



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

VERSION 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: Oftalmología FECHA DE DILIGENCIAMIENTO 09 M 03 2020

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE COMPLETO	<u>Comilo antonio Alvarez zambrano - Isabel Alvarez</u>		
No. IDENTIFICACION	<u>18725065</u>	EDAD	<u>72</u>
DIRECCIÓN	<u>Corregimiento San Cayetano</u>	TELEFONO	<u>3104150506</u>
CORREO ELECTRONICO	<u>Suen Suen</u>	EPS	<u>COOSALUD</u>
GRUPO ETNICO		PROCEDENCIA	<u>RURAL</u> URBAN

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 preguntó 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 habló 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, Twitter, 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"/>				

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?		<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	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

**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: *oftalmología* FECHA DE DILIGENCIAMIENTO *09 M 03 2024*

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE COMPLETO *Maria Geliz Lopez*

No. IDENTIFICACION *30565227* EDAD *65*

DIRECCIÓN *B. Campo Nuevo* TELEFONO *31184558*

CORREO ELECTRONICO EPS *87 Coosolul*

GRUPO ETNICO PROCEDENCIA  RURAL  URBAN

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 ?						
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 atendio 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 donde 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, Twitter, pagina web		<input checked="" type="checkbox"/>				
13 ¿ Recomendaría 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 ?		<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	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: Ecografía FECHA DE DILIGENCIAMIENTO D 12 M 03 A 2024

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE COMPLETO	<u>Luisa Fernanda Camporomero</u>		
No. IDENTIFICACION	<u>1104408439</u>	EDAD	<u>22 años</u>
DIRECCIÓN	<u>Av. In Anquele</u>	TELEFONO	
CORREO ELECTRONICO		EPS	<u>Coosalud</u>
GRUPO ETNICO		PROCEDENCIA	RURAL URBANA <u>X</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 ?	<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 atendio le preguntó 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 <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 ?		<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	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: Ecografía FECHA DE DILIGENCIAMIENTO D 12 M 03 A 2024

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE COMPLETO	Luisinda Mendy Patencia		
No. IDENTIFICACION	509 54 686	EDAD	59
DIRECCIÓN	V E I Repso	TELEFONO	92 34 51 7139
CORREO ELECTRONICO		EPS	
GRUPO ETNICO		PROCEDENCIA	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 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 !



**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: Ats Pediatría FECHA DE DILIGENCIAMIENTO D M A

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO Matthia Romero

NOMBRE COMPLETO	<u>Juan Esteban Marenco Romero</u>		
No. IDENTIFICACION	<u>1104430260</u>	EDAD	<u>10 años</u>
DIRECCIÓN	<u>Vicayo de la Cruz</u>	TELEFONO	<u>3205417716</u>
CORREO ELECTRONICO		EPS	<u>Coosalud</u>
GRUPO ETNICO		PROCEDENCIA	<u>RURAL</u> 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	¿ Recomendarla 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 ?				
2	¿ Considera que los mecanismos para la asignación son los adecuados?				

**ESPACIO EXCLUSIVO PARA PACIENTES EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN**

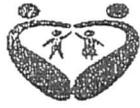
1	Si le administraron medicamentos, ¿ Le informaron acerca de la aplicación de estos ?	X			
2	Si le realizaron exámenes o procedimientos, ¿ le fueron explicados?	X			
3	¿ Le informaron sobre el horario de visitas ?	X			
4	¿ le informaron sobre la custodia de sus pertenencias ?	X			

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: Hospital Regional FECHA DE DILIGENCIAMIENTO 019 MO3 2024

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE COMPLETO

Luz DARY ROMERO RIVERA - DHAISY PÉREZ

No. IDENTIFICACION

1104408017

EDAD

37 años

DIRECCIÓN

Cl. 19 1° San José

TELEFONO

3217889960

CORREO ELECTRONICO

EPS

Mutual Ser.

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 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 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	
14 En general, ¿Cómo califique 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 ?						
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 !



**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: T. Física FECHA DE DILIGENCIAMIENTO D 20 M 08 A 2024

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE COMPLETO	Ginna Restrepo Alvarez			
No. IDENTIFICACION	1102 874 196	EDAD	27 A.	
DIRECCIÓN	B. San Jode	TELEFONO	3184137354	
CORREO ELECTRONICO	gabianandrasosoripestrepo@hotmail.com		EPS	M/Ser.
GRUPO ETNICO		PROCEDENCIA	RURAL URBANA	X

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 atendio 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 donde 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 ?	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 ?	<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	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: Tratamiento FECHA DE DILIGENCIAMIENTO D 22 M 03 A 2024

**IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO**

NOMBRE COMPLETO	<u>Nelson David Solórzano Tirado</u>		
No. IDENTIFICACION	<u>1104420258</u>	EDAD	<u>14</u>
DIRECCIÓN	<u>CL 25 25 A 49</u>	TELEFONO	<u>3104014049</u>
CORREO ELECTRONICO	<u>nois.tirado.collazo@hotmail.com</u>	EPS	<u>Seguro bolivar</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 ?	<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 donde 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	
	<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 ?		<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	FINANCIERA	ASISTENCIAL	JURIDICA	ADMINISTRATIVA
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¡ 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 03 A 2024

**IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO**

NOMBRE COMPLETO	<u>Abigail Nájera Mercado Camun Mercado</u>		
No. IDENTIFICACION	<u>1104441278</u>	EDAD	<u>3</u>
DIRECCIÓN	<u>Borro San Jose</u>	TELEFONO	<u>313 7190878</u>
CORREO ELECTRONICO		EPS	<u>Familia de co</u>
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 ?	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 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	¿ 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 !



**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: Pediatría FECHA DE DILIGENCIAMIENTO 04/11/2021

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE COMPLETO	<u>Saray Sofia Sanchez Moreno - Pina Moreno Blum</u>		
No. IDENTIFICACION	<u>1104439997</u>	EDAD	<u>4 años</u>
DIRECCIÓN	<u>Venda Candelaria</u>	TELEFONO	
CORREO ELECTRONICO		EPS	<u>MSI</u>
GRUPO ETNICO		PROCEDENCIA	<u>RURAL</u> 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, Twiter, pagina web		X				
13 ¿Recomendarla 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: *Oficina* FECHA DE DILIGENCIAMIENTO *09 NO 3 2024*

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE COMPLETO	<i>Ingrit Susana Caro Diaz</i>		
No. IDENTIFICACION	<i>42366854</i>	EDAD	<i>42 años</i>
DIRECCIÓN	<i>Barrio Puerto Lopez</i>	TELEFONO	<i>32066278</i>
CORREO ELECTRONICO		EPS	<i>Cooseluc</i>
GRUPO ETNICO		PROCEDENCIA	<i>RURAL URBAN</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 ?	<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 donde 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"/>				

ESPACIO EXCLUSIVO PARA PACIENTES EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA

1 ¿ Tuvo inconveniente para obtener la cita ?		<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	FINANCIERA	ASISTENCIAL	JURIDICA	ADMINISTRATIVA
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¡ 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: Oficina de Neofarmacología FECHA DE DILIGENCIAMIENTO 09/11/2021  
IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE COMPLETO	<u>Primo de la Rosa Cuadrado</u>		
No. IDENTIFICACION	<u>43208176</u>	EDAD	<u>43</u>
DIRECCIÓN	<u>CALLE 30 # 26</u>	TELEFONO	<u>3105398120</u>
CORREO ELECTRONICO		EPS	<u>Coosalep - Nueva EPS</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?	<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 preguntó 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 habló 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?			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?		<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	FINANCIERA	ASISTENCIAL	JURIDICA	ADMINISTRATIVA
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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



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

VERSION 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: Geología FECHA DE DILIGENCIAMIENTO 07 M 03 A 2021

**IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO**

NOMBRE COMPLETO	<u>Leido Isabel Luca de Hoyas</u>		
No. IDENTIFICACION	<u>34948572</u>	EDAD	<u>46 años</u>
DIRECCIÓN	<u>La Florida</u>	TELEFONO	<u>313 274 3445</u>
CORREO ELECTRONICO		EPS	<u>HSA</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 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 !



**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: Obstetricia FECHA DE DILIGENCIAMIENTO D 11 M 03 A 2024

**IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO**

NOMBRE COMPLETO	Noemi Zambrano Bravo		
No. IDENTIFICACION	6304503	EDAD	30
DIRECCIÓN	barrio Primeros de junio	TELEFONO	8147126280
CORREO ELECTRONICO		EPS	F. Colowhi
GRUPO ETNICO		PROCEDENCIA	RURAL 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 ?	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 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 ¿ 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 !



**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 03 A 2024

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE COMPLETO	<u>Diana violeta greble</u>		
No. IDENTIFICACION	<u>1046 401 420</u>	EDAD	<u>22</u>
DIRECCIÓN	<u>La Sierpe</u>	TELEFONO	<u>3237672719</u>
CORREO ELECTRONICO		EPS	<u>NEPS</u>
GRUPO ETNICO		PROCEDENCIA	<u>RURAL</u> 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 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	¿ 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 ?				
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: urgencias FECHA DE DILIGENCIAMIENTO 013 003 A 2024

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE COMPLETO	<u>Francisco Peralta Salcedo</u>		
No. IDENTIFICACION	<u>3899679</u>	EDAD	<u>79</u>
DIRECCIÓN	<u>B. fernan fortich</u>	TELEFONO	<u>322 6054779</u>
CORREO ELECTRONICO		EPS	<u>M. Ser</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 ?	<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 atendio 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 donde 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 ¿ Recomendarla 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	<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 !