



**FORMATO DE CARACTERIZACIÓN Y ENCUESTA DE SATISFACCIÓN AL USUARIO**

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

ENCUESTA DEL SERVICIO DE: Pediatría FECHA DE DILIGENCIAMIENTO D 14 M 09 A 2023

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

|                    |                                      |             |              |
|--------------------|--------------------------------------|-------------|--------------|
| NOMBRE COMPLETO    | Shimon Diaz Meta Viviana Pamela Meta |             |              |
| No. IDENTIFICACION | 1-030-245-976                        | EDAD        | 10           |
| DIRECCIÓN          | Barrio Campo Nuevo.                  | TELEFONO    | 3218889749   |
| CORREO ELECTRONICO |                                      | EPS         | Mutual Ser   |
| GRUPO ETNICO       | indigena                             | PROCEDENCIA | RURAL URBANA |

ENCUESTA (Marque con una X dependiendo de 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 | NO RESPONDE |    |
|   | X                  |                  |                  |                    |             |    |
| 14 En general, ¿Cómo califica su experiencia respecto a la prestación de los servicios de salud en el Hospital Regional de II Nivel de San Marcos ? | MUY BUENA          | BUENA            | REGULAR          | MALA               | MUY MALA    | NS |
|   | X                  |                  |                  |                    |             |    |

ESPACIO EXCLUSIVO PARA PACIENTES EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA

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

ESPACIO EXCLUSIVO PARA PACIENTES EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN

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

Utilice este espacio para sugerencias ó 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 !



**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 13 M09 A 2023

**IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO**

|                    |                                       |             |                     |
|--------------------|---------------------------------------|-------------|---------------------|
| NOMBRE COMPLETO    | <u>Vikel David Vergara Miles Bado</u> |             |                     |
| No. IDENTIFICACION | <u>1104438759</u>                     | EDAD        | <u>5 años</u>       |
| DIRECCIÓN          | <u>B. Fernanflichu</u>                | TELEFONO    | <u>3001412379</u>   |
| CORREO ELECTRONICO |                                       | EPS         | <u>(4)4 (0)PI</u>   |
| GRUPO ETNICO       |                                       | PROCEDENCIA | <u>RURAL URBANA</u> |

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

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

**ESPACIO EXCLUSIVO PARA PACIENTES EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA**

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

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

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

Utilice este espacio para sugerencias o comentario

**RENDICION DE CUENTAS ( Marque con una x )**

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

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



**FORMATO DE CARACTERIZACIÓN Y ENCUESTA DE SATISFACCIÓN AL USUARIO**

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

ENCUESTA DEL SERVICIO DE: Pediatría FECHA DE DILIGENCIAMIENTO D 14 M 09 A 2023  
IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO Tania Marquez Bohorquez

|                    |   |             |                     |
|--------------------|---|-------------|---------------------|
| NOMBRE COMPLETO    | <u>Valentina Isabel Marquez Bohorquez</u> |             |                     |
| No. IDENTIFICACION | <u>1145725438</u>                         | EDAD        | <u>13</u>           |
| DIRECCIÓN          | <u>Fernan Fortich</u>                     | TELEFONO    | <u>3143745184</u>   |
| CORREO ELECTRONICO |   | EPS         | <u>Natural Ser</u>  |
| GRUPO ETNICO       |   | PROCEDENCIA | <u>RURAL URBANA</u> |

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

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

**ESPACIO EXCLUSIVO PARA PACIENTES EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA**

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

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

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

Utilice este espacio para sugerencias ó comentario

**RENDICION DE CUENTAS ( Marque con una x )**

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

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



**FORMATO DE CARACTERIZACIÓN Y ENCUESTA DE SATISFACCIÓN AL USUARIO**

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

ENCUESTA DEL SERVICIO DE: Ecosgrafía FECHA DE DILIGENCIAMIENTO DOS 09 A 2023

**IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO**

|                    |                                    |             |                     |
|--------------------|------------------------------------|-------------|---------------------|
| NOMBRE COMPLETO    | <u>Grenis Viliana Tejeda Ozuna</u> |             |                     |
| No. IDENTIFICACION | <u>1104418499</u>                  | EDAD        | <u>15</u>           |
| DIRECCIÓN          | <u>El Jimon</u>                    | TELEFONO    | <u>8237590278</u>   |
| CORREO ELECTRONICO | <u>grenistejada@hotmail.com</u>    | EPS         | <u>Cosmosalud</u>   |
| GRUPO ETNICO       |                                    | PROCEDENCIA | <u>RURAL URBANA</u> |

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

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

**ESPACIO EXCLUSIVO PARA PACIENTES EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA**

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

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

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

Utilice este espacio para sugerencias ó 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 05M 09 A 2023*

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

|                    |                                |             |                     |
|--------------------|--------------------------------|-------------|---------------------|
| NOMBRE COMPLETO    | <i>Elizabeth Toro Torres</i>   |             |                     |
| No. IDENTIFICACION | <i>1097 095 633</i>            | EDAD        | <i>17</i>           |
| DIRECCIÓN          | <i>Barrio San Carlos</i>       | TELEFONO    | <i>3234246098</i>   |
| CORREO ELECTRONICO | <i>Elizabeth1525@gmail.com</i> | EPS         | <i>Coosalyd</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 ?  | <input checked="" type="checkbox"/> |                                     |                  |                    |             |
| 2 ¿ Usted considera que el trato recibido por el personal del servicio fue el adecuado ?  | <input checked="" type="checkbox"/> |                                     |                  |                    |             |
| 3 ¿ Le dieron explicación clara de su enfermedad tratamiento y cuidados ?   | <input checked="" type="checkbox"/> |                                     |                  |                    |             |
| 4 ¿ En caso que le hayan ordenado medicamentos le dieron recomendaciones para su administración ?   | <input checked="" type="checkbox"/> |                                     |                  |                    |             |
| 5 ¿ En caso que le hayan ordenado exámenes le explicaron las recomendaciones para su realización ?  | <input checked="" type="checkbox"/> |                                     |                  |                    |             |
| 6 ¿ El profesional que lo atendió le pregunto sobre las dudas respecto a su enfermedad ?  | <input checked="" type="checkbox"/> |                                     |                  |                    |             |
| 7 ¿ Considera que lo atendieron en condiciones de privacidad ?  | <input checked="" type="checkbox"/> |                                     |                  |                    |             |
| 8 ¿ Alguien en el servicio le hablo acerca de los derechos y deberes que tiene como usuario ?   | <input checked="" type="checkbox"/> |                                     |                  |                    |             |
| 9 ¿ Si respondió si a la anterior pregunta, ¿ los derechos y deberes fueron explicados adecuadamente ?  | <input checked="" type="checkbox"/> |                                     |                  |                    |             |
| 10 ¿ Le informaron acerca de dónde dirigirse para colocar una petición, queja, reclamo, felicitación ect. ?   | <input checked="" type="checkbox"/> |                                     |                  |                    |             |
| 11 ¿ El área donde fue atendido, presentaba condiciones adecuadas de limpieza y orden ?   | <input checked="" type="checkbox"/> |                                     |                  |                    |             |
| 12 ¿ Consulta usted los canales de información habilitados por la entidad, facebook, Twither, pagina web  |                                     | <input checked="" type="checkbox"/> |                  |                    |             |
| 13 ¿ Recomendaría los servicios del Hospital a sus familiares o conocidos?  | DEFINITIVAMENTE SI                  | PROBABLEMENTE SI                    | PROBABLEMENTE NO | DEFINITIVAMENTE NO | NO RESPONDE |
| 14 En general, ¿Cómo califica su experiencia respecto a la prestación de los servicios de salud en el Hospital Regional de II Nivel de San Marcos ? | <input checked="" type="checkbox"/> |                                     |                  |                    |             |

ESPACIO EXCLUSIVO PARA PACIENTES EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA

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

ESPACIO EXCLUSIVO PARA PACIENTES EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN

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

Utilice este espacio para sugerencias o comentario

RENDICION DE CUENTAS ( Marque con una x )

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

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



**FORMATO DE CARACTERIZACIÓN Y ENCUESTA DE SATISFACCIÓN AL USUARIO**

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 08 M 09 A 2023*

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

|                    |                                    |             |  |
|--------------------|------------------------------------|-------------|--|
| NOMBRE COMPLETO    | <i>Ormania Maria Medina Leguio</i> |             |  |
| No. IDENTIFICACION | <i>1005 680 060</i>                | EDAD        | <i>29</i>  |
| DIRECCIÓN          | <i>B/ Vista</i>                    | TELEFONO    | <i>3215936782</i>                                |
| CORREO ELECTRONICO |                                    | EPS         | <i>NEP</i>                                       |
| GRUPO ETNICO       |                                    | PROCEDENCIA | RURAL <input checked="" type="checkbox"/> URBANA |

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

| PREGUNTA  | RESPUESTA            |                  |                  |                                |
|---|----------------------|------------------|------------------|--------------------------------|
|   | SI                   | NO               | NS/NR            | N/A                            |
| 1 ¿ Esta satisfecho con el tiempo que tuvo que esperar para ser atendido ?  |                      | X                |                  |                                |
| 2 ¿ Usted considera que el trato recibido por el personal del servicio fue el adecuado ?  | ✓                    |                  |                  |                                |
| 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 ?  |                      | X                |                  |                                |
| 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 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  |                      | X                |                  |                                |
| 13 ¿ Recomendaría los servicios del Hospital a sus familiares o conocidos?  | DEFINITIVAMENTE SI ✓ | PROBABLEMENTE SI | PROBABLEMENTE NO | DEFINITIVAMENTE NO NO RESPONDE |
| 14 En general, ¿Cómo califica su experiencia respecto a la prestación de los servicios de salud en el Hospital Regional de II Nivel de San Marcos ? | MUY BUENA            | BUENA ✓          | REGULAR          | MALA MUY MALA NS               |
| <b>ESPACIO EXCLUSIVO PARA PACIENTES EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA</b>  |                      |                  |                  |                                |
| 1 ¿ Tuvo inconveniente para obtener la cita ?   |                      | ✓                |                  |                                |
| 2 ¿ Considera que los mecanismos para la asignación son los adecuados?  | ✓                    |                  |                  |                                |
| <b>ESPACIO EXCLUSIVO PARA PACIENTES EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN</b>   |                      |                  |                  |                                |
| 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 ó 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: Cerejas FECHA DE DILIGENCIAMIENTO D 05 M 09 A 2023

## IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

|                    |                            |             |                     |
|--------------------|----------------------------|-------------|---------------------|
| NOMBRE COMPLETO    | <u>Angel Campo Estrada</u> |             |                     |
| No. IDENTIFICACION | <u>10-883 17-5</u>         | EDAD        | <u>49</u>           |
| DIRECCIÓN          | <u>San Jose</u>            | TELEFONO    | <u>320840270</u>    |
| CORREO ELECTRONICO |                            | EPS         | <u>COG SOLVD.</u>   |
| GRUPO ETNICO       |                            | PROCEDENCIA | <u>RURAL URBANA</u> |

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

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

## ESPACIO EXCLUSIVO PARA PACIENTES EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA

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

## ESPACIO EXCLUSIVO PARA PACIENTES EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN

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

Utilice este espacio para sugerencias o comentario

## RENDICION DE CUENTAS ( Marque con una x )

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

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



**FORMATO DE CARACTERIZACIÓN Y ENCUESTA DE SATISFACCIÓN AL USUARIO**

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

ENCUESTA DEL SERVICIO DE: *Cirujía* FECHA DE DILIGENCIAMIENTO *D 05 M 09 A 2023*

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

|                    |                              |             |                     |
|--------------------|------------------------------|-------------|---------------------|
| NOMBRE COMPLETO    | <i>Helissa Buelvas Tafur</i> |             |                     |
| No. IDENTIFICACION | <i>34970832</i>              | EDAD        | <i>39 años</i>      |
| DIRECCIÓN          | <i>B Puerto Lopez</i>        | TELEFONO    | <i>322 5603704</i>  |
| CORREO ELECTRONICO |                              | EPS         | <i>COO Salud</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 ?  | <input checked="" type="checkbox"/> |                                     |                  |                    |             |    |
| 2 ¿ Usted considera que el trato recibido por el personal del servicio fue el adecuado ?  | <input checked="" type="checkbox"/> |                                     |                  |                    |             |    |
| 3 ¿ Le dieron explicación clara de su enfermedad tratamiento y cuidados ?   | <input checked="" type="checkbox"/> |                                     |                  |                    |             |    |
| 4 ¿ En caso que le hayan ordenado medicamentos le dieron recomendaciones para su administración ?   | <input checked="" type="checkbox"/> |                                     |                  |                    |             |    |
| 5 ¿ En caso que le hayan ordenado exámenes le explicaron las recomendaciones para su realización ?  | <input checked="" type="checkbox"/> |                                     |                  |                    |             |    |
| 6 ¿ El profesional que lo atendió le pregunto sobre las dudas respecto a su enfermedad ?  | <input checked="" type="checkbox"/> |                                     |                  |                    |             |    |
| 7 ¿ Considera que lo atendieron en condiciones de privacidad ?  | <input checked="" type="checkbox"/> |                                     |                  |                    |             |    |
| 8 ¿ Alguien en el servicio le hablo acerca de los derechos y deberes que tiene como usuario?  | <input checked="" type="checkbox"/> |                                     |                  |                    |             |    |
| 9 ¿ Si respondio si a la anterior pregunta, ¿ los derechos y deberes fueron explicados adecuadamente  | <input checked="" type="checkbox"/> |                                     |                  |                    |             |    |
| 10 ¿ Le informaron acerca de donde dirigirse para colocar una petición, queja, reclamo, felicitación ect. ?   | <input checked="" type="checkbox"/> |                                     |                  |                    |             |    |
| 11 ¿ El área donde fue atendido, presentaba condiciones adecuadas de limpieza y orden ?   | <input checked="" type="checkbox"/> |                                     |                  |                    |             |    |
| 12 ¿ Consulta usted los canales de información habilitados por la entidad, facebook, Twitter, pagina web  |                                     | <input checked="" type="checkbox"/> |                  |                    |             |    |
| 13 ¿ Recomendarla los servicios del Hospital a sus familiares o conocidos?  | DEFINITIVAMENTE SI                  | PROBABLEMENTE SI                    | PROBABLEMENTE NO | DEFINITIVAMENTE NO | NO RESPONDE |    |
|   | <input checked="" type="checkbox"/> |                                     |                  |                    |             |    |
| 14 En general, ¿Cómo califica su experiencia respecto a la prestación de los servicios de salud en el Hospital Regional de II Nivel de San Marcos ? | MUY BUENA                           | BUENA                               | REGULAR          | MALA               | MUY MALA    | NS |
|   | <input checked="" type="checkbox"/> |                                     |                  |                    |             |    |

ESPACIO EXCLUSIVO PARA PACIENTES EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA

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

ESPACIO EXCLUSIVO PARA PACIENTES EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN

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

Utilice este espacio para sugerencias o comentario

RENDICION DE CUENTAS ( Marque con una x )

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

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





**FORMATO DE CARACTERIZACIÓN Y ENCUESTA DE SATISFACCIÓN AL USUARIO**

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

ENCUESTA DEL SERVICIO DE: Cerejano FECHA DE DILIGENCIAMIENTO D 19 M 09 A 2023

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE COMPLETO y Padya buviria Davila

No. IDENTIFICACION 52 820419 EDAD 42

DIRECCIÓN Belen TELEFONO 3116580815

CORREO ELECTRONICO \_\_\_\_\_ EPS mutual

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 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?<br>DEFINITIVAMENTE SI   PROBABLEMENTE SI   PROBABLEMENTE NO   DEFINITIVAMENTE NO   NO RESPONDE                                 | X         |    |       |     |
| 14 En general, ¿Cómo califica su experiencia respecto a la prestación de los servicios de salud en el Hospital Regional de II Nivel de San Marcos ?<br>MUY BUENA   BUENA   REGULAR   MALA   MUY MALA   NS |           | X  |       |     |

**ESPACIO EXCLUSIVO PARA PACIENTES EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA**

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

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

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

Utilice este espacio para sugerencias o comentario

**RENDICION DE CUENTAS ( Marque con una x )**

| ¿ Que información considera usted 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 ccnstruir 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 14 M 09 A 2023

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

|                    |                               |             |   |
|--------------------|-------------------------------|-------------|---|
| NOMBRE COMPLETO    | <u>Leonora Perez Castillo</u> |             |   |
| No. IDENTIFICACION | <u>64698418</u>               | EDAD        | <u>41 años</u>  |
| DIRECCIÓN          | <u>Barrido Juan Fortale</u>   |             |   |
| CORREO ELECTRONICO |                               | TELEFONO    | <u>3128714797</u>   |
| GRUPO ETNICO       |                               | EPS         | <u>MSE</u>  |
|                    |                               | PROCEDENCIA | RURAL <input type="checkbox"/> URBANA <input checked="" type="checkbox"/> |

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

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

ESPACIO EXCLUSIVO PARA PACIENTES EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA

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

ESPACIO EXCLUSIVO PARA PACIENTES EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN

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

Utilice este espacio para sugerencias o comentario

RENDICION DE CUENTAS ( Marque con una x )

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

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



**FORMATO DE CARACTERIZACIÓN Y ENCUESTA DE SATISFACCIÓN AL USUARIO**

**VIGENCIA**  
30/11/2021

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

ENCUESTA DEL SERVICIO DE: *Ginecología* FECHA DE DILIGENCIAMIENTO *D 14 M 09 A 2023*

**IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO**

|                    |                                      |             |                     |
|--------------------|--------------------------------------|-------------|---------------------|
| NOMBRE COMPLETO    | <i>ERINA MARGOTH FLOREZ MORTINER</i> |             |                     |
| No. IDENTIFICACION | <i>11001430962</i>                   | EDAD        | <i>27</i>           |
| DIRECCIÓN          | <i>Parmarasa</i>                     | TELEFONO    | <i>3205094171</i>   |
| CORREO ELECTRONICO |                                      | EPS         | <i>COOSULOTM</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 | 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? | X                  |                  |                  |                    |             |

**ESPACIO EXCLUSIVO PARA PACIENTES EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA**

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

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

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

Utilice este espacio para sugerencias o comentario

**RENDICION DE CUENTAS ( Marque con una x )**

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

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



**FORMATO DE CARACTERIZACIÓN Y ENCUESTA DE SATISFACCIÓN AL USUARIO**

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

ENCUESTA DEL SERVICIO DE: Gerología FECHA DE DILIGENCIAMIENTO D 14 M 09 A 2023

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

|                    |                            |             |                     |
|--------------------|----------------------------|-------------|---------------------|
| NOMBRE COMPLETO    | <u>Liliana Joraba Lobo</u> |             |                     |
| No. IDENTIFICACION | <u>34949477</u>            | EDAD        | <u>47</u>           |
| DIRECCIÓN          | <u>✓. 4 Bocas</u>          | TELEFONO    | <u>3126350734</u>   |
| CORREO ELECTRONICO |                            | EPS         | <u>Coosud</u>       |
| GRUPO ETNICO       |                            | PROCEDENCIA | <u>RURAL</u> URBANA |

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

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

Utilice este espacio para sugerencias o comentario

**RENDICION DE CUENTAS ( Marque con una x )**

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

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



**FORMATO DE CARACTERIZACIÓN Y ENCUESTA DE SATISFACCIÓN AL USUARIO**

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

ENCUESTA DEL SERVICIO DE: *H. Interna* FECHA DE DILIGENCIAMIENTO *D 12 M 09 A 2023*

**IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO**

|                    |   |             |                     |
|--------------------|---|-------------|---------------------|
| NOMBRE COMPLETO    | <i>Francilisa Moreno Pateriva Balkfen</i> |             |                     |
| No. IDENTIFICACION | <i>26072436</i>                           | EDAD        | <i>78 años</i>      |
| DIRECCIÓN          | <i>B. San Francisco</i>                   | TELEFONO    | <i>3122679310</i>   |
| CORREO ELECTRONICO |   | EPS         | <i>Coosalud</i>     |
| GRUPO ETNICO       |   | PROCEDENCIA | <i>RURAL URBANA</i> |

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

| PREGUNTA  | RESPUESTA |    |       |     |
|---|-----------|----|-------|-----|
|   | SI        | NO | NS/NR | N/A |
| 1 ¿ Esta satisfecho con el tiempo que tuvo que esperar para ser atendido ?                                  | X         |    |       |     |
| 2 ¿ Usted considera que el trato recibido por el personal del servicio fue el adecuado ?                    | X         |    |       |     |
| 3 ¿ Le dieron explicación clara de su enfermedad tratamiento y cuidados ?                                   | X         |    |       |     |
| 4 ¿ En caso que le hayan ordenado medicamentos le dieron recomendaciones para su administración ?           | X         |    |       |     |
| 5 ¿ En caso que le hayan ordenado exámenes le explicaron las recomendaciones para su realización ?          | X         |    |       |     |
| 6 ¿ El profesional que lo atendio le pregunto sobre las dudas respecto a su enfermedad ?                    | X         |    |       |     |
| 7 ¿ Considera que lo atendieron en condiciones de privacidad ?  | X         |    |       |     |
| 8 ¿ Alguien en el servicio le hablo acerca de los derechos y deberes que tiene como usuario ?               | X         |    |       |     |
| 9 ¿ Si 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, Twitther, pagina web   |           | X  |       |     |

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

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

**ESPACIO EXCLUSIVO PARA PACIENTES EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA**

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

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

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

Utilice este espacio para sugerencias ó comentario

**RENDICION DE CUENTAS ( Marque con una x )**

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

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



**FORMATO DE CARACTERIZACIÓN Y ENCUESTA DE SATISFACCIÓN AL USUARIO**

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

ENCUESTA DEL SERVICIO DE: *M. Inteva* FECHA DE DILIGENCIAMIENTO *D 12 M 09 A 2023*

**IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO**

|                    |                          |             |                     |
|--------------------|--------------------------|-------------|---------------------|
| NOMBRE COMPLETO    | <i>Ejary Luz Alvaroz</i> |             |                     |
| No. IDENTIFICACION | <i>26028270</i>          | EDAD        | <i>66</i>           |
| DIRECCIÓN          | <i>San Francisco</i>     | TELEFONO    | <i>322 6691732</i>  |
| CORREO ELECTRONICO |                          | EPS         | <i>M&amp;W</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 ?  | <input checked="" type="checkbox"/> |                                     |                  |                    |             |          |    |
| 2 ¿ Usted considera que el trato recibido por el personal del servicio fue el adecuado ?  | <input checked="" type="checkbox"/> |                                     |                  |                    |             |          |    |
| 3 ¿ Le dieron explicación clara de su enfermedad tratamiento y cuidados ?   | <input checked="" type="checkbox"/> |                                     |                  |                    |             |          |    |
| 4 ¿ En caso que le hayan ordenado medicamentos le dieron recomendaciones para su administración ?   | <input checked="" type="checkbox"/> |                                     |                  |                    |             |          |    |
| 5 ¿ En caso que le hayan ordenado exámenes le explicaron las recomendaciones para su realización ?  | <input checked="" type="checkbox"/> |                                     |                  |                    |             |          |    |
| 6 ¿ El profesional que lo atendio le pregunto sobre las dudas respecto a su enfermedad ?  | <input checked="" type="checkbox"/> |                                     |                  |                    |             |          |    |
| 7 ¿ Considera que lo atendieron en condiciones de privacidad ?  | <input checked="" type="checkbox"/> |                                     |                  |                    |             |          |    |
| 8 ¿ Alguien en el servicio le hablo acerca de los derechos y deberes que tiene como usuario ?   | <input checked="" type="checkbox"/> |                                     |                  |                    |             |          |    |
| 9 ¿ Si respondió si a la anterior pregunta, ¿ los derechos y deberes fueron explicados adecuadamente  | <input checked="" type="checkbox"/> |                                     |                  |                    |             |          |    |
| 10 ¿ Le informaron acerca de donde dirigirse para colocar una petición, queja, reclamo, felicitación ect. ?   | <input checked="" type="checkbox"/> |                                     |                  |                    |             |          |    |
| 11 ¿ El área donde fue atendido, presentaba condiciones adecuadas de limpieza y orden ?   | <input checked="" type="checkbox"/> |                                     |                  |                    |             |          |    |
| 12 ¿ Consulta usted los canales de información habilitados por la entidad, facebook, Twither, pagina web  |                                     | <input checked="" type="checkbox"/> |                  |                    |             |          |    |
| 13 ¿ Recomendaría los servicios del Hospital a sus familiares o conocidos?  | DEFINITIVAMENTE SI                  | PROBABLEMENTE SI                    | PROBABLEMENTE NO | DEFINITIVAMENTE NO | NO RESPONDE |          |    |
| 14 En general, ¿Cómo califica su experiencia respecto a la prestación de los servicios de salud en el Hospital Regional de II Nivel de San Marcos ? |                                     | MUY BUENA                           | BUENA            | REGULAR            | MALA        | MUY MALA | NS |

**ESPACIO EXCLUSIVO PARA PACIENTES EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA**

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

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

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

Utilice este espacio para sugerencias ó comentario

**RENDICION DE CUENTAS ( Marque con una x )**

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

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



**FORMATO DE CARACTERIZACIÓN Y ENCUESTA DE SATISFACCIÓN AL USUARIO**

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

ENCUESTA DEL SERVICIO DE: *M. Jntna* FECHA DE DILIGENCIAMIENTO *D 12 M 09 A 2023*

**IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO**

|                    |  |             |                      |
|--------------------|--|-------------|----------------------|
| NOMBRE COMPLETO    | <i>Maritza del Carmen Navarro Palencia</i> |             |                      |
| No. IDENTIFICACION | <i>33174933</i>                            | EDAD        | <i>69</i>            |
| DIRECCIÓN          | <i>La Guaypa - Sucre Sucre</i>             | TELEFONO    | <i>311 420 06316</i> |
| CORREO ELECTRONICO |  | EPS         | <i>F Colombia</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 ?  | <input checked="" type="checkbox"/> |                                     |                                     |                    |             |    |
| 2 ¿ Usted considera que el trato recibido por el personal del servicio fue el adecuado ?  | <input checked="" type="checkbox"/> |                                     |                                     |                    |             |    |
| 3 ¿ Le dieron explicación clara de su enfermedad tratamiento y cuidados ?   | <input checked="" type="checkbox"/> |                                     |                                     |                    |             |    |
| 4 ¿ En caso que le hayan ordenado medicamentos le dieron recomendaciones para su administración ?   | <input checked="" type="checkbox"/> |                                     |                                     |                    |             |    |
| 5 ¿ En caso que le hayan ordenado exámenes le explicaron las recomendaciones para su realización ?  | <input checked="" type="checkbox"/> |                                     |                                     |                    |             |    |
| 6 ¿ El profesional que lo atendió le pregunto sobre las dudas respecto a su enfermedad ?  | <input checked="" type="checkbox"/> |                                     |                                     |                    |             |    |
| 7 ¿ Considera que lo atendieron en condiciones de privacidad ?  | <input checked="" type="checkbox"/> |                                     |                                     |                    |             |    |
| 8 ¿ Alguien en el servicio le hablo acerca de los derechos y deberes que tiene como usuario ?   | <input checked="" type="checkbox"/> |                                     |                                     |                    |             |    |
| 9 ¿ Si respondió si a la anterior pregunta, ¿ los derechos y deberes fueron explicados adecuadamente  | <input checked="" type="checkbox"/> |                                     |                                     |                    |             |    |
| 10 ¿ Le informaron acerca de dónde dirigirse para colocar una petición, queja, reclamo, felicitación ect. ?   | <input checked="" type="checkbox"/> |                                     |                                     |                    |             |    |
| 11 ¿ El área donde fue atendido, presentaba condiciones adecuadas de limpieza y orden ?   | <input checked="" type="checkbox"/> |                                     |                                     |                    |             |    |
| 12 ¿ Consulta usted los canales de información habilitados por la entidad, facebook, Twither, pagina web  |                                     | <input checked="" type="checkbox"/> |                                     |                    |             |    |
| 13 ¿ Recomendarla los servicios del Hospital a sus familiares o conocidos?  | DEFINITIVAMENTE SI                  | PROBABLEMENTE SI                    | PROBABLEMENTE NO                    | DEFINITIVAMENTE NO | NO RESPONDE |    |
| 14 En general, ¿Cómo califica su experiencia respecto a la prestación de los servicios de salud en el Hospital Regional de II Nivel de San Marcos ? | MUY BUENA                           | BUENA                               | REGULAR                             | MALA               | MUY MALA    | NS |
| <b>ESPACIO EXCLUSIVO PARA PACIENTES EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA</b>  |                                     |                                     |                                     |                    |             |    |
| 1 ¿ Tuvo inconveniente para obtener la cita ?   |                                     |                                     | <input checked="" type="checkbox"/> |                    |             |    |
| 2 ¿ Considera que los mecanismos para la asignación son los adecuados?  |                                     | <input checked="" type="checkbox"/> |                                     |                    |             |    |
| <b>ESPACIO EXCLUSIVO PARA PACIENTES EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN</b>   |                                     |                                     |                                     |                    |             |    |
| 1 Si le administraron medicamentos, ¿Le informaron acerca de la aplicación de estos ?   |                                     |                                     |                                     |                    |             |    |
| 2 Si le realizaron exámenes o procedimientos, ¿ le fueron explicados?   |                                     |                                     |                                     |                    |             |    |
| 3 ¿ Le informaron sobre el horario de visitas ?   |                                     |                                     |                                     |                    |             |    |
| 4 ¿ le informaron sobre la custodia de sus pertenencias ?   |                                     |                                     |                                     |                    |             |    |

Utilice este espacio para sugerencias o comentario

**RENDICION DE CUENTAS ( Marque con una x )**

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

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



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

VERSION 3

**FORMATO DE CARACTERIZACIÓN Y ENCUESTA DE SATISFACCIÓN AL USUARIO**

VIGENCIA

30/11/2021

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

ENCUESTA DEL SERVICIO DE: *M. Interno* FECHA DE DILIGENCIAMIENTO *D 14 M 09 A 2023*

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

|                    |  |             |                     |
|--------------------|--|-------------|---------------------|
| NOMBRE COMPLETO    | <i>Camilo Arias Oviedo Gabriel Arias</i> |             |                     |
| No. IDENTIFICACION | <i>-395577</i>                           | EDAD        | <i>75</i>           |
| DIRECCIÓN          | <i>V. Candelaria</i>                     | TELEFONO    | <i>311 3650874</i>  |
| CORREO ELECTRONICO |  | EPS         | <i>Mutual</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 | NO RESPONDE |    |
|   | <i>X</i>           |                  |                  |                    |             |    |
| 14 En general, ¿Cómo califica su experiencia respecto a la prestación de los servicios de salud en el Hospital Regional de II Nivel de San Marcos ? | MUY BUENA          | BUENA            | REGULAR          | MALA               | MUY MALA    | NS |
|   |                    | <i>X</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 !