

**ACTA DE CAPACITACION CONTINUA  
COOSALUD EPS-S  
MUNICIPIO DE OICATA**

**FECHA** : 26/05/2023  
**LUGAR** : Oficina de COOSALUD EPS-S  
**HORA** : 11:30 A.M.  
**ASISTENTES** : 07 (Se anexa firma de los asistentes).  
**OBJETIVO** : Reunión educativa.

Agenda programada para el día:

1. Saludo
2. Exposición del tema preparado
3. Evaluación de la capacitación.

**DESARROLLO DE LA SESIÓN DE CAPACITACIÓN**

1. El Auxiliar de atención al usuario LUZ ANDREA DIAZ ROBERTO, da la bienvenida a los asistentes, le agradece la asistencia a la reunión y da a conocer el objetivo de la capacitación.

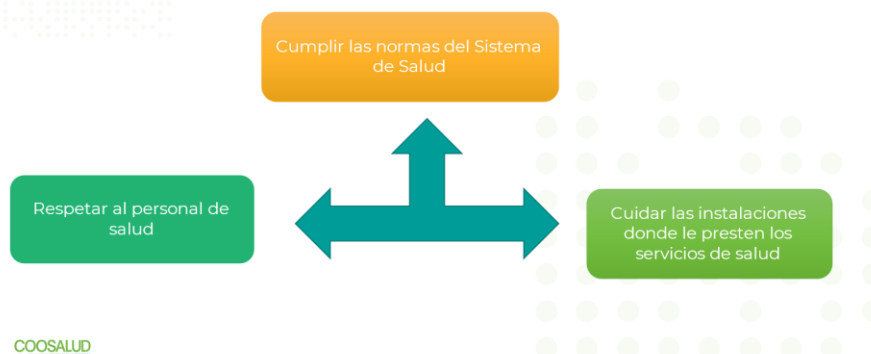
- 1.1. TEMAS DEL MES.
2. Trato digno y humanizado



|                                       |                                |                      |              |
|---------------------------------------|--------------------------------|----------------------|--------------|
| <b>Elabora:</b>                       | <b>Revisa:</b>                 | <b>Aprueba:</b>      | Pág. 1 de 17 |
| Directora Endomarketing y Experiencia | Director de Procesos y Calidad | Presidente Ejecutivo |              |

### 3. Deberes de los afiliados

## DEBERES DE LOS AFILIADOS



### Derechos de los pacientes Atención médica

## DERECHOS

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

### Atención médica accesible, idónea, de calidad y eficaz

- Recibir una segunda opinión por parte de un profesional de la salud disponible dentro de la red prestadora, en caso de duda sobre su diagnóstico o manejo de su condición de salud.
- Obtener autorización por parte de la EPS para una valoración científica y técnica, cuando tras un concepto médico, generado por un profesional de la salud externo a la red de la EPS y autorizado para ejercer, este considere que la persona requiere dicho servicio.
- Recibir las prestaciones económicas por licencia de maternidad, paternidad o incapacidad por enfermedad general, aún ante la falta de pago o cancelación extemporánea de las cotizaciones cuando la EPS no ha hecho uso de los diferentes mecanismos de cobro que se encuentran a su alcance para lograr el pago de los aportes atrasados.
- Acceder a los servicios y tecnologías de salud en forma continua y sin que sea interrumpido por razones administrativas o económicas.

|                                       |                                |                      |              |
|---------------------------------------|--------------------------------|----------------------|--------------|
| <b>Elabora:</b>                       | <b>Revisa:</b>                 | <b>Aprueba:</b>      | Pág. 2 de 17 |
| Directora Endomarketing y Experiencia | Director de Procesos y Calidad | Presidente Ejecutivo |              |

## DERECHOS

### Atención medica accesible, idónea, de calidad y eficaz

- Acceder a los servicios de salud sin que la EPS pueda imponer como requisito de acceso, el cumplimiento de cargas administrativas propias de la entidad. Toda persona tiene derecho a que su EPS autorice y tramite internamente los servicios de salud ordenados por su médico tratante. El médico tratante tiene la carga de iniciar dicho trámite y tanto prestadores como aseguradores deben implementar mecanismos expeditos para que la autorización fluya sin contratiempos.
- Acreditar su identidad mediante el documento de identidad o cualquier otro mecanismo tecnológico. No deberá exigirse al afiliado, carné o, certificado de afiliación a la EPS para la prestación de los servicios, copias, fotocopias o autenticaciones de ningún documento.
- Recibir atención médica y acceso a los servicios de salud de manera integral en un municipio o distrito diferente al de su residencia, cuando se traslade temporalmente por un periodo superior a un mes y hasta por doce (12) meses, haciendo la solicitud ante su EPS.
- Acceder a los servicios de salud de acuerdo con el principio de integralidad, así como a los elementos y principios previstos en el artículo 6° de la Ley Estatutaria 1751 de 2015.

COOSALUD

Se presenta la RED DE PRESTADORES y posteriormente CANALES DE COMUNICACIÓN de Coosalud EPS.



|                                       |                                |                      |              |
|---------------------------------------|--------------------------------|----------------------|--------------|
| <b>Elabora:</b>                       | <b>Revisa:</b>                 | <b>Aprueba:</b>      | Pág. 3 de 17 |
| Directora Endomarketing y Experiencia | Director de Procesos y Calidad | Presidente Ejecutivo |              |



## Redes Sociales



[www.coosalud.com](http://www.coosalud.com)

@coosalud

Coosalud eps

@coosaludeps

5

Procedemos a realizar la entrega y posterior elaboración del formato de evaluación de la capacitación. Se anexan copias.

|                                       |                                |                      |              |
|---------------------------------------|--------------------------------|----------------------|--------------|
| <b>Elabora:</b>                       | <b>Revisa:</b>                 | <b>Aprueba:</b>      | Pág. 4 de 17 |
| Directora Endomarketing y Experiencia | Director de Procesos y Calidad | Presidente Ejecutivo |              |

|                                       |                                |                      |             |
|---------------------------------------|--------------------------------|----------------------|-------------|
| Elabora:                              | Revisa:                        | Aprueba:             | Pág. 5 de 5 |
| Directora Endomarketing y Experiencia | Director de Procesos y Calidad | Presidente Ejecutivo |             |

|                                       |                                |                      |              |
|---------------------------------------|--------------------------------|----------------------|--------------|
| <b>Elabora:</b>                       | <b>Revisa:</b>                 | <b>Aprueba:</b>      | Pág. 5 de 17 |
| Directora Endomarketing y Experiencia | Director de Procesos y Calidad | Presidente Ejecutivo |              |

|                                           |                                                              |                                    |
|-------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| <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>               | Trato digno y humanizado-Deberes-Derechos-Red-Canales de comunicación Coosalud |
| <b>NOMBRE:</b>             | Adriana Maria Bustamante                                                       |
| <b>CARGO:</b>              | USUARIO                                                                        |
| <b>SUCURSAL / AGENCIA:</b> | BOYACA - OICATA                                                                |
| <b>FACILITADOR:</b>        | LUZ ANDREA DIAZ ROBERTO                                                        |
| <b>FECHA:</b>              | 26/05/2023                                                                     |
| <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. ¿Qué es trato digno y humanizado?<br>Selección de múltiple respuesta                       | <input checked="" type="checkbox"/> Dirigirse sin burlas.<br><input checked="" type="checkbox"/> Salvaguardar la intimidad<br><input checked="" type="checkbox"/> Hablar al paciente por su nombre                                                     |
| 2. ¿Cuales son deberes de los afiliados?<br>Selección de múltiple respuesta                   | <input checked="" type="checkbox"/> Cumplir las normas del sistema de salud<br><input checked="" type="checkbox"/> Respetar al personal de salud<br><input checked="" type="checkbox"/> Cuidar las instalaciones donde prestan los servicios de salud. |
| 1. ¿Es la Atención medica accesible, idónea, de calidad y eficaz un derecho de los afiliados? | <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 <input checked="" type="checkbox"/> | 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):

|                                       |                                |                      |              |
|---------------------------------------|--------------------------------|----------------------|--------------|
| <b>Elabora:</b>                       | <b>Revisa:</b>                 | <b>Aprueba:</b>      | Pág. 6 de 17 |
| Directora Endomarketing y Experiencia | Director de Procesos y Calidad | Presidente Ejecutivo |              |



|                                           |                                                              |                                    |
|-------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| <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 |
|-------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|------------------------------------|

|   |   |   |                                       |   |
|---|---|---|---------------------------------------|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 <input checked="" type="checkbox"/> | 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 <input checked="" type="checkbox"/> | 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 <input checked="" type="checkbox"/> | 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 <input checked="" type="checkbox"/> | 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 <input checked="" type="checkbox"/> | 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 <input checked="" type="checkbox"/> | 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 <input checked="" type="checkbox"/> | 5 |
|---|---|---|---------------------------------------|---|

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

|   |   |   |                                       |   |
|---|---|---|---------------------------------------|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 <input checked="" type="checkbox"/> | 5 |
|---|---|---|---------------------------------------|---|

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

FIRMA ASISTENTE



FIRMA FACILITADOR

Luz Andrea Díaz R.

|                                       |                                |                      |              |
|---------------------------------------|--------------------------------|----------------------|--------------|
| <b>Elabora:</b>                       | <b>Revisa:</b>                 | <b>Aprueba:</b>      | Pág. 7 de 17 |
| Directora Endomarketing y Experiencia | Director de Procesos y Calidad | Presidente Ejecutivo |              |

|                                           |                                                              |                                    |
|-------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| <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>               | Trato digno y humanizado-Deberes-Derechos-Red-Canales de comunicación Coosalud |
| <b>NOMBRE:</b>             | Lidia Nysam Fagua Vargas                                                       |
| <b>CARGO:</b>              | USUARIO                                                                        |
| <b>SUCURSAL / AGENCIA:</b> | BOYACA - OICATA                                                                |
| <b>FACILITADOR:</b>        | LUZ ANDREA DIAZ ROBERTO                                                        |
| <b>FECHA:</b>              | 26/05/2023                                                                     |
| <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. ¿Qué es trato digno y humanizado?<br>Selección de múltiple respuesta                       | <input checked="" type="checkbox"/> Dirigirse sin burlas.<br><input checked="" type="checkbox"/> Salvaguardar la intimidad<br><input checked="" type="checkbox"/> Hablar al paciente por su nombre                                                     |
| 2. ¿Cuales son deberes de los afiliados?<br>Selección de múltiple respuesta                   | <input checked="" type="checkbox"/> Cumplir las normas del sistema de salud<br><input checked="" type="checkbox"/> Respetar al personal de salud<br><input checked="" type="checkbox"/> Cuidar las instalaciones donde prestan los servicios de salud. |
| 1. ¿Es la Atención medica accesible, idónea, de calidad y eficaz un derecho de los afiliados? | <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):

|                                       |                                |                      |              |
|---------------------------------------|--------------------------------|----------------------|--------------|
| <b>Elabora:</b>                       | <b>Revisa:</b>                 | <b>Aprueba:</b>      | Pág. 8 de 17 |
| Directora Endomarketing y Experiencia | Director de Procesos y Calidad | Presidente Ejecutivo |              |



|                                           |                                                              |                                    |
|-------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| <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 |
|-------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|------------------------------------|

|   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|
| 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

*Diana Hyman Fagundes*

FIRMA FACILITADOR

*Luz Andree Diaz R.*

**Elabora:**

Directora Endomarketing y Experiencia

**Revisa:**

Director de Procesos y Calidad

**Aprueba:**

Presidente Ejecutivo

Pág. 9 de 17

|                                           |                                                              |                                    |
|-------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| <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>               | Trato digno y humanizado-Deberes-Derechos-Red-Canales de comunicación Coosalud |
| <b>NOMBRE:</b>             | Alexander Grané Fonseca                                                        |
| <b>CARGO:</b>              | USUARIO                                                                        |
| <b>SUCURSAL / AGENCIA:</b> | BOYACA - OICATA                                                                |
| <b>FACILITADOR:</b>        | LUZ ANDREA DIAZ ROBERTO                                                        |
| <b>FECHA:</b>              | 26/05/2023                                                                     |
| <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. ¿Qué es trato digno y humanizado?<br>Selección de múltiple respuesta                       | <input checked="" type="checkbox"/> Dirigirse sin burlas.<br><input checked="" type="checkbox"/> Salvaguardar la intimidad<br><input checked="" type="checkbox"/> Hablar al paciente por su nombre                                                     |
| 2. ¿Cuales son deberes de los afiliados?<br>Selección de múltiple respuesta                   | <input checked="" type="checkbox"/> Cumplir las normas del sistema de salud<br><input checked="" type="checkbox"/> Respetar al personal de salud<br><input checked="" type="checkbox"/> Cuidar las instalaciones donde prestan los servicios de salud. |
| 1. ¿Es la Atención medica accesible, idónea, de calidad y eficaz un derecho de los afiliados? | <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):

|                                       |                                |                      |               |
|---------------------------------------|--------------------------------|----------------------|---------------|
| <b>Elabora:</b>                       | <b>Revisa:</b>                 | <b>Aprueba:</b>      | Pág. 10 de 17 |
| Directora Endomarketing y Experiencia | Director de Procesos y Calidad | Presidente Ejecutivo |               |

|                                           |                                                              |                                    |
|-------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| <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 |
|-------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|------------------------------------|

|   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|
| 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:**

---

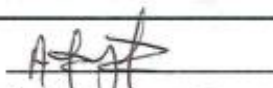


---



---

FIRMA ASISTENTE



FIRMA FACILITADOR

Juan Andres D. R.

|                                       |                                |                      |               |
|---------------------------------------|--------------------------------|----------------------|---------------|
| <b>Elabora:</b>                       | <b>Revisa:</b>                 | <b>Aprueba:</b>      | Pág. 11 de 17 |
| Directora Endomarketing y Experiencia | Director de Procesos y Calidad | Presidente Ejecutivo |               |

|                                           |                                                              |                                    |
|-------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| <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>               | Trato digno y humanizado-Deberes-Derechos-Red-Canales de comunicación Coosalud |
| <b>NOMBRE:</b>             | Ana Silvio Garcia Martinez                                                     |
| <b>CARGO:</b>              | USUARIO                                                                        |
| <b>SUCURSAL / AGENCIA:</b> | BOYACA - OICATA                                                                |
| <b>FACILITADOR:</b>        | LUZ ANDREA DIAZ ROBERTO                                                        |
| <b>FECHA:</b>              | 26/05/2023                                                                     |
| <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. ¿Qué es trato digno y humanizado?<br>Selección de múltiple respuesta                       | <input checked="" type="checkbox"/> Dirigirse sin burlas.<br><input checked="" type="checkbox"/> Salvaguardar la intimidad<br><input checked="" type="checkbox"/> Hablar al paciente por su nombre                                                     |
| 2. ¿Cuales son deberes de los afiliados?<br>Selección de múltiple respuesta                   | <input checked="" type="checkbox"/> Cumplir las normas del sistema de salud<br><input checked="" type="checkbox"/> Respetar al personal de salud<br><input checked="" type="checkbox"/> Cuidar las instalaciones donde prestan los servicios de salud. |
| 1. ¿Es la Atención medica accesible, idónea, de calidad y eficaz un derecho de los afiliados? | <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):

|                                       |                                |                      |               |
|---------------------------------------|--------------------------------|----------------------|---------------|
| <b>Elabora:</b>                       | <b>Revisa:</b>                 | <b>Aprueba:</b>      | Pág. 12 de 17 |
| Directora Endomarketing y Experiencia | Director de Procesos y Calidad | Presidente Ejecutivo |               |



|                                           |                                                              |                                    |
|-------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| <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 |
|-------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|------------------------------------|

|   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|
| 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 ANITA SILVIA GARCIA

FIRMA FACILITADOR JOS ANDRÉS DE LA RIVERA

|                                                          |                                                  |                                         |               |
|----------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|-----------------------------------------|---------------|
| <b>Elabora:</b><br>Directora Endomarketing y Experiencia | <b>Revisa:</b><br>Director de Procesos y Calidad | <b>Aprueba:</b><br>Presidente Ejecutivo | Pág. 13 de 17 |
|----------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|-----------------------------------------|---------------|



|                                           |                                                              |                                    |
|-------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| <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>               | Trato digno y humanizado-Deberes-Derechos-Red-Canales de comunicación Coosalud |
| <b>NOMBRE:</b>             | <i>Cecilia Quinchaneza</i>                                                     |
| <b>CARGO:</b>              | USUARIO                                                                        |
| <b>SUCURSAL / AGENCIA:</b> | BOYACA - OICATA                                                                |
| <b>FACILITADOR:</b>        | LUZ ANDREA DIAZ ROBERTO                                                        |
| <b>FECHA:</b>              | 26/05/2023                                                                     |
| <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. ¿Qué es trato digno y humanizado?<br>Selección de múltiple respuesta                       | <input checked="" type="checkbox"/> Dirigirse sin burlas.<br><input checked="" type="checkbox"/> Salvaguardar la intimidad<br><input checked="" type="checkbox"/> Hablar al paciente por su nombre                                                     |
| 2. ¿Cuales son deberes de los afiliados?<br>Selección de múltiple respuesta                   | <input checked="" type="checkbox"/> Cumplir las normas del sistema de salud<br><input checked="" type="checkbox"/> Respetar al personal de salud<br><input checked="" type="checkbox"/> Cuidar las instalaciones donde prestan los servicios de salud. |
| 1. ¿Es la Atención medica accesible, idónea, de calidad y eficaz un derecho de los afiliados? | <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):

|                                       |                                |                      |               |
|---------------------------------------|--------------------------------|----------------------|---------------|
| <b>Elabora:</b>                       | <b>Revisa:</b>                 | <b>Aprueba:</b>      | Pág. 14 de 17 |
| Directora Endomarketing y Experiencia | Director de Procesos y Calidad | Presidente Ejecutivo |               |

|                                           |                                                              |                                   |
|-------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|-----------------------------------|
| <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 |
|-------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|-----------------------------------|

|   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|
| 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]*

**Elabora:**

Directora Endomarketing y Experiencia

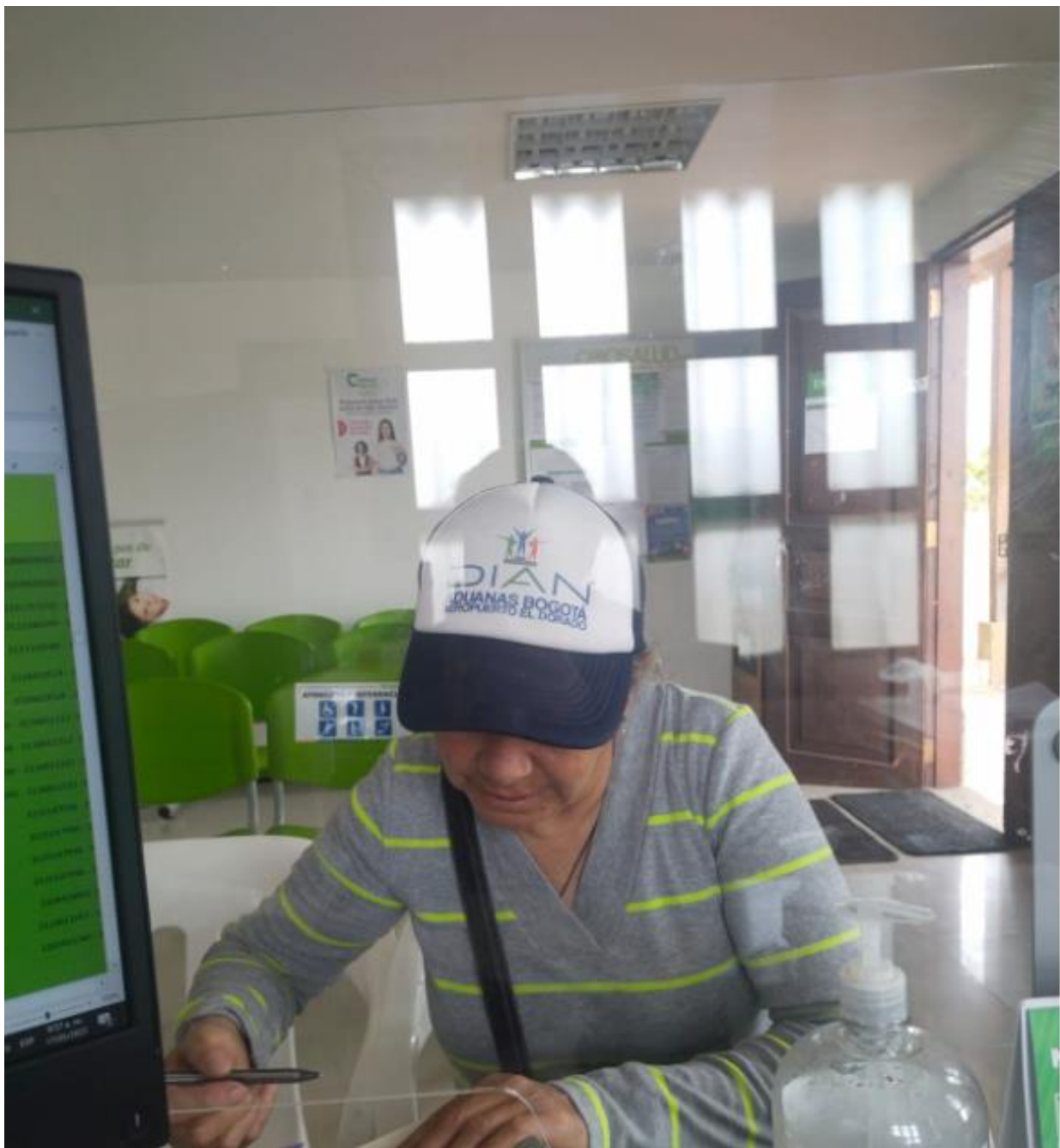
**Revisa:**

Director de Procesos y Calidad

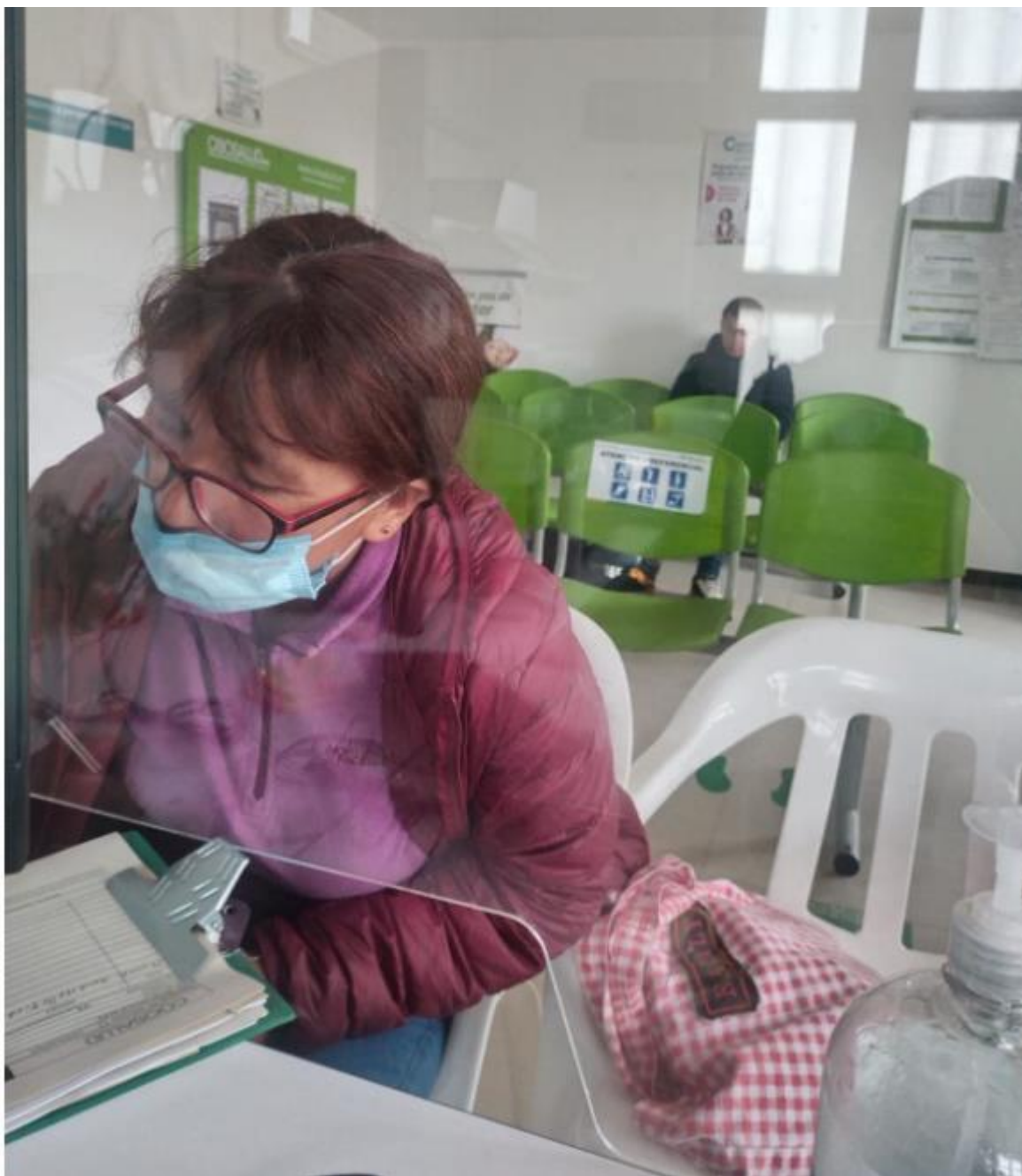
**Aprueba:**

Presidente Ejecutivo

Pág. 15 de 17



|                                       |                                |                      |               |
|---------------------------------------|--------------------------------|----------------------|---------------|
| <b>Elabora:</b>                       | <b>Revisa:</b>                 | <b>Aprueba:</b>      | Pág. 16 de 17 |
| Directora Endomarketing y Experiencia | Director de Procesos y Calidad | Presidente Ejecutivo |               |



|                                       |                                |                      |               |
|---------------------------------------|--------------------------------|----------------------|---------------|
| <b>Elabora:</b>                       | <b>Revisa:</b>                 | <b>Aprueba:</b>      | Pág. 17 de 17 |
| Directora Endomarketing y Experiencia | Director de Procesos y Calidad | Presidente Ejecutivo |               |