



FORMATO DE CARACTERIZACIÓN Y ENCUESTA DE SATISFACCIÓN AL USUARIO

La presente encuesta tiene como objetivo medir el grado de satisfacción de los usuarios con el ánimo de buscar alternativas para el mejoramiento de los procesos de la entidad, Se solicita de forma cordial, responder con sinceridad las siguientes preguntas.

ENCUESTA DEL SERVICIO DE: Pediatría FECHA DE DILIGENCIAMIENTO D 09 M 04 A 2023

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

| | | | |
|---------------------------|--|--------------------|---|
| NOMBRE COMPLETO | <u>MARIA OSORO OLMOS / Tasa fernanda olmos</u> | | |
| No. IDENTIFICACION | <u>1104441535</u> | EDAD | <u>1 año</u> |
| DIRECCIÓN | <u>La Plaza - San Benito</u> | TELEFONO | <u>323882821</u> |
| CORREO ELECTRONICO | | EPS | <u>Mofud SER</u> |
| GRUPO ETNICO | | PROCEDENCIA | <input checked="" type="checkbox"/> RURAL <input type="checkbox"/> URBANA |

ENCUESTA (Marque con una x dependiendo la respuesta, SI, NO, NO SABE/ NO RESPONDE, NO APLICA)

| PREGUNTA | RESPUESTA | | | | | |
|---|---|-------------------------------------|----------------------------------|-------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------|
| | SI | NO | NS/NR | N/A | | |
| 1 ¿ Esta satisfecho con el tiempo que tuvo que esperar para ser atendido ? | <input checked="" type="checkbox"/> | | | | | |
| 2 ¿ Usted considera que el trato recibido por el personal del servicio fue el adecuado ? | <input checked="" type="checkbox"/> | | | | | |
| 3 ¿ Le dieron explicación clara de su enfermedad tratamiento y cuidados ? | <input checked="" type="checkbox"/> | | | | | |
| 4 ¿ En caso que le hayan ordenado medicamentos le dieron recomendaciones para su administración ? | <input checked="" type="checkbox"/> | | | | | |
| 5 ¿ En caso que le hayan ordenado exámenes le explicaron las recomendaciones para su realización ? | <input checked="" type="checkbox"/> | | | | | |
| 6 ¿ El profesional que lo atendió le pregunto sobre las dudas respecto a su enfermedad ? | <input checked="" type="checkbox"/> | | | | | |
| 7 ¿ Considera que lo atendieron en condiciones de privacidad ? | <input checked="" type="checkbox"/> | | | | | |
| 8 ¿ Alguien en el servicio le hablo acerca de los derechos y deberes que tiene como usuario ? | <input checked="" type="checkbox"/> | | | | | |
| 9 ¿ Si respondió si a la anterior pregunta, ¿ los derechos y deberes fueron explicados adecuadamente | <input checked="" type="checkbox"/> | | | | | |
| 10 ¿ Le informaron acerca de dónde dirigirse para colocar una petición, queja, reclamo, felicitación ect. ? | <input checked="" type="checkbox"/> | | | | | |
| 11 ¿ El área donde fue atendido, presentaba condiciones adecuadas de limpieza y orden ? | <input checked="" type="checkbox"/> | | | | | |
| 12 ¿ Consulta usted los canales de información habilitados por la entidad, facebook, Twither, pagina web | | <input checked="" type="checkbox"/> | | | | |
| 13 ¿ Recomendaría los servicios del Hospital a sus familiares o conocidos? | DEFINITIVAMENTE SI | PROBABLEMENTE SI | PROBABLEMENTE NO | DEFINITIVAMENTE NO | NO RESPONDE | |
| 14 En general, ¿Cómo califica su experiencia respecto a la prestación de los servicios de salud en el Hospital Regional de II Nivel de San Marcos ? | <input checked="" type="checkbox"/> MUY BUENA | <input type="checkbox"/> BUENA | <input type="checkbox"/> REGULAR | <input type="checkbox"/> MALA | <input type="checkbox"/> MUY MALA | <input type="checkbox"/> NS |

ESPACIO EXCLUSIVO PARA PACIENTES EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA

| | | | | |
|--|-------------------------------------|-------------------------------------|--|--|
| 1 ¿ Tuvo inconveniente para obtener la cita ? | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | | |
| 2 ¿ Considera que los mecanismos para la asignación son los adecuados? | <input checked="" type="checkbox"/> | | | |

ESPACIO EXCLUSIVO PARA PACIENTES EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN

| | | | | |
|---|--|--|--|--|
| 1 Si le administraron medicamentos, ¿Le informaron acerca de la aplicación de estos ? | | | | |
| 2 Si le realizaron exámenes o procedimientos, ¿ le fueron explicados? | | | | |
| 3 ¿ Le informaron sobre el horario de visitas ? | | | | |
| 4 ¿ le informaron sobre la custodia de sus pertenencias ? | | | | |

Utilice este espacio para sugerencias o comentario

RENDICION DE CUENTAS (Marque con una x)

| | | | | |
|--|-------------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------------|---|
| Que información considera usted más importante para que la entidad de a conocer durante su proceso de rendición de cuentas a la ciudadanía | <input type="checkbox"/> FINANCIERA | <input type="checkbox"/> ASISTENCIAL | <input type="checkbox"/> JURIDICA | <input type="checkbox"/> ADMINISTRATIVA |
| | | | | |

¡ Agradecemos su valiosa opinión, sus aportes nos ayudan a construir un mejor hospital !



FORMATO DE CARACTERIZACIÓN Y ENCUESTA DE SATISFACCIÓN AL USUARIO

VIGENCIA
30/11/2021

La presente encuesta tiene como objetivo medir el grado de satisfacción de los usuarios con el ánimo de buscar alternativas para el mejoramiento de los procesos de la entidad, Se solicita de forma cordial, responder con sinceridad las siguientes preguntas.

ENCUESTA DEL SERVICIO DE: Cirugía FECHA DE DILIGENCIAMIENTO D 10 M 04 A 2023

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

| | | | |
|---------------------------|--------------------------------|--------------------|---------------------|
| NOMBRE COMPLETO | <u>Daniela Delgado Mercado</u> | | |
| No. IDENTIFICACION | <u>1005681556</u> | EDAD | <u>22</u> |
| DIRECCIÓN | <u>San Rafael 2</u> | TELEFONO | <u>3155556753</u> |
| CORREO ELECTRONICO | | EPS | <u>S. Total</u> |
| GRUPO ETNICO | | PROCEDENCIA | <u>RURAL URBANA</u> |

ENCUESTA (Marque con una x dependiendo la respuesta, SI, NO, NO SABE/ NO RESPONDE, NO APLICA)

| | PREGUNTA | RESPUESTA | | | |
|----|--|-----------|----|-------|-----|
| | | SI | NO | NS/NR | N/A |
| 1 | ¿ Esta satisfecho con el tiempo que tuvo que esperar para ser atendido ? | X | | | |
| 2 | ¿ Usted considera que el trato recibido por el personal del servicio fue el adecuado ? | X | | | |
| 3 | ¿ Le dieron explicación clara de su enfermedad tratamiento y cuidados ? | X | | | |
| 4 | ¿ En caso que le hayan ordenado medicamentos le dieron recomendaciones para su administración ? | X | | | |
| 5 | ¿ En caso que le hayan ordenado exámenes le explicaron las recomendaciones para su realización ? | X | | | |
| 6 | ¿ El profesional que lo atendió le pregunto sobre las dudas respecto a su enfermedad ? | X | | | |
| 7 | ¿ Considera que lo atendieron en condiciones de privacidad ? | X | | | |
| 8 | ¿ Alguien en el servicio le hablo acerca de los derechos y deberes que tiene como usuario ? | X | | | |
| 9 | ¿ Si respondio si a la anterior pregunta, ¿ los derechos y deberes fueron explicados adecuadamente | X | | | |
| 10 | ¿ Le informaron acerca de dónde dirigirse para colocar una petición, queja, reclamo, felicitación ect. ? | X | | | |
| 11 | ¿ El área donde fue atendido, presentaba condiciones adecuadas de limpieza y orden ? | X | | | |
| 12 | ¿ Consulta usted los canales de información habilitados por la entidad, facebook, Twither, pagina web | X | | | |

| | | | | | | |
|----|---|--------------------|------------------|------------------|--------------------|-------------|
| 13 | ¿ Recomendaria los servicios del Hospital a sus familiares o conocidos? | DEFINITIVAMENTE SI | PROBABLEMENTE SI | PROBABLEMENTE NO | DEFINITIVAMENTE NO | NO RESPONDE |
| | | X | | | | |

| | | | | | | | |
|----|--|-----------|-------|---------|------|----------|----|
| 14 | En general, ¿Cómo califica su experiencia respecto a la prestación de los servicios de salud en el Hospital Regional de II Nivel de San Marcos ? | MUY BUENA | BUENA | REGULAR | MALA | MUY MALA | NS |
| | | | X | | | | |

ESPACIO EXCLUSIVO PARA PACIENTES EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA

| | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|
| 1 | ¿ Tuvo inconveniente para obtener la cita ? | | | | |
| 2 | ¿ Considera que los mecanismos para la asignación son los adecuados? | | | | |

ESPACIO EXCLUSIVO PARA PACIENTES EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN

| | | | | | |
|---|---|---|--|--|--|
| 1 | Si le administraron medicamentos, ¿Le informaron acerca de la aplicación de estos ? | X | | | |
| 2 | Si le realizaron exámenes o procedimientos, ¿ le fueron explicados? | X | | | |
| 3 | ¿ Le informaron sobre el horario de visitas ? | X | | | |
| 4 | ¿ le informaron sobre la custodia de sus pertenencias ? | X | | | |

Utilice este espacio para sugerencias o comentario

RENDICION DE CUENTAS (Marque con una x)

| | | | | |
|--|------------|-------------|----------|----------------|
| Que información considera usted más importante para que la entidad de a conocer durante su proceso de rendición de cuentas a la ciudadanía | FINANCIERA | ASISTENCIAL | JURIDICA | ADMINISTRATIVA |
| | | | | |

¡ Agradecemos su valiosa opinión, sus aportes nos ayudan a construir un mejor hospital !



FORMATO DE CARACTERIZACIÓN Y ENCUESTA DE SATISFACCIÓN AL USUARIO

VIGENCIA
30/11/2021

La presente encuesta tiene como objetivo medir el grado de satisfacción de los usuarios con el ánimo de buscar alternativas para el mejoramiento de los procesos de la entidad, Se solicita de forma cordial, responder con sinceridad las siguientes preguntas.

ENCUESTA DEL SERVICIO DE: *Pediatría* FECHA DE DILIGENCIAMIENTO *D 12 M 04 A 2023*

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

| | | | |
|---------------------------|--|--------------------|---------------------|
| NOMBRE COMPLETO | <i>Cristian Viloria Janmillo - Yineth Janmillo Amieles</i> | | |
| No. IDENTIFICACION | <i>1104432527</i> | EDAD | <i>8 años</i> |
| DIRECCIÓN | <i>Vclá Buenos Aires</i> | TELEFONO | <i>327957086</i> |
| CORREO ELECTRONICO | | EPS | <i>Mutual Sur</i> |
| GRUPO ETNICO | | PROCEDENCIA | <i>RURAL</i> URBANA |

ENCUESTA (Marque con una x dependiendo la respuesta, SI, NO, NO SABE/ NO RESPONDE, NO APLICA)

| | PREGUNTA | RESPUESTA | | | |
|----|--|-----------|----|-------|-----|
| | | SI | NO | NS/NR | N/A |
| 1 | ¿ Esta satisfecho con el tiempo que tuvo que esperar para ser atendido ? | X | | | |
| 2 | ¿ Usted considera que el trato recibido por el personal del servicio fue el adecuado ? | X | | | |
| 3 | ¿ Le dieron explicación clara de su enfermedad tratamiento y cuidados ? | X | | | |
| 4 | ¿ En caso que le hayan ordenado medicamentos le dieron recomendaciones para su administración ? | X | | | |
| 5 | ¿ En caso que le hayan ordenado exámenes le explicaron las recomendaciones para su realización ? | X | | | |
| 6 | ¿ El profesional que lo atendió le pregunto sobre las dudas respecto a su enfermedad ? | X | | | |
| 7 | ¿ Considera que lo atendieron en condiciones de privacidad ? | X | | | |
| 8 | ¿ Alguien en el servicio le hablo acerca de los derechos y deberes que tiene como usuario? | X | | | |
| 9 | ¿ Si respondió si a la anterior pregunta, ¿ los derechos y deberes fueron explicados adecuadamente | X | | | |
| 10 | ¿ Le informaron acerca de dónde dirigirse para colocar una petición, queja, reclamo, felicitación ect. ? | X | | | |
| 11 | ¿ El área donde fue atendido, presentaba condiciones adecuadas de limpieza y orden ? | X | | | |
| 12 | ¿ Consulta usted los canales de información habilitados por la entidad, facebook, Twither, pagina web | X | | | |

| | | | | | | |
|----|---|--------------------|------------------|------------------|--------------------|-------------|
| 13 | ¿ Recomendaria los servicios del Hospital a sus familiares o conocidos? | DEFINITIVAMENTE SI | PROBABLEMENTE SI | PROBABLEMENTE NO | DEFINITIVAMENTE NO | NO RESPONDE |
| | | X | | | | |

| | | | | | | | |
|----|--|-----------|-------|---------|------|----------|----|
| 14 | En general, ¿Cómo califica su experiencia respecto a la prestación de los servicios de salud en el Hospital Regional de II Nivel de San Marcos ? | MUY BUENA | BUENA | REGULAR | MALA | MUY MALA | NS |
| | | X | | | | | |

ESPACIO EXCLUSIVO PARA PACIENTES EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA

| | | | | | |
|---|--|---|---|--|--|
| 1 | ¿ Tuvo inconveniente para obtener la cita ? | | X | | |
| 2 | ¿ Considera que los mecanismos para la asignación son los adecuados? | X | | | |

ESPACIO EXCLUSIVO PARA PACIENTES EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN

| | | | | | |
|---|---|--|--|--|--|
| 1 | Si le administraron medicamentos, ¿Le informaron acerca de la aplicación de estos ? | | | | |
| 2 | Si le realizaron exámenes o procedimientos, ¿ le fueron explicados? | | | | |
| 3 | ¿ Le informaron sobre el horario de visitas ? | | | | |
| 4 | ¿ le informaron sobre la custodia de sus pertenencias ? | | | | |

Utilice este espacio para sugerencias o comentario

RENDICION DE CUENTAS (Marque con una x)

| | | | | |
|--|------------|-------------|----------|----------------|
| Que información considera usted más importante para que la entidad de a conocer durante su proceso de rendición de cuentas a la ciudadanía | FINANCIERA | ASISTENCIAL | JURIDICA | ADMINISTRATIVA |
| | | | | |

¡ Agradecemos su valiosa opinión, sus aportes nos ayudan a construir un mejor hospital !



FORMATO DE CARACTERIZACIÓN Y ENCUESTA DE SATISFACCIÓN AL USUARIO

La presente encuesta tiene como objetivo medir el grado de satisfacción de los usuarios con el ánimo de buscar alternativas para el mejoramiento de los procesos de la entidad, Se solicita de forma cordial, responder con sinceridad las siguientes preguntas.

ENCUESTA DEL SERVICIO DE: Urgencias FECHA DE DILIGENCIAMIENTO D 12 M 04 A 2023

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

| | | | |
|-------------------------|--------------------------|-------------|---|
| NOMBRE COMPLETO | Evelia Cuadrado Martinez | | |
| No. IDENTIFICACION | 34945553 | EDAD | 51 |
| DIRECCIÓN <u>Veredo</u> | Repon Carate | TELEFONO | 304445562 |
| CORREO ELECTRONICO | | EPS | Mutua Ser |
| GRUPO ETNICO | | PROCEDENCIA | <input checked="" type="checkbox"/> RURAL <input type="checkbox"/> URBANA |

ENCUESTA (Marque con una x dependiendo la respuesta, SI, NO, NO SABE/ NO RESPONDE, NO APLICA)

| PREGUNTA | RESPUESTA | | | |
|---|-----------|----|----------|-----|
| | SI | NO | NS/NR | N/A |
| 1 ¿ Esta satisfecho con el tiempo que tuvo que esperar para ser atendido ? | | X | 11/2 | |
| 2 ¿ Usted considera que el trato recibido por el personal del servicio fue el adecuado ? | | X | Adecuado | |
| 3 ¿ Le dieron explicación clara de su enfermedad tratamiento y cuidados ? | X | | | |
| 4 ¿ En caso que le hayan ordenado medicamentos le dieron recomendaciones para su administración ? | X | | | |
| 5 ¿ En caso que le hayan ordenado exámenes le explicaron las recomendaciones para su realización ? | X | | | |
| 6 ¿ El profesional que lo atendió le pregunto sobre las dudas respecto a su enfermedad ? | X | | | |
| 7 ¿ Considera que lo atendieron en condiciones de privacidad ? | X | | | |
| 8 ¿ Alguien en el servicio le hablo acerca de los derechos y deberes que tiene como usuario ? | X | | | |
| 9 ¿ Si respondio si a la anterior pregunta, ¿ los derechos y deberes fueron explicados adecuadamente ? | X | | | |
| 10 ¿ Le informaron acerca de donde dirigirse para colocar una petición, queja, reclamo, felicitación ect. ? | X | | | |
| 11 ¿ El área donde fue atendido, presentaba condiciones adecuadas de limpieza y orden ? | X | | | |
| 12 ¿ Consulta usted los canales de información habilitados por la entidad, facebook, Twitter, pagina web | | X | | |

| | | | | | |
|--|--------------------|------------------|------------------|--------------------|-------------|
| 13 ¿ Recomendaria los servicios del Hospital a sus familiares o conocidos? | DEFINITIVAMENTE SI | PROBABLEMENTE SI | PROBABLEMENTE NO | DEFINITIVAMENTE NO | NO RESPONDE |
| | X | | | | |

| | | | | | | |
|---|-----------|-------|---------|------|----------|----|
| 14 En general, ¿Cómo califica su experiencia respecto a la prestación de los servicios de salud en el Hospital Regional de II Nivel de San Marcos ? | MUY BUENA | BUENA | REGULAR | MALA | MUY MALA | NS |
| | | | X | | | |

ESPACIO EXCLUSIVO PARA PACIENTES EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| 1 ¿ Tuvo inconveniente para obtener la cita ? | | | | |
| 2 ¿ Considera que los mecanismos para la asignación son los adecuados? | | | | |

ESPACIO EXCLUSIVO PARA PACIENTES EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN

| | | | | |
|--|---|--|--|--|
| 1 Si le administraron medicamentos, ¿ Le informaron acerca de la aplicación de estos ? | X | | | |
| 2 Si le realizaron exámenes o procedimientos, ¿ le fueron explicados? | X | | | |
| 3 ¿ Le informaron sobre el horario de visitas ? | X | | | |
| 4 ¿ le informaron sobre la custodia de sus pertenencias ? | X | | | |

Utilice este espacio para sugerencias o comentario

RENDICION DE CUENTAS (Marque con una x)

| | | | | |
|--|------------|-------------|----------|----------------|
| Que información considera usted más importante para que la entidad de a conocer durante su proceso de rendición de cuentas a la ciudadanía | FINANCIERA | ASISTENCIAL | JURIDICA | ADMINISTRATIVA |
| | | | | |

¡ Agradecemos su valiosa opinión, sus aportes nos ayudan a construir un mejor hospital !



FORMATO DE CARACTERIZACIÓN Y ENCUESTA DE SATISFACCIÓN AL USUARIO

La presente encuesta tiene como objetivo medir el grado de satisfacción de los usuarios con el ánimo de buscar alternativas para el mejoramiento de los procesos de la entidad. Se solicita de forma cordial, responder con sinceridad las siguientes preguntas.

ENCUESTA DEL SERVICIO DE: *Ury* FECHA DE DILIGENCIAMIENTO *D 12 M 04 A 2023*

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

| | | | |
|---------------------------|-------------------------------------|--------------------|---|
| NOMBRE COMPLETO | <i>Angie Marcela Bladiner Yebes</i> | | |
| No. IDENTIFICACION | <i>1032249616</i> | EDAD | <i>24</i> |
| DIRECCIÓN | <i>Jurdin caceres</i> | TELEFONO | <i>308874589</i> |
| CORREO ELECTRONICO | | EPS | <i>Cooselud</i> |
| GRUPO ETNICO | | PROCEDENCIA | RURAL <input type="checkbox"/> URBANA <input checked="" type="checkbox"/> |

ENCUESTA (Marque con una x dependiendo la respuesta, SI, NO, NO SABE/ NO RESPONDE, NO APLICA)

| | PREGUNTA | RESPUESTA | | | | | |
|----|--|--|-------------------------------------|------------------|--------------------|-------------|----|
| | | SI | NO | NS/NR | N/A | | |
| 1 | ¿ Esta satisfecho con el tiempo que tuvo que esperar para ser atendido ? | <input checked="" type="checkbox"/> | | | | | |
| 2 | ¿ Usted considera que el trato recibido por el personal del servicio fue el adecuado ? | <input checked="" type="checkbox"/> | | | | | |
| 3 | ¿ Le dieron explicación clara de su enfermedad tratamiento y cuidados ? | <input checked="" type="checkbox"/> | | | | | |
| 4 | ¿ En caso que le hayan ordenado medicamentos le dieron recomendaciones para su administración ? | <input checked="" type="checkbox"/> | | | | | |
| 5 | ¿ En caso que le hayan ordenado exámenes le explicaron las recomendaciones para su realización ? | <input checked="" type="checkbox"/> | | | | | |
| 6 | ¿ El profesional que lo atendió le pregunto sobre las dudas respecto a su enfermedad ? | <input checked="" type="checkbox"/> | | | | | |
| 7 | ¿ Considera que lo atendieron en condiciones de privacidad ? | <input checked="" type="checkbox"/> | | | | | |
| 8 | ¿ Alguien en el servicio le hablo acerca de los derechos y deberes que tiene como usuario? | <input checked="" type="checkbox"/> | | | | | |
| 9 | ¿ Si respondio si a la anterior pregunta, ¿ los derechos y deberes fueron explicados adecuadamente | <input checked="" type="checkbox"/> | | | | | |
| 10 | ¿ Le informaron acerca de dónde dirigirse para colocar una petición, queja, reclamo, felicitación ect. ? | <input checked="" type="checkbox"/> | | | | | |
| 11 | ¿ El área donde fue atendido, presentaba condiciones adecuadas de limpieza y orden ? | <input checked="" type="checkbox"/> | | | | | |
| 12 | ¿ Consulta usted los canales de información habilitados por la entidad, facebook, Twither, pagina web | | <input checked="" type="checkbox"/> | | | | |
| 13 | ¿ Recomendaria los servicios del Hospital a sus familiares o conocidos? | DEFINITIVAMENTE SI <input checked="" type="checkbox"/> | PROBABLEMENTE SI | PROBABLEMENTE NO | DEFINITIVAMENTE NO | NO RESPONDE | |
| 14 | En general, ¿Cómo califica su experiencia respecto a la prestación de los servicios de salud en el Hospital Regional de II Nivel de San Marcos ? | MUY BUENA <input checked="" type="checkbox"/> | BUENA | REGULAR | MALA | MUY MALA | NS |

ESPACIO EXCLUSIVO PARA PACIENTES EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA

| | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|
| 1 | ¿ Tuvo inconveniente para obtener la cita ? | | | | |
| 2 | ¿ Considera que los mecanismos para la asignación son los adecuados? | | | | |

ESPACIO EXCLUSIVO PARA PACIENTES EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN

| | | | | | |
|---|---|-------------------------------------|--|--|--|
| 1 | Si le administraron medicamentos, ¿Le informaron acerca de la aplicación de estos ? | <input checked="" type="checkbox"/> | | | |
| 2 | Si le realizaron exámenes o procedimientos, ¿ le fueron explicados? | <input checked="" type="checkbox"/> | | | |
| 3 | ¿ Le informaron sobre el horario de visitas ? | <input checked="" type="checkbox"/> | | | |
| 4 | ¿ le informaron sobre la custodia de sus pertenencias ? | <input checked="" type="checkbox"/> | | | |

Utilice este espacio para sugerencias o comentario

RENDICION DE CUENTAS (Marque con una x)

| | | | | |
|--|-------------------|--------------------|-----------------|-----------------------|
| Que información considera usted más importante para que la entidad de a conocer durante su proceso de rendición de cuentas a la ciudadanía | FINANCIERA | ASISTENCIAL | JURIDICA | ADMINISTRATIVA |
| | | | | |

¡ Agradecemos su valiosa opinión, sus aportes nos ayudan a construir un mejor hospital !



FORMATO DE CARACTERIZACIÓN Y ENCUESTA DE SATISFACCIÓN AL USUARIO

La presente encuesta tiene como objetivo medir el grado de satisfacción de los usuarios con el ánimo de buscar alternativas para el mejoramiento de los procesos de la entidad, Se solicita de forma cordial, responder con sinceridad las siguientes preguntas.

ENCUESTA DEL SERVICIO DE: *Cirugía* . FECHA DE DILIGENCIAMIENTO *D 13 M 04 A 2023*

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

| | | | |
|---------------------------|---|--------------------|---|
| NOMBRE COMPLETO | <i>Ana Isabel Jimenez Sierra Sandra Alvarez</i> | | |
| No. IDENTIFICACION | <i>23067273</i> | EDAD | <i>76</i> |
| DIRECCIÓN | <i>la chispa</i> | TELEFONO | <i>3108209238</i> |
| CORREO ELECTRONICO | | EPS | <i>cosalud</i> |
| GRUPO ETNICO | | PROCEDENCIA | <input checked="" type="checkbox"/> RURAL <input type="checkbox"/> URBANA |

ENCUESTA (Marque con una x dependiendo la respuesta, SI, NO, NO SABE/ NO RESPONDE, NO APLICA)

| PREGUNTA | RESPUESTA | | | |
|---|-------------------------------------|-------------------------------------|-------|-----|
| | SI | NO | NS/NR | N/A |
| 1 ¿ Esta satisfecho con el tiempo que tuvo que esperar para ser atendido ? | <input checked="" type="checkbox"/> | | | |
| 2 ¿ Usted considera que el trato recibido por el personal del servicio fue el adecuado ? | <input checked="" type="checkbox"/> | | | |
| 3 ¿ Le dieron explicación clara de su enfermedad tratamiento y cuidados ? | <input checked="" type="checkbox"/> | | | |
| 4 ¿ En caso que le hayan ordenado medicamentos le dieron recomendaciones para su administración ? | <input checked="" type="checkbox"/> | | | |
| 5 ¿ En caso que le hayan ordenado exámenes le explicaron las recomendaciones para su realización ? | <input checked="" type="checkbox"/> | | | |
| 6 ¿ El profesional que lo atendió le pregunto sobre las dudas respecto a su enfermedad ? | <input checked="" type="checkbox"/> | | | |
| 7 ¿ Considera que lo atendieron en condiciones de privacidad ? | <input checked="" type="checkbox"/> | | | |
| 8 ¿ Alguien en el servicio le hablo acerca de los derechos y deberes que tiene como usuario? | <input checked="" type="checkbox"/> | | | |
| 9 ¿ Si respondio si a la anterior pregunta, ¿ los derechos y deberes fueron explicados adecuadamente | <input checked="" type="checkbox"/> | | | |
| 10 ¿ Le informaron acerca de dónde dirigirse para colocar una petición, queja, reclamo, felicitación ect. ? | <input checked="" type="checkbox"/> | | | |
| 11 ¿ El área donde fue atendido, presentaba condiciones adecuadas de limpieza y orden ? | <input checked="" type="checkbox"/> | | | |
| 12 ¿ Consulta usted los canales de información habilitados por la entidad, facebook, Twither, pagina web | | <input checked="" type="checkbox"/> | | |

| | | | | | |
|--|-------------------------------------|------------------|------------------|--------------------|-------------|
| 13 ¿ Recomendaria los servicios del Hospital a sus familiares o conocidos? | DEFINITIVAMENTE SI | PROBABLEMENTE SI | PROBABLEMENTE NO | DEFINITIVAMENTE NO | NO RESPONDE |
| | <input checked="" type="checkbox"/> | | | | |

| | | | | | | |
|---|-------------------------------------|-------|---------|------|----------|----|
| 14 En general, ¿Cómo califica su experiencia respecto a la prestación de los servicios de salud en el Hospital Regional de II Nivel de San Marcos ? | MUY BUENA | BUENA | REGULAR | MALA | MUY MALA | NS |
| | <input checked="" type="checkbox"/> | | | | | |

ESPACIO EXCLUSIVO PARA PACIENTES EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| 1 ¿ Tuvo inconveniente para obtener la cita ? | | | | |
| 2 ¿ Considera que los mecanismos para la asignación son los adecuados? | | | | |

ESPACIO EXCLUSIVO PARA PACIENTES EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN

| | | | | |
|---|-------------------------------------|--|--|--|
| 1 Si le administraron medicamentos, ¿Le informaron acerca de la aplicación de estos ? | <input checked="" type="checkbox"/> | | | |
| 2 Si le realizaron exámenes o procedimientos, ¿ le fueron explicados? | <input checked="" type="checkbox"/> | | | |
| 3 ¿ Le informaron sobre el horario de visitas ? | <input checked="" type="checkbox"/> | | | |
| 4 ¿ le informaron sobre la custodia de sus pertenencias ? | <input checked="" type="checkbox"/> | | | |

Utilice este espacio para sugerencias o comentario

RENDICION DE CUENTAS (Marque con una x)

| | | | | |
|--|------------|-------------|----------|----------------|
| Que información considera usted más importante para que la entidad de a conocer durante su proceso de rendición de cuentas a la ciudadanía | FINANCIERA | ASISTENCIAL | JURIDICA | ADMINISTRATIVA |
| | | | | |

¡ Agradecemos su valiosa opinión, sus aportes nos ayudan a construir un mejor hospital !



FORMATO DE CARACTERIZACIÓN Y ENCUESTA DE SATISFACCIÓN AL USUARIO

La presente encuesta tiene como objetivo medir el grado de satisfacción de los usuarios con el ánimo de buscar alternativas para el mejoramiento de los procesos de la entidad, Se solicita de forma cordial, responder con sinceridad las siguientes preguntas.

ENCUESTA DEL SERVICIO DE: *Terapia* FECHA DE DILIGENCIAMIENTO *D 18 M 04 A 2023*

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

| | | | |
|---------------------------|-----------------------------|--------------------|---|
| NOMBRE COMPLETO | <i>Lorena Tobio Alvarez</i> | | |
| No. IDENTIFICACION | <i>7.100.083 700</i> | EDAD | <i>16</i> |
| DIRECCIÓN | <i>Fernan Fortich</i> | TELEFONO | <i>3107484823</i> |
| CORREO ELECTRONICO | | EPS | <i>COOSALUD</i> |
| GRUPO ETNICO | | PROCEDENCIA | <input checked="" type="checkbox"/> RURAL <input type="checkbox"/> URBANA |

ENCUESTA (Marque con una x dependiendo la respuesta, SI, NO, NO SABE/ NO RESPONDE, NO APLICA)

| | PREGUNTA | RESPUESTA | | | | | |
|----|--|--------------------|------------------|------------------|--------------------|-------------|----|
| | | SI | NO | NS/NR | N/A | | |
| 1 | ¿ Esta satisfecho con el tiempo que tuvo que esperar para ser atendido ? | X | | | | | |
| 2 | ¿ Usted considera que el trato recibido por el personal del servicio fue el adecuado ? | X | | | | | |
| 3 | ¿ Le dieron explicación clara de su enfermedad tratamiento y cuidados ? | X | | | | | |
| 4 | ¿ En caso que le hayan ordenado medicamentos le dieron recomendaciones para su administración ? | X | | | | | |
| 5 | ¿ En caso que le hayan ordenado exámenes le explicaron las recomendaciones para su realización ? | X | | | | | |
| 6 | ¿ El profesional que lo atendio le pregunto sobre las dudas respecto a su enfermedad ? | X | | | | | |
| 7 | ¿ Considera que lo atendieron en condiciones de privacidad ? | X | | | | | |
| 8 | ¿ Alguien en el servicio le hablo acerca de los derechos y deberes que tiene como usuario ? | X | | | | | |
| 9 | ¿ Si respondio si a la anterior pregunta, ¿ los derechos y deberes fueron explicados adecuadamente | X | | | | | |
| 10 | ¿ Le informaron acerca de donde dirigirse para colocar una petición, queja, reclamo, felicitación ect. ? | X | | | | | |
| 11 | ¿ El área donde fue atendido, presentaba condiciones adecuadas de limpieza y orden ? | X | | | | | |
| 12 | ¿ Consulta usted los canales de información habilitados por la entidad, facebook, Twither, pagina web | | X | | | | |
| 13 | ¿ Recomendaria los servicios del Hospital a sus familiares o conocidos? | DEFINITIVAMENTE SI | PROBABLEMENTE SI | PROBABLEMENTE NO | DEFINITIVAMENTE NO | NO RESPONDE | |
| | | X | | | | | |
| 14 | En general, ¿Cómo califica su experiencia respecto a la prestación de los servicios de salud en el Hospital Regional de II Nivel de San Marcos ? | MUY BUENA | BUENA | REGULAR | MALA | MUY MALA | NS |
| | | X | | | | | |

ESPACIO EXCLUSIVO PARA PACIENTES EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA

| | | | | | |
|---|--|--|---|--|--|
| 1 | ¿ Tuvo inconveniente para obtener la cita ? | | X | | |
| 2 | ¿ Considera que los mecanismos para la asignación son los adecuados? | | X | | |

ESPACIO EXCLUSIVO PARA PACIENTES EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN

| | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|
| 1 | Si le administraron medicamentos, ¿ Le informaron acerca de la aplicación de estos ? | | | | |
| 2 | Si le realizaron exámenes o procedimientos, ¿ le fueron explicados? | | | | |
| 3 | ¿ Le informaron sobre el horario de visitas ? | | | | |
| 4 | ¿ le informaron sobre la custodia de sus pertenencias ? | | | | |

Utilice este espacio para sugerencias o comentario

RENDICION DE CUENTAS (Marque con una x)

| | | | | |
|--|------------|-------------|----------|----------------|
| Que información considera usted más importante para que la entidad de a conocer durante su proceso de rendición de cuentas a la ciudadanía | FINANCIERA | ASISTENCIAL | JURIDICA | ADMINISTRATIVA |
| | | | | |

¡ Agradecemos su valiosa opinión, sus aportes nos ayudan a construir un mejor hospital !



FORMATO DE CARACTERIZACIÓN Y ENCUESTA DE SATISFACCIÓN AL USUARIO

La presente encuesta tiene como objetivo medir el grado de satisfacción de los usuarios con el ánimo de buscar alternativas para el mejoramiento de los procesos de la entidad. Se solicita de forma cordial, responder con sinceridad las siguientes preguntas.

ENCUESTA DEL SERVICIO DE: *Terapias* FECHA DE DILIGENCIAMIENTO *D 19 M 04 A 2023*

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

| | | | |
|--------------------|------------------------------------|-------------|---------------------|
| NOMBRE COMPLETO | <i>And yulioth flores cañador.</i> | | |
| No. IDENTIFICACION | <i>1005681726.</i> | EDAD | <i>28 años.</i> |
| DIRECCIÓN | <i>Barrio Mariano Aivorez.</i> | TELEFONO | <i>3207436287.</i> |
| CORREO ELECTRONICO | <i>andyulioth0909@hotmail.com.</i> | EPS | <i>NUEVA EPS.</i> |
| GRUPO ETNICO | | PROCEDENCIA | <i>RURAL URBANA</i> |

ENCUESTA (Marque con una x dependiendo la respuesta, SI, NO, NO SABE/ NO RESPONDE, NO APLICA)

| PREGUNTA | RESPUESTA | | | | | |
|---|--------------------|------------------|------------------|--------------------|-------------|----|
| | SI | NO | NS/NR | N/A | | |
| 1 ¿ Esta satisfecho con el tiempo que tuvo que esperar para ser atendido ? | X | | | | | |
| 2 ¿ Usted considera que el trato recibido por el personal del servicio fue el adecuado ? | X | | | | | |
| 3 ¿ Le dieron explicación clara de su enfermedad tratamiento y cuidados ? | X | | | | | |
| 4 ¿ En caso que le hayan ordenado medicamentos le dieron recomendaciones para su administración ? | X | | | | | |
| 5 ¿ En caso que le hayan ordenado exámenes le explicaron las recomendaciones para su realización ? | X | | | | | |
| 6 ¿ El profesional que lo atendio le pregunto sobre las dudas respecto a su enfermedad ? | X | | | | | |
| 7 ¿ Considera que lo atendieron en condiciones de privacidad ? | X | | | | | |
| 8 ¿ Alguien en el servicio le hablo acerca de los derechos y deberes que tiene como usuario ? | X | | | | | |
| 9 ¿ Si respondio si a la anterior pregunta, ¿ los derechos y deberes fueron explicados adecuadamente | X | | | | | |
| 10 ¿ Le informaron acerca de dónde dirigirse para colocar una petición, queja, reclamo, felicitación ect. ? | X | | | | | |
| 11 ¿ El área donde fue atendido, presentaba condiciones adecuadas de limpieza y orden ? | X | | | | | |
| 12 ¿ Consulta usted los canales de información habilitados por la entidad, facebook, Twither, pagina web | X | | | | | |
| 13 ¿ Recomendaria los servicios del Hospital a sus familiares o conocidos? | DEFINITIVAMENTE SI | PROBABLEMENTE SI | PROBABLEMENTE NO | DEFINITIVAMENTE NO | NO RESPONDE | |
| 14 En general, ¿Cómo califica su experiencia respecto a la prestación de los servicios de salud en el Hospital Regional de II Nivel de San Marcos ? | MUY BUENA | BUENA | REGULAR | MALA | MUY MALA | NS |

ESPACIO EXCLUSIVO PARA PACIENTES EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA

| | | | | |
|--|---|---|--|--|
| 1 ¿ Tuvo inconveniente para obtener la cita ? | | X | | |
| 2 ¿ Considera que los mecanismos para la asignación son los adecuados? | X | | | |

ESPACIO EXCLUSIVO PARA PACIENTES EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN

| | | | | |
|---|--|--|--|--|
| 1 Si le administraron medicamentos, ¿Le informaron acerca de la aplicación de estos ? | | | | |
| 2 Si le realizaron exámenes o procedimientos, ¿ le fueron explicados? | | | | |
| 3 ¿ Le informaron sobre el horario de visitas ? | | | | |
| 4 ¿ le informaron sobre la custodia de sus pertenencias ? | | | | |

Utilice este espacio para sugerencias o comentario

RENDICION DE CUENTAS (Marque con una x)

| | | | | |
|--|------------|-------------|----------|----------------|
| Que información considera usted más importante para que la entidad de a conocer durante su proceso de rendición de cuentas a la ciudadanía | FINANCIERA | ASISTENCIAL | JURIDICA | ADMINISTRATIVA |
| | | | | |

¡ Agradecemos su valiosa opinión, sus aportes nos ayudan a construir un mejor hospital !



FORMATO DE CARACTERIZACIÓN Y ENCUESTA DE SATISFACCIÓN AL USUARIO

La presente encuesta tiene como objetivo medir el grado de satisfacción de los usuarios con el ánimo de buscar alternativas para el mejoramiento de los procesos de la entidad, Se solicita de forma cordial, responder con sinceridad las siguientes preguntas.

ENCUESTA DEL SERVICIO DE: *Cardiología* FECHA DE DILIGENCIAMIENTO *D 19 M 4 A 2023*

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

| | | | |
|---------------------------|-------------------------------------|--------------------|--|
| NOMBRE COMPLETO | <i>Bonita Cristina Lara Carrero</i> | | |
| No. IDENTIFICACION | <i>34944129</i> | EDAD | <i>50</i> |
| DIRECCIÓN | <i>Cm 19 #22-31</i> | TELEFONO | <i>310330519</i> |
| CORREO ELECTRONICO | | EPS | <i>Mutual Ser</i> |
| GRUPO ETNICO | | PROCEDENCIA | <input checked="" type="checkbox"/> RURAL <input checked="" type="checkbox"/> URBANA |

ENCUESTA (Marque con una x dependiendo la respuesta, SI, NO, NO SABE/ NO RESPONDE, NO APLICA)

| PREGUNTA | RESPUESTA | | | | | |
|---|--------------------|------------------|------------------|--------------------|-------------|----|
| | SI | NO | NS/NR | N/A | | |
| 1 ¿ Esta satisfecho con el tiempo que tuvo que esperar para ser atendido ? | X | | | | | |
| 2 ¿ Usted considera que el trato recibido por el personal del servicio fue el adecuado ? | X | | | | | |
| 3 ¿ Le dieron explicación clara de su enfermedad tratamiento y cuidados ? | X | | | | | |
| 4 ¿ En caso que le hayan ordenado medicamentos le dieron recomendaciones para su administración ? | X | | | | | |
| 5 ¿ En caso que le hayan ordenado exámenes le explicaron las recomendaciones para su realización ? | X | | | | | |
| 6 ¿ El profesional que lo atendio le pregunto sobre las dudas respecto a su enfermedad ? | X | | | | | |
| 7 ¿ Considera que lo atendieron en condiciones de privacidad ? | X | | | | | |
| 8 ¿ Alguien en el servicio le hablo acerca de los derechos y deberes que tiene como usuario ? | X | | | | | |
| 9 ¿ Si respondio si a la anterior pregunta, ¿ los derechos y deberes fueron explicados adecuadamente | X | | | | | |
| 10 ¿ Le informaron acerca de dónde dirigirse para colocar una petición, queja, reclamo, felicitación ect. ? | X | | | | | |
| 11 ¿ El área donde fue atendido, presentaba condiciones adecuadas de limpieza y orden ? | X | | | | | |
| 12 ¿ Consulta usted los canales de información habilitados por la entidad, facebook, Twither, pagina web | X | | | | | |
| 13 ¿ Recomendaria los servicios del Hospital a sus familiares o conocidos? | DEFINITIVAMENTE SI | PROBABLEMENTE SI | PROBABLEMENTE NO | DEFINITIVAMENTE NO | NO RESPONDE | |
| 14 En general, ¿Cómo califica su experiencia respecto a la prestación de los servicios de salud en el Hospital Regional de II Nivel de San Marcos ? | MUY BUENA | BUENA | REGULAR | MALA | MUY MALA | NS |

ESPACIO EXCLUSIVO PARA PACIENTES EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA

| | | | | |
|--|---|---|--|--|
| 1 ¿ Tuvo inconveniente para obtener la cita ? | | X | | |
| 2 ¿ Considera que los mecanismos para la asignación son los adecuados? | X | | | |

ESPACIO EXCLUSIVO PARA PACIENTES EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN

| | | | | |
|---|--|--|--|--|
| 1 Si le administraron medicamentos, ¿Le informaron acerca de la aplicación de estos ? | | | | |
| 2 Si le realizaron exámenes o procedimientos, ¿ le fueron explicados? | | | | |
| 3 ¿ Le informaron sobre el horario de visitas ? | | | | |
| 4 ¿ le informaron sobre la custodia de sus pertenencias ? | | | | |

Utilice este espacio para sugerencias o comentario

RENDICION DE CUENTAS (Marque con una x)

| | | | | |
|--|------------|-------------|----------|----------------|
| Que información considera usted más importante para que la entidad de a conocer durante su proceso de rendición de cuentas a la ciudadanía | FINANCIERA | ASISTENCIAL | JURIDICA | ADMINISTRATIVA |
| | | | | |

¡ Agradecemos su valiosa opinión, sus aportes nos ayudan a construir un mejor hospital !



HOSPITAL REGIONAL
DE II NIVEL DE **SAN MARCOS**

VERSION 3

VIGENCIA

30/11/2021

FORMATO DE CARACTERIZACIÓN Y ENCUESTA DE SATISFACCIÓN AL USUARIO

La presente encuesta tiene como objetivo medir el grado de satisfacción de los usuarios con el ánimo de buscar alternativas para el mejoramiento de los procesos de la entidad, Se solicita de forma cordial, responder con sinceridad las siguientes preguntas.

ENCUESTA DEL SERVICIO DE: *Ginecología* FECHA DE DILIGENCIAMIENTO D 19 M 04 A 2023

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

| | | | |
|--------------------|-------------------------------|-------------|-------------------------|
| NOMBRE COMPLETO | <i>Edy Magdalena Buitrago</i> | | |
| No. IDENTIFICACION | <i>34.942.200</i> | EDAD | <i>54</i> |
| DIRECCIÓN | <i>Kra 25 # 23-22</i> | TELEFONO | <i>3108181297</i> |
| CORREO ELECTRONICO | | EPS | <i>Mutual Ser</i> |
| GRUPO ETNICO | | PROCEDENCIA | RURAL URBANA |

ENCUESTA (Marque con una x dependiendo la respuesta, SI, NO, NO SABE/ NO RESPONDE, NO APLICA)

| | PREGUNTA | RESPUESTA | | | | | |
|----|---|--------------------|------------------|------------------|--------------------|-------------|----|
| | | SI | NO | NS/NR | N/A | | |
| 1 | ¿Esta satisfecho con el tiempo que tuvo que esperar para ser atendido? | X | | | | | |
| 2 | ¿Usted considera que el trato recibido por el personal del servicio fue el adecuado? | X | | | | | |
| 3 | ¿Le dieron explicación clara de su enfermedad tratamiento y cuidados? | X | | | | | |
| 4 | ¿En caso que le hayan ordenado medicamentos le dieron recomendaciones para su administración? | X | | | | | |
| 5 | ¿En caso que le hayan ordenado exámenes le explicaron las recomendaciones para su realización? | X | | | | | |
| 6 | ¿El profesional que lo atendió le preguntó sobre las dudas respecto a su enfermedad? | X | | | | | |
| 7 | ¿Considera que lo atendieron en condiciones de privacidad? | X | | | | | |
| 8 | ¿Alguien en el servicio le habló acerca de los derechos y deberes que tiene como usuario? | X | | | | | |
| 9 | ¿Si respondió si a la anterior pregunta, ¿los derechos y deberes fueron explicados adecuadamente? | X | | | | | |
| 10 | ¿Le informaron acerca de dónde dirigirse para colocar una petición, queja, reclamo, felicitación ect.? | X | | | | | |
| 11 | ¿El área donde fue atendido, presentaba condiciones adecuadas de limpieza y orden? | X | | | | | |
| 12 | ¿Consulta usted los canales de información habilitados por la entidad, facebook, Twither, pagina web? | X | | | | | |
| 13 | ¿Recomendaría los servicios del Hospital a sus familiares o conocidos? | DEFINITIVAMENTE SI | PROBABLEMENTE SI | PROBABLEMENTE NO | DEFINITIVAMENTE NO | NO RESPONDE | |
| 14 | En general, ¿Cómo califica su experiencia respecto a la prestación de los servicios de salud en el Hospital Regional de II Nivel de San Marcos? | MUY BUENA | BUENA | REGULAR | MALA | MUY MALA | NS |

ESPACIO EXCLUSIVO PARA PACIENTES EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA

| | | | | | |
|---|---|--|---|--|--|
| 1 | ¿Tuvo inconveniente para obtener la cita? | | X | | |
| 2 | ¿Considera que los mecanismos para la asignación son los adecuados? | | X | | |

ESPACIO EXCLUSIVO PARA PACIENTES EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN

| | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|
| 1 | Si le administraron medicamentos, ¿Le informaron acerca de la aplicación de estos? | | | | |
| 2 | Si le realizaron exámenes o procedimientos, ¿le fueron explicados? | | | | |
| 3 | ¿Le informaron sobre el horario de visitas? | | | | |
| 4 | ¿le informaron sobre la custodia de sus pertenencias? | | | | |

Utilice este espacio para sugerencias o comentario

RENDICION DE CUENTAS (Marque con una x)

| | | | | |
|--|------------|-------------|----------|----------------|
| Que información considera usted más importante para que la entidad de a conocer durante su proceso de rendición de cuentas a la ciudadanía | FINANCIERA | ASISTENCIAL | JURIDICA | ADMINISTRATIVA |
| | | | | |

¡ Agradecemos su valiosa opinión, sus aportes nos ayudan a construir un mejor hospital !