

	ENCUESTA DE SATISFACCIÓN AL USUARIO		Fecha de aprobación: 13-05-2022						
			Código: FT-SIAU-01						
	ESE FABIO JARAMILLO LONDOÑO		Versión: 4						
IPS:		FECHA		AÑO	MES	DIA			
EPS:									
Género: Masculino ___ Femenino: ___ Transgénero: ___									
Régimen: Subsidiado ___ Contributivo ___ Especial ___ N/A ___									
Enfoque diferencial: Desplazado ___ Desmovilizado ___ Afro ___ Room ___ Indígena ___ Ninguno ___									
Presenta algún tipo de discapacidad: Si ___ No ___									
Indique el Servicio al cual asistió: (marque con una X)									
Medicina		Urgencias		Hospitalización		Remisión Ambulancia			
Odontología		Vacunacion		Citología		Programa de PyP	Cuál?: _____		
Laboratorio		Atencion del parto		Facturación		Otro	Cuál?: _____		
PRESTACIÓN DE SERVICIO:									
1. El servicio prestado fue:		Excelente	☐	Bueno	☐	Regular	☐	Deficiente	☐
2. El trato recibido por el personal que lo atendió le pareció:		Excelente	☐	Bueno	☐	Regular	☐	Deficiente	☐
3. Su atencion en este servicio fue oportuno: SI ___ NO ___									
4. La informacion que usted recibio fue clara y suficiente: SI ___ NO ___ Si la respuesta es negativa dejanos tus inquietudes									
5. Qué tiempo transcurrio entre la solicitud del servicio y la atención: El mismo día ___ De uno a tres días ___ Mas de tres días ___									
6. Fue atendido a la hora de la cita asignada?: SI ___ NO ___ N/A ___									
INSTALACIONES:									
7. Cómo califica el estado del aseo de las instalaciones de la IPS? Bueno ___ Regular ___ Deficiente ___									
EXPERIENCIA EN LA ATENCIÓN									
8. Cómo calificaría su experiencia global respecto a los servicios de salud que ha recibido a través de su IPS?									
Muy Buena ___ Buena ___ Regular ___ Mala ___ Muy mala ___									
9. ¿Recomendaría a sus familiares y amigos esta IPS?									
Definitivamente si ___ Probablemente si ___ Definitivamente no ___ Probablemente no ___									
¿Qué nos recomienda para mejorar nuestro servicio?:									
Nombre del Usuario:				Firma del Usuario:					
N° Documento:				Teléfono:					