



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: *Reduativa*

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO

07 M 11 2023

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE COMPLETO

Daniela Lombardo Martiz - Rosaura Rosendo Villalby

Nº. IDENTIFICACION

12 31840312

EDAD

4 años

DIRECCIÓN

V. 81 Toros

TELEFONO

314 4528546

CORREO ELECTRONICO

EPS

PESE

GRUPO ÉTNICO

PROCEDENCIA

RURAL URBANA

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

	PREGUNTA	RESPUESTA			
		SI	NO	NS/NR	N/A
1	¿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
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

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 mas 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 al 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

07 M 11 A 2021

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE COMPLETO

Luciana Osorio Cely - IBGTH CARM

NO. IDENTIFICACION

1100086082

EDAD

9 años

DIRECCIÓN

B. Kennedy

TELEFONO

3004271641

CORREO ELECTRONICO

EPS

Miguel Ser

GRUPO ÉTNICO

PROCEDENCIA

RURAL URBANA

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

	PREGUNTA	RESPUESTA			
		SI	NO	NS/NR	N/A
1	¿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 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
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

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 al 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: **07 M 11 2023**

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE COMPLETO

Jorge Gonzalez Arroyo Eva Arroyo Bustamant

Nº. IDENTIFICACION

110444 3300

EDAD

11M

DIRECCIÓN

B/mariano alvarez

TELEFONO

3104525913

CORREO ELECTRONICO

EPS

PROCEDENCIA

RURAL URBANA

GRUPO ÉTNICO

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 ¿Recomendaría los servicios del Hospital a sus familiares o conocidos?	DEFINITIVAMENTE SI	PROBABLEMENTE SI	PROBABLEMENTE NO	DEFINITIVAMENTE NO
14 En general, ¿Cómo califica su experiencia respecto a la prestación de los servicios de salud en el Hospital Regional de II Nivel de San Marcos?	MUY BUENA	BUENA	REGULAR	MALA

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 al 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

07 M 2022

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE COMPLETO

Juan Felipe Jara Gil - Veronica Gil

Nº. IDENTIFICACION

104443938

EDAD

3 Meses

DIRECCIÓN

San Marcos 7 de junio

TELEFONO

311319571

CORREO ELECTRONICO

EPS

Mutua Ser

GRUPO ÉTNICO

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?	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	¿Recomendaría los servicios del Hospital a sus familiares o conocidos?	DEFINITIVAMENTE SI	PROBABLEMENTE SI	PROBABLEMENTE NO	DEFINITIVAMENTE NO
14	En general, ¿Cómo califica su experiencia respecto a la prestación de los servicios de salud en el Hospital Regional de II Nivel de San Marcos?	MUY BUENA	BUENA	REGULAR	MALA

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	ADMINISTRAT

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: 07 M 11 A 2021

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE COMPLETO

1104443987

Nº IDENTIFICACION

Salma Tapia Daniela Pequena

EDAD 1 mes

1 mes

DIRECCIÓN

Barrio = Fernan Fortich

TELEFONO

8108339215

CORREO ELECTRONICO

EPS

Coosalud

GRUPO ETNICO

PROCEDENCIA

RURAL URBANA

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

PREGUNTA

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? ☒
- 3 ¿Le dieron explicación clara de su enfermedad tratamiento y cuidados? ☒
- 4 ¿En caso que le hayan ordenado medicamentos le dieron recomendaciones para su administración? ☒
- 5 ¿En caso que le hayan ordenado exámenes le explicaron las recomendaciones para su realización? ☒
- 6 ¿El profesional que lo atendió le preguntó sobre las dudas respecto a su enfermedad? ☒
- 7 ¿Considera que lo atendieron en condiciones de privacidad? ☒
- 8 ¿Alguien en el servicio le habló acerca de los derechos y deberes que tiene como usuario? ☒
- 9 ¿Si respondió si a la anterior pregunta, ¿los derechos y deberes fueron explicados adecuadamente? ☒
- 10 ¿Le informaron acerca de dónde dirigirse para colocar una petición, queja, reclamo, felicitación ect.? ☒
- 11 ¿El área donde fue atendido, presentaba condiciones adecuadas de limpieza y orden? ☒
- 12 ¿Consulta usted los canales de información habilitados por la entidad, facebook, Twither, pagina web? ☒

- 13 ¿Recomendaría los servicios del Hospital a sus familiares o conocidos? ☒ DEFINITIVAMENTE SI ☐ PROBABLEMENTE SI ☐ PROBABLEMENTE NO ☐ DEFINITIVAMENTE NO ☐ NO RESPONDE
- 14 En general, ¿Cómo califica su experiencia respecto a la prestación de los servicios de salud en el Hospital Regional de II Nivel de San Marcos? ☒ MUY BUENA ☐ BUENA ☐ REGULAR ☐ MALA ☐ MUY MALA ☐ 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?
- 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: *Cambios* FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: *08 M 11 2021*

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE COMPLETO

Melissa Cabrera Mendoza

NO. IDENTIFICACION

1193241005

EDAD *23*

DIRECCIÓN

Cl 18 E # 15-08 Veracruz

TELEFONO

313527076

CORREO ELECTRONICO

EPS *Mutual*

ser

GRUPO ÉTNICO

PROCEDENCIA

RURAL *Urbana*

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

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

ESPACIO EXCLUSIVO PARA PACIENTES EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA

1	¿Tuvo inconveniente para obtener la cita?	<i>X</i>			
2	¿Considera que los mecanismos para la asignación son los adecuados?	<i>X</i>			

ESPACIO EXCLUSIVO PARA PACIENTES EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN

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

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: **Neurología** FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: **08 M 11 2021**

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE COMPLETO

NO. IDENTIFICACION

DIRECCIÓN

CORREO ELECTRONICO

GRUPO ÉTNICO

Marcelo Deniz Corpuz
64705110
Villa firma (Salmon)

EDAD

48

TELÉFONO

011 4310142

EPS

MSEI

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?	+			
2	¿Usted considera que el trato recibido por el personal del servicio fue el adecuado?	+			
3	¿Le dieron explicación clara de su enfermedad tratamiento y cuidados?	+			
4	¿En caso que le hayan ordenado medicamentos le dieron recomendaciones para su administración?	+			
5	¿En caso que le hayan ordenado exámenes le explicaron las recomendaciones para su realización?	+			
6	¿El profesional que lo atendió le 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?	+			
9	¿Si respondió si a la anterior pregunta, ¿los derechos y deberes fueron explicados adecuadamente?	+			
10	¿Le informaron acerca de dónde dirigirse para colocar una petición, queja, reclamo, felicitación ect.?	+			
11	¿El área donde fue atendido, presentaba condiciones adecuadas de limpieza y orden?	+			
12	¿Consulta usted los canales de información habilitados por la entidad, facebook, Twither, pagina web?		X		
13	¿Recomendaría los servicios del Hospital a sus familiares o conocidos?	DEFINITIVAMENTE SI	PROBABLEMENTE SI	PROBABLEMENTE NO	DEFINITIVAMENTE NO
14	En general, ¿Cómo califica su experiencia respecto a la prestación de los servicios de salud en el Hospital Regional de II Nivel de San Marcos?	MUY BUENA	BUENA	REGULAR	MALA

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?		+		

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 e 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

30/11/2022

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: **Oncoología** FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: **D 09 M 11 2022**

NOMBRE COMPLETO

NO. IDENTIFICACION

DIRECCIÓN

CORREO ELECTRONICO

GRUPO ÉTNICO

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

x Doralis Sofia Cusi Rivera - Diana Rivera

EDAD

17

TELEFONO

316633284

EPS

caja cost

PROCEDENCIA

RURAL URB

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

	PREGUNTA	RESPUESTA		
		SI	NO	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?	☒		
4	¿En caso que le hayan ordenado medicamentos le dieron recomendaciones para su administración?	☒		
5	¿En caso que le hayan ordenado exámenes le explicaron las recomendaciones para su realización?	☒		
6	¿El profesional que lo atendió le 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?	☒		
9	¿Si respondió si a la anterior pregunta, ¿los derechos y deberes fueron explicados adecuadamente?	☒		
10	¿Le informaron acerca de dónde dirigirse para colocar una petición, queja, reclamo, felicitación ect.?	☒		
11	¿El área donde fue atendido, presentaba condiciones adecuadas de limpieza y orden?	☒		
12	¿Consulta usted los canales de información habilitados por la entidad, facebook, Twither, pagina web?		☒	
13	¿Recomendaria los servicios del Hospital a sus familiares o conocidos?	DEFINITIVAMENTE SI ☒	PROBABLEMENTE SI	PROBABLEMENTE NO
14	En general, ¿Cómo califica su experiencia respecto a la prestación de los servicios de salud en el Hospital Regional de II Nivel de San Marcos?	MUY BUENA ☒	BUENA	REGULAR
			MALA	MUY MALA

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?		
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 mas 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

30/11/2022

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: *Genética* FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: *09 M 11 2022*
IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE COMPLETO

Nº IDENTIFICACION

DIRECCIÓN

CORREO ELECTRONICO

GRUPO ÉTNICO

Marelis de la Ossa Amata
34947944
Santa Ines

EDAD

TELEFONO

EPS

PROCEDENCIA

45

312 6715711

Colombia

RURAL

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

	PREGUNTA	RESPUESTA		
		SI	NO	NS/NR
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
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?	DEFINITIVAMENTE NO	NO RESPONDE	
		MUY BUENA	BUENA	REGULAR
		MALA	MUY MALA	

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)

¿Qué información considera usted mas 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

30/11/2022

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: **Odontología** FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: **09 M/11 2022**

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE COMPLETO

Andrés Vergara Alencón

Nº. IDENTIFICACIÓN

34942839

EDAD

58

DIRECCIÓN

Bos Angeles

TELÉFONO

312 5094422

CORREO ELECTRÓNICO

EPS

CSW

GRUPO ÉTNICO

PROCEDENCIA

RURAL

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

PREGUNTA	RESPUESTA		
	SI	NO	NS/NR
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 sí 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
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

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

RENDICIÓN DE CUENTAS (Marque con una X)

¿Qué información considera usted más importante para que la entidad de a conocer durante su proceso de rendición de cuentas a la ciudadanía?	FINANCIERA	ASISTENCIAL	JURÍDICA	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

30/11/2022

FORMATO DE CARACTERIZACIÓN Y ENCUESTA DE SATISFACCIÓN AL USUARIO

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

ENCUESTA DEL SERVICIO DE:

Ginecología

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO

09/11/2022

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE COMPLETO

Yennifer Guerra Lopez

Nº. IDENTIFICACION

1104410410

EDAD

37

DIRECCIÓN

100m 0

TELEFONO

312 2808877

CORREO ELECTRONICO

EPS

PEST

GRUPO ÉTNICO

PROCEDENCIA

RURAL URB

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

PREGUNTA	RESPUESTA		
	SI	NO	NS/NR
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, Twitter, pagina web?	X		
13 ¿Recomendaria los servicios del Hospital a sus familiares o conocidos?	DEFINITIVAMENTE SI	PROBABLEMENTE SI	PROBABLEMENTE NO
14 En general, ¿Cómo califica su experiencia respecto a la prestación de los servicios de salud en el Hospital Regional de II Nivel de San Marcos?	MUY BUENA	BUENA	REGULAR
			MALA
			MUY MALA

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 mas importante para que la entidad de a conocer durante su proceso de rendición de cuentas a la ciudadanía	FINANCIERA	ASISTENCIAL	JURIDICA	ADMINISTRATIVA
--	------------	-------------	----------	----------------

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



HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN MARCOS

VERSION 3

VIGENCIA

30/11/2021

FORMATO DE CARACTERIZACIÓN Y ENCUESTA DE SATISFACCIÓN AL USUARIO

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

ENCUESTA DEL SERVICIO DE: Ginecología FECHA DE DILIGENCIAMIENTO D 27 M 11 A 2023

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE COMPLETO	<u>Ialis Melena Basilio Morales</u>		
No. IDENTIFICACION	<u>1104412066</u>	EDAD	<u>35 años</u>
DIRECCIÓN	<u>Caraguante</u>	TELEFONO	<u>3106514621</u>
CORREO ELECTRONICO		EPS	<u>F. Colombia</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?	☒			
2 ¿Usted considera que el trato recibido por el personal del servicio fue el adecuado?	☒			
3 ¿Le dieron explicación clara de su enfermedad tratamiento y cuidados?	☒			
4 ¿En caso que le hayan ordenado medicamentos le dieron recomendaciones para su administración?	☒			
5 ¿En caso que le hayan ordenado exámenes le explicaron las recomendaciones para su realización?	☒			
6 ¿El profesional que lo atendió le preguntó sobre las dudas respecto a su enfermedad?	☒			
7 ¿Considera que lo atendieron en condiciones de privacidad?	☒			
8 ¿Alguien en el servicio le habló acerca de los derechos y deberes que tiene como usuario?	☒			
9 ¿Si respondió si a la anterior pregunta, ¿los derechos y deberes fueron explicados adecuadamente?	☒			
10 ¿Le informaron acerca de dónde dirigirse para colocar una petición, queja, reclamo, felicitación ect.?	☒			
11 ¿El área donde fue atendido, presentaba condiciones adecuadas de limpieza y orden?	☒			
12 ¿Consulta usted los canales de información habilitados por la entidad, facebook, Twiiter, pagina web		☒		
13 ¿Recomendaría los servicios del Hospital a sus familiares o conocidos?	DEFINITIVAMENTE SI ☒	PROBABLEMENTE SI	PROBABLEMENTE NO	DEFINITIVAMENTE NO
14 En general, ¿Cómo califica su experiencia respecto a la prestación de los servicios de salud en el Hospital Regional de II Nivel de San Marcos?	MUY BUENA ☒	BUENA	REGULAR	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?				
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

VIGENC

30/11/20

FORMATO DE CARACTERIZACIÓN Y ENCUESTA DE SATISFACCIÓN AL USUARIO

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

ENCUESTA DEL SERVICIO DE: Ginecología FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 27/11/2022

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE COMPLETO

Yviana Marcela Morello Alvarado

Nº IDENTIFICACION

1104416585

EDAD

33 años

DIRECCIÓN

B. SucreTELÉFONO 320528294

CORREO ELECTRONICO

EPS # Colombia

GRUPO ÉTNICO

PROCEDENCIA RURAL

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

	PREGUNTA	RESPUESTA		
		SI	NO	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?	☒		
4	¿En caso que le hayan ordenado medicamentos le dieron recomendaciones para su administración?	☒		
5	¿En caso que le hayan ordenado exámenes le explicaron las recomendaciones para su realización?	☒		
6	¿El profesional que lo atendió le preguntó sobre las dudas respecto a su enfermedad?	☒		
7	¿Considera que lo atendieron en condiciones de privacidad?	☒		
8	¿Alguien en el servicio le habló acerca de los derechos y deberes que tiene como usuario?	☒		
9	¿Si respondió si a la anterior pregunta, ¿los derechos y deberes fueron explicados adecuadamente?	☒		
10	¿Le informaron acerca de dónde dirigirse para colocar una petición, queja, reclamo, felicitación ect.?	☒		
11	¿El área donde fue atendido, presentaba condiciones adecuadas de limpieza y orden?	☒		
12	¿Consulta usted los canales de información habilitados por la entidad, facebook, Twither, pagina web?	☒		

13	¿Recomendaría los servicios del Hospital a sus familiares o conocidos?	DEFINITIVAMENTE SI	PROBABLEMENTE SI	PROBABLEMENTE NO	DEFINITIVAMENTE NO	NO RESPONDE
		☒				

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

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?			
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

RENDICIÓN 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



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

VERSION 3

VIGENCIA

30/11/2022

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: Oftalmología FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: D-10 M-11 2022

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE COMPLETO: Mateo Yanes Pastrana - Lenys Pastrana
 NO. IDENTIFICACION: 110.4 426 219 EDAD: 12
 DIRECCIÓN: B. las Maravillas TELEFONO: 311469882
 CORREO ELECTRONICO: EPS: salud total
 GRUPO ÉTNICO: PROCEDENCIA: RURAL

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

	PREGUNTA	RESPUESTA		
		SI	NO	NS/NR
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
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

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

RENDICIÓN DE CUENTAS (Marque con una x)

¿Que información considera usted mas 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

30/11/202

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 Salud Bucal** FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: **D 10 M 11 202**

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE COMPLETO

Nº. IDENTIFICACION

DIRECCIÓN

CORREO ELECTRONICO

GRUPO ÉTNICO

Antonio Vergara Vergara

960591

Barrio Centro

EDAD

81

TELÉFONO

320 5575774

EPS

Coosalus

PROCEDENCIA

RURAL

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

PREGUNTA	RESPUESTA		
	SI	NO	NS/NR
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 sí 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
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

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

RENDICIÓN DE CUENTAS (Marque con una x)

¿Qué información considera usted mas 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

30/11/202

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 Atención al Usuario** FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: **10 M 11 202**

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE COMPLETO

Esther Rosales Prera Gil

Nº. IDENTIFICACION

34946721

EDAD

54

DIRECCIÓN

Cto Belen

TELÉFONO **3113948273**

CORREO ELECTRONICO

EPS

#Colombia

GRUPO ÉTNICO

PROCEDENCIA **RURAL URB**

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

PREGUNTA	RESPUESTA		
	SI	NO	NS/NR
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 sí 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
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
		X	MALA
			MUY MALA

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

RENDICIÓN DE CUENTAS (Marque con una X)

¿Qué información considera usted más importante para que la entidad de la que conoce durante su proceso de rendición de cuentas a la ciudadanía	FINANCIERA	ASISTENCIAL	JURÍDICA	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 al 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: *H. Intern* FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: *D 16 M 11 A 2021*

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE COMPLETO: *Ana Francisca Ortiz*

Nº. IDENTIFICACION: *34940517*

DIRECCIÓN: *C.U. 21-37-80*

CORREO ELECTRONICO: *anaortiz.ruiz26@gmail*

GRUPO ÉTNICO:

EDAD: *60*

TELEFONO: *301206049*

EPS: *Mutual Sar*

PROCEDENCIA: *RURAL URBANA*

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

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

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 comentarlo

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:

Interno

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO

D 16 M 11 A 2021

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE COMPLETO

ELIAS MILAN TOLOZA GONZALEZ

No. IDENTIFICACION

10880371

EDAD

53

DIRECCIÓN

B/KENNEDY

TELEFONO

30278070

CORREO ELECTRONICO

EPS

MUTALSEI

GRUPO ÉTNICO

PROCEDENCIA

RURAL URBANA

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

PREGUNTA		RESPUESTA					
		SI	NO	NS/NR	N/A		
1	¿ 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	¿ Recomendaria los servicios del Hospital a sus familiares o conocidos?	DEFINITIVAMENTE SI	PROBABLEMENTE SI	PROBABLEMENTE NO	DEFINITIVAMENTE NO	NO RESPONDE	
14	En general, ¿Cómo califica su experiencia respecto a la prestación de los servicios de salud en el Hospital Regional de II Nivel de San Marcos ?	MUY BUENA	BUENA	REGULAR	MALA	MUY MALA	NS

ESPACIO EXCLUSIVO PARA PACIENTES EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA

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

ESPACIO EXCLUSIVO PARA PACIENTES EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN

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

Utilice este espacio para sugerencias o comentario

RENDICION DE CUENTAS (Marque con una x)

Que información considera usted más importante para que la entidad se 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: *Ecografías* FECHA DE DILIGENCIAMIENTO *D 16 M 11 A 2023*

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE COMPLETO	<i>Silvia Olivo Alvarez</i>		
No. IDENTIFICACION	<i>45 550 865</i>	EDAD	<i>47</i>
DIRECCIÓN	<i>El Oasis</i>	TELEFONO	<i>9182497724</i>
CORREO ELECTRONICO		EPS	<i>Coos Salud</i>
GRUPO ETNICO		PROCEDENCIA	<i>RURAL</i> URBANA

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

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

ESPACIO EXCLUSIVO PARA PACIENTES EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA

1	¿ Tuvo inconveniente para obtener la cita ?		<i>+</i>		
2	¿ Considera que los mecanismos para la asignación son los adecuados?	<i>X</i>			

ESPACIO EXCLUSIVO PARA PACIENTES EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN

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

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: *Ecosonografía* FECHA DE DILIGENCIAMIENTO *D 16 M 11 A 2023*

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE COMPLETO	<i>Yoderlis Cardena Lozano</i>		
No. IDENTIFICACION	<i>1104411311</i>	EDAD	<i>17</i>
DIRECCIÓN	<i>Calle 15 miraflores</i>	TELEFONO	<i>3117610050</i>
CORREO ELECTRONICO		EPS	<i>Mutual Ser</i>
GRUPO ETNICO		PROCEDENCIA	<i>RURAL URBANA</i>

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

PREGUNTA

RESPUESTA
SI NO NS/NR N/A

- | | | | | | |
|----|---|-------------------------------------|-------------------------------------|------------------|--------------------------------|
| 1 | ¿ Esta satisfecho con el tiempo que tuvo que esperar para ser atendido ? | ☒ | | | |
| 2 | ¿ Usted considera que el trato recibido por el personal del servicio fue adecuado ? | ☒ | | | |
| 3 | ¿ Le dieron explicación clara de su enfermedad tratamiento y cuidados ? | ☒ | | | |
| 4 | ¿ En caso que le hayan ordenado medicamentos le dieron recomendaciones para su administración ? | ☒ | | | |
| 5 | ¿ En caso que le hayan ordenado exámenes le explicaron las recomendaciones para su realización ? | ☒ | | | |
| 6 | ¿ El profesional que lo atendió le 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 ? | ☒ | | | |
| 9 | ¿ Si respondió si a la anterior pregunta, ¿ los derechos y deberes fueron explicados adecuadamente ? | ☒ | | | |
| 10 | ¿ Le informaron acerca de dónde dirigirse para colocar una petición, queja, reclamo, felicitación ect. ? | ☒ | | | |
| 11 | ¿ El área donde fue atendido, presentaba condiciones adecuadas de limpieza y orden ? | ☒ | | | |
| 12 | ¿ Consulta usted los canales de información habilitados por la entidad, facebook, Twitter, pagina web | | ☒ | | |
| 13 | ¿ Recomendaría los servicios del Hospital a sus familiares o conocidos ? | DEFINITIVAMENTE SI | PROBABLEMENTE SI | PROBABLEMENTE NO | DEFINITIVAMENTE NO NO RESPONDE |
| 14 | En general, ¿ Cómo califica su experiencia respecto a la prestación de los servicios de salud en el Hospital Regional de II Nivel de San Marcos ? | MUY BUENA | BUENA | REGULAR | MALA MUY MALA 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 ? | | | | |
| 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: Ecografía FECHA DE DILIGENCIAMIENTO D 16 M 11 A 2023

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE COMPLETO	<u>Eliana Yanesa Meneses Acevedo</u>		
No. IDENTIFICACION	<u>1005683783</u>	EDAD	<u>27 años</u>
DIRECCIÓN	<u>Cureña</u>	TELEFONO	<u>3107043293</u>
CORREO ELECTRONICO		EPS	<u>MSE</u>
GRUPO ETNICO		PROCEDENCIA	<u>RURAL</u> URBANA

ENCUESTA (Marque con una x deperdiendo 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?	☒			
3 ¿Le dieron explicación clara de su enfermedad, tratamiento y cuidados?	☒			
4 ¿En caso que le hayan ordenado medicamentos le dieron recomendaciones para su administración?	☒			
5 ¿En caso que le hayan ordenado exámenes le explicaron las recomendaciones para su realización?	☒			
6 ¿El profesional que lo atendió le preguntó sobre las dudas respecto a su enfermedad?	☒			
7 ¿Considera que lo atendieron en condiciones de privacidad?	☒			
8 ¿Alguien en el servicio le habló acerca de los derechos y deberes que tiene como usuario?	☒			
9 ¿Si respondió si a la anterior pregunta, ¿los derechos y deberes fueron explicados adecuadamente?	☒			
10 ¿Le informaron acerca de dónde dirigirse para colocar una petición, queja, reclamo, felicitación ect.?	☒			
11 ¿El área donde fue atendido, presentaba condiciones adecuadas de limpieza y orden?	☒			
12 ¿Consulta usted los canales de información habilitados por la entidad, facebook, Twither, pagina web		☒		
13 ¿Recomendaría los servicios del Hospital a sus familiares o conocidos?	DEFINITIVAMENTE SI ☒	PROBABLEMENTE SI	PROBABLEMENTE NO	DEFINITIVAMENTE NO NO RESPONDE
14 En general, ¿Cómo califica su experiencia respecto a la prestación de los servicios de salud en el Hospital Regional de II Nivel de San Marcos?	MUY BUENA ☒	BUENA	REGULAR	MALA MUY MALA 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?				
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: *Ecosgrafía* FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: *D 27 M 11 A 2022*

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE COMPLETO	<i>Rosalba Lopez Gaspar</i>		
No. IDENTIFICACION	<i>34 946 870</i>	EDAD	<i>49</i>
DIRECCIÓN	<i>Barrio Fernan Fortich</i>	TELEFONO	<i>321 652 7854</i>
CORREO ELECTRONICO		EPS	<i>mutual ser</i>
GRUPO ETNICO		PROCEDENCIA	<i>RURAL URBANA</i>

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

PREGUNTA		RESPUESTA			
		SI	NO	NS/NR	N/A
1	¿Esta satisfecho con el tiempo que tuvo que esperar para ser atendido?	X			
2	¿Usted considera que el trato recibido por el personal del servicio fue el adecuado?	X			
3	¿Le dieron explicación clara de su enfermedad tratamiento y cuidados?	X			
4	¿En caso que le hayan ordenado medicamentos le dieron recomendaciones para su administración?	X			
5	¿En caso que le hayan ordenado exámenes le explicaron las recomendaciones para su realización?	X			
6	¿El profesional que lo 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	¿Recomendaría los servicios del Hospital a sus familiares o conocidos?	DEFINITIVAMENTE SI	PROBABLEMENTE SI	PROBABLEMENTE NO	DEFINITIVAMENTE NO
		X			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
			X		MUY MALA

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?	X			
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: *Ecografía* FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: *D 27 M 11 A 2023*

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE COMPLETO	<i>Wendy Padamaina Vergara</i>		
No. IDENTIFICACION	<i>1005688122</i>	EDAD	<i>20 años</i>
DIRECCIÓN	<i>Carrizmales Buenavista</i>	TELÉFONO	<i>3126624214</i>
CORREO ELECTRONICO		EPS	<i>Mytal Ser</i>
GRUPO ÉTNICO		PROCEDENCIA	<i>RURAL URBANA</i>

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

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

RENDICIÓN 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: Hosp Maternidad. FECHA DE DILIGENCIAMIENTO 08 M 11 A 2023.

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE COMPLETO	<u>Lorena Patricia Herrera Montemayor.</u>		
No. IDENTIFICACION	<u>1665680447</u>	EDAD	<u>28</u>
DIRECCIÓN	<u>Cayo de la Cruz</u>	TELEFONO	<u>3205395339</u>
CORREO ELECTRONICO		EPS	<u>Hlser.</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 ?	☒			
2	¿ Usted considera que el trato recibido por el personal del servicio fue el adecuado ?	☒			
3	¿ Le dieron explicación clara de su enfermedad tratamiento y cuidados ?	☒			
4	¿ En caso que le hayan ordenado medicamentos le dieron recomendaciones para su administración ?	☒			
5	¿ En caso que le hayan ordenado exámenes le explicaron las recomendaciones para su realización ?	☒			
6	¿ El profesional que lo atendió le 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 ?	☒			
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 área 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		☒		
13	¿ Recomendaria los servicios del Hospital a sus familiares o conocidos?	DEFINITIVAMENTE SI	PROBABLEMENTE SI	PROBABLEMENTE NO	DEFINITIVAMENTE NO
14	En general, ¿ Cómo califica su experiencia respecto a la prestación de los servicios de salud en el Hospital Regional de II Nivel de San Marcos ?	MUY BUENA	BUENA	REGULAR	MALA
			☒		MUY MALA
					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 ?				
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

Los usuarios pueden 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: *Hosp. Maternidad.* FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: *09 M 11 A 2023*

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE COMPLETO	<i>Bibiana Maria Blanco Gutierrez.</i>	EDAD	<i>33.</i>
No. IDENTIFICACION	<i>1104420856</i>	TELEFONO	<i>3225293732.</i>
DIRECCIÓN	<i>Ternan Fortch.</i>	EPS	<i>F. Colombia.</i>
CORREO ELECTRONICO		PROCEDENCIA	<i>RURAL URBANA</i>
GRUPO ETNICO			

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?		☒		
3 ¿Le dieron explicación clara de su enfermedad tratamiento y cuidados?	☒			
4 ¿En caso que le hayan ordenado medicamentos le dieron recomendaciones para su administración?	☒			
5 ¿En caso que le hayan ordenado exámenes le explicaron las recomendaciones para su realización?	☒			
6 ¿El profesional que lo atendió le 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?	☒			
9 ¿Si respondió si a la anterior pregunta, ¿los derechos y deberes fueron explicados adecuadamente?	☒			
10 ¿Le informaron acerca de dónde dirigirse para colocar una petición, queja, reclamo, felicitación ect.?	☒			
11 ¿El área donde fue atendido, presentaba condiciones adecuadas de limpieza y orden?	☒			
12 ¿Consulta usted los canales de información habilitados por la entidad, facebook, Twither, pagina web?		☒		
13 ¿Recomendaria los servicios del Hospital a sus familiares o conocidos?	DEFINITIVAMENTE SI	PROBABLEMENTE SI	PROBABLEMENTE NO	DEFINITIVAMENTE NO
		☒		NO RESPONDE
14 En general, ¿Cómo califica su experiencia respecto a la prestación de los servicios de salud en el Hospital Regional de II Nivel de San Marcos?	MUY BUENA	BUENA	REGULAR	MALA
			☒	MUY MALA
				NS

ESPACIO EXCLUSIVO PARA PACIENTES EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA

1	¿Tuvo inconveniente para obtener la cita?				
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?				
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

las enfermeras de turno fueron muy groseros y dijeron palabros despectivos. Sobre mi y mi hijo.

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



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: **Hosp. Maternidad** FECHA DE DILIGENCIAMIENTO

09 M 11 A 2023

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE COMPLETO

Anyis Valentina Núñez Ruiz

No. IDENTIFICACION

1104434060

EDAD

26

DIRECCIÓN

Surco

TELEFONO

3216818904

CORREO ELECTRONICO

EPS

Cosalud

GRUPO ETNICO

PROCEDENCIA

RURAL URBANA

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

	PREGUNTA	RESPUESTA			
		SI	NO	NS/NR	N/A
1	¿ Esta satisfecho con el tiempo que tuvo que esperar para ser atendido ?	X			
2	¿ Usted considera que el trato recibido por el personal del servicio fue el adecuado ?	X			
3	¿ Le dieron explicación clara de su enfermedad tratamiento y cuidados ?	X			
4	¿ En caso que le hayan ordenado medicamentos le dieron recomendaciones para su administración ?	X			
5	¿ En caso que le hayan ordenado exámenes le explicaron las recomendaciones para su realización ?	X			
6	¿ El profesional que lo atendió le 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
			X		
14	En general, ¿Cómo califica su experiencia respecto a la prestación de los servicios de salud en el Hospital Regional de II Nivel de San Marcos ?	MUY BUENA	BUENA	REGULAR	MALA
			X		
				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 ?				
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

... y 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: Hosp. N. Intera. FECHA DE DILIGENCIAMIENTO D 12 M 11 A 2023.

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE COMPLETO	<u>Diana Luz Conteras Avendaño.</u>		
No. IDENTIFICACION	<u>34947 698.</u>	EDAD	<u>44</u>
DIRECCIÓN	<u>B. Fernan Fortich.</u>	TELEFONO	<u>3127738347</u>
CORREO ELECTRONICO		EPS	<u>F. Colombia</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 ?	☒			
2	¿ Usted considera que el trato recibido por el personal del servicio fue el adecuado ?	☒			
3	¿ Le dieron explicación clara de su enfermedad tratamiento y cuidados ?	☒			
4	¿ En caso que le hayan ordenado medicamentos le dieron recomendaciones para su administración ?	☒			
5	¿ En caso que le hayan ordenado exámenes le explicaron las recomendaciones para su realización ?	☒			
6	¿ El profesional que lo atendió le 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 ?	☒			
9	¿ Si respondió si a la anterior pregunta, ¿ los derechos y deberes fueron explicados adecuadamente ?	☒			
10	¿ Le informaron acerca de dónde dirigirse para colocar una petición, queja, reclamo, felicitación ect. ?	☒			
11	¿ El área donde fue atendido, presentaba condiciones adecuadas de limpieza y orden ?	☒			
12	¿ Consulta usted los canales de información habilitados por la entidad, facebook, Twither, pagina web		☒		
13	¿ Recomendaria los servicios del Hospital a sus familiares o conocidos?	DEFINITIVAMENTE SI	PROBABLEMENTE SI	PROBABLEMENTE NO	DEFINITIVAMENTE NO
14	En general, ¿Cómo califica su experiencia respecto a la prestación de los servicios de salud en el Hospital Regional de II Nivel de San Marcos ?	MUY BUENA	BUENA	REGULAR	MALA
					MUY MALA
					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 ?				
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

Se enciende 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: **HOSP. Pediatría** FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: **D 13 M 11 A 2023**

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE COMPLETO	Thiago Corderas Tovar (Andrea Tovar) mamá
No. IDENTIFICACION	1104443421
DIRECCIÓN	Palo Alto.
CORREO ELECTRONICO	
GRUPO ETNICO	
EDAD	10 meses
TELEFONO	3232996137
EPS	Nueva Eps
PROCEDENCIA	RURAL URBANA

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

PREGUNTA	RESPUESTA			
	SI	NO	NS/NR	N/A
1 ¿Esta satisfecho con el tiempo que tuvo que esperar para ser atendido?	X			
2 ¿Usted considera que el trato recibido por el personal del servicio fue el adecuado?	X			
3 ¿Le dieron explicación clara de su enfermedad tratamiento y cuidados?	X			
4 ¿En caso que le hayan ordenado medicamentos le dieron recomendaciones para su administración?	X			
5 ¿En caso que le hayan ordenado exámenes le explicaron las recomendaciones para su realización?	X			
6 ¿El profesional que lo atendió le 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
		X		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
		X		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? | | | | |
| 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