

 HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN MARCOS ESE	HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN MARCOS ESE		Versión 3	
	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:	Ortopedia	FECHA DE DILIGENCIAMIENTO	05	01	2022
---------------------------	-----------	---------------------------	----	----	------

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO					
NOMBRE COMPLETO	Dedilda Arrieta Lumbraño				
N. IDENTIFICACIÓN	11931490431	EDAD	30		
DIRECCIÓN	San José	TELÉFONO	3002005190		
CORREO ELECTRÓNICO		EPS	Comfacsura		
GRUPO ÉTNICO		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 ¿Está 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, etc.?	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, Página 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	NR

ESPACIO EXCLUSIVO PARA PACIENTES EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA					
1 ¿Tuvo inconvenientes para obtener la cita?		X			
2 ¿Considera que los mecanismos para asignación de citas 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?					

Si desea realizar alguna observación, sugerencia o comentario, por favor utilice este espacio

RENDICIÓN DE CUENTAS (Marque con una X)				
¿Qué 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 ESE	HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN MARCOS ESE		Versión 3	
	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:	Ortopedia	FECHA DE DILIGENCIAMIENTO	05/01/2022
---------------------------	-----------	---------------------------	------------

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO			
NOMBRE COMPLETO	Alfonso Canino		
N. IDENTIFICACIÓN	CE 10877746	EDAD	59
DIRECCIÓN	Berceda Comaquite	TELÉFONO	3022499155
CORREO ELECTRÓNICO		EPS	COSA LUZ
GRUPO ÉTNICO		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 ¿Está 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, etc.?	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, Página Web	X			
13 ¿Recomendaría los servicios del Hospital a sus familiares o conocidos?	DEFINITIVAMENTE SI	PROBABLEMENTE SI	PROBABLEMENTE NO	DEFINITIVAMENTE NO
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	NR		

ESPACIO EXCLUSIVO PARA PACIENTES EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA				
1 ¿Tuvo inconvenientes para obtener la cita?		X		
2 ¿Considera que los mecanismos para asignación de citas 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?				

Si desea realizar alguna observación, sugerencia o comentario, por favor utilice este espacio

RENDICIÓN DE CUENTAS (Marque con una X)				
¿Qué 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 ESE	HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN MARCOS ESE				Versión 3	
	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:	Ortopedia	FECHA DE DILIGENCIAMIENTO	18	01	2022
---------------------------	-----------	---------------------------	----	----	------

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO					
NOMBRE COMPLETO	Julio Daniel Lamberto Moreno				
N. IDENTIFICACIÓN	1.100.081.471	EDAD	35		
DIRECCIÓN	La Gandelaria	TELÉFONO	3123030611		
CORREO ELECTRÓNICO		EPS	Confasocre		
GRUPO ÉTNICO		PROCEDENCIA	RURAL	URBANA	

ENCUESTA (Marque con una X dependiendo la respuesta, SI, NO, NO SABE / NO RESPONDE, NO APLICA)						
PREGUNTA	RESPUESTA				N/A	
	SI	NO	NS/NR			
1 ¿Está 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, etc.?	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, Página Web		X				
13 ¿Recomendaría 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	NR
		X				

ESPACIO EXCLUSIVO PARA PACIENTES EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA					
1	¿Tuvo inconvenientes para obtener la cita?		X		
2	¿Considera que los mecanismos para asignación de citas 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?				

Si desea realizar alguna observación, sugerencia o comentario, por favor utilice este espacio

RENDICIÓN DE CUENTAS (Marque con una X)				
¿Qué 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 ESE	HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN MARCOS ESE				Versión 3	
	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	17	01	2022
---------------------------	-----------	---------------------------	----	----	------

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO					
NOMBRE COMPLETO	Damián Camacho Chavez - Laura Chavez Pilsch				
N. IDENTIFICACIÓN	1104441598	EDAD	6 meses		
DIRECCIÓN	B1 El Prado	TELÉFONO	3218880052		
CORREO ELECTRÓNICO		EPS	NEP.		
GRUPO ÉTNICO		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 ¿Está 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, etc.?	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, Página Web	X					
13 ¿Recomendaría 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	NR
	X					

ESPACIO EXCLUSIVO PARA PACIENTES EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA					
1 ¿Tuvo inconvenientes para obtener la cita?		X			
2 ¿Considera que los mecanismos para asignación de citas 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?					

Si desea realizar alguna observación, sugerencia o comentario, por favor utilice este espacio

RENDICIÓN DE CUENTAS (Marque con una X)				
¿Qué 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 ESE	HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN MARCOS ESE				Versión 3	
	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	20	04	2022
---------------------------	-------------	---------------------------	----	----	------

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO					
NOMBRE COMPLETO	Karol Patricia Prisco Andriana Prisco				
N. IDENTIFICACIÓN	1104441936	EDAD	3 años		
DIRECCIÓN	Las maravillas	TELÉFONO	3106277104		
CORREO ELECTRÓNICO		EPS	Cajacopi		
GRUPO ÉTNICO		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 ¿Está 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, etc.?	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, Página Web	X					
13 ¿Recomendaría 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	NR
	X					

ESPACIO EXCLUSIVO PARA PACIENTES EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA					
1 ¿Tuvo inconvenientes para obtener la cita?		X			
2 ¿Considera que los mecanismos para asignación de citas 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?					

Si desea realizar alguna observación, sugerencia o comentario, por favor utilice este espacio

RENDICIÓN DE CUENTAS (Marque con una X)				
¿Qué 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 ESE				Versión 3			
	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: <i>Pediatricia</i>			FECHA DE DILIGENCIAMIENTO		<i>24 01 2022</i>			
IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO								
NOMBRE COMPLETO		<i>Luis-Manuel Prasca Dominguez Diosucido Dominguez</i>						
N. IDENTIFICACIÓN		<i>1104436235</i>		EDAD		<i>5 año</i>		
DIRECCIÓN		<i>Belen</i>		TELÉFONO		<i>3163484838</i>		
CORREO ELECTRÓNICO				EPS		<i>MS EV</i>		
GRUPO ÉTNICO				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	¿Está satisfecho con el tiempo que tuvo que esperar para ser atendido?		<i>X</i>					
2	¿Usted considera que el trato recibido por el personal del servicio fue el adecuado?		<i>X</i>					
3	¿Le dieron explicación clara de su enfermedad, tratamiento y cuidados?		<i>X</i>					
4	En caso que le hayan ordenado medicamentos, ¿Le dieron recomendaciones para su administración?		<i>X</i>					
5	En caso que le hayan ordenado exámenes, ¿Le explicaron las recomendaciones para su realización?		<i>X</i>					
6	¿El profesional que lo atendió le preguntó sobre las dudas respecto a su enfermedad?		<i>X</i>					
7	¿Considera que lo atendieron en condiciones de privacidad?		<i>X</i>					
8	¿Alguien en el servicio le habló acerca de los derechos y deberes que tiene como usuario?		<i>X</i>					
9	Si respondió SI a la anterior pregunta, ¿Los derechos y deberes fueron explicados adecuadamente?		<i>X</i>					
10	¿Le informaron acerca de dónde dirigirse para colocar una petición, queja, reclamo, felicitación, etc.?		<i>X</i>					
11	¿El área donde fue atendido, presentaba condiciones adecuadas de limpieza y orden?		<i>X</i>					
12	¿Consulta Usted los canales de información habilitados por la entidad? Facebook, Twitter, Página Web			<i>X</i>				
13	¿Recomendaría los servicios del Hospital a sus familiares o conocidos?	DEFINITIVAMENTE SI	PROBABLEMENTE SI	PROBABLEMENTE NO	DEFINITIVAMENTE NO	NO RESPONDE		
		<i>X</i>						
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	NR
			<i>X</i>					
ESPACIO EXCLUSIVO PARA PACIENTES EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA								
1	¿Tuvo inconvenientes para obtener la cita?			<i>X</i>				
2	¿Considera que los mecanismos para asignación de citas son los adecuados?		<i>X</i>					
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?							
Si desea realizar alguna observación, sugerencia o comentario, por favor utilice este espacio								
RENDICIÓN DE CUENTAS (Marque con una X)								
¿Qué 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 ESE	HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN MARCOS ESE				Versión 3	
	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	24	01	2022
---------------------------	-----------	---------------------------	----	----	------

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO					
NOMBRE COMPLETO	Wilson Alexander Prasca Dominguez Dioselida Dominguez				
N. IDENTIFICACIÓN	1104435823	EDAD	6 años		
DIRECCIÓN	Belen	TELÉFONO	363487838		
CORREO ELECTRÓNICO		EPS	MSEV		
GRUPO ÉTNICO		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 ¿Está satisfecho con el tiempo que tuvo que esperar para ser atendido?	☒					
2 ¿Usted considera que el trato recibido por el personal del servicio fue el adecuado?	☒					
3 ¿Le dieron explicación clara de su enfermedad, tratamiento y cuidados?	☒					
4 En caso que le hayan ordenado medicamentos, ¿Le dieron recomendaciones para su administración?	☒					
5 En caso que le hayan ordenado exámenes, ¿Le explicaron las recomendaciones para su realización?	☒					
6 ¿El profesional que lo atendió le preguntó sobre las dudas respecto a su enfermedad?	☒					
7 ¿Considera que lo atendieron en condiciones de privacidad?	☒					
8 ¿Alguien en el servicio le habló acerca de los derechos y deberes que tiene como usuario?	☒					
9 Si respondió SI a la anterior pregunta, ¿Los derechos y deberes fueron explicados adecuadamente?	☒					
10 ¿Le informaron acerca de dónde dirigirse para colocar una petición, queja, reclamo, felicitación, etc.?	☒					
11 ¿El área donde fue atendido, presentaba condiciones adecuadas de limpieza y orden?	☒					
12 ¿Consulta Usted los canales de información habilitados por la entidad? Facebook, Twitter, Página Web		☒				
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	NR

ESPACIO EXCLUSIVO PARA PACIENTES EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA					
1 ¿Tuvo inconvenientes para obtener la cita?		☒			
2 ¿Considera que los mecanismos para asignación de citas 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?					
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?					

Si desea realizar alguna observación, sugerencia o comentario, por favor utilice este espacio

RENDICIÓN DE CUENTAS (Marque con una X)				
¿Qué 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 ESE	HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN MARCOS ESE				Versión 3	
	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	24	01	2022
---------------------------	-----------	---------------------------	----	----	------

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO					
NOMBRE COMPLETO	Andres Morelo Alvarez Dobres Alvarez				
N. IDENTIFICACIÓN	11 028 38 464	EDAD	12 años		
DIRECCIÓN	Palo Alto	TELÉFONO	3216612250		
CORREO ELECTRÓNICO		EPS	Comfamsucie		
GRUPO ÉTNICO		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 ¿Está 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, etc.?	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, Página Web		X		

13 ¿Recomendaría 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	NR
	X					

ESPACIO EXCLUSIVO PARA PACIENTES EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA

1 ¿Tuvo inconvenientes para obtener la cita?		X		
2 ¿Considera que los mecanismos para asignación de citas 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?				

Si desea realizar alguna observación, sugerencia o comentario, por favor utilice este espacio

RENDICIÓN DE CUENTAS (Marque con una X)

¿Qué 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 ESE	HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN MARCOS ESE				Versión 3	
	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:	Ginecología	FECHA DE DILIGENCIAMIENTO	18	01	2022
---------------------------	-------------	---------------------------	----	----	------

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO					
NOMBRE COMPLETO	María López Seipa.				
N. IDENTIFICACIÓN	164404860	EDAD	33 años		
DIRECCIÓN	El Oasis	TELÉFONO	3224810700		
CORREO ELECTRÓNICO		EPS	Coosabed.		
GRUPO ÉTNICO		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 ¿Está 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, etc.?	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, Página Web		X				
13 ¿Recomendaría 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	NR
		X				

ESPACIO EXCLUSIVO PARA PACIENTES EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA					
1 ¿Tuvo inconvenientes para obtener la cita?		X			
2 ¿Considera que los mecanismos para asignación de citas 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?					

Si desea realizar alguna observación, sugerencia o comentario, por favor utilice este espacio

RENDICIÓN DE CUENTAS (Marque con una X)				
¿Qué 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 ESE	HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN MARCOS ESE				Versión 3	
	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:	Ginecología	FECHA DE DILIGENCIAMIENTO	18	01	2022
---------------------------	-------------	---------------------------	----	----	------

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO					
NOMBRE COMPLETO	Olga Patricia Sierra				
N. IDENTIFICACIÓN	34950103	EDAD	40		
DIRECCIÓN	Bisore	TELÉFONO	3233091294		
CORREO ELECTRÓNICO		EPS	Coosaled		
GRUPO ÉTNICO		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 ¿Está 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, etc.?	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, Página Web		X				
13 ¿Recomendaría 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	NR
	X					

ESPACIO EXCLUSIVO PARA PACIENTES EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA					
1 ¿Tuvo inconvenientes para obtener la cita?		X			
2 ¿Considera que los mecanismos para asignación de citas 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?					

Si desea realizar alguna observación, sugerencia o comentario, por favor utilice este espacio

RENDICIÓN DE CUENTAS (Marque con una X)				
¿Qué 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 ESE	HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN MARCOS ESE			Versión 3	
	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: <i>Ginecología</i>	FECHA DE DILIGENCIAMIENTO	<i>20</i>	<i>01</i>	<i>2022</i>
--	---------------------------	-----------	-----------	-------------

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO				
NOMBRE COMPLETO	<i>Geruldinga Payaresca H2</i>			
N. IDENTIFICACIÓN	<i>1.005.677.077</i>	EDAD	<i>27</i>	
DIRECCIÓN	<i>21.25. Curme</i>	TELÉFONO	<i>30048484 F17</i>	
CORREO ELECTRÓNICO		EPS	<i>COOSALUD</i>	
GRUPO ÉTNICO		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 ¿Está 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, etc.?	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, Página Web	X					
13 ¿Recomendaría 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	NR
		X				

ESPACIO EXCLUSIVO PARA PACIENTES EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA				
1 ¿Tuvo inconvenientes para obtener la cita?		X		
2 ¿Considera que los mecanismos para asignación de citas 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?				

Si desea realizar alguna observación, sugerencia o comentario, por favor utilice este espacio

RENDICIÓN DE CUENTAS (Marque con una X)				
¿Qué 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 ESE	HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN MARCOS ESE		Versión 3	
	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: <u>Ginecología</u>	FECHA DE DILIGENCIAMIENTO	<u>19</u>	<u>04</u>	<u>2022</u>
--	---------------------------	-----------	-----------	-------------

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO				
NOMBRE COMPLETO	<u>Margarita Rosa Ruiz Cochao</u>			
N. IDENTIFICACIÓN	<u>34941435</u>	EDAD	<u>61 años</u>	
DIRECCIÓN	<u>M 20 de Mayo</u>	TELÉFONO	<u>312658710</u>	
CORREO ELECTRÓNICO		EPS	<u>H SR</u>	
GRUPO ÉTNICO		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 ¿Está satisfecho con el tiempo que tuvo que esperar para ser atendido?	☒			
2 ¿Usted considera que el trato recibido por el personal del servicio fue el adecuado?	☒			
3 ¿Le dieron explicación clara de su enfermedad, tratamiento y cuidados?	☒			
4 En caso que le hayan ordenado medicamentos, ¿Le dieron recomendaciones para su administración?	☒			
5 En caso que le hayan ordenado exámenes, ¿Le explicaron las recomendaciones para su realización?	☒			
6 ¿El profesional que lo atendió le preguntó sobre las dudas respecto a su enfermedad?	☒			
7 ¿Considera que lo atendieron en condiciones de privacidad?	☒			
8 ¿Alguien en el servicio le habló acerca de los derechos y deberes que tiene como usuario?	☒			
9 Si respondió SI a la anterior pregunta, ¿Los derechos y deberes fueron explicados adecuadamente?	☒			
10 ¿Le informaron acerca de dónde dirigirse para colocar una petición, queja, reclamo, felicitación, etc.?	☒			
11 ¿El área donde fue atendido, presentaba condiciones adecuadas de limpieza y orden?	☒			
12 ¿Consulta Usted los canales de información habilitados por la entidad? Facebook, Twitter, Página Web	☒			
13 ¿Recomendaría los servicios del Hospital a sus familiares o conocidos?	DEFINITIVAMENTE SI ☒	PROBABLEMENTE SI	PROBABLEMENTE NO	DEFINITIVAMENTE NO
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	MALE
				MUY MALA
				NR

ESPACIO EXCLUSIVO PARA PACIENTES EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA				
1 ¿Tuvo inconvenientes para obtener la cita?		☒		
2 ¿Considera que los mecanismos para asignación de citas 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?				
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?				

Si desea realizar alguna observación, sugerencia o comentario, por favor utilice este espacio

RENDICIÓN DE CUENTAS (Marque con una X)				
¿Qué 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 ESE	HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN MARCOS ESE				Versión 3	
	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:	<i>At. Interna</i>	FECHA DE DILIGENCIAMIENTO	<i>17</i>	<i>01</i>	<i>2022</i>
---------------------------	--------------------	---------------------------	-----------	-----------	-------------

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO					
NOMBRE COMPLETO	<i>Inocencio Alvarez Garay</i>				
N. IDENTIFICACIÓN	<i>34 940 458</i>	EDAD	<i>59</i>		
DIRECCIÓN	<i>Calle 20 # 20-28 B B B B B B B B B B</i>		TELÉFONO	<i>30355477</i>	
CORREO ELECTRÓNICO			EPS	<i>copasud</i>	
GRUPO ÉTNICO			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 ¿Está 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, etc.?	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, Página Web	X					
13 ¿Recomendaría 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	NR
		X				

ESPACIO EXCLUSIVO PARA PACIENTES EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA

1 ¿Tuvo inconvenientes para obtener la cita?		X		
2 ¿Considera que los mecanismos para asignación de citas 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?				

Si desea realizar alguna observación, sugerencia o comentario, por favor utilice este espacio

RENDICIÓN DE CUENTAS (Marque con una X)

¿Qué 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 ESE	HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN MARCOS ESE				Versión 3	
	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:	M. Interna	FECHA DE DILIGENCIAMIENTO	17	01	2022
---------------------------	------------	---------------------------	----	----	------

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO					
NOMBRE COMPLETO	Aura Vanesa Cochero Rodriguez				
N. IDENTIFICACIÓN	1700 250 976	EDAD	25		
DIRECCIÓN	Nueva estrella Caimito	TELÉFONO	3277916640		
CORREO ELECTRÓNICO		EPS	Caja Costi		
GRUPO ÉTNICO		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 ¿Está 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, etc.?	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, Página Web		X				
13 ¿Recomendaría 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	NR
		X				

ESPACIO EXCLUSIVO PARA PACIENTES EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA

1 ¿Tuvo inconvenientes para obtener la cita?		X		
2 ¿Considera que los mecanismos para asignación de citas 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?				

Si desea realizar alguna observación, sugerencia o comentario, por favor utilice este espacio

RENDICIÓN DE CUENTAS (Marque con una X)

¿Qué 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 ESE	HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN MARCOS ESE				Versión 3	
	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: <i>H. Difusión</i>			FECHA DE DILIGENCIAMIENTO		<i>19 01 2022</i>	
IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO						
NOMBRE COMPLETO		<i>Juleidy Maria Roman</i>				
N. IDENTIFICACIÓN		<i>1005523884</i>		EDAD	<i>30</i>	
DIRECCIÓN		<i>el. V. 00515</i>		TELÉFONO	<i>3205103733</i>	
CORREO ELECTRÓNICO				EPS	<i>coo Salud.</i>	
GRUPO ÉTNICO				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 ¿Está satisfecho con el tiempo que tuvo que esperar para ser atendido?			☒			
2 ¿Usted considera que el trato recibido por el personal del servicio fue el adecuado?			☒			
3 ¿Le dieron explicación clara de su enfermedad, tratamiento y cuidados?			☒			
4 En caso que le hayan ordenado medicamentos, ¿Le dieron recomendaciones para su administración?			☒			
5 En caso que le hayan ordenado exámenes, ¿Le explicaron las recomendaciones para su realización?			☒			
6 ¿El profesional que lo atendió le preguntó sobre las dudas respecto a su enfermedad?			☒			
7 ¿Considera que lo atendieron en condiciones de privacidad?			☒			
8 ¿Alguien en el servicio le habló acerca de los derechos y deberes que tiene como usuario?			☒			
9 Si respondió SI a la anterior pregunta, ¿Los derechos y deberes fueron explicados adecuadamente?			☒			
10 ¿Le informaron acerca de dónde dirigirse para colocar una petición, queja, reclamo, felicitación, etc.?			☒			
11 ¿El área donde fue atendido, presentaba condiciones adecuadas de limpieza y orden?			☒			
12 ¿Consulta Usted los canales de información habilitados por la entidad? Facebook, Twitter, Página Web				☒		
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 NR
		☒				
ESPACIO EXCLUSIVO PARA PACIENTES EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA						
1 ¿Tuvo inconvenientes para obtener la cita?				☒		
2 ¿Considera que los mecanismos para asignación de citas 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?						
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?						
Si desea realizar alguna observación, sugerencia o comentario, por favor utilice este espacio						
RENDICIÓN DE CUENTAS (Marque con una X)						
¿Qué 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 ESE	HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN MARCOS ESE				Versión 3			
	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: <i>H. Infancia</i>		FECHA DE DILIGENCIAMIENTO		<i>17 04 2022</i>				
IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO								
NOMBRE COMPLETO <i>Patricia Pinto Budwas</i>								
N. IDENTIFICACIÓN		<i>34 950 491</i>		EDAD		<i>38</i>		
DIRECCIÓN		<i>C 19 # 25-26</i>		TELÉFONO		<i>311 764 6556</i>		
CORREO ELECTRÓNICO				EPS		<i>coopsalud</i>		
GRUPO ÉTNICO				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	¿Está satisfecho con el tiempo que tuvo que esperar para ser atendido?		☒					
2	¿Usted considera que el trato recibido por el personal del servicio fue el adecuado?		☒					
3	¿Le dieron explicación clara de su enfermedad, tratamiento y cuidados?		☒					
4	En caso que le hayan ordenado medicamentos, ¿Le dieron recomendaciones para su administración?		☒					
5	En caso que le hayan ordenado exámenes, ¿Le explicaron las recomendaciones para su realización?		☒					
6	¿El profesional que lo atendió le preguntó sobre las dudas respecto a su enfermedad?		☒					
7	¿Considera que lo atendieron en condiciones de privacidad?		☒					
8	¿Alguien en el servicio le habló acerca de los derechos y deberes que tiene como usuario?		☒					
9	Si respondió SI a la anterior pregunta, ¿Los derechos y deberes fueron explicados adecuadamente?		☒					
10	¿Le informaron acerca de dónde dirigirse para colocar una petición, queja, reclamo, felicitación, etc.?		☒					
11	¿El área donde fue atendido, presentaba condiciones adecuadas de limpieza y orden?		☒					
12	¿Consulta Usted los canales de información habilitados por la entidad? Facebook, Twitter, Página Web		☒					
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	NR
				☒				
ESPACIO EXCLUSIVO PARA PACIENTES EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA								
1	¿Tuvo inconvenientes para obtener la cita?			☒				
2	¿Considera que los mecanismos para asignación de citas 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?							
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?							
Si desea realizar alguna observación, sugerencia o comentario, por favor utilice este espacio								
RENDICIÓN DE CUENTAS (Marque con una X)								
¿Qué 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 ESE	HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN MARCOS ESE				Versión 3			
	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: <u>Urgencias</u>			FECHA DE DILIGENCIAMIENTO		<u>19/01/2022</u>			
IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO								
NOMBRE COMPLETO			<u>Vulmaru Isabel Fortiga Garcia</u>					
N. IDENTIFICACIÓN			EDAD		<u>19</u>			
DIRECCIÓN			TELÉFONO		<u>—</u>			
CORREO ELECTRÓNICO			EPS		<u>Bornosunido M82</u>			
GRUPO ÉTNICO			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	¿Está 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, etc.?		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, Página Web		X					
13	¿Recomendaría 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	NR
				X				
ESPACIO EXCLUSIVO PARA PACIENTES EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA								
1	¿Tuvo inconvenientes para obtener la cita?							
2	¿Considera que los mecanismos para asignación de citas 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					
Si desea realizar alguna observación, sugerencia o comentario, por favor utilice este espacio								

RENDICIÓN DE CUENTAS (Marque con una X)								
¿Qué 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 ESE	HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN MARCOS ESE				Versión 3				
	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: <i>Urgencias</i>			FECHA DE DILIGENCIAMIENTO		<i>20 04 2022</i>				
IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO									
NOMBRE COMPLETO		<i>Julio Cesar Flores Ortiz - Angela Muñoz Arroyo</i>							
N. IDENTIFICACIÓN		<i>959253</i>		EDAD		<i>97</i>			
DIRECCIÓN		<i>Calle Teta</i>		TELÉFONO		<i>3052060957</i>			
CORREO ELECTRÓNICO				EPS		<i>COO.Salud</i>			
GRUPO ÉTNICO				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	¿Está satisfecho con el tiempo que tuvo que esperar para ser atendido?			☒					
2	¿Usted considera que el trato recibido por el personal del servicio fue el adecuado?			☒					
3	¿Le dieron explicación clara de su enfermedad, tratamiento y cuidados?			☒					
4	En caso que le hayan ordenado medicamentos, ¿Le dieron recomendaciones para su administración?			☒					
5	En caso que le hayan ordenado exámenes, ¿Le explicaron las recomendaciones para su realización?			☒					
6	¿El profesional que lo atendió le preguntó sobre las dudas respecto a su enfermedad?			☒					
7	¿Considera que lo atendieron en condiciones de privacidad?			☒					
8	¿Alguien en el servicio le habló acerca de los derechos y deberes que tiene como usuario?			☒					
9	Si respondió SI a la anterior pregunta, ¿Los derechos y deberes fueron explicados adecuadamente?			☒					
10	¿Le informaron acerca de dónde dirigirse para colocar una petición, queja, reclamo, felicitación, etc.?			☒					
11	¿El área donde fue atendido, presentaba condiciones adecuadas de limpieza y orden?			☒					
12	¿Consulta Usted los canales de información habilitados por la entidad? Facebook, Twitter, Página Web				☒				
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	NR
					☒				
ESPACIO EXCLUSIVO PARA PACIENTES EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA									
1	¿Tuvo inconvenientes para obtener la cita?								
2	¿Considera que los mecanismos para asignación de citas 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?			☒					
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?			☒					
Si desea realizar alguna observación, sugerencia o comentario, por favor utilice este espacio									
_____ _____ _____									
RENDICIÓN DE CUENTAS (Marque con una X)									
¿Qué 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 ESE	HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN MARCOS ESE				Versión 3			
	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: <i>Ungecuen</i>		FECHA DE DILIGENCIAMIENTO		20 01 2022				
IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO								
NOMBRE COMPLETO	<i>Ana Mercedes Mendez</i>							
N. IDENTIFICACIÓN	<i>34945529</i>		EDAD	<i>53 años</i>				
DIRECCIÓN	<i>B 1 de Junio</i>		TELÉFONO	<i>3137457616</i>				
CORREO ELECTRÓNICO			EPS	<i>Coosuland</i>				
GRUPO ÉTNICO			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	¿Está 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, etc.?		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, Página Web			X				
13	¿Recomendaría 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	NR
				X				
ESPACIO EXCLUSIVO PARA PACIENTES EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA								
1	¿Tuvo inconvenientes para obtener la cita?							
2	¿Considera que los mecanismos para asignación de citas 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					
Si desea realizar alguna observación, sugerencia o comentario, por favor utilice este espacio								
RENDICIÓN DE CUENTAS (Marque con una X)								
¿Qué 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!								