VIGENCIA 30/11/2021

FORMATO DE CARACTERIZACIÓN Y ENCUESTA DE SATISFACCIÓN AL USUARIO

presente encuesta tiene como objetivo la entidad, Se solicita de forma cordial,	responder con sinceridad las si	guientos proganas.	" IOTHOLAIA	IENTO		DO /	6 M 07	A 202
NCUESTA DEL SERVICIO DE:	1 Notice Ind	FECHADEL	ILIGENCIAM	IENTO		-01	2	
NCOLO III	IDENTIFICA	CIÒN DEL USUA	RIO					1
CMBRE COMPLETO	Leidis Avilo	patetnin	٩	ED	AD.		16	
No. IDENTIFICACION	1049 563 5	25			EFONO)	3233	695900
DIRECCIÓN	miraflore		And the second s	EP			motor	
CORREO ELECTRONICO	200 - 100 Miles (100 M				OCEDE	NCIA	RURAL	
The second secon			NO SABE/	1			APLICA	1/0
ENCLIESTA(Marqu	ue con una x dependiendo l	a respuesta, SI, NC	, NO SABLI	7	T	RE	SPUEST	A
ENGOLO	PREGUNTA				SI	NO	NS/NR	N/A
		atandida ?	and the same of th		X			
1 ¿ Esta satisfecho con el tiempo	que tuvo que esperar para ser	aleliuluo:			X			
				-	X			
2 ¿Usted considera que el trato re 3 ¿ Le dieron explicación clara de	su enfermedad tratamiento y o	cuidados ?	u administració	in ?	X.			
3 ¿ Le dieron explicación clara de 4 ¿ En caso que le hayan ordenac	do medicamentos le dieron rec	omendaciones para s	u autiminatiació	n 2	×			
4 ¿ En caso que le hayan ordenado per establicado de la caso que le hayan ordenado per establicado per establi	do examenes le explicaron las	recomendaciones pa	a su lealizació	HI:	(-			
5 ¿ En caso que le hayan ordena 6 ¿ El profesional que lo atendio l	e prequinto sobre las dudas res	specto a su enfermed	ao ?		~			
6 ¿ El profesional que lo atendieron e	o condiciones de privacidad ?	and the contract of the contra			7			
7 ¿Considera que lo atendieron e	reares do los derechos y den	eres que tiene como	usuario?		X			
7 ¿Considera que lo atendieron e 8 ¿ Alguien en el servicio le hablo 9 ¿ Si respondio si a la anterior p	acerca de los derechos y dehe	eres fueron explicado	s adecuadame	nte	X			
Si respondio si a la anterior p	regunta, ¿ los delectios y dos	otición queia reclam	o, felicitación e	ct. ?	X			
10 : La informaron acerca de don	de unignoc para conte	1 J. Limmingo V OF	dan ?	1	X			
10 ¿ Le informaron acerca de don 11 ¿ El àrea donde fue atendido,	presentaba condiciones adecu	auds de limpieza y or	wither pagina	web		X		
11 ¿ El àrea donde fue atendido, 12 ¿ Consulta usted los canales o	6 IIIIOIIIIaoioii Habiiiaaca Pa		יחונויסין פשייי	NO	DEFINITIVA	MENTE NO	NO RES	SPONDE
12/6 00100	del DEFINITIVAMENTE SI F	PROBABLEMENTE SI PR	ORARTEMENIE	NU	DEIMIN		The second second	
Recomendaria los servicios Hospital a sus familiares o cono							A MUY N	IALA NS
	in annoted a la preside	ción de los servicios M	UY BUENA B	UENA	REGULA	R MAL	A MUTIV	757
En general, ¿Còmo califica su de salud en el Hos	pital Regional de Il Nivel de San	Marcos ?		ONICIA	I TA EYT	ERNA		
14 de saidu en er rios	pital Regional de II Nivel de San PACIO EXCLUSIVO PARA PA	CIENTES EN EL SE	RVICIO DE C	UNSU	LIALA		T	
EST	Honor la cita ?	and the second distriction of all made districts in the second districts in the second districts in the second						
1 ¿ Tuvo inconveniente para c	iplenel la cita :	los adacuados?						
Considera que los mecan	smos para la asignación son l SPACIO EXCLUSIVO PARA	DACIENTES EN EL	SERVICIO DE	HOSP	ITALIZA	CIÓN		
E	SPACIO EXCLUSIVO PARA	PACIENTEO EN EL	- do noton ?		~			Ì
1 Si le administraron medic	amentos ¿Le informaron ac	cerca de la aplicació	on de estos :			_		
1 Si le aurillistratori medic	a procedimiente : le file	ron explicados?			X			
Ci le realizaron examenes	3 0 DIOCECIIIIIEIIIO3, 6 10 100	5.4			×			
a la informaran conta a	horario de visitas : *		Section Section Section 2 control of the Control of		X	-		
. lo information source la	custodia de sus pertenencio	d5 (-			*
Utilice este espacio para suger	encias ò comentario	TO SECURE WHEN THE PROPERTY AND ADDRESS OF THE PROPERTY ADDRESS OF THE PROPERTY AND ADDRESS OF THE PROPERTY ADDRESS OF THE PROPERTY AND ADDRESS OF THE PROPERTY ADDRESS OF THE PROPERT	and the second s				The state of the s	
The same of the sa	COMPANY OF THE PARTY OF THE PAR	The state of the s						
Management and the second of t			/ hAnrais	9 00	ก แกะ	(x)		AND THE PERSON NAMED IN COLUMN TWO IS NOT THE PERSON.
The same of the sa	RENDICION DE	CUENTAS	(Marqu		1	RIDIC	A ADN	MINISTRA
Que intormación considera uste	d máe importante para que la	FINANCIERA	ASISTEN	CIAL	101	TIDIC		
Que información considera uster entidad de a conocer durante	su proceso de rendición de ciudadania cemos su valiosa opini				1			14-11
Citiodea	i dedonio							

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 os usuarios con el ànimo de buscar alternativas para el mejoramiento de los procesos

de la er	ntidad, Se solicita de forma cordia	il, responder con sinceridad	las siguientes pregunta	is.					
ENCL	JESTA DEL SERVICIO DE:	Hos Rediento		DE DILIGENO	CIAMIE	OTV	D 10	M 07	A 202
			ICACIÓN DEL U	A		1 /	7 1,2		
NOME	BRE COMPLETO	Ema Lengua	Acevedo To	nia A	Ceve	do (bonde		
No. II	ENTIFICACION	1.7044422	56			EDAD		1	
DIRE	CCIÒN	V/ Palo Al-				TELEFON)	310588	3031
CORF	REO ELECTRONICO					EPS		M 15e	r
GRUI	PO ETNICO					PROCEDE	NCIA	RURAL UI	RBANA
	ENCUESTA(Marq	ue con una x dependien	do la respuesta, SI	NO, NO SA	BE/ NO	RESPONE	E, NO A	PLICA	
		PREGUNT	The second section is a second section of the second section of the second section is a second section of the second section of the second section is a second section of the section of the second section of the section of the second section of the section				RES	PUESTA	NI/A
		1	oar standida 2			SI	NO	NS/NR	N/A
1 6	Esta satisfecho con el tiempo	que tuvo que esperar para	ser atendido ?	40.2		7			
2	Usted considera que el trato re	cibido por el personal del s	servicio lue el auecua	10 :		×			
3 8	Le dieron explicación clara de	su enfermedad tratament	rocomondaciones na	ra eu administ	ración 2	~			
4	En caso que le hayan ordenac	to medicamentos le dieron	les recomendaciones pa	nara eu realiz	ación ?	4	***********		
5	En caso que le hayan ordenac	10 examenes le explicator	rocporto a su enfer	para su realiz	acion :	4			
6	El profesional que lo atendio le	e pregunto sobre las dudas	a o	icuau :					
7	Considera que lo atendieron el	ondiciones de privacida	doborce que tiene con	no uguario?		*			
8	Alguien en el servicio le hablo Si respondio si a la anterior pr	acerca de los derechos y	labores fueron explica	idos adecuada	mente	5		-	
9	¿ Le informaron acerca de dònd	egunta, ¿ los derechos y c	a natición quala rac	amo felicitació	n ect ?	7			
10	¿ Le informaron acerca de dond ¿ El àrea donde fue atendido, p	recentable condiciones add	a peticion, queja, reor	orden ?	711 000	X			
11	¿ El area donde fue atendido, p ¿ Consulta usted los canales de	resentada condiciones aut	or la ontidad faceboo	k Twither nan	ina weh	1 / 1	×		
12		The second secon						NO RESPON	IDE
13	¿ Recomendaria los servicios d Hospital a sus familiares o conoci	del DEFINITIVAMENTE SI	PROBABLEMENTE SI	PROBABLEMEN	IE NO	DEFINITIVAN	IENTE NO	NO KESPON	IDC
14	En general, ¿Còmo califica su ex de salud en el Hospi	tal Regional de Il Nivel de S	an Marcos?		\sim	-	MALA	MUY MALA	NS
	ESPA	CIO EXCLUSIVO PARA	PACIENTES EN EL :	SERVICIO DE	CONS	ULTA EXTE	RNA		-
1	¿ Tuvo inconveniente para obi	tener la cita ?	and the second s						
0	¿ Considera que los mecanism	nos para la asignación so	n los adacuados?						
Macane	ESF	PACIO EXCLUSIVO PARA	A PACIENTES EN E	SERVICIO E	E HOS	PITALIZACI	NÓ		
4	Si le administraron medican	nentos. ¿Le informaron	acerca de la aplicad	ciòn de estos	?	X			
	Si le realizaron examenes o	procedimientos ; le fu	eron explicados?	and a second section of the section		×			
Busine	¿ Le informaron sobre el ho	rario da visitas ?	oron oxphodago.	grade reference had reference at 1 - veneral		X			
0	Le information sobre de au	atadia da que nortanano	pige ?			×			
Utilic	¿ le informarón sobre la cu e este espacio para sugerent	Slouid de Sus pertenent cias ò comentario	100 :				1		,
O tillo	A 44-14 PA 4								
		RENDICION D	E CUENTAS	(Margu	ie co	n una x)	The state of the s	
Oue	e información considera usted ma	AND THE RESIDENCE OF THE PARTY		ASISTEN		JURII		ADMINIS	TRATIVA
e	ntidad de a conocer durante su p	proceso de rendición de	FINANCIERA	ASISTE	NOIAL	JORIL		ADMINIO	TIVALIVA
1	cuentas a la ciud	aualila							



VIGENCIA

FORMATO DE CARACTERIZACIÓN Y ENCUESTA DE

30/11/2021

FORMATO DE	CARACTERIZA	AL USUA	राण			-1	anto de los pro	cesos
,	Det & series	voucrios con el àn	mo de buscar alt	ernativa	s para el m	ejorami	BINO GE 108 PIC	
presente encuesta tiene como objetivo na entidad, Se solicita de forma cordial,	responder con sinceridad las sig	juientes preguntas.	OIL ICENCIAMII	ENTO		D 11	M 07 A	2023
NCUESTA DEL SERVICIO DE:	II. A Thillen	1 LOI 11 . L	DILIGENCIAMI					
NCUESTA DEL GERMA	IDENTIFICAC	CIÒN DEL USU	ARIO	2/2	a Mac	100	Ospi	nd
OMBRE COMPLETO	Marce Ino O	spino Cor	nargo - 0	EDA	D		64 au	0
Io. IDENTIFICACION	77838177	-	and the second second	TELI	EFONO		312608	6414
DIRECCIÓN	B San JOSe	mendants and a constraint to appear on the square and a square to the square and	and the second of the second o	EPS			15.00 N	
CORREO ELECTRONICO			the second section of the second section is a second section of the second section in the second section is a second section of the second section is a second section in the second section in the second section is a second section in the second section in the second section is a second section in the second section in the second section is a second section in the second section in the second section is a second section in the second section in the second section is a second section in the second section in the second section is a second section in the second section in the second section is a second section in the second section in the second section is a second section in the second section in the second section is a second section in the second section in the second section is a second section in the second section in the second section is a second section in the second section in the second section is a second section in the second section in the second section is a second section in the second section in the second section is a second section in the second section in the second section is a second section in the second section in the second section is a second section in the second section in the second section is a second section in the second section in the second section is a second section in the second section in the second section is a section in the second section in the section is a section in the section in the section is a section in the section in the section is a section in the section in the section is a section in the section in the section is a section in the section in the section is a section in the section in the section in the section is a section in the section in the section is a section in the section in the section in the section in the section is a section in the section in the section in the section is a section in the section in the section in the section is a section in the section in the section in the section is a section in the section in the section in the section in the secti	PRO	CEDEN	-	RURAL U	RBANA
GRUPO ETNICO	ue con una x dependiendo la	CI N	NO SABE/	NO RE	SPONDE	, NO A	PLICA	
ENCUESTA(Marqu	ue con una x dependiendo la	respuesta, SI, N	J, 110		<u></u>	RES NO	NS/NR	N/A
the state of the s	PREGONIA				SI	NO	NONTE	
1 ¿ Esta satisfecho con el tiempo d	que tuvo que esperar para ser a	atendido?		+	×			
1 ¿ Esta satisfecho con el tiempo d 2 ¿Usted considera que el trato rec	cibido por el personal del servi	cio fue el adecuado			X			
2 ¿Usted considera que el trato lec 3 ¿ Le dieron explicación clara de	su enfermedad tratamiento y c	uidados ?	eu administració	n ?	X			
3 ¿ Le dieron explicación clara de 4 ¿ En caso que le hayan ordenad	do medicamentos le dieron reco	omendaciones para	ara su realizació	n?	X			
4 ¿ En caso que le hayan ordenad 5 ¿ En caso que le hayan ordenad	do examenes le explicaron las	recomendaciones p	ad?	+,	X			
		specio a su cinomo		1	X			
Considera que lo atendieron e	Condicionos do primar	area que tione como	usuario?		X			
Alguien en el servicio le nablo) acerca de los derechos y sos	eres fueron explicad	os adecuadame	nte	X			
Si respondio si a la anterior p	Megunia, 6 103 dorosino y	otición queia reclat	no, felicitación e	ct. ?	X			
A O I La information acerca de don	de diligilos part	1 - 1- limpio70 1/ (rden /	1	X			
11 ¿ El àrea donde fue atendido, p 12 ¿ Consulta usted los canales d	presentada condiciones ados	a entidad, facebook	Twither, pagina	web		<u> </u>) NO RESP	ONDE
12 ¿ Consulta usted los carrales o	DECEMITMAMENTE SI F	PROBABLEMENTE SI	ROBABLEMENTE I	1 0	DEFINITIVAN	ENIEN) [NO REST	OHUL
12 ¿ Recomendaria los servicios	del Durington					т	A MUY MA	HA NS
Recomendaria los servicios Hospital a sus familiares o cono		ción de los servicios	MUY BUENA BI	JENA F	REGULAR	MAL	A MOTIVE	
En general, ¿Còmo califica su de salud en el Hos	experiencia respecto a la producti spital Regional de II Nivel de San	Marcos?	EDVICIO DE C	ONSU	TA EXTE	RNA		
ESF	PACIO EXCLUSIVO PARA PA	CIENTES EN EL S	EKVIOIO DE G					
1	htonor la cita /							
1 ¿ Tuvo inconveniente para d 2 ¿ Considera que los mecani	ismos para la asignación son SPACIO EXCLUSIVO PARA	los adacuados?	SERVICIO DE	HOSP	ITALIZAC	IÒN		
E COORDINATE	SPACIO EXCLUSIVO PARA	PACIENTES EN LI	iàn do notos ?		×			
1 Si le administraron medic	amentos, ¿Le informaron a	cerca de la aplicac	sion de estos :		×			
1 Si le administraron medic 2 Si le realizaron examenes	s o procedimientos, ¿ le fue	ron explicados?			×			
I information contro of	noratio de visitas:	Name and Advanced to the Parket of the Parke			X			
4 ¿ le informaròn sobre la	custodia de sus pertenenci	as?						· ·
Utilice este espacio para suger	rencias ò comentario		water which the first with the production in the production of the					
Offlice este especial	THE RESERVE SHEET		CHARLES TO THE REAL PROPERTY COMES TO THE REAL PROPERTY COMES					· Or the security of the control of
AND DESCRIPTION OF STREET ASSESSMENT ASSESSM	A CONTRACT OF THE CONTRACT OF		/ h Apraul	0.00	n una	x)	AND DESCRIPTION OF STREET, SALES	
and the second of the second o	RENDICION DI	E CUENTAS	5 (Marqu	0 00	1115	RIDIC	A ADM	INISTRA
	d màg importante para que la	FINANCIERA	ASISTEN	CIAL	100			
Que información considera uste	do rondición de	THE PERSON NAMED IN COLUMN TWO IS NOT THE OWNER.	1					
Que información considera uste entidad de a conocer durante cuentas a la	su proceso de rendición de ciudadania cemos su valiosa opini				- notruir	un m	eior hospi	tal!

VIGENCIA 30/11/2021

FORMATO DE CARACTERIZACIÓN Y ENCUESTA DE SATISFACCIÓN AL USUARIO

de la entidad, Se solicita de forma cordial. ENCUESTA DEL SERVICIO DE:	3co Galis	FECHA	DE DILIGENO	CIAMIEN	ITO	D 0 3	3 M 07	A ZOZ
The state of the second	IDENTIFI	CACIÓN DEL U	SUARIO		m 1			
NOMBRE COMPLETO	100 6°5	41seth So	andova	1 Be	enite	2		
No. IDENTIFICACION	100=(0=	100		1	EDAD		29	
DIRECCIÓN	V palo			-	relefond) ;	312270	29837
CORREO ELECTRONICO	maocissan	Lawal705-	a9ma	Cran	EPS		C005a	Wd
The second secon	111ac C. 35011.	004.17			PROCEDE	NCIA	RURAL I	IRBANA
GRUPO ETNICO	e con una x dependiend	do la respuesta, SI,	NO, NO SA	BE/ NO	RESPOND	E, NO A	PLICA	
ENCOESTA(Marqui	PREGUNTA	A STATE OF THE STA				RES	SPUESIA	A
					SI	NO	NS/NR	N/A
¿ Esta satisfecho con el tiempo qu	ue tuvo que esperar para s	ser atendido?				×		
> ! [sted considera que el trato reci	ibido por el personal del se	ervicio tue el adecua	do?		×	******		
- I a diagon avaliancian ciara de c	u enfermedad tratamiento	v cuidados ?			4			
a Li Fa agga qua la hayan ardanada	medicamentos le dieron l	recomendaciones da	ra su administ	ración?	7			
En caso que la hayan ordenado	n examenes le explicaron l	as recomendaciones	para su realiz	ación?	4			
6 ¿ El profesional que lo atendio le	pregunto sobre las dudas	respecto a su enfern	nedad?		X			
Tongidora que lo atendieron en	condiciones de privacidad	1 ?			+			
- Alaujan an al conjicia la habla s	acerca de los derechos V o	leberes que tiene coi	no usuario?		+			
Ci roanandia ai a la antariar ara	agunta i los derechos V di	eberes tueron explica	1005 duecuaud	amente	+			
2 Si respondio si a la anterior pre	dingirse para colocar una	petición, queja, recl	amo, felicitació	on ect.?	+			
. I ima danda fun atandida nes	occapiana condiciones age	Cliadas de limbleza y	oluell!		+			
A II . I - I lea nomalas do	información habilitados po	or la entidad, faceboo	k, Twither, pag	ina web		X		
The second secon	TO PERCHASIONAL CARACTER OF	PROBABLEMENTE SI	PROBABLEMEN	ITE NO	DEFINITIVAN	MENTE NO	NO RESPO	ONDE
2 Recomendaria los servicios de Hospital a sus familiares o conocid	dos?							
En general, ¿Còmo califica su exp de salud en el Hospita	al Regional de Il Nivel de or	all ivial cus:				MALA	MUY MAI	A NS
ESPAC	CIO EXCLUSIVO PARA F	PACIENTES EN EL	SERVICIO DE	= CONS	ULIAEXIE		1	
Tuvo inconveniente para obte	ener la cita ?	The second secon			ļ	0		
Considera que los mecanism	nos para la asignación sor	los adacuados?	and analysis of the control of the c		1 4			
ESP	ACIO EXCLUSIVO PARA	A PACIENTES EN E	L SERVICIO I	DE HOS	PITALIZACI	ÒN		
1 Si le administraron medicam	ontos : La informaron :	acerca de la anlica	ciòn de estos	?				
3 Si le administraron medicam	Enlos, ¿Le informatori de	oron ovalicados?	01011 40 0010					
2 Si le realizaron examenes o	procedimientos, ¿ le lu	eron explicaciós:		or and proposition of the same of	 			
3 ¿ Le informaron sobre el hor	rario de visitas?							
le informaròn sobre la cus	stodia de sus pertenenc	ias?						1.
Utilice este espacio para sugereno	cias ò comentario							
	the second secon						particular department of the second of the second of	Andread and the second
	E II SHENNE N STORE TO THE PROPERTY OF							
A control of the second control of the secon	RENDICION D	E CUENTAS	(Marq	ue cc	n una >	()		
Que información considera usted ma entidad de a conocer durante su p	às importante para que la	FINANCIERA	ASISTE		JURI		ADMIN	STRATIV
entidad de a conocer durante su p cuentas a la ciud	adania	manufacture and the second						
		1					• 11	3

VIGENCIA 30/11/2021

FORMATO DE CARACTERIZACIÓN Y ENCUESTA DE SATISFACCIÓN AL USUARIO

de la entidad, Se solicita de forma cordia	*		DE DILIGENO	CIAMIE	NTO	D 12	3 M O 7 A	202
ENCUESTA DEL SERVICIO DE:	Ecografin	CACIÓN DEL U	SUARIO			1 6		~~
NOMBRE COMPLETO	the second of the second of the second	monez M		The second secon				
No. IDENTIFICACION					EDAD		21	
And the second s	cc-10037	77 100	•		TELEFONO	5	307770	5066
DIRECCIÓN	Borio Bos	Jota	and the second s		EPS			
CORREO ELECTRONICO					PROCEDE		COSALUC RURAL UF	
GRUPO ETNICO		V .	NO NO SA					/
ENCUESTA(Marq	ue con una x dependien		, NO, NO SA	BE/ NO	KESI ONE	RES	PUESTA	
the state of the s	PREGUNTA	1			SI	NO	NS/NR	N/A
1 ¿ Esta satisfecho con el tiempo	que tuvo que esperar para	ser atendido?			×			
> Usted considera que el trato re	cibido por el personal del s	ervicio tue el adecua	do?		7			
a la dioron evolicación clara de	su enfermedad tratamiento	v cuidados?			+	-		
e . En coco que le houan ordenar	to medicamentos le dieron	recomendaciones da	ra su administ	racion?	7			
E En caso que le havan ordenac	do examenes le explicaron	las recomendaciones	para su realiz	acion ?	70			
S Fl profesional que lo atendio le	e pregunto sobre las dudas	respecto a su enterr	nedad ?		7			
Considera que lo atendieron el	n condiciones de privacidad	1 /	ma Hallaria?		7			
8 ¿ Alguien en el servicio le hablo	acerca de los derechos y o	leberes que tiene co	illo usuano:	monto	7	and integral and a series (series are series and the m		
9 ¿ Si respondio si a la anterior pi	regunta, ¿ los derechos y d	eperes lueron explica	amo folicitació	in ort ?	1 1 3		-	remained to a contract
10 ¿ Le informaron acerca de dono	de dingirse para colocar una	euchos de limpieza	orden ?	JII 60t. :	7		-	man and a state of
11 ¿ El àrea donde fue atendido, p	resentaba condiciones ade	vila antidad facaboo	k Twither nac	ina web		X		
12 ¿ Consulta usted los canales de		n la cittidad, taccocc	חסססאחו דעדו	TE NO	DEFINITIVAN	MENTE NO	NO RESPON	nF
Recomendaria los servicios Hospital a sus familiares o conoc	idos?	PROBABLEMENTE SI	PROBABLEMEN				* * *	
En general, ¿Còmo califica su e de salud en el Hospi	ital Regional de II Nivel de 5	an ivial cus:	1				MUY MALA	NS
	ACIO EXCLUSIVO PARA	PACIENTES EN EL	SERVICIO DE	CONS	ULIAEXIE			
Tuvo inconveniente para ob	tener la cita ?		est per sente a record i . Con a constitución de la primeira de section en record			7		
Considera que los mecanis	mos para la asignación sol	los adacuados?	and the second and are second as a second and a second an		1 9	À.,		
ES	PACIO EXCLUSIVO PARA	A PACIENTES EN E			PHALIZACI	UN		ļ
Si le administraron medicar	mentos. ¿Le informaron :	acerca de la aplica	ciòn de estos	?				
2 Si le realizaron examenes	n procedimientos. ; le fu	eron explicados?						
3 ¿ Le informaron sobre el ho	orario de visitas ?		and of problems on the second of the second					
4 ¿ le informaron sobre la cu	uctodia da sus nerteneno	ias ?						
Utilice este espacio para sugeren	icias ò comentario	nuo ;	and the state of t					
		o gran non-combinary (1970-1970), como a como de comprendente comprendente de comprendente de comprendente de compre	gang on account of the broom is consequent to the former contribution					an (from page 1877) - Table
	and the same of the same of						***************************************	Characteristic Street Contracts
	RENDICION D	E CUENTAS	(Marqu	ue co	n una x	()	1	
Que información considera usted m entidad de a conocer durante su	proceso de renaicion de	FINANCIERA	ASISTE	NCIAL	JURI	DICA	ADMINIS*	TRATIV
cuentas a la ciu	dadania						1	

VIGENCIA 30/11/2021

FORMATO DE CARACTERIZACIÓN Y ENCUESTA DE SATISFACCIÓN AL USUARIO

on el ànimo de buscar alternativas para el mejoramiento de los procesos

ENCUESTA DEL SERVICIO DE:	Ecowalin.	FECHA	DE DILIGEN	CIAMIEN	ITO	D13	M07	A 2023
NOMBRE COMPLETO	IDENTIFI	CACIÓN DEL U	SUARIO					
NOMBRE COMPLETO U/Q	Vi COLO I	altern-					L.,	
No IDENTIFICACION 2 // G	11.6 305			E	EDAD		50	
No. IDENTIFICACION 349	Marchilla	1		1	rELEFONO)	3225	671338
	Clott Mas		And the second s	E	EPS		mut	
CORREO ELECTRONICO			and out the servenies of a servenies of	-	PROCEDE		RURAL I	***************************************
GRUPO ETNICO		٠.	NO NO SA					1/
ENCUESTA(Marq	ue con una x dependieno		NO, NO SA	.BE/ NO	KESI ONE	RES	PUEST	4
	PREGUNTA				SI	NO	NS/NR	N/A
Esta satisfecho con el tiempo	que tuvo que esperar para s	ser atendido?			4			
>	ecibido por el personal del se	ervicio tue el adecua	lo?		7			
a la diaran evolicación clara de	su enfermedad tratamiento	v cuidados ?			+			
En open que le havan ordenar	do medicamentos le dieron l	recomendaciones pa	a su administ	ración?	++			
En caso que le hayan ordenad	do examenes le explicaron l	as recomendaciones	para su realiz	ación?	+			
E profesional que lo atendio l	e pregunto sobre las dudas	respecto a su entern	edad?		+			-
- Concidera que la atendieron e	n condiciones de privacidad	1?				-	-	-
Alaujan on al conjicia la hahla	acerca de los derechos V o	leberes que tiene coi	no usuano?	monto		an register i che la consessa anno e		
Ci connandia di a la antarior n	regunta : los derechos y de	eberes tueron explica	dos adecuada	aniente	++			
10 In information accorde de dono	de dirigirse para colocar una	a petición, quela, reci	allio, lelicitaci	on ect. ?	+			
million double fire atomation r	are senniciones and areas are	cuanas ne ilmoleza v	oruen:			У.		
11 ¿ El area donde lue atendido, p 12 ¿ Consulta usted los canales d	e información habilitados po	r la entidad, laceboo	, I WILLIEI, Pa	gilla WCD	DEED HER MA	ILVICE NO	NO RESPO	ONDE
A C Recomendaria los servicios	del DEFINITIVAMENTE SI	PROBABLEMENTE SI	PROBABLEMEN	IE NU	DEFINITIVAN	MENTE NO	I NO RESPO	NIIDE
Hospital a sus familiares o conoc	oldosi/ P					Τ	Tan De Maria	A NC
En general, ¿Còmo califica su e de salud en el Hosp	experiencia respecto a la prest lital Regional de Il Nivel de Sa	ación de los servicios an Marcos ?	MUY BUENA	BUENA	REGULAR	MALA	MUY MAI	A NS
de salud en el Hosp	ACIO EXCLUSIVO PARA F	PACIENTES EN EL	SERVICIO DI	E CONS	LTA EXTE	RNA		
		710121112				7		
1 ¿ Tuvo inconveniente para ob 2 ¿ Considera que los mecanis	mon para la acianación cor	los adaquados?			4			
Considera que los mecanis	PACIO EXCLUSIVO PARA	PACIENTES EN E	SERVICIO	DE HOS	PITALIZACI	ÒN		
		A CONTRACTOR OF THE PERSON NAMED IN CONT					-	
1 Si le administraron medical	mentos, ¿Le informaron a	acerca de la aplica	JUII UE ESIUS) ;	-			
2 Si le realizaron examenes	o procedimientos, ¿ le fu	eron explicados?				-		
3 : Le informaron sobre el hi	orario de visitas?					ļ		
le informaron sobre la ci	ustodia de sus pertenenc	ias?	and distribute of the latter, alternative designed of the latter paint about					
Utilice este espacio para sugerer	rcías ò comentario							·
			COLUMN TOWN BOOK AND ASSESSMENT OF THE PARTY	managed that contributing roots in the con-				
	The second secon		to the parameter with a control production of control parameter of					which is the second of the sec
g - was the second second of the control of the second of	RENDICION D	E CUENTAS	(Marq	ue co	n una x	()		
Que información considera usted n	nàs importante para que la	FINANCIERA	ASISTE		JURI		ADMINI	ISTRATIVA
entidad de a conocer durante su cuentas a la ciu	proceso de rendición de							
cuentas a la ciu	Idadana		1					1 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 os usuarios con el ànimo de buscar alternativas para el mejoramiento de los procesos

EN	CUESTA DEL SERVICIO DE:	lini	FECH	A DE DILIGEN	CIAMIF	NTO	p/	2 MO7	A 20
and the second	The state of the s	IDENTIF	FICACIÓN DEL		VOI/WILL		- 10	2 111 07	7 200
NO	MBRE COMPLETO				COLUMN THE PROPERTY OF THE PARTY OF		A P Washington and A Sandara		**************************************
No.	IDENTIFICACION	23 102	Joneur 581	August Marie Marie and August 2000 and August Augus		EDAD		750	
DIR	ECCIÓN	20 102	portre			TELEFON	IO	31258	9210:
CO	RREO ELECTRONICO	7411101	Porzeco			EPS		Coose	
	UPO ETNICO					PROCEDI	ENCIA	RURAL	T
	ENCUESTA(Marque of	con una x dependier	ndo la respuesta, S	I, NO, NO SA	ABE/ NO	RESPON	DE, NO		
R. A. W		PREGUNT						PUEST	4
-						SI	NO	NS/NR	N/A
-	¿ Esta satisfecho con el tiempo que	tuvo que esperar para	ser atendido?			9			
	¿Usted considera que el trato recibio			ado?		4			
3	¿ Le dieron explicación clara de su e					4	***		
4	¿ En caso que le hayan ordenado m					7			
5	¿ En caso que le hayan ordenado ex				zaciòn?	7			
6	¿ El profesional que lo atendio le pre			medad ?		7	4 // Constant of the contract		
7	¿Considera que lo atendieron en cor		7						
8	¿ Alguien en el servicio le hablo acer					T		-	
9	¿ Si respondio si a la anterior pregur	amente	7						
10	¿ Le informaron acerca de dònde dir	igirse para colocar un	a peticion, queja, rec	iamo, relicitacio	on ect. ?	+			ļ
11	¿ El àrea donde fue atendido, preser	ntada condiciones ade	cuadas de impleza	orgen ?	ılın a vu ala	X		-	
12	¿ Consulta usted los canales de info	[1				×		
3	¿ Recomendaria los servicios del Hospital a sus familiares o conocidos?	DEFINITIVAMENTE SI	PROBABLEMENTE SI		TE NO	DEFINITIVAN	IENTE NO	NO RESPO)DE
4	En general, ¿Còmo califica su experie de salud en el Hospital Re	ncia respecto a la prest egional de Il Nivel de Sa	aciòn de los servicios an Marcos ?	MUY BUENA	BUENA	REGULAR	MALA	MUY MALA	NS NS
		EXCLUSIVO PARA F	PACIENTES EN EL	SERVICIO DE	CONSL	LTA EXTER	RNA		
Vana.	¿ Tuvo inconveniente para obtener						×		
2	¿ Considera que los mecanismos p	ara la asignaciòn son	los adacuados?		-	7			
	ESPACIO	EXCLUSIVO PARA	PACIENTES EN E	SERVICIO D	E HOSP	ITALIZACIÒ	рИ	****	
No.	Si le administraron medicamento	s, ¿Le informaron a	cerca de la aplicac	iòn de estos	?				
2	Si le realizaron examenes o prod	edimientos, ¿ le fue	eron explicados?						
	¿ Le informaron sobre el horario								
	¿ le informaròn sobre la custodia	The same of the sa	as?						-
	ce este espacio para sugerencias ò								
					3				
		NDICION DE	CUENTAS	(Marqu	e con	una x)		
Que	e informaciòn considera usted màs imp ntidad de a conocer durante su proces cuentas a la ciudadania	o de rendición de	FINANCIERA	ASISTEN	CIAL	JURID	ICA	ADMINIST	RATIVA

VIGENCIA 30/11/2021

FORMATO DE CARACTERIZACIÓN Y ENCUESTA DE SATISFACCIÓN AL USUARIO

ción de os usuarios con el ánimo de buscar alternativas para el mejoramiento de los procesos

NCUESTA DEL SERVICIO DE:	1 Fina		DE DILIGENC	IAMIEN	ITO	D (7	_мо7	AZOZ
a see the second		CACIÓN DEL U						
CMBRE COMPLETO	DWEL 4	-10) HR1	206					
lo. IDENTIFICACION	-1104 425			E	EDAD		,12a	
DIRECCIÓN	· Bomo Nu	on MoxIC	0	1	relefon	0	32054	
CORREO ELECTRONICO	a porto ro	•		E	EPS		,COOE	alup.
		33	A MERCHANICA CONTRACTOR OF THE PARTY OF THE	F	PROCEDE	NCIA	RURAL L	IRBANA
GRUPO ETNICO	e con una x dependiend	to la respuesta, SI	NO, NO SAI	BE/ NO	RESPONE	DE, NO A	PLICA	
ENCUES TA (Marqu	PREGUNTA					KE	SPUESIA	
the second secon			construction of the second control of the se		SI	NO	NS/NR	N/A
1 ¿ Esta satisfecho con el tiempo q	ue tuvo que esperar para s	ser atendido ?	1- 0		70			
Illsted considera que el trato rec	ibido por el personal del se	ervicio tue el adecua	30 ?		+			
and a diaron avaligación dara de s	au enfermedad tratamiento	v cuidados !		raciàn O	+			
. I for ansa mun la hauran ardanadu	medicamentos le dieron l	recomendaciones da	para cu roaliz	ación ?	7			
5 ¿ En caso que le hayan ordenado	o examenes le explicaron l	as recomendaciones	para su realiz	acion :				
6 ¿ El profesional que lo atendio le	pregunto sobre las dudas	respecto a su emen	icuau :		7			
Considera que lo atendieron en	condiciones de privacidad	laboros que tiene col	no usuario?		4			
8 ¿ Alguien en el servicio le hablo a	acerca de los derechos y d	charac fueron explica	idos adecuada	mente	+			
Alguien en el servició le habido de la companyo de	egunta. ¿ los derechos y di	notición queia rec	amo felicitació	n ect.?				1
10 ¿ Le informaron acerca de donde 11 ¿ El àrea donde fue atendido, pr	e dinglise para culocar une	cuadas de limnieza V	orden?		×			
11 ¿ El área donde fue atendido, pr 12 ¿ Consulta usted los canales de	información habilitados oc	or la entidad faceboo	k. Twither, pag	ina web	-/	X		
12 ¿ Consulta usted los carrales de	Intornacion natimados pe	PROBABLEMENTE SI	PROBABLEMEN	TE NO	DEFINITIVAL	MENTE NO	NO RESPO	ONDE
Recomendaria los servicios d Hospital a sus familiares o conocid	dos?						* /	
En general, ¿Còmo califica su ex de salud en el Hospit	al Regional de li Nivel de o	all iylal cos:	7	-			MUY MAL	A NS
ESPA	CIO EXCLUSIVO PARA F	PACIENTES EN EL	SERVICIO DE	CONS	ULTA EXTE	RNA		
Tuvo inconveniente para obt	ener la cita ?					~		-
. Considere que les mecanien	nos nara la asignación sol	los adacuados?	enter a constituent accomplisate in the conduction of the constituent and the conduction of		17			
ESF	ACIO EXCLUSIVO PARA	A PACIENTES EN E	L SERVICIO	DE HOS	PITALIZAC	IÓN		
1 Si le administraron medicam								
O'll adillinistratori medicali	propodimientos : la fu	eron explicados?	region de la companya					
2 Si le realizaron examenes o	procedimentos, Cie III	OTOTT OXPHOLOGO						
3 ¿ Le informaron sobre el ho	rario de visitas (ing O						
4 ¿ le informaròn sobre la cu	StOdia de SUS peπeneno clas ò comentario	das (and the second second second second				
the space of the same of the s								
	RENDICION D	E CUENTAS	(Marqu	ne co	n una	x)		

entidad de a conocer durante su proceso de rendición de cuentas a la ciudadanta VERSION 3

VIGENCIA

FORMATO DE CARACTERIZACIÓN Y ENCUESTA DE SATISFACCIÓN AL USUARIO

30/11/2021

La presente encuesta tiene como objetivo medir el grado de satisfacción de os usuarios con el ànimo de buscar alternativas para el mejoramiento de los procesos de la entidad, Se solicita de forma cordial, responder con sinceridad las siguientes preguntas. D13 MD7 AZD73 FECHA DE DILIGENCIAMIENTO ENCUESTA DEL SERVICIO DE: IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO ucus & Mantiez Jorgos NOMBRE COMPLETO .65 EDAD No. IDENTIFICACION . Borriu Son carlos. **TELEFONO** ,3117327297 DIRECCIÓN eallor coloi **EPS** CORREO ELECTRONICO RURAL URBANA **PROCEDENCIA** GRUPO ETNICO ENCUESTA(Marque con una x dependiendo la respuesta, SI, NO, NO SABE/ NO RESPONDE, NO APLICA RESPUESTA PREGUNTA N/A SI NS/NR 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? 3 ¿ Le dieron explicación clara de su enfermedad tratamiento y cuidados ? 👍 ¿ En caso que le hayan ordenado medicamentos le dieron recomendaciones para su administración ? 5 ¿ En caso que le hayan ordenado examenes le explicaron las recomendaciones para su realización ? 6 ¿ El profesional que lo atendio le pregunto sobre las dudas respecto a su enfermedad ? Considera que lo atendieron en condiciones de privacidad ? & ¿ Alguien en el servicio le hablo acerca de los derechos y deberes que tiene como usuario? 9 ¿ Si respondio si a la anterior pregunta, ¿ los derechos y deberes fueron explicados adecuadamente 10 ¿ Le informaron acerca de dònde dingirse para colocar una peticiòn, queja, reclamo, felicitaciòn ect. ? 11 ¿ El àrea donde fue atendido, presentaba condiciones adecuadas de limpieza y orden? 12 ¿ Consulta usted los canales de información habilitados por la entidad, facebook, Twither, pagina web NO RESPONDE PROBABLEMENTE SI | PROBABLEMENTE NO DEFINITIVAMENTE NO **DEFINITIVAMENTE SI** ¿ Recomendaria los servicios dei Hospital a sus familiares o conocidos? En general, ¿Còmo califica su experiencia respecto a la prestación de los servicios MUY BUENA BUENA REGULAR NS MALA MUY MALA de salud en el Hospital Regional de Il Nivel de San Marcos ? ESPACIO EXCLUSIVO PARA PACIENTES EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA Tuvo inconveniente para obtener la cita? ¿ Considera que los mecanismos para la asignación son los adacuados? ESPACIO EXCLUSIVO PARA PACIENTES EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN Il Si le administraron medicamentos, ¿Le informaron acerca de la aplicación de estos ? ≥ Si le realizaron examenes o procedimientos, ¿ le fueron explicados? 3 ¿ Le informaron sobre el horario de visitas ? 4 ¿ le informarón sobre la custodia de sus pertenencias ? Utilice este espacio para sugerencias ò comentario RENDICION DE CUENTAS (Marque con una x) Que información considera usted más importante para que la JURIDICA **ADMINISTRATIVA** ASISTENCIAL FINANCIERA

VIGENCIA

FORMATO DE CARACTERIZACIÓN Y ENCUESTA DE SATISFACCIÓN AL USUARIO

30/11/2021

NOUESTA DEL SERVICIO DE:		FECHA DE DILIGENCIAM	IIENTO	D Dc	1 MO7	A 10 Z
Manit Dough	IDENTIF	ICACIÒN DEL USUARIO				
OMBRE COMPLETO						
o. IDENTIFICACION	. /		EDAD	,	. 620	,
99, 1257 69			TELEFON	10	-31458	7702
145970949			EPS		2	1/2/
ORREO ELECTRONIOO/		• 5	PROCED	ENCIA	RURAL U	RBANA
RUPO ETNICO		S NO NO SARE/				/ 3
ENCUESTA(Marqu		do la respuesta, SI, NO, NO SABE/	NO RESPON	RES	PUESTA	
	PREGUNT	Α	SI	NO	NS/NR	N/A
¿ Esta satisfecho con el tiempo q	ue tuvo que esperar para	ser atendido?	4			
¿Usted considera que el trato rec	bido por el personal del s	ervicio fue el adecuado ?	7			
- Le dieron explicación clara de s	su enfermedad tratamiento	o v cuidados ?	4			
. En caso que le havan ordenado	medicamentos le dieron	recomendaciones para su administracio	n? +			mages are an extension of the second of the second
= 1. En caso que le havan ordenado	o examenes le explicaron	las recomendaciones para su realización	1?			
5 ¿ El profesional que lo atendio le	pregunto sobre las dudas	respecto a su enfermedad?	7			
Z Considera que lo atendieron en	condiciones de privacida	d?	+			# 1 mag is not \$10 mile from \$1000.
Maujon on al conjejo le hablo	acerca de los derechos V	deberes que tiene como usuaño?	+			
Si regnondin si a la anterior pre	equinta 👉 los derechos V C	leberes tueron explicados adecuadamen	te y			
O : La informaron acerca de donde	e dirigirse para colocar un	a petición, queja, reciamo, telicitación ec	t.? +			
4 . El àrea danda fun atandida pr	ecentaha condiciones ade	ecuadas de limpieza y orden ?				
the state of the s	información habilitados p	or la entidad, facebook, Twither, pagina v	veb ${\mathscr S}$			
	The second second second second second second	PROBABLEMENTE SI PROBABLEMENTE NO	DEFINITIVA	MENTE NO	NO RESPON	IDE
3 Recomendaria los servicios d Hospital a sus familiares o conocid		THOUSELINE THE OF THOUSELESS		and the second second second second	on make the second on the second consequence and an extension of	
The same of the sa		tación de los servicios MUY BUENA BUE	NA REGULAR	R MALA	MUY MALA	NS
de salud en el Hospit	al Regional de Il Nivel de 5	an Marcos r				L
ESPAC	CIO EXCLUSIVO PARA	PACIENTES EN EL SERVICIO DE CO	NSULTA EXT	ERNA	and the second s	-
Tuvo inconveniente para obti				7		
Considera que los mecanism	nos nara la asignación so	n los adacuados?	4			
C COlloidela dae los llicoalisti	ACIO EXCLUSIVO PAR	A PACIENTES EN EL SERVICIO DE H	OSPITALIZAC	NÓI		
Si le administraron medicam	entos, ¿Le informatori	acerca de la aplicación de estos ?				
2 Si le realizaron examenes o	procedimientos, ¿ le tu	eron explicados?			The state of the s	
3 ¿ Le informaron sobre el ho	rario de visitas?					
4 ¿ le informaròn sobre la cus	stodia de sus pertenend	pias ?				
Itilice este espacio para sugereno	ias ò comentario				after the company of the part and the second has been designed to be a second to the company of	
		The state of the s	and the control of th	-		
THE RESERVE OF THE PARTY OF THE	DENIDICION D	E CUENTAS (Marque	con una	x)		and the second second second
	A DESCRIPTION OF REAL PROPERTY AND ADDRESS OF THE PERSON AND ADDRESS OF THE PERSON OF		1	IDICA	ADMINIS	TRATIV
	e importante nara nila ia					1 1 5 PM 1 1 W/
Que información considera usted má entidad de a conocer durante su p	roceso de rendicion de	FINANCIERA ASISTENCIA	AL JUR		ADMINIO	

VIGENCIA

FORMATO DE CARACTERIZACIÓN Y ENCUESTA DE SATISFACCIÓN AL USUARIO

30/11/202

La presente encuesta tiene como objetivo medir el grado de satisfacción de os usuarios con el ànimo de buscar alternativas para el mejoramiento de los proces de la entidad, Se solicita de forma cordial, responder con sinceridad las siguientes preguntas. ENCUESTA DEL SERVICIO DE: 10 M 07 FECHA DE DILIGENCIAMIENTO IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO NOMBRE COMPLETO No. IDENTIFICACION EDAD DIRECCIÓN TELEFONO 746916 CORREO ELECTRONICO **EPS GRUPO ETNICO PROCEDENCIA** RURAL UR ENCUESTA(Marque con una x dependiendo la respuesta, SI, NO, NO SABE/ NO RESPONDE, NO APLICA **PREGUNTA** RESPUESTA SI NS/NR N/ ¿ Esta satisfecho con el tiempo que tuvo que esperar para ser atendido? 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 L En caso que le hayan ordenado medicamentos le dieron recomendaciones para su administración ? 5 L En caso que le hayan ordenado examenes le explicaron las recomendaciones para su realización ? 6 L El profesional que lo atendio le pregunto sobre las dudas respecto a su enfermedad? 7 (¿Considera que lo atendieron en condiciones de privacidad? 8 ¿ Alguien en el servicio le hablo acerca de los derechos y deberes que tiene como usuario? Si respondio si a la anterior pregunta, ¿ los derechos y deberes fueron explicados adecuadamente 10 Le informaron acerca de dònde dirigirse para colocar una petición, queja, reclamo, felicitación ect. ? 11 ¿ El àrea donde fue atendido, presentaba condiciones adecuadas de limpieza y orden ? 12 ¿ Consulta usted los canales de información habilitados por la entidad, facebook, Twither, pagina web ¿ Recomendaria los servicios del **DEFINITIVAMENTE SI** PROBABLEMENTE SI | PROBABLEMENTE NO **DEFINITIVAMENTE NO** NO RESPONDE Hospital a sus familiares o conocidos? En general, ¿Còmo califica su experiencia respecto a la prestación de los servicios MUY BUENA BUENA REGULAR MUY MALA de salud en el Hospital Regional de Il Nivel de San Marcos ? ESPACIO EXCLUSIVO PARA PACIENTES EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA ¿ Tuvo inconveniente para obtener la cita? ¿ Considera que los mecanismos para la asignación son los adacuados? 9 ESPACIO EXCLUSIVO PARA PACIENTES EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN Si le administraron medicamentos, ¿Le informaron acerca de la aplicación de estos ? ≥ Si le realizaron examenes o procedimientos, ¿ le fueron explicados? 3 ¿ Le informaron sobre el horario de visitas ? i, le informarón sobre la custodia de sus pertenencias?

RENDICION D	E CUENTAS	(Marque cor	unax)	
Que información considera usted más importante para que la entidad de a conocer durante su proceso de rendición de	FINANCIERA	ASISTENCIAL		ADMINISTRATIV
cuentas a la ciudadania				

Utilice este espacio para sugerencias ò comentario

cuentas a la ciudadania

VERSION 3

VIGENCIA

FORMATO DE CARACTERIZACIÓN Y ENCUESTA DE SATISFACCIÓN AL USUARIO

30/11/2021

La presente encuesta tiene como objetivo medir el grado de satisfacción de os usuarios con el ànimo de buscar alternativas para el mejoramiento de los procesi de la entidad. Se solicita de forma cordial, responder con sinceridad las siguientes preguntas. ENCUESTA DEL SERVICIO DE: FECHA DE DILIGENCIAMIENTO MOZ IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO NOMBRE COMPLETO No. IDENTIFICACION EDAD DIRECCIÓN TELEFONO CORREO ELECTRONICO EPS **PROCEDENCIA GRUPO ETNICO** ENCUESTA(Marque con una x dependiendo la respuesta, SI, NO, NO SABE/ NO RESPONDE, NO APLÍCA RESPUESTA SI NS/NR N/ ¿ Esta satisfecho con el tiempo que tuvo que esperar para ser atendido ? 40 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 ? 👍 | ¿ En caso que le hayan ordenado medicamentos le dieron recomendaciones para su administración ? 5 /¿ En caso que le hayan ordenado examenes le explicaron las recomendaciones para su realización ? 6 /. El profesional que lo atendio le pregunto sobre las dudas respecto a su enfermedad ? Y ¿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? (Si respondio si a la anterior pregunta, ¿ los derechos y deberes fueron explicados adecuadamente 10 Le informaron acerca de dònde dirigirse para colocar una petición, queja, reclamo, felicitación ect. ? 1 11 / El àrea donde fue atendido, presentaba condiciones adecuadas de limpieza y orden? 12 ¿ Consulta usted los canales de información habilitados por la entidad, facebook, Twither, pagina web 10 **DEFINITIVAMENTE SI** PROBABLEMENTE SI | PROBABLEMENTE NO ¿ Recomendaria los servicios del DEFINITIVAMENTE NO NO RESPONDE Hospital a sus familiares o conocidos? En general, ¿Còmo califica su experiencia respecto a la prestación de los servicios MUY BUENA BUENA REGULAR MUY MALA de salud en el Hospital Regional de Il Nivel de San Marcos ? ESPACIO EXCLUSIVO PARA PACIENTES EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA ¿ Tuvo inconveniente para obtener la cita ? ¿. Considera que los mecanismos para la asignación son los adacuados? ESPACIO EXCLUSIVO PARA PACIENTES EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN I Si le administraron medicamentos, ¿Le informaron acerca de la aplicación de estos ? ≥ Si le realizaron examenes o procedimientos, ¿ le fueron explicados? 3 ¿ Le informaron sobre el horario de visitas ? ile informarón sobre la custodia de sus pertenencias? Utilice este espacio para sugerencias ò comentario RENDICION DE CUENTAS (Marque con una x) Que información considera usted más importante para que la FINANCIERA ASISTENCIAL JURIDICA entidad de a conocer durante su proceso de rendición de ADMINISTRATIV

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

VIGENCIA 30/11/2021

FORMATO DE CARACTERIZACIÓN Y ENCUESTA DE SATISFACCIÓN AL USUARIO

ENCUESTA DEL SERVICIO DE: 61 uce lo gra	FECHA DE DILIGENO	ICIAMIEN	ITO	D 0	5M07	A 20	
IDENTIFICACIÓN			0	***************************************			
NOMBRE COMPLETO . Yocelin Pac	sla obrego	on h	1				
No. IDENTIFICACION 110441439			DAD		34		
DIRECCIÓN CL 11 162		Т	ELEFON	10	32055	18850	
correo electronico yocelin cecar	@gmail.	com E	PS		Salud -	otal	
GRUPO ETNICO		P	ROCEDI	ENCIA	RUBAL L	IRBAÑA	
ENCUESTA(Marque con una x dependiendo la resp	uesta, SI, NO, NO SA	BE/ NO F	RESPON	DE, NO	APLICA		
PREGUNTA					SPUESTA	\	
			SI	NO	NS/NR	N/A	
√ ¿ Esta satisfecho con el tiempo que tuvo que esperar para ser atendid			X				
≥ ¿Usted considera que el trato recibido por el personal del servicio fue			*				
3 ¿ Le dieron explicación clara de su enfermedad tratamiento y cuidados	37		X				
4. ¿ En caso que le hayan ordenado medicamentos le dieron recomenda	ciones para su administra	raciòn?	X			*************	
5 ¿ En caso que le hayan ordenado examenes le explicaron las recomer	ndaciones para su realiza	aciòn?	X				
6 ¿ El profesional que lo atendio le pregunto sobre las dudas respecto a			×				
7 ¿Considera que lo atendieron en condiciones de privacidad ?	N		×				
8 ¿ Alguien en el servicio le hablo acerca de los derechos y deberes que	tiene como usuario?						
	¿ Si respondio si a la anterior pregunta, ¿ los derechos y deberes fueron explicados adecuadamen						
10 ¿ Le informaron acerca de dònde dirigirse para colocar una peticiòn, q			X		-	*************	
11 ¿ El àrea donde fue atendido, presentaba condiciones adecuadas de li		11 601. 1	*				
		na wah	X				
12 ¿ Consulta usted los canales de información habilitados por la entidad							
Recomendaria los servicios del Hospital a sus familiares o conocidos?		ENO [DEFINITIVAM	ENTE NO	NO RESPON	DE	
En general, ¿Còmo califica su experiencia respecto a la prestación de los de salud en el Hospital Regional de II Nivel de San Marcos ?	servicios MUY BUENA E	BUENA R	REGULAR	MALA	MUY MALA	NS	
ESPACIO EXCLUSIVO PARA PACIENTES	EN EL SERVICIO DE O	CONSUL	TA EXTER	RNA			
1 ¿ Tuvo inconveniente para obtener la cita ?				×			
¿ Considera que los mecanismos para la asignación son los adacua	dos?		~			THE PERSON NAMED IN COLUMN TWO	
ESPACIO EXCLUSIVO PARA PACIENTE		E HOSPIT	ALIZACIÒ	N			
I Si le administraron medicamentos, ¿Le informaron acerca de la	aplicación de estos ?)					
Si le realizaron examenes o procedimientos, ¿ le fueron explica							
3 ¿ Le informaron sobre el horario de visitas ?							
4 ¿ le informaròn sobre la custodia de sus pertenencias ?							
Jtilice este espacio para sugerencias ò comentario							
RENDICION DE CUEN	ITAS (Marque	con u	una x)	The analysis of a real particular the selection of selection for	PRESIDENCE PROPERTY OF SEC.	
Que información considera usted más importante para que la entidad de a conocer durante su proceso de rendición de cuentas a la ciudadania	1	T	JURID		ADMINISTI	RATIVA	

VIGENCIA

FORMATO DE CARACTERIZACIÓN Y ENCUESTA DE SATISFACCIÓN AL USUARIO

30/11/2021

parameter and									
EN	CUESTA DEL SERVICIO DE:	C T		A DE DILIGE	NCIAMIE	ENTO	DO	5 M 07	AZeZ
NO	MBRE COMPLETO	The state of the s	IFICACIÓN DEL						
		Kelly	orozco	Alvare	\				
	IDENTIFICACION	1104 4	0002Co 28 821		7	EDAD		28	
DIR	RECCIÓN	1 de)	ນດີເວ			TELEFON	10	371324	1407
co	RREO ELECTRONICO			and the Marie of the sector of		EPS		eps Fam	
GR	UPO ETNICO					PROCED	ENCIA		RBANA
	ENCUESTA(Marque	con una x dependie	endo la respuesta, S	SI, NO, NO SA	ABE/ NO	RESPON	DE, NO		
		PREGUN	TA					SPUESTA	
	: Esta actisfacha con al tiampa que	tuvo quo conoror nor	a cor etandida ?			SI	NO	NS/NR	N/A
	¿ Esta satisfecho con el tiempo que ¿Usted considera que el trato recibi			odo 2					
2	¿ Le dieron explicación clara de su			duo :		\ \tag{ \}			
3	¿ En caso que le hayan ordenado n			ara eu adminic	tración 2	6			
5	¿ En caso que le hayan ordenado e					7		-	
6	¿ El profesional que lo atendio le pr					~		-	
7	¿Considera que lo atendieron en co					7		-	
	¿ Alguien en el servicio le hablo ace			mo usuario?				-	
9	¿ Si respondio si a la anterior pregu				amente	7			
	¿ Le informaron acerca de dònde di					T.		-	
11	¿ El àrea donde fue atendido, prese				011 000. 1	7			
12	¿ Consulta usted los canales de info				ina web	4			
		DEFINITIVAMENTE SI	PROBABLEMENTE SI	PROBABLEMEN		DEFINITIVAM	ENTE NO	NO RESPONI	ne
13	¿ Recomendaria los servicios del Hospital a sus familiares o conocidos?	? 4			IE NO	DEFINITIVAL	ENTENU	I NO RESPON	<u> </u>
14	En general, ¿Còmo califica su experi de salud en el Hospital F	Regional de II Nivel de S	San Marcos ?	7		REGULAR	MALA	MUY MALA	NS
		EXCLUSIVO PARA	PACIENTES EN EL	SERVICIO DE	CONSL	LTA EXTER	RNA		
1	¿ Tuvo inconveniente para obtene	Market Annual Control of Control of State Annual Contr					1		
2	¿ Considera que los mecanismos	The state of the s				\sim			
	ESPACI	O EXCLUSIVO PARA	A PACIENTES EN EI	SERVICIO D	E HOSP	ITALIZACIÒ	N		
-	Si le administraron medicament	os, ¿Le informaron a	acerca de la aplicad	ciòn de estos	?				
2	Si le realizaron examenes o pro	cedimientos, ¿ le fu	eron explicados?						
	¿ Le informaron sobre el horario			A BANDO TARRIO SALO BAR SA MATERIA DE PARAMENTO POR					
1	¿ le informaròn sobre la custod		ias?	A A STANDARD OF THE STANDARD S					
Utilio	e este espacio para sugerencias								
	CLASS CONTROL AND ADMINISTRATION OF THE PARTY OF THE PART					**************************************			
	and the same and t								
	RE	NDICION DE	E CUENTAS	(Marqu	e con	una x)	The second second second second second second second second	THE RESIDENCE OF SECTION AS AN ADDRESS.
	e información considera usted más im ntidad de a conocer durante su proces cuentas a la ciudadani	portante para que la so de rendición de	FINANCIERA	ASISTEN		JURID		ADMINISTE	RATIVA
		- L				L			

VIGENCIA

30/11/2021

FORMATO DE CARACTERIZACIÓN Y ENCUESTA DE SATISFACCIÓN AL USUARIO

30/11/2021

La presente encuesta tiene como objetivo m de la entidad, Se solicita de forma cordial,	nedir el grado de satisfa responder con sincerida	cciòn de os usuarios co ad las siguientes pregun	n el ànimo de b tas.	uscar alte	ernativas para	a el mejora	miento de los	procesos
ENCUESTA DEL SERVICIO DE:	becelops	FECH/	DE DILIGEN	NCIAMIE	NTO	DO	5 M 07	A 202
A COMPANY OF THE STATE OF THE S	IDENTI	FICACIÒN DEL U	JSUARIO					
NOMBRE COMPLETO	Nely Mar	ia Betin	Heras	20				
					EDAD		26	
DIRECCIÓN	Tangas		and an experience of the second secon		TELEFON	10	3/0722	274
CORREO ELECTRONICO	51,-3				EPS		Cooce	Pools
GRUPO ETNICO	-	6	1		PROCED	ENCIA	RUKAL I	JRBAN
ENCUESTA(Marque	con una x dependie	endo la respuesta, S	I, NO, NO SA	ABE/ NO	RESPON	DE, NO	PLICA	and the second second second second
	PREGUN	TA		.,	SI		PUESTA	N/A
1 /¿ Esta satisfecho con el tiempo que	tuvo que esperar par	a ser atendido ?			\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\	NO	NS/NR	IN//A
¿Usted considera que el trato recib	ido nor el nersonal de	servicio fue el adecua	ado?		1		<u> </u>	
3 ¿ Le dieron explicación clara de su					£		-	
			ara su adminis	tración ?	4			
	nedicamentos lo dicro	n las recomendacione	s para su reali	zación ?	1			
	continto en antino	as respecto a su enferi	medad ?		7			
					-/-			
and the first of the control of the	orca do los derechos	deharas que tiene co	mo usuario?		T			
	inta : los derechos y	deheres fueron explica	ados adecuad	amente			-	·
¿ Si respondio si a la anterior pregu¿ Le informaron acerca de dònde d	liriairea para colocar II	na natición queia rec	lamo falicitaci	on act 2	4			
	ontaba condiciones ac	lacuadae de limpieza	ordan ?	011 601. :	£			
	ormación habilitados e	nor la entidad faceboo	k Twither nac	nina weh		V	-	
	The same of the sa	PROBABLEMENTE SI	,		DEFINITIVAN	AENTE NO	NO RESPON	ine
2 Recomendaria los servicios del Hospital a sus familiares o conocidos						VIENTE NO	INO RESPO	YIU.
En general, ¿Còmo califica su exper de salud en el Hospital	iencia respecto a la pre Regional de II Nivel de S	staciòn de los servicios San Marcos ?	MUY BUENA	BUENA	REGULAR	MALA	MUY MALA	NS NS
	The second secon	PACIENTES EN EL	SERVICIO DE	CONSI	JLTA EXTE	RNA		
Tuvo inconveniente para obtene	er la cita ?					1		
2 ¿ Considera que los mecanismos	para la asignación so	on los adacuados?			X	1		
		A PACIENTES EN EL	SERVICIO	DE HOSE	PITALIZACIO	ÒN		
Si le administraron medicamen	tos, ¿Le infor <mark>maron</mark>	acerca de la aplicac	ciòn de estos	?				
2 Si le realizaron examenes o pro	ocedimientos, ¿ le fu	ueron explicados?						
3 ¿ Le informaron sobre el horari	The second secon							
¿ le informaròn sobre la custo		cias ?						
Utilice este espacio para sugerencias								-1
RE	ENDICION D	E CUENTAS	(Marqu	ie cor	ı una x)		
Que información considera usted más in entidad de a conocer durante su proce	nportante para que la	FINANCIERA	ASISTEN		JURIE		ADMINIS"	TRATIV

cuentas a la ciudadania

VIGENCIA 30/11/2021

FORMATO DE CARACTERIZACIÓN Y ENCUESTA DE SATISFACCIÓN AL USUARIO

presente encuesta tiene como objetivo no la entidad, Se solicita de forma cordial, r	responder con sinceridad las	siguientes preguntas.						-
a entidad, Se sonota de territorio	· for	FECHA DE	DILIGENCIAMIE	NTO		D 06	SM 07	(6)
NCUESTA DEL SERVICIO DE:	IDENTIFIC	ACIÒN DEL USU	JARIO					
COMPLETO	A STATE OF THE PARTY OF THE PAR				r-			
OMBRE COMPLETO	Luz Dary Herr	5211	C) VI T	EDAD			29	
No. IDENTIFICACION	1104.429.3	71-15C		TELEF	ONO		3/063	3580
DIRECCIÓN	Banio Mor	a Flores	and the second s	EPS			00 59h	de la
CORREO ELECTRONICO				PROC	EDEN	ICIA	RURAL UI	RBANA
GRUPO ETNICO			O NO SARE/N	ORESP	ONDE	, NO A	PLICA	
ENCUESTA(Marque	con una x dependiendo	la respuesta, SI, N	IO, NO SABLITA	T		RES	PUESTA	- N. I. A
	PREGUNTA			SI		NO	NS/NR	N/A
1 ¿ Esta satisfecho con el tiempo qu	ie tuvo que esperar para se	r atendido?		17				plant make a specie of the state
The designation allo al trata real	hind not el nersonal del sei	AICIO INC CI MADOMAN	?	17				
2 ¿Usted considera que el trato rest 3 ¿ Le dieron explicación clara de s	u enfermedad fratamiento y	cuidados?		0 ~	-			
3 ¿ Le dieron explicación clara de s 4 ¿ En caso que le hayan ordenado	medicamentos le dieron re	comendaciones para	su administración	! 7	-			
				! - ?	×		-	
- Connectional rule in atendio le	DISCRIMO 2001 C 199 Angray 1	copouto a sa sa	dad ? ,	1	×+			
				+ ?	×			
			os adocuadament		<			
8 ¿ Alguien en el servicio le hablo a 9 ¿ Si respondio si a la anterior pre	egunta, ¿ los derechos y de	beres tueron explicad	os auecuauamem	e >	7			
					X		,	
10 ¿ Le informaron acerca de donde 11 ¿ El àrea donde fue atendido, pr	esentaba condiciones adec	uadas de limpieza y c	Twither nagina w	eh		×		
11 ¿ El àrea donde fue atendido, pr 12 ¿ Consulta usted los canales de	información habilitados por	la cittada, tacoboo.	110	DEE	MAV/ITIL	ENTE NO	NO RESPO	NDE
12 ¿ Recomendaria los servicios d	el DEFINITIVAMENTE SI	PROBABLEMENTE SI	PROBABLEMENTE NO	DEFI	ALLIANIA	LITTLINO		4
	doc?			DEC	HAD	MALA	MUY MAL	A NS
A A En general, ¿Còmo califica su ex	periencia respecto a la presta	n Marcos ?	MUY BUENA BUE	NA REG	FXTE		1110	
ESPA	CIO EXCLUSIVO PARA P	ACIENTES EN EL S	ERVICIO DE CO	100217		V		
T - Francianto nora ont	ener la cita ?			_		_		
2 ¿ Considera que los mecanism	nos para la asignación son	los adacuados?	ATT VIOLO DE L	OSPITAL	IZACI	ÒN		
1~~~	ALIO ENGLOSIVO		SERVICIO DE I	0011171		T		
1 Si le administraron medican	nentos ¿Le informaron a	cerca de la aplicac	iòn de estos?			-		
2 Si le realizaron examenes d	procedimientos, ¿ le fue	eron explicados?						
2 SI le realizatori examendo d	provio de visitas ?	534						
3 ¿ Le informaron sobre el ho	Janu de visitas : ;	ige ?						
4 ¿ le informaròn sobre la cu	ISLOQIA DE SUS PETENENO	IGU i	The second section of the second seco					
Utilice este espacio para sugeren	cias o comonar	and the second of the second o	and the second s				and the second section of the second	manufacture and a supplier of the
		and the second of the point of the second of	and print, the region of the story of electric trial matter of whether processing subsequent	Andrew of the Livery of the second				
	RENDICION D	CHENTAS	(Marque	con u	na)	<)		
The second secon			1110190	A1	II IDI	DICA	ADMIN	ISTRAT
Que información considera usted m entidad de a conocer durante su	nàs importante para que la	FINANCIERA	ASISTENC	AL	- CAI	D.OA		1
	proceso de rendicion de	THE RESIDENCE OF THE PARTY OF T	1	1				

VIGENCIA

FORMATO DE CARACTERIZACIÓN Y ENCUESTA DE SATISFACCIÓN AL USUARIO

30/11/2021

	SATISFACCIO	do os usuarios con e	ànimo de buso	ar alterna	tivas para el	mejoramie	nto de los prod	esos
La presente encuesta tiene como objetiv de la entidad, Se solicita de forma cordi	o medir el grado de satisfacción al, responder con sinceridad las	siguientes preguntas						2272
ENCUESTA DEL SERVICIO DE:	(0	FECHA D	E DILIGENC	AMIENT	0	D06	M 0 7 A	200
ENCUESTA DEL SERVICIO DE	IDENTIFIC	ACIÒN DEL US	UARIO					
NOMBRE COMPLETO	Aire Cand	ina Agu	as Ce	ntre		T	28	
No. IDENTIFICACION	100567619				DAD			- 2104
DIRECCIÓN	Calle toxas				LEFONO		32169	>424
and proceedings and the contract of the contra	aire agras 17	@ hortma	ril-con	Y. E	PS	(60xx	ma.
CORREO ELECTRONICO					ROCEDE			BANA
GRUPO ETNICO	que con una x dependiendo	la respuesta, SI,	NO, NO SAE	E/ NO F	RESPOND	E, NO AP	LICA	
ENCUESTA(Marc	PREGUNTA				SI	NO NO	NS/NR	N/A
and the control of th	Commercial on the Commercial Comm	er etandida ?	and the same of th		7			
1 ¿ Esta satisfecho con el tiempo	que tuvo que esperar para se	vicio fue el adecuad	0 ?		X			
2 ¿Usted considera que el trato r	recibido por el personal del ser	religidados 3			X			
3 ¿ Le dieron explicación clara d	e su ellienneuau tratamonto y	comendaciones par	a su administr	aciòn?	7			man of the second of the secon
				aciòn?	×			
5 ¿ En caso que le hayan ordena 6 ¿ El profesional que lo atendio	le pregunto sobre las dudas r	especto a su enferm	nedad?		X			
					*			
			no usuario?		7			
8 ¿ Alguien en el servicio le hab 9 ¿ Si respondio si a la anterior	pregunta, ¿ los derechos y de	beres fueron explica	dos adecuada	mente	To la			
				on ect. ?	7			Marie Comprehensive Comprehens
10 ¿ Le informaron acerca de do 11 ¿ El àrea donde fue atendido,	, presentaba condiciones adec	uadas de limpieza y	orden /	ing wah	7	~	1	
11 ¿ El àrea donde fue atendido, 12 ¿ Consulta usted los canales	de información napilitados bor	IQ Officers		IIIa WCD	DEFINITIVAN	MENTE NO	NO RESPON	DE
12 ¿ Recomendaria los servicios	s del DEFINITIVAMENTE SI	PROBABLEMENTE SI	PROBABLEMEN	IE NU	DEFINITIVAN	ACIVILIVO	_ HO HEOL OIL	
					DECULAR.	MALA	MUY MALA	NS
A A En general, ¿Còmo califica su	i experiencia respecto a la presta	ación de los servicios	MUY BUENA	BUENA	REGULAR		MO TIME	<u>L</u>
de salud en el Ho	spital Regional de II Nivel de Sa PACIO EXCLUSIVO PARA P	ACIENTES EN EL	SERVICIO DI	CONSI	LTA EXTE	RNA		
ES	PACIO EXCLUSIVO PARA P	AOILITILO				X		-
1 ¿ Tuvo inconveniente para	optener la cita r	los adaquados?						
2 ¿ Considera que los mecan	NISMOS PARA IA ASIGNACION SUN ESPACIO EXCLUSIVO PARA	PACIENTES EN E	L SERVICIO	DE HOSI	PITALIZAC	IÒN		
1	-SPALIU EAGLOOIVO		ciòn de estos	?				
1 Si le administraron medic	camentos, ¿Le informaron à	cerca de la aplica	Olon do ooto					
Si le realizaron examene	is o procedimentos, ¿ le luc	eron explicaciós?	-	-				
3 : Le informaron sobre el	horario de visitas ? ,	124	and the second s		-			
le informaron sobre la	i custodia de sus peneneno	ias?	y formers annual field, these executivements are seen and					*
Utilice este espacio para suger	rencias ò comentario		and the state of t					AND DESCRIPTION OF THE PARTY OF
The second secon		and well provide the second contraction of t	the second section of the section of the second section of the section of the second section of the secti	and proceedings of the Control of th				
Manager of Manager Assault - Adams of the Manager o		The state of the s	n / hAnra	110 00	ก แกล	x)	to the second	
processes to the contract of t	RENDICION D	t .		ue 00	1	IDICA	ADMINIS	STRATI
Que información considera uste	ed más importante para que la	FINANCIERA	ASISTE	NCIAL	JUR	IDICA	ADMIN	- 11 35 11 1
entidad de a conocer durante	su proceso de rendicion do							

VIGENCIA

30/11/2021

FORMATO DE CARACTERIZACIÓN Y ENCUESTA DE SATISFACCIÓN AL USUARIO

		0 1 0							
ENCUESTA DEL SERVICIO DE:	1 Infun	a FECH	A DE DILIGE	NCIAMIE	ENTO	DO	4 M 07	A Zezz	
	IDEN	TIFICACIÒN DEL	USUARIO						
NOMBRE COMPLETO	Marlen	15 500	ares!	A	frret	m-(Instina	Rezisi	
No. IDENTIFICACION	34941737 E				EDAD		57 a	~	
DIRECCIÓN	RECCION De molivo					10	312 84485		
CORREO ELECTRONICO	E				EPS		M Sep.		
GRUPO ETNICO F						ENCIA	RURAL L	JRBANA	
ENCUESTA(Marque o	on una x dependi	endo la respuesta,	SI, NO, NO S	ABE/ NO	RESPON	DE, NO	APLICA		
	PREGUN	ITA					SPUESTA		
¿ Esta satisfecho con el tiempo que t	INO GUO CONOTOR NO	ro cor atandida ?			SI	NO	NS/NR	N/A	
2 ¿Usted considera que el trato recibid			ado ?		1				
3 ¿ Le dieron explicación clara de su el					1-1		-		
4 ¿ En caso que le hayan ordenado me			ara su adminis	stración ?	1				
5 ¿ En caso que le hayan ordenado ex									
6 ¿ El profesional que lo atendio le pre				***************************************	+	=			
7 ¿Considera que lo atendieron en con	diciones de privacio	lad?			1				
8 ¿ Alguien en el servicio le hablo acerd	ca de los derechos	y deberes que tiene co	omo usuario?		×				
9 ¿ Si respondio si a la anterior pregun	ta, ¿ los derechos y	deberes fueron explic	ados adecuad	amente	×				
10 ¿ Le informaron acerca de dònde diri					+				
11 ¿ El àrea donde fue atendido, presen	taba condiciones a	decuadas de limpieza	y orden?		4				
12 ¿ Consulta usted los canales de infor	maciòn habilitados	por la entidad, faceboo	ok, Twither, pag	gina web		X			
¿ Recomendaria los servicios del Hospital a sus familiares o conocidos?	DEFINITIVAMENTE SI	PROBABLEMENTE SI	PROBABLEMEN	TE NO	DEFINITIVAN	ENTE NO	NO RESPONDE		
En general, ¿Còmo califica su experier de salud en el Hospital Re	ncia respecto a la pre gional de II Nivel de	staciòn de los servicios San Marcos ?	MUY BUENA	BUENA	REGULAR	MALA	MUY MALA	NS	
ESPACIO E	XCLUSIVO PARA	PACIENTES EN EL	SERVÍCIO DE	CONSL	LTA EXTER	RNA			
1 ¿ Tuvo inconveniente para obtener!	a cita ?					7			
2 ¿ Considera que los mecanismos pa	ara la asignaciòn so	on los adacuados?			\times				
ESPACIO	EXCLUSIVO PAR	A PACIENTES EN E	SERVICIO D	E HOSP	ITALIZACIÒ	N			
Si le administraron medicamentos	s, ¿Le informaron	acerca de la aplicac	ciòn de estos	?					
≥ Si le realizaron examenes o proce	edimientos, ¿ le fu	ieron explicados?							
3 ¿ Le informaron sobre el horario d	de visitas ?								
4 ¿ le informaròn sobre la custodia	de sus pertenen	cias?							
Utilice este espacio para sugerencias ò	comentario								
						_ (4)			
REN	ADICION D	E CUENTAS	(Marque	e con	una x)			
Que información considera usted más impo entidad de a conocer durante su proceso cuentas a la ciudadanía	de rendición de	FINANCIERA	ASISTEN	CIAL	JURID	ICA	ADMINISTE	RATIVA	
		1							

VIGENCIA

30/11/2021

FORMATO DE CARACTERIZACIÓN Y ENCUESTA DE SATISFACCIÓN AL USUARIO

ENCUESTA DEL SERVICIO DE:	1 Mkno	FECH	A DE DILIGENCIAMI	ENTO	D Ø	4 M 07	A2025	
		TFICACIÓN DEL				7 07	1000	
NOMBRE COMPLETO	Elias M	evel Dis	Pere		The second secon			
No. IDENTIFICACION	10881855					510-		
DIRECCIÓN	B. Sou			TELEFON	NO	5100m	,	
CORREO ELECTRONICO	10. San			EPS		310841901C		
GRUPO ETNICO				PROCED	ENCIA	RURAL U	MANIA	
ENCUESTA(Marque o	on una x dependi	endo la respuesta. S	SI. NO. NO SARE/ N				1136117	
	PREGUN		51, 110, 110 GABE/ N	TREGROIN		SPUESTA		
				SI	NO	NS/NR	N/A	
1 ¿ Esta satisfecho con el tiempo que t	tuvo que esperar pa	ra ser atendido?	THE BOOK COMMON PARTS SETTING SECTION AND ADMINISTRATION OF THE SECTION AND ADMINISTRATION AND ADMINISTRATION AND ADMINISTRATION AND ADMINISTRATION AND ADMINISTRATION ADMINISTRATION AND ADMINISTRATION ADMINISTRATION AND ADMINISTRATION ADMINI	1	110	110/111	13//3	
∠ Usted considera que el trato recibid			ado?	7				
3 ¿ Le dieron explicación clara de su e	nfermedad tratamie	nto y cuidados ?		X				
4. ¿ En caso que le hayan ordenado me	edicamentos le diero	on recomendaciones p	ara su administración '	7 4				
5 ¿ En caso que le hayan ordenado ex	amenes le explicaro	on las recomendacione	es para su realización ?	X				
6 ¿ El profesional que lo atendio le pre	gunto sobre las dud	as respecto a su enfer	medad?	×	A.			
7 ¿Considera que lo atendieron en con				X				
8 ¿ Alguien en el servicio le hablo acer	ca de los derechos	y deberes que tiene co	omo usuario?	X				
Si respondio si a la anterior pregun	ta, ¿ los derechos y	deberes fueron explic	ados adecuadamente	×				
10 ¿ Le informaron acerca de dònde diri	girse para colocar u	na peticiòn, queja, rec	lamo, felicitación ect. ?	×				
11 ¿ El àrea donde fue atendido, presen								
12 ¿ Consulta usted los canales de infor	maciòn habilitados	por la entidad, faceboo	ok, Twither, pagina web	×				
2 Recomendaria los servicios del Hospital a sus familiares o conocidos?	2 ¿ Recomendaria los servicios del DEFINITIVAMENTE SI PROBABLEMENTE SI PROBABLEMENTE NO					DEFINITIVAMENTE NO NO RESPONDE		
	Y				·			
En general, ¿Còmo califica su experier de salud en el Hospital Re	ncia respecto a la pre gional de Il Nivel de l	stación de los servicios San Marcos ?	MUY BUENA BUENA	REGULAR	MALA	MUY MALA	NS	
ESPACIO E	EXCLUSIVO PARA	PACIENTES EN EL	SERVICIO DE CONS	LTA EXTER	RNA	_		
1 ¿ Tuvo inconveniente para obtener	a cita?				X			
2 ¿ Considera que los mecanismos pa	ara la asignaciòn so	on los adacuados?		X				
ESPACIO	EXCLUSIVO PAR	A PACIENTES EN EI	SERVICIO DE HOSI	PITALIZACIÒ	N			
Si le administraron medicamento	s, ¿Le informaron	acerca de la aplicac	ciòn de estos ?					
Si le realizaron examenes o proce	edimientos, ¿ le fu	eron explicados?						
3 ¿ Le informaron sobre el horario	de visitas ?							
4 ¿ le informaròn sobre la custodia]						
Utilice este espacio para sugerencias ò				1				
ONE OF THE PROPERTY AND ASSESSMENT OF THE PROPERTY OF THE PROP			*					
THE RESERVE OF THE RE							,	
REI	VDICION D	E CUENTAS	(Marque cor	n una x)			
Que información considera usted más impo entidad de a conocer durante su proceso	ortante para que la de rendición de	FINANCIERA	ASISTENCIAL	JURID	ICA	ADMINISTE	RATIVA	
cuentas a la ciudadanìa								

Que intormación considera usted más importante para que la

VERSION 3

VIGENCIA

FORMATO DE CARACTERIZACIÓN Y ENCUESTA DE SATISFACCIÓN AL USUARIO

30/11/2021

ADMINISTRATIV.

JURIDICA

La presente encuesta tiene como objetivo medir el grado de satisfacción de os 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. D OGM 07 AZ023 FECHA DE DILIGENCIAMIENTO ENCUESTA DEL SERVICIO DE: IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO NOMBRE COMPLETO EDAD No. IDENTIFICACION TELEFONO 3/1 DIRECCIÓN CORREO ELECTRONICO URBANA PROCEDENCIA ENCUESTA(Marque con una x dependiendo la respuesta, SI, NO, NO SABE/ NO RESPONDE, NO APLICA **GRUPO ETNICO** RESPUESTA N/A NS/NR PREGUNTA NO SI 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? 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 examenes le explicaron las recomendaciones para su realización ? 6 ¿ El profesional que lo atendio le pregunto sobre las dudas respecto a su enfermedad? ¿Considera que lo atendieron en condiciones de privacidad? 8 ¿ Alguien en el servicio le hablo acerca de los derechos y deberes que tiene como usuario? 9 & Si respondio si a la anterior pregunta, & los derechos y deberes fueron explicados adecuadamente 10 ¿ Le informaron acerca de donde dirigirse para colocar una petición, queja, reclamo, felicitación ect. ? 11 ¿ El àrea donde fue atendido, presentaba condiciones adecuadas de limpieza y orden ? 12 ¿ Consulta usted los canales de información habilitados por la entidad, facebook, Twither, pagina web NO RESPONDE PROBABLEMENTE SI PROBABLEMENTE NO DEFINITIVAMENTE NO **DEFINITIVAMENTE SI** ¿ Recomendaria los servicios del Hospital a sus familiares o conocidos? NS En general, ¿Còmo califica su experiencia respecto a la prestación de los servicios MUY BUENA BUENA MUY MALA MALA de salud en el Hospital Regional de Il Nivel de San Marcos? 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 adacuados? ESPACIO EXCLUSIVO PARA PACIENTES EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN 1 Si le administraron medicamentos, ¿Le informaron acerca de la aplicación de estos ? ≥ Si le realizaron examenes 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 ò comentario RENDICION DE CUENTAS (Marque con una x)

FINANCIERA

ASISTENCIAL