómo puedo solicitar mi derecho a la portabilidad?

COOSALUD

Un afiliado podrá solicitar ante su EPS mediante la línea telefónica de atención al usuario, por escrito, por correo electrónico exclusivo para trámites de portabilidad, personalmente o a través de cualquier otro medio disponible, la asignación de una IPS primaria en un municipio diferente al domicilio de afiliación. En ningún caso la EPS podrá exigir la presentación personal del afiliado para el trámite de portabilidad.



COOSALUD

Deber

Deber

COOSALUD

Brindar la información requerida para la atención médica



COOSALUD

Derechos de los pacientes: A la confidencialidad

**DERECHOS**

COOSALUD

A la confidencialidad

- A que la historia clínica sea tratada de manera confidencial y reservada y que únicamente pueda ser conocida por terceros, previa autorización del paciente o en los casos previstos en la ley.
- A que, 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.
- Recibir o rehusar apoyo espiritual o moral cualquiera sea el culto religioso que profese o si no profesa culto alguno

COOSALUD

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



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

Para constancia firman 25 de agosto de 2023,

|                     |                                                                    |
|---------------------|--------------------------------------------------------------------|
| MÓDULO:             | CAPACITACION                                                       |
| ÁREA RESPONSABLE:   | EXPERIENCIA DEL USUARIO                                            |
| TEMA:               | Portabilidad-Deberes-Derechos-Red-Canales de comunicación Coosalud |
| NOMBRE:             | Mayra Yennifer Gonzalez                                            |
| CARGO:              | USUARIO                                                            |
| SUCURSAL / AGENCIA: | Leidy Yennifer Gonzalez                                            |
| FACILITADOR:        | Homp: Boyaca                                                       |
| FECHA:              | 25/08/2023                                                         |
| CALIFICACIÓN:       |                                                                    |

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

| PREGUNTAS                                                                              | RESPUESTAS                                                                                                                                                                                                                                              |
|----------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. ¿Cómo se puede solicitar la portabilidad?<br>Selección de múltiple respuesta        | <input checked="" type="checkbox"/> Personalmente<br><input checked="" type="checkbox"/> Pág Web <a href="http://www.coosalud.com">www.coosalud.com</a><br><input type="checkbox"/> Correo electrónico<br><input checked="" type="checkbox"/> Ocasional |
| 2. ¿Cuáles son las emigraciones de la portabilidad?<br>Selección de múltiple respuesta | <input type="checkbox"/> Temporal<br><input type="checkbox"/> Ninguna de las anteriores                                                                                                                                                                 |
| 1. ¿Brindar información adecuada es un deber de Coosalud?                              | <input checked="" type="checkbox"/> SI<br><input type="checkbox"/> NO                                                                                                                                                                                   |

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

|                                           |                                                              |                                    |
|-------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| <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                                                       |
| <b>ÁREA RESPONSABLE:</b>   | EXPERIENCIA DEL USUARIO                                            |
| <b>TEMA:</b>               | Portabilidad-Deberes-Derechos-Red-Canales de comunicación Coosalud |
| <b>NOMBRE:</b>             | Ana Silvia Pérez                                                   |
| <b>CARGO:</b>              | USUARIO                                                            |
| <b>SUCURSAL / AGENCIA:</b> | Finca Boyaca                                                       |
| <b>FACILITADOR:</b>        | Ledy Yanira Gonzalez                                               |
| <b>FECHA:</b>              | 25/08/2023                                                         |
| <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. ¿Cómo se puede solicitar la portabilidad?<br>Selección de múltiple respuesta        | <input checked="" type="checkbox"/> Personalmente<br><input type="checkbox"/> Pág Web <a href="http://www.coosalud.com">www.coosalud.com</a><br><input type="checkbox"/> Correo electrónico |
| 2. ¿Cuáles son las emigraciones de la portabilidad?<br>Selección de múltiple respuesta | <input checked="" type="checkbox"/> Ocasional<br><input type="checkbox"/> Temporal<br><input type="checkbox"/> Ninguna de las anteriores                                                    |
| 1. ¿Brindar información adecuada es un deber de Coosalud?                              | <input checked="" type="checkbox"/> SI<br><input type="checkbox"/> NO                                                                                                                       |

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 Andrés Silva Pérez

FIRMA FACILITADOR Ledy Carolina González

|                     |                                                                    |
|---------------------|--------------------------------------------------------------------|
| MÓDULO:             | CAPACITACION                                                       |
| ÁREA RESPONSABLE:   | EXPERIENCIA DEL USUARIO                                            |
| TEMA:               | Portabilidad-Deberes-Derechos-Red-Canales de comunicación Coosalud |
| NOMBRE:             | Ancelisi Arevalo Bautista                                          |
| CARGO:              | USUARIO                                                            |
| SUCURSAL / AGENCIA: | Ledy Yaira Gonzalez                                                |
| FACILITADOR:        | Rene Boyaca                                                        |
| FECHA:              | 25/08/2023                                                         |
| CALIFICACIÓN:       |                                                                    |

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

| PREGUNTAS                                                                              | RESPUESTAS                                                                                                                                                                                  |
|----------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. ¿Cómo se puede solicitar la portabilidad?<br>Selección de múltiple respuesta        | <input checked="" type="checkbox"/> Personalmente<br><input type="checkbox"/> Pág Web <a href="http://www.coosalud.com">www.coosalud.com</a><br><input type="checkbox"/> Correo electrónico |
| 2. ¿Cuáles son las emigraciones de la portabilidad?<br>Selección de múltiple respuesta | <input checked="" type="checkbox"/> Ocasional<br><input type="checkbox"/> Temporal<br><input type="checkbox"/> Ninguna de las anteriores                                                    |
| 1. ¿Brindar información adecuada es un deber de Coosalud?                              | <input checked="" type="checkbox"/> SI<br><input type="checkbox"/> NO                                                                                                                       |

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

*Anacleto Arce Chaiton*

FIRMA FACILITADOR

*Ledyce Guevara Guevara*

|                     |                                                                    |
|---------------------|--------------------------------------------------------------------|
| MÓDULO:             | CAPACITACION                                                       |
| ÁREA RESPONSABLE:   | EXPERIENCIA DEL USUARIO                                            |
| TEMA:               | Portabilidad-Deberes-Derechos-Red-Canales de comunicación Coosalud |
| NOMBRE:             | Yenny Yimeth Rincon                                                |
| CARGO:              | USUARIO                                                            |
| SUCURSAL / AGENCIA: | Boyacá, Manizales                                                  |
| FACILITADOR:        | Ledy Cortalez                                                      |
| FECHA:              | 25/08/2023                                                         |
| CALIFICACIÓN:       |                                                                    |

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

| PREGUNTAS                                                                              | RESPUESTAS                                                                                                                                                                                  |
|----------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. ¿Cómo se puede solicitar la portabilidad?<br>Selección de múltiple respuesta        | <input checked="" type="checkbox"/> Personalmente<br><input type="checkbox"/> Pág Web <a href="http://www.coosalud.com">www.coosalud.com</a><br><input type="checkbox"/> Correo electrónico |
| 2. ¿Cuáles son las emigraciones de la portabilidad?<br>Selección de múltiple respuesta | <input checked="" type="checkbox"/> Ocasional<br><input type="checkbox"/> Temporal<br><input type="checkbox"/> Ninguna de las anteriores                                                    |
| 1. ¿Brindar información adecuada es un deber de Coosalud?                              | <input checked="" type="checkbox"/> SI<br><input type="checkbox"/> NO                                                                                                                       |

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 Leymy Rincón

FIRMA FACILITADOR Ledy Lenier Cantalejo

|                     |                                                                    |
|---------------------|--------------------------------------------------------------------|
| MÓDULO:             | CAPACITACION                                                       |
| ÁREA RESPONSABLE:   | EXPERIENCIA DEL USUARIO                                            |
| TEMA:               | Portabilidad-Deberes-Derechos-Red-Canales de comunicación Coosalud |
| NOMBRE:             | Nan Alejandra Medina                                               |
| CARGO:              | USUARIO                                                            |
| SUCURSAL / AGENCIA: | San P. Boyaca                                                      |
| FACILITADOR:        | Ledy Chirica Gantaler                                              |
| FECHA:              | 25/08/2023                                                         |
| CALIFICACIÓN:       |                                                                    |

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

| PREGUNTAS                                                                              | RESPUESTAS                                                                                                                                                                                             |
|----------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. ¿Cómo se puede solicitar la portabilidad?<br>Selección de múltiple respuesta        | <input checked="" type="checkbox"/> Personalmente<br><input checked="" type="checkbox"/> Pág Web <a href="http://www.coosalud.com">www.coosalud.com</a><br><input type="checkbox"/> Correo electrónico |
| 2. ¿Cuáles son las emigraciones de la portabilidad?<br>Selección de múltiple respuesta | <input checked="" type="checkbox"/> Ocasional<br><input type="checkbox"/> Temporal<br><input type="checkbox"/> Ninguna de las anteriores                                                               |
| 1. ¿Brindar información adecuada es un deber de Coosalud?                              | <input checked="" type="checkbox"/> SI<br><input type="checkbox"/> NO                                                                                                                                  |

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 Juanne Alejandra M

FIRMA FACILITADOR Leidy Genara Gonzalez

|                     |                                                                    |
|---------------------|--------------------------------------------------------------------|
| MÓDULO:             | CAPACITACION                                                       |
| ÁREA RESPONSABLE:   | EXPERIENCIA DEL USUARIO                                            |
| TEMA:               | Portabilidad-Deberes-Derechos-Reg-Canales de comunicación Coosalud |
| NOMBRE:             | Juan Carlos Galeano Gonzalez                                       |
| CARGO:              | USUARIO                                                            |
| SUCURSAL / AGENCIA: | Maripí Boyacá                                                      |
| FACILITADOR:        | Leidy Gonzalez                                                     |
| FECHA:              | 25/08/2023                                                         |
| CALIFICACIÓN:       |                                                                    |

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

| PREGUNTAS                                                                              | RESPUESTAS                                                                                                                                                                                                                                              |
|----------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. ¿Cómo se puede solicitar la portabilidad?<br>Selección de múltiple respuesta        | <input checked="" type="checkbox"/> Personalmente<br><input checked="" type="checkbox"/> Pág Web <a href="http://www.coosalud.com">www.coosalud.com</a><br><input type="checkbox"/> Correo electrónico<br><input checked="" type="checkbox"/> Ocasional |
| 2. ¿Cuáles son las emigraciones de la portabilidad?<br>Selección de múltiple respuesta | <input type="checkbox"/> Temporal<br><input type="checkbox"/> Ninguna de las anteriores                                                                                                                                                                 |
| 1. ¿Brindar información adecuada es un deber de Coosalud?                              | <input checked="" type="checkbox"/> SI<br><input type="checkbox"/> NO                                                                                                                                                                                   |

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]*

FIRMA FACILITADOR

*[Firma]*

|                     |                                                                  |
|---------------------|------------------------------------------------------------------|
| MÓDULO:             | CAPACITACION                                                     |
| ÁREA RESPONSABLE:   | EXPERIENCIA DEL USUARIO                                          |
| TEMA:               | Portabilidad Deberes Derechos-Red-Canas de comunicación Coosalud |
| NOMBRE:             | Amarilia Lisseth Fariño                                          |
| CARGO:              | USUARIO                                                          |
| SUCURSAL / AGENCIA: | BOYACA MONTAÑA                                                   |
| FACILITADOR:        | Ledy claudia Gonzalez                                            |
| FECHA:              | 25/08/2023                                                       |
| CALIFICACIÓN:       |                                                                  |

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

| PREGUNTAS                                                                              | RESPUESTAS                                                                                                                                                                                             |
|----------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. ¿Cómo se puede solicitar la portabilidad?<br>Selección de múltiple respuesta        | <input checked="" type="checkbox"/> Personalmente<br><input checked="" type="checkbox"/> Pág Web <a href="http://www.coosalud.com">www.coosalud.com</a><br><input type="checkbox"/> Correo electrónico |
| 2. ¿Cuáles son las emigraciones de la portabilidad?<br>Selección de múltiple respuesta | <input checked="" type="checkbox"/> Ocasional<br><input type="checkbox"/> Temporal<br><input type="checkbox"/> Ninguna de las anteriores                                                               |
| 1. ¿Brindar información adecuada es un deber de Coosalud?                              | <input checked="" type="checkbox"/> SI<br><input type="checkbox"/> NO                                                                                                                                  |

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):

**COOSALUD**  
En Pos de tu bienestar

**EVALUACION DE CAPACITACIONES, INDUCCION Y REINDUCCION**

GEU-F-03  
Act.08  
2022.nov.06

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, 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]*

FIRMA FACILITADOR

*Leidy Gaitan*

|                     |                                                                    |
|---------------------|--------------------------------------------------------------------|
| MÓDULO:             | CAPACITACION                                                       |
| ÁREA RESPONSABLE:   | EXPERIENCIA DEL USUARIO                                            |
| TEMA:               | Portabilidad-Deberes-Derechos-Red-Canales de comunicación Coosalud |
| NOMBRE:             | Blanca Isabel Montoya                                              |
| CARGO:              | USUARIO                                                            |
| SUCURSAL / AGENCIA: | Maripi Boyaca                                                      |
| FACILITADOR:        | Leidy Jannet Gonzalez                                              |
| FECHA:              | 25/08/2023                                                         |
| CALIFICACIÓN:       |                                                                    |

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

| PREGUNTAS                                                                              | RESPUESTAS                                                                                                                                                                                  |
|----------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. ¿Cómo se puede solicitar la portabilidad?<br>Selección de múltiple respuesta        | <input checked="" type="checkbox"/> Personalmente<br><input type="checkbox"/> Pág Web <a href="http://www.coosalud.com">www.coosalud.com</a><br><input type="checkbox"/> Correo electrónico |
| 2. ¿Cuáles son las emigraciones de la portabilidad?<br>Selección de múltiple respuesta | <input checked="" type="checkbox"/> Ocasional<br><input type="checkbox"/> Temporal<br><input type="checkbox"/> Ninguna de las anteriores                                                    |
| 1. ¿Brindar información adecuada es un deber de Coosalud?                              | <input checked="" type="checkbox"/> SI<br><input type="checkbox"/> NO                                                                                                                       |

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 Blanca I Meray

FIRMA FACILITADOR Lady Yanira Gonzalez

|                                           |                                                                    |                                                              |                                   |
|-------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|-----------------------------------|
| <b>COOSALUD</b><br>En Pos de tu bienestar |                                                                    | <b>EVALUACION DE CAPACITACIONES, INDUCCION Y REINDUCCION</b> | GT-F-22<br>Act. 08<br>2020.nov.06 |
| <b>MÓDULO:</b>                            | CAPACITACION                                                       |                                                              |                                   |
| <b>ÁREA RESPONSABLE:</b>                  | EXPERIENCIA DEL USUARIO                                            |                                                              |                                   |
| <b>TEMA:</b>                              | Portabilidad-Deberes-Derechos-Red Canales de comunicación Coosalud |                                                              |                                   |
| <b>NOMBRE:</b>                            | Tito pret Cobarríos                                                |                                                              |                                   |
| <b>CARGO:</b>                             | USUARIO                                                            |                                                              |                                   |
| <b>SUCURSAL / AGENCIA:</b>                | SUCURSAL                                                           |                                                              |                                   |
| <b>FACILITADOR:</b>                       | Linda Yancy Gonzalez                                               |                                                              |                                   |
| <b>FECHA:</b>                             | 25/08/2023                                                         |                                                              |                                   |
| <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. ¿Cómo se puede solicitar la portabilidad?<br>Selección de múltiple respuesta        | <input checked="" type="checkbox"/> Personalmente<br><input type="checkbox"/> Pág Web <a href="http://www.coosalud.com">www.coosalud.com</a><br><input type="checkbox"/> Correo electrónico |
| 2. ¿Cuáles son las emigraciones de la portabilidad?<br>Selección de múltiple respuesta | <input checked="" type="checkbox"/> Ocasional<br><input type="checkbox"/> Temporal<br><input type="checkbox"/> Ninguna de las anteriores                                                    |
| 1. ¿Brindar información adecuada es un deber de Coosalud?                              | <input checked="" type="checkbox"/> SI<br><input type="checkbox"/> NO                                                                                                                       |

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 utilizados 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 acoger 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

*titopaez*

FIRMA FACILITADOR

*Jedy Clara Gonzalez*

[illegible]

