

Fecha: _____
 Servicio: Salud Mental Feria del Cuidado

Por favor marque con una equis (X) la respuesta que usted considera que refleja su percepción sobre el servicio prestado por el Hospital

EPS a la que se encuentra afiliado:

Savia Salud Medimás Nueva EPS

Ecoopsos F.M.P. Oira Cuál? _____

PREGUNTAS	Muy buena	Buena	Regular	Mala	Muy Mala	No Responde
La atención recibida por el personal al ingreso de la institución.	X					
El tiempo para la asignación de su cita.		X				
Tiempo de espera para que fuera atendido por el profesional de la salud		X				
Trato recibido por el personal que lo atendió.	X					
La explicación que recibió sobre su enfermedad o procedimiento a realizar.	X					
El aseo de la institución.	X					
Privacidad cuando fue atendido, o cuando le hablaron de su enfermedad.	X					
Satisfacción con el servicio recibido.	X					
Facilidad en los trámites de la institución	X					
¿Cómo calificaría su experiencia global respecto a los servicios de salud que ha recibido en la ESE Hospital de La Ceja?	X					

¿Recomendaría a sus familiares y amigos la ESE Hospital de La Ceja?

Definitivamente SI Probablemente SI Definitivamente NO Probablemente NO

No Responde

Aspectos destacados de la prestación del servicio	SI	NO	No aplica
¿Por su condición tuvo preferencia en su atención? (Embarazadas, mayores de 60, menor de 5 años, discapacitado)	X		
Conoce los deberes y derechos del usuario		X	

¿Desea hacer alguna sugerencia para mejorar la atención?

No. me parece todo bien. Estoy contento

Si desea obtener respuesta a sus sugerencias, por favor escriba sus datos de contacto:

Nombre: No lo dio Teléfono: _____

Correo: _____

Fecha: Novre 30 - 2024
 Servicio: toma de muestra en Feria de Servicio

Por favor marque con una equis (X) la respuesta que usted considera que refleja su percepción sobre el servicio prestado por el Hospital

EPS a la que se encuentra afiliado:

Savia Salud Medimás Nueva EPS

Ecoopsos F.M.P Otra Cuál? _____

PREGUNTAS	Muy buena	Buena	Regular	Mala	Muy Mala	No Responde
La atención recibida por el personal al ingreso de la institución.	X					
El tiempo para la asignación de su cita.	X					
Tiempo de espera para que fuera atendido por el profesional de la salud	X					
Trato recibido por el personal que lo atendió.	X					
La explicación que recibió sobre su enfermedad o procedimiento a realizar.	X					
El aseo de la institución.	X					
Privacidad cuando fue atendido, o cuando le hablaron de su enfermedad.	X					
Satisfacción con el servicio recibido.	X					
Facilidad en los trámites de la institución.	X					
¿Cómo calificaría su experiencia global respecto a los servicios de salud que ha recibido en la ESE Hospital de La Ceja?	X					

¿Recomendaría a sus familiares y amigos la ESE Hospital de La Ceja?

Definitivamente SI Probablemente SI Definitivamente NO Probablemente NO

No Responde

Aspectos destacados de la prestación del servicio	SI	NO	No aplica
¿Por su condición tuvo preferencia en su atención? (Embarazadas, mayores de 60, menor de 5 años, discapacitado)		X	
Conoce los deberes y derechos del usuario	X		

¿Desea hacer alguna sugerencia para mejorar la atención?

*Continuar con esta experiencia,
Nos gusto'*

Si desea obtener respuesta a sus sugerencias, por favor escriba sus datos de contacto:

Nombre: No. dejo Teléfono: _____

Correo: _____

Fecha: Toma muestras laboratorio tenía serv
 Servicio: Toma muestras laboratorio tenía serv

Por favor marque con una equis (X) la respuesta que usted considera que refleja su percepción sobre el servicio prestado por el Hospital

EPS a la que se encuentra afiliado:

Savia Salud Medimás Nueva EPS

Ecoopsos F.M.P Otra Cuál? _____

PREGUNTAS	Muy buena	Buena	Regular	Mala	Muy Mala	No Responde
La atención recibida por el personal al ingreso de la institución.	X					
El tiempo para la asignación de su cita.	X					
Tiempo de espera para que fuera atendido por el profesional de la salud	X					
Trato recibido por el personal que lo atendió.	X					
La explicación que recibió sobre su enfermedad o procedimiento a realizar.	X					
El aseo de la institución.	X					
Privacidad cuando fue atendido, o cuando le hablaron de su enfermedad.	X					
Satisfacción con el servicio recibido.	X					
Facilidad en los trámites de la institución.	X					
¿Cómo calificaría su experiencia global respecto a los servicios de salud que ha recibido en la ESE Hospital de La Ceja?	X					

¿Recomendaría a sus familiares y amigos la ESE Hospital de La Ceja?

Definitivamente SI Probablemente SI Definitivamente NO Probablemente NO

No Responde

Aspectos destacados de la prestación del servicio	SI	NO	No aplica
¿Por su condición tuvo preferencia en su atención? (Embarazadas, mayores de 60, menor de 5 años, discapacitado)	X		
Conoce los deberes y derechos del usuario	X		

¿Desea hacer alguna sugerencia para mejorar la atención?

No ... todo super. Gracias

Si desea obtener respuesta a sus sugerencias, por favor escriba sus datos de contacto:

Nombre: Fabiola Lopez Teléfono: _____

Correo: _____

Fecha: _____

Servicio: Vacunación. Terna del cuidado

Por favor marque con una equis (X) la respuesta que usted considera que refleja su percepción sobre el servicio prestado por el Hospital

EPS a la que se encuentra afiliado:

Savia Salud Medimás Nueva EPS
 Ecoopsos F.M.P. Otra Cuál? Salud total

PREGUNTAS	Muy buena	Buena	Regular	Mala	Muy Mala	No Responde
La atención recibida por el personal al ingreso de la institución.	X					
El tiempo para la asignación de su cita	X					
Tiempo de espera para que fuera atendido por el profesional de la salud		X				
Trato recibido por el personal que lo atendió.	X					
La explicación que recibió sobre su enfermedad o procedimiento a realizar.	X					
El aseo de la institución.	X					
Privacidad cuando fue atendido, o cuando le hablaron de su enfermedad.	X					
Satisfacción con el servicio recibido.	X					
Facilidad en los trámites de la institución.	X					
¿Cómo calificaría su experiencia global respecto a los servicios de salud que ha recibido en la ESE Hospital de La Ceja?	X					

¿Recomendaría a sus familiares y amigos la ESE Hospital de La Ceja?

Definitivamente SI Probablemente SI Definitivamente NO Probablemente NO
 No Responde

Aspectos destacados de la prestación del servicio	SI	NO	No aplica
¿Por su condición tuvo preferencia en su atención? (Embarazadas, mayores de 60, menor de 5 años, discapacitado)	X		
Conoce los deberes y derechos del usuario	X		

¿Desea hacer alguna sugerencia para mejorar la atención?

No toda muy bien. Me atienden bien

Si desea obtener respuesta a sus sugerencias, por favor escriba sus datos de contacto:

Nombre: Maria Cecilia Flores Teléfono: _____

Correo: _____

Fecha: _____
 Servicio: Vacunación en feria de Servicios

Por favor marque con una equis (X) la respuesta que usted considera que refleja su percepción sobre el servicio prestado por el Hospital

EPS a la que se encuentra afiliado:

Savia Salud Medimás Nueva EPS
 Ecoopsos F.M.P. Otra Cuál? _____

PREGUNTAS	Muy buena	Buena	Regular	Mala	Muy Mala	No Responde
La atención recibida por el personal al ingreso de la institución.	X					
El tiempo para la asignación de su cita.	X					
Tiempo de espera para que fuera atendido por el profesional de la salud	X					
Trato recibido por el personal que lo atendió.	X					
La explicación que recibió sobre su enfermedad o procedimiento a realizar.	X					
El aseo de la institución.	X					
Privacidad cuando fue atendido, o cuando le hablaron de su enfermedad	X					
Satisfacción con el servicio recibido	X					
Facilidad en los trámites de la institución.		X				
¿Cómo calificaría su experiencia global respecto a los servicios de salud que ha recibido en la ESE Hospital de La Ceja?	X					

¿Recomendaría a sus familiares y amigos la ESE Hospital de La Ceja?

Definitivamente SI Probablemente SI Definitivamente NO Probablemente NO
 No Responde

Aspectos destacados de la prestación del servicio	SI	NO	No aplica
¿Por su condición tuvo preferencia en su atención? (Embarazadas, mayores de 60, menor de 5 años, discapacitado)		X	
Conoce los deberes y derechos del usuario		X	

¿Desea hacer alguna sugerencia para mejorar la atención?

No todo bien.

Si desea obtener respuesta a sus sugerencias, por favor escriba sus datos de contacto:

Nombre: No lo dio Teléfono: _____
 Correo: _____

Fecha: 30-11-2024

 Servicio: Fono del Servicio - Nutrición

Por favor marque con una equis (X) la respuesta que usted considera que refleja su percepción sobre el servicio prestado por el Hospital

EPS a la que se encuentra afiliado:

 Savia Salud

 Medimás

 Nueva EPS

 Ecoopsos

 F.M.P

 Otra

Cuál? _____

PREGUNTAS	Muy buena	Buena	Regular	Mala	Muy Mala	No Responde
La atención recibida por el personal al ingreso de la institución.	X					
El tiempo para la asignación de su cita.	X					
Tiempo de espera para que fuera atendido por el profesional de la salud	X					
Trato recibido por el personal que lo atendió.	X					
La explicación que recibió sobre su enfermedad o procedimiento a realizar.	X					
El aseo de la institución.	X					
Privacidad cuando fue atendido, o cuando le hablaron de su enfermedad.	X					
Satisfacción con el servicio recibido.	X					
Facilidad en los trámites de la institución.	X					
¿Cómo calificaría su experiencia global respecto a los servicios de salud que ha recibido en la ESE Hospital de La Ceja?	X					

¿Recomendaría a sus familiares y amigos la ESE Hospital de La Ceja?

 Definitivamente SI Probablemente SI Definitivamente NO Probablemente NO

 No Responde

Aspectos destacados de la prestación del servicio	SI	NO	No aplica
¿Por su condición tuvo preferencia en su atención? (Embarazadas, mayores de 60, menor de 5 años, discapacitado)			
Conoce los deberes y derechos del usuario			

¿Desea hacer alguna sugerencia para mejorar la atención?

Excelente atención

Si desea obtener respuesta a sus sugerencias, por favor escriba sus datos de contacto:

Nombre: _____ Teléfono: _____

Correo: _____



Fecha: 30-11-2024

Servicio: Odontolog.

Por favor marque con una equis (X) la respuesta que usted considera que refleja su percepción sobre el servicio prestado por el Hospital

EPS a la que se encuentra afiliado:

Savia Salud

Medimás

Nueva EPS

Ecoopsos

F.M.P

Otra

Cuál? _____

PREGUNTAS	Muy buena	Buena	Regular	Mala	Muy Mala	No Responde
La atención recibida por el personal al ingreso de la institución.	X					
El tiempo para la asignación de su cita.	X					
Tiempo de espera para que fuera atendido por el profesional de la salud.	X					
Trato recibido por el personal que lo atendió.	X					
La explicación que recibió sobre su enfermedad o procedimiento a realizar.	X					
El aseo de la institución.	X					
Privacidad cuando fue atendido, o cuando le hablaron de su enfermedad.	X					
Satisfacción con el servicio recibido.	X					
Facilidad en los trámites de la institución.	X					
¿Cómo calificaría su experiencia global respecto a los servicios de salud que ha recibido en la ESE Hospital de La Ceja?	X					

¿Recomendaría a sus familiares y amigos la ESE Hospital de La Ceja?

Definitivamente SI

Probablemente SI

Definitivamente NO

Probablemente NO

No Responde

Aspectos destacados de la prestación del servicio	SI	NO	No aplica
¿Por su condición tuvo preferencia en su atención? (Embarazadas, mayores de 60, menor de 5 años, discapacitado)			
Conoce los deberes y derechos del usuario			

¿Desea hacer alguna sugerencia para mejorar la atención?

Si desea obtener respuesta a sus sugerencias, por favor escriba sus datos de contacto:

Nombre: Lilia Guerrero Teléfono: _____

Correo: _____

Fecha:

30-11-20-24

Servicio:

odontol.

Por favor marque con una equis (X) la respuesta que usted considera que refleja su percepción sobre el servicio prestado por el Hospital

EPS a la que se encuentra afiliado:

Savia Salud Medimás Nueva EPS *Venez. NO vinculado*

Ecoopsos F.M.P. Otra Cuál? _____

PREGUNTAS	Muy buena	Buena	Regular	Mala	Muy Mala	No Responde
La atención recibida por el personal al ingreso de la institución.	X					
El tiempo para la asignación de su cita.	X					
Tiempo de espera para que fuera atendido por el profesional de la salud	X					
Trato recibido por el personal que lo atendió.	X					
La explicación que recibió sobre su enfermedad o procedimiento a realizar.	X					
El aseo de la institución	X					
Privacidad cuando fue atendido, o cuando le hablaron de su enfermedad.	X					
Satisfacción con el servicio recibido.	X					
Facilidad en los trámites de la institución.	X					
¿Cómo calificaría su experiencia global respecto a los servicios de salud que ha recibido en la ESE Hospital de La Ceja?	X					

¿Recomendaría a sus familiares y amigos la ESE Hospital de La Ceja?

Definitivamente SI Probablemente SI Definitivamente NO Probablemente NO

No Responde

Aspectos destacados de la prestación del servicio	SI	NO	No aplica
¿Por su condición tuvo preferencia en su atención? (Embarazadas, mayores de 60, menor de 5 años, discapacitado)			
Conoce los deberes y derechos del usuario			
¿Desea hacer alguna sugerencia para mejorar la atención?			

Si desea obtener respuesta a sus sugerencias, por favor escriba sus datos de contacto:

Nombre: Yolanda Guerrero Teléfono: _____

Correo: _____

Fecha: 30-11-2024

Servicio: odontol.

Por favor, marque con una equis (X) la respuesta que usted considera que refleja su percepción sobre el servicio prestado por el Hospital

EPS a la que se encuentra afiliado:

Savia Salud Medimás Nueva EPS SURA
Ecoopsos F.M.P Otra Cuál? _____

PREGUNTAS	Muy buena	Buena	Regular	Mala	Muy Mala	No Responde
La atención recibida por el personal al ingreso de la institución.						
El tiempo para la asignación de su cita.						
Tiempo de espera para que fuera atendido por el profesional de la salud						
Trato recibido por el personal que lo atendió.						
La explicación que recibió sobre su enfermedad o procedimiento a realizar.						
El aseo de la institución.						
Privacidad cuando fue atendido, o cuando le hablaron de su enfermedad.						
Satisfacción con el servicio recibido.						
Facilidad en los trámites de la institución.						
¿Cómo calificaría su experiencia global respecto a los servicios de salud que ha recibido en la ESE Hospital de La Ceja?						

¿Recomendaría a sus familiares y amigos la ESE Hospital de La Ceja?

Definitivamente SI Probablemente SI Definitivamente NO Probablemente NO
No Responde

Aspectos destacados de la prestación del servicio	SI	NO	No aplica
¿Por su condición tuvo preferencia en su atención? (Embarazadas, mayores de 60, menor de 5 años, discapacitado)			
Conoce los deberes y derechos del usuario			

¿Desea hacer alguna sugerencia para mejorar la atención?

Excelente Convocatoria + atención

Si desea obtener respuesta a sus sugerencias, por favor escriba sus datos de contacto:

Nombre: Rosario Tabares Teléfono: 3234399680

Correo: _____



Fecha: 30-11-2024

Servicio: NUTRICION

Por favor marque con una equis (X) la respuesta que usted considera que refleja su percepción sobre el servicio prestado por el Hospital

EPS a la que se encuentra afiliado:

Savia Salud

Medimás

Nueva EPS SURA

Ecoopsos

F.M.P.

Otra

Cuál? _____

PREGUNTAS	Muy buena	Buena	Regular	Mala	Muy Mala	No Responde
La atención recibida por el personal al ingreso de la institución.	X					
El tiempo para la asignación de su cita.	X					
Tiempo de espera para que fuera atendido por el profesional de la salud	X					
Trato recibido por el personal que lo atendió.	X					
La explicación que recibió sobre su enfermedad o procedimiento a realizar.	X					
El aseo de la institución.	X					
Privacidad cuando fue atendido, o cuando le hablaron de su enfermedad.	X					
Satisfacción con el servicio recibido.	X					
Facilidad en los trámites de la institución.	X					
¿Cómo calificaría su experiencia global respecto a los servicios de salud que ha recibido en la ESE Hospital de La Ceja?	X					

¿Recomendaría a sus familiares y amigos la ESE Hospital de La Ceja?

Definitivamente SI

Probablemente SI

Definitivamente NO

Probablemente NO

No Responde

Aspectos destacados de la prestación del servicio	SI	NO	No aplica
¿Por su condición tuvo preferencia en su atención? (Embarazadas, mayores de 60, menor de 5 años, discapacitado)			
Conoce los deberes y derechos del usuario			

¿Desea hacer alguna sugerencia para mejorar la atención?

Si desea obtener respuesta a sus sugerencias, por favor escriba sus datos de contacto:

Nombre: Gabriela Montoya

Teléfono: 321 5057473

Correo: _____

Fecha: 30-11-2024

Servicio: Laboratorio

Por favor marque con una equis (X) la respuesta que usted considera que refleja su percepción sobre el servicio prestado por el Hospital

EPS a la que se encuentra afiliado:

Savia Salud Medimás Nueva EPS

Ecoopsos F.M.P Otra Cuál? _____

PREGUNTAS	Muy buena	Buena	Regular	Mala	Muy Mala	No Responde
La atención recibida por el personal al ingreso de la institución.	X					
El tiempo para la asignación de su cita.	X					
Tiempo de espera para que fuera atendido por el profesional de la salud	X					
Trato recibido por el personal que lo atendió.	X					
La explicación que recibió sobre su enfermedad o procedimiento a realizar.	X					
El aseo de la institución.	X					
Privacidad cuando fue atendido, o cuando le hablaron de su enfermedad.	X					
Satisfacción con el servicio recibido.	X					
Facilidad en los trámites de la institución.	X					
¿Cómo calificaría su experiencia global respecto a los servicios de salud que ha recibido en la ESE Hospital de La Ceja?	X					

¿Recomendaría a sus familiares y amigos la ESE Hospital de La Ceja?

Definitivamente SI Probablemente SI Definitivamente NO Probablemente NO

No Responde

Aspectos destacados de la prestación del servicio	SI	NO	No aplica
¿Por su condición tuvo preferencia en su atención? (Embarazadas, mayores de 60, menor de 5 años, discapacitado)			
Conoce los deberes y derechos del usuario			

¿Desea hacer alguna sugerencia para mejorar la atención?

Excelente atención

Si desea obtener respuesta a sus sugerencias, por favor escriba sus datos de contacto:

Nombre: Fabiola Lopez V. Teléfono: 3226165209

Correo: _____

Fecha: NOV. 30 - 2024
 Servicio: Feria de Servicios Odontología

Por favor marque con una equis (X) la respuesta que usted considera que refleja su percepción sobre el servicio prestado por el Hospital

EPS a la que se encuentra afiliado:

Savia Salud Medimás Nueva EPS
 Ecoopsos F.M.P. Otra Cuál? SURA

PREGUNTAS	Muy buena	Buena	Regular	Mala	Muy Mala	No Responde
La atención recibida por el personal al ingreso de la institución.		X				
El tiempo para la asignación de su cita.	X					
Tiempo de espera para que fuera atendido por el profesional de la salud	X					
Trato recibido por el personal que lo atendió.	X					
La explicación que recibió sobre su enfermedad o procedimiento a realizar.	X					
El aseo de la institución.	X					
Privacidad cuando fue atendido, o cuando le hablaron de su enfermedad.	X					
Satisfacción con el servicio recibido.	X					
Facilidad en los trámites de la institución.	X					
¿Cómo calificaría su experiencia global respecto a los servicios de salud que ha recibido en la ESE Hospital de La Ceja?	X					

¿Recomendaría a sus familiares y amigos la ESE Hospital de La Ceja?

Definitivamente SI Probablemente SI Definitivamente NO Probablemente NO
 No Responde

Aspectos destacados de la prestación del servicio	SI	NO	No aplica
¿Por su condición tuvo preferencia en su atención? (Embarazadas, mayores de 60, menor de 5 años, discapacitado)		X	
Conoce los deberes y derechos del usuario			X
¿Desea hacer alguna sugerencia para mejorar la atención?			

Si desea obtener respuesta a sus sugerencias, por favor escriba sus datos de contacto:

Nombre: _____ Teléfono: _____
 Correo: _____

Fabiola López y 'voluntaria' Asoc. Usuarios

Fecha: Noviembre 30, 2024
 Servicio: Feria de la Ciudad Laboratorio

Por favor marque con una equis (X) la respuesta que usted considera que refleja su percepción sobre el servicio prestado por el Hospital

EPS a la que se encuentra afiliado:

Savia Salud Medimás Nueva EPS
 Ecoopsos F.M.P Otra Cuál? _____

PREGUNTAS	Muy buena	Buena	Regular	Mala	Muy Mala	No Responde
La atención recibida por el personal al ingreso de la institución.		X				
El tiempo para la asignación de su cita.	X					
Tiempo de espera para que fuera atendido por el profesional de la salud		X				
Trato recibido por el personal que lo atendió.	X					
La explicación que recibió sobre su enfermedad o procedimiento a realizar.		X				
El aseo de la institución.		X				
Privacidad cuando fue atendido, o cuando le hablaron de su enfermedad.			X			
Satisfacción con el servicio recibido.		X				
Facilidad en los trámites de la institución.		X				
¿Cómo calificaría su experiencia global respecto a los servicios de salud que ha recibido en la ESE Hospital de La Ceja?		X				

¿Recomendaría a sus familiares y amigos la ESE Hospital de La Ceja?

Definitivamente SI Probablemente SI Definitivamente NO Probablemente NO
 No Responde

Aspectos destacados de la prestación del servicio	SI	NO	No aplica
¿Por su condición tuvo preferencia en su atención? (Embarazadas, mayores de 60, menor de 5 años, discapacitado)		X	
Conoce los deberes y derechos del usuario		X	
¿Desea hacer alguna sugerencia para mejorar la atención?			

Si desea obtener respuesta a sus sugerencias, por favor escriba sus datos de contacto:

Nombre: _____ Teléfono: _____
 Correo: _____

Fabiola López V. "voluntaria" Asociación de U.

Fecha: Noviembre 30 - 2024

Servicio: Feria del cuidado optalmología

Por favor marque con una equis (X) la respuesta que usted considera que refleja su percepción sobre el servicio prestado por el Hospital

EPS a la que se encuentra afiliado:

Savia Salud Medimás Nueva EPS

Ecoopsos F.M.P Otra Cuál? SURA

PREGUNTAS	Muy buena	Buena	Regular	Mala	Muy Mala	No Responde
La atención recibida por el personal al ingreso de la institución.			X			
El tiempo para la asignación de su cita.			X			
Tiempo de espera para que fuera atendido por el profesional de la salud			X			
Trato recibido por el personal que lo atendió.			X			
La explicación que recibió sobre su enfermedad o procedimiento a realizar.			X			
El aseo de la institución.	X					
Privacidad cuando fue atendido, o cuando le hablaron de su enfermedad.	X					
Satisfacción con el servicio recibido.	X					
Facilidad en los trámites de la institución	X					
¿Cómo calificaría su experiencia global respecto a los servicios de salud que ha recibido en la ESE Hospital de La Ceja?	X					

¿Recomendaría a sus familiares y amigos la ESE Hospital de La Ceja?

Definitivamente SI Probablemente SI Definitivamente NO Probablemente NO

No Responde

Aspectos destacados de la prestación del servicio	SI	NO	No aplica
¿Por su condición tuvo preferencia en su atención? (Embarazadas, mayores de 60, menor de 5 años, discapacitado)		X	
Conoce los deberes y derechos del usuario	X		
¿Desea hacer alguna sugerencia para mejorar la atención?			

Si desea obtener respuesta a sus sugerencias, por favor escriba sus datos de contacto:

Nombre: _____ Teléfono: _____

Correo: _____

Fabiola López y

Asoc. Usuarios. Voluntaria

Fecha: Noviembre 30. 2024

Servicio: Feria de servicios Laboratorio

Por favor marque con una equis (X) la respuesta que usted considera que refleja su percepción sobre el servicio prestado por el Hospital

EPS a la que se encuentra afiliado:

Savia Salud Medimás Nueva EPS

Ecoopsos F.M.P Otra Cuál? _____

PREGUNTAS	Muy buena	Buena	Regular	Mala	Muy Mala	No Responde
La atención recibida por el personal al ingreso de la institución.	X					
El tiempo para la asignación de su cita.		X				
Tiempo de espera para que fuera atendido por el profesional de la salud		X				
Trato recibido por el personal que lo atendió.	X					
La explicación que recibió sobre su enfermedad o procedimiento a realizar.	X					
El aseo de la institución.	X					
Privacidad cuando fue atendido, o cuando le hablaron de su enfermedad.	X					
Satisfacción con el servicio recibido.	X					
Facilidad en los trámites de la institución.	X					
¿Cómo calificaría su experiencia global respecto a los servicios de salud que ha recibido en la ESE Hospital de La Ceja?	X					

¿Recomendaría a sus familiares y amigos la ESE Hospital de La Ceja?

Definitivamente SI Probablemente SI Definitivamente NO Probablemente NO

No Responde

Aspectos destacados de la prestación del servicio	SI	NO	No aplica
¿Por su condición tuvo preferencia en su atención? (Embarazadas, mayores de 60, menor de 5 años, discapacitado)		X	
Conoce los deberes y derechos del usuario	X		
¿Desea hacer alguna sugerencia para mejorar la atención? "Muy bien atendidos"			

Si desea obtener respuesta a sus sugerencias, por favor escriba sus datos de contacto:

Nombre: _____ Teléfono: _____

Correo: _____

Fecha: Noviembre 30- 2024

Servicio: Feria de Servicios Laboratorios

Por favor marque con una equis (X) la respuesta que usted considera que refleja su percepción sobre el servicio prestado por el Hospital

EPS a la que se encuentra afiliado:

Savia Salud

Medimás

Nueva EPS

Ecoopsos

F.M.P

Otra

Cuál? _____

PREGUNTAS	Muy buena	Buena	Regular	Mala	Muy Mala	No Responde
La atención recibida por el personal al ingreso de la institución.	X					
El tiempo para la asignación de su cita.	X					
Tiempo de espera para que fuera atendido por el profesional de la salud	X					
Trato recibido por el personal que lo atendió.	X					
La explicación que recibió sobre su enfermedad o procedimiento a realizar.	X					
El aseo de la institución.	X					
Privacidad cuando fue atendido, o cuando le hablaron de su enfermedad.	X					
Satisfacción con el servicio recibido.	X					
Facilidad en los trámites de la institución.	X					
¿Cómo calificaría su experiencia global respecto a los servicios de salud que ha recibido en la ESE Hospital de La Ceja?	X					

¿Recomendaría a sus familiares y amigos la ESE Hospital de La Ceja?

Definitivamente SI Probablemente SI Definitivamente NO Probablemente NO

No Responde

Aspectos destacados de la prestación del servicio	SI	NO	No aplica
¿Por su condición tuvo preferencia en su atención? (Embarazadas, mayores de 60, menor de 5 años, discapacitado)		X	
Conoce los deberes y derechos del usuario	X		

¿Desea hacer alguna sugerencia para mejorar la atención?

Muy buena atención. Muchas gracias

Si desea obtener respuesta a sus sugerencias, por favor escriba sus datos de contacto:

Nombre: _____ Teléfono: _____

Correo: _____

Fabiola López V. Asoc. Usuarios. Voluntaria

Fecha: Noviembre 30 - 2024

Servicio: Feria de servicios vacunación

Por favor marque con una equis (X) la respuesta que usted considera que refleja su percepción sobre el servicio prestado por el Hospital!

EPS a la que se encuentra afiliado:

Savia Salud Medimás Nueva EPS

Ecoopsos F.M.P. Otra Cual? Fomag Sumoedía

PREGUNTAS	Muy buena	Buena	Regular	Mala	Muy Mala	No Responde
La atención recibida por el personal al ingreso de la institución.	X					
El tiempo para la asignación de su cita.	X					
Tiempo de espera para que fuera atendido por el profesional de la salud	X					
Trato recibido por el personal que lo atendió.	X					
La explicación que recibió sobre su enfermedad o procedimiento a realizar.	X					
El aseo de la institución.	X					
Privacidad cuando fue atendido, o cuando le hablaron de su enfermedad.	X					
Satisfacción con el servicio recibido.	X					
Facilidad en los trámites de la institución.	X					
¿Cómo calificaría su experiencia global respecto a los servicios de salud que ha recibido en la ESE Hospital de La Ceja?	X					

¿Recomendaría a sus familiares y amigos la ESE Hospital de La Ceja?

Definitivamente SI Probablemente SI Definitivamente NO Probablemente NO

No Responde

Aspectos destacados de la prestación del servicio	SI	NO	No aplica
¿Por su condición tuvo preferencia en su atención? (Embarazadas, mayores de 60, menor de 5 años, discapacitado)		X	
Conoce los deberes y derechos del usuario	X		

¿Desea hacer alguna sugerencia para mejorar la atención?

*Todo muy bien. Muchas gracias
Luz Amparo Ramirez.*

Si desea obtener respuesta a sus sugerencias, por favor escriba sus datos de contacto:

Nombre: _____ Telefono: _____

Correo: _____

Fabiola López V. ASOC. USUARIOS VOLUNTARIA

Fecha: Noviembre 30-2024

Servicio: Feria de servicios Laboratorio

Por favor marque con una equis (X) la respuesta que usted considera que refleja su percepción sobre el servicio prestado por el Hospital

EPS a la que se encuentra afiliado:

Savia Salud Medimás Nueva EPS

Ecoopsos F.M.P Otra Cuál? _____

PREGUNTAS	Muy buena	Buena	Regular	Mala	Muy Mala	No Responde
La atención recibida por el personal al ingreso de la institución.	X					
El tiempo para la asignación de su cita.	X					
Tiempo de espera para que fuera atendido por el profesional de la salud		X				
Trato recibido por el personal que lo atendió.	X					
La explicación que recibió sobre su enfermedad o procedimiento a realizar.	X					
El aseo de la institución.	X					
Privacidad cuando fue atendido, o cuando le hablaron de su enfermedad.	X					
Satisfacción con el servicio recibido.	X					
Facilidad en los trámites de la institución.	X					
¿Cómo calificaría su experiencia global respecto a los servicios de salud que ha recibido en la ESE Hospital de La Ceja?		X				

¿Recomendaría a sus familiares y amigos la ESE Hospital de La Ceja?

Definitivamente SI Probablemente SI Definitivamente NO Probablemente NO

No Responde

Aspectos destacados de la prestación del servicio	SI	NO	No aplica
¿Por su condición tuvo preferencia en su atención? (Embarazadas, mayores de 60, menor de 5 años, discapacitado)		X	
Conoce los deberes y derechos del usuario	X		
¿Desea hacer alguna sugerencia para mejorar la atención?			

Si desea obtener respuesta a sus sugerencias, por favor escriba sus datos de contacto:

Nombre: _____ Teléfono: _____

Correo: _____

Fabiola López V. ASOC. USUARIOS Voluntaria

Fecha: Noviembre 30- 2024

Servicio: Feria de servicios laboratorio

Por favor marque con una equis (X) la respuesta que usted considera que refleja su percepción sobre el servicio prestado por el Hospital

EPS a la que se encuentra afiliado:

Savia Salud Medimás Nueva EPS

Ecoopsos F.M.P Otra Cuál? _____

PREGUNTAS	Muy buena	Buena	Regular	Mala	Muy Mala	No Responde
La atención recibida por el personal al ingreso de la institución.		X				
El tiempo para la asignación de su cita.		X				
Tiempo de espera para que fuera atendido por el profesional de la salud		X				
Trato recibido por el personal que lo atendió.	X					
La explicación que recibió sobre su enfermedad o procedimiento a realizar.	X					
El aseo de la institución.	X					
Privacidad cuando fue atendido, o cuando le hablaron de su enfermedad.	X					
Satisfacción con el servicio recibido.	X					
Facilidad en los trámites de la institución.	X					
¿Cómo calificarían su experiencia global respecto a los servicios de salud que ha recibido en la ESE Hospital de La Ceja?	X					

¿Recomendaría a sus familiares y amigos la ESE Hospital de La Ceja?

Definitivamente SI Probablemente SI Definitivamente NO Probablemente NO

No Responde

Aspectos destacados de la prestación del servicio	SI	NO	No aplica
¿Por su condición tuvo preferencia en su atención? (Embarazadas, mayores de 60, menor de 5 años, discapacitado)		X	
Conoce los deberes y derechos del usuario	X		

¿Desea hacer alguna sugerencia para mejorar la atención?

"Excelente atención" Muchas gracias

Si desea obtener respuesta a sus sugerencias, por favor escriba sus datos de contacto:

Nombre: _____ Teléfono: _____

Correo: _____

Fabiola Lopez V. Asoc usuarios voluntaria

Fecha: Noviembre 30- 2024

Servicio: Feria de servicios laboratorio.

Por favor marque con una equis (X) la respuesta que usted considera que refleja su percepción sobre el servicio prestado por el Hospital

EPS a la que se encuentra afiliado:

Savia Salud Medimás Nueva EPS

Ecoopsos F.M.P Otra Cuál? _____

PREGUNTAS	Muy buena	Buena	Regular	Malta	Muy Mala	No Responde
La atención recibida por el personal al ingreso de la institución.	X					
El tiempo para la asignación de su cita.	X					
Tiempo de espera para que fuera atendido por el profesional de la salud	X					
Trato recibido por el personal que lo atendió.	X					
La explicación que recibió sobre su enfermedad o procedimiento a realizar.	X					
El aseo de la institución.	X					
Privacidad cuando fue atendido, o cuando le hablaron de su enfermedad.	X					
Satisfacción con el servicio recibido.	X					
Facilidad en los trámites de la institución.	X					
¿Cómo calificaría su experiencia global respecto a los servicios de salud que ha recibido en la ESE Hospital de La Ceja?	X					

¿Recomendaría a sus familiares y amigos la ESE Hospital de La Ceja?

Definitivamente SI Probablemente SI Definitivamente NO Probablemente NO

No Responde

Aspectos destacados de la prestación del servicio	SI	NO	No aplica
¿Por su condición tuvo preferencia en su atención? (Embarazadas, mayores de 60, menor de 5 años, discapacitado)		X	
Conoce los deberes y derechos del usuario	X		

¿Desea hacer alguna sugerencia para mejorar la atención?

"muy bien atendido"

Si desea obtener respuesta a sus sugerencias, por favor escriba sus datos de contacto:

Nombre: _____ Teléfono: _____

Correo: _____

Fabiola López V. Asoc. usuarios voluntaria

Fecha: Noviembre 30 - 2024

Servicio: Feria de Servicios Laboratorio

Por favor marque con una equis (X) la respuesta que usted considera que refleja su percepción sobre el servicio prestado por el Hospital

EPS a la que se encuentra afiliado:

Savia Salud Medimás Nueva EPS

Eccopsos F.M.P Otra Cuál? _____

PREGUNTAS	Muy buena	Buena	Regular	Mal	Muy Mal	No Responde
La atención recibida por el personal al ingreso de la institución.	X					
El tiempo para la asignación de su cita.	X					
Tiempo de espera para que fuera atendido por el profesional de la salud	X					
Trato recibido por el personal que lo atendió.	X					
La explicación que recibió sobre su enfermedad o procedimiento a realizar.	X					
El aseo de la institución.		X				
Privacidad cuando fue atendido, o cuando le hablaron de su enfermedad.	X					
Satisfacción con el servicio recibido.	X					
Facilidad en los trámites de la institución.	X					
¿Cómo calificaría su experiencia global respecto a los servicios de salud que ha recibido en la ESE Hospital de La Ceja?		X				

¿Recomendaría a sus familiares y amigos la ESE Hospital de La Ceja?

Definitivamente SI Probablemente SI Definitivamente NO Probablemente NO

No Responde

Aspectos destacados de la prestación del servicio	SI	NO	No aplica
¿Por su condición tuvo preferencia en su atención? (Embarazadas, mayores de 60, menor de 5 años, discapacitado)		X	
Conoce los deberes y derechos del usuario	X		
¿Desea hacer alguna sugerencia para mejorar la atención?			

Si desea obtener respuesta a sus sugerencias, por favor escriba sus datos de contacto:

Nombre: _____ Teléfono: _____

Correo: _____

Fabiola López Y. ASOC. Usuarios voluntaria

Fecha: Noviembre 30. 2024

Servicio: Feria de Servicios Vacunación

Por favor marque con una equis (X) la respuesta que usted considera que refleja su percepción sobre el servicio prestado por el Hospital

EPS a la que se encuentra afiliado:

Savia Salud Medimás Nueva EPS

Ecoopsos F.M.P. Otra Cuál? SUPA

PREGUNTAS	Muy buena	Buena	Regular	Malta	Muy Mala	No Responde
La atención recibida por el personal al ingreso de la institución.	X					
El tiempo para la asignación de su cita.	X					
Tiempo de espera para que fuera atendido por el profesional de la salud	X					
Trato recibido por el personal que lo atendió.	X					
La explicación que recibió sobre su enfermedad o procedimiento a realizar.	X					
El aseo de la institución.	X					
Privacidad cuando fue atendido, o cuando le hablaron de su enfermedad.	X					
Satisfacción con el servicio recibido.	X					
Facilidad en los trámites de la institución.	X					
¿Cómo calificaría su experiencia global respecto a los servicios de salud que ha recibido en la ESE Hospital de La Ceja?	X					

¿Recomendaría a sus familiares y amigos la ESE Hospital de La Ceja?

Definitivamente SI Probablemente SI Definitivamente NO Probablemente NO

No Responde

Aspectos destacados de la prestación del servicio	SI	NO	No aplica
¿Por su condición tuvo preferencia en su atención? (Embarazadas, mayores de 60, menor de 5 años, discapacitado)		X	
Conoce los deberes y derechos del usuario		X	

¿Desea hacer alguna sugerencia para mejorar la atención?

Si desea obtener respuesta a sus sugerencias, por favor escriba sus datos de contacto:

Nombre: _____ Teléfono: _____

Correo: _____

Fabiola López y Asoc. usuarios voluntaria

Fecha: Noviembre 30- 2024

Servicio: Feria del cuidado (Laboratorio)

Por favor marque con una equis (X) la respuesta que usted considera que refleja su percepción sobre el servicio prestado por el Hospital

EPS a la que se encuentra afiliado:

Savia Salud Medimás Nueva EPS

Ecoopsos F.M.P Oira Cuál? _____

PREGUNTAS	Muy buena	Buena	Regular	Mala	Muy Mala	No Responde
La atención recibida por el personal al ingreso de la institución.	X					
El tiempo para la asignación de su cita.	X					
Tiempo de espera para que fuera atendido por el profesional de la salud	X					
Trato recibido por el personal que lo atendió.	X					
La explicación que recibió sobre su enfermedad o procedimiento a realizar.	X					
El aseo de la institución.	X					
Privacidad cuando fue atendido, o cuando le hablaron de su enfermedad.	X					
Satisfacción con el servicio recibido.	X					
Facilidad en los trámites de la institución.	X					
¿Cómo calificaría su experiencia global respecto a los servicios de salud que ha recibido en la ESE Hospital de La Ceja?	X					

¿Recomendaría a sus familiares y amigos la ESE Hospital de La Ceja?

Definitivamente SI Probablemente SI Definitivamente NO Probablemente NO

No Responde

Aspectos destacados de la prestación del servicio	SI	NO	No aplica
¿Por su condición tuvo preferencia en su atención? (Embarazadas, mayores de 60, menor de 5 años, discapacitado)		X	
Conoce los deberes y derechos del usuario	X		
¿Desea hacer alguna sugerencia para mejorar la atención?			

^ muy bien Atendida. Muchas Gracias ^

Si desea obtener respuesta a sus sugerencias, por favor escriba sus datos de contacto:

Nombre: _____ Teléfono: _____

Correo: _____

Fabiola López V. ASOC. usuarios voluntarios

Fecha: Noviembre 30- 2024
 Servicio: Feria de servicios Laboratorios

Por favor marque con una equis (X) la respuesta que usted considera que refleja su percepción sobre el servicio prestado por el Hospital

EPS a la que se encuentra afiliado:

Savia Salud Medimás Nueva EPS
 Ecoopsos F.M.P Otra Cuál? Medicopreventiva
Fomag ^{YA}

PREGUNTAS	Muy buena	Buena	Regular	Mala	Muy Mala	No Responde
La atención recibida por el personal al ingreso de la institución.	X					
El tiempo para la asignación de su cita.	X					
Tiempo de espera para que fuera atendido por el profesional de la salud	X					
Trato recibido por el personal que lo atendió.	X					
La explicación que recibió sobre su enfermedad o procedimiento a realizar.	X					
El aseo de la institución.	X					
Privacidad cuando fue atendido, o cuando le hablaron de su enfermedad	X					
Satisfacción con el servicio recibido.	X					
Facilidad en los trámites de la institución.	X					
¿Cómo calificaría su experiencia global respecto a los servicios de salud que ha recibido en la ESE Hospital de La Ceja?	X					

¿Recomendaría a sus familiares y amigos la ESE Hospital de La Ceja?

Definitivamente SI Probablemente SI Definitivamente NO Probablemente NO
 No Responde

Aspectos destacados de la prestación del servicio	SI	NO	No aplica
¿Por su condición tuvo preferencia en su atención? (Embarazadas, mayores de 60, menor de 5 años, discapacitado)			
Conoce los deberes y derechos del usuario			

¿Desea hacer alguna sugerencia para mejorar la atención?

*"Excelente Atención. Muchas gracias"
 @tilia Baena*

Si desea obtener respuesta a sus sugerencias, por favor escriba sus datos de contacto:

Nombre: _____ Teléfono: _____

Correo: _____

Fabida López y ASOC. USUARIOS

Fecha: Noviembre 30- 2024

Servicio: Feria de servicios Psicología

Por favor marque con una equis (X) la respuesta que usted considera que refleja su percepción sobre el servicio prestado por el Hospital

EPS a la que se encuentra afiliado:

Savia Salud Medimás Nueva EPS

Ecoopsos F.M.P Otra Cuál? salud total

PREGUNTAS	Muy buena	Buena	Regular	Mala	Muy Mala	No Responde
La atención recibida por el personal al ingreso de la institución.	X					
El tiempo para la asignación de su cita.	X					
Tiempo de espera para que fuera atendido por el profesional de la salud	X					
Trato recibido por el personal que lo atendió.	X					
La explicación que recibió sobre su enfermedad o procedimiento a realizar.	X					
El aseo de la institución.	X					
Privacidad cuando fue atendido, o cuando le hablaron de su enfermedad.	X					
Satisfacción con el servicio recibido.	X					
Facilidad en los trámites de la institución.	X					
¿Cómo calificaría su experiencia global respecto a los servicios de salud que ha recibido en la ESE Hospital de La Caja?	X					

¿Recomendaría a sus familiares y amigos la ESE Hospital de La Caja?

Definitivamente SI Probablemente SI Definitivamente NO Probablemente NO

No Responde

Aspectos destacados de la prestación del servicio	SI	NO	No aplica
¿Por su condición tuvo preferencia en su atención? (Embarazadas, mayores de 60, menor de 5 años, discapacitado)		X	
Conoce los deberes y derechos del usuario	X		

¿Desea hacer alguna sugerencia para mejorar la atención?

Excelente Atención. Muchas gracias

Si desea obtener respuesta a sus sugerencias, por favor escriba sus datos de contacto:

Nombre: _____ Teléfono: _____

Correo: _____

Fabiola López V. ASOC. USUARIOS. Voluntariado

Fecha: Noviembre 30 - 2024

Servicio: Feria de servicios laboratorio

Por favor marque con una equis (X) la respuesta que usted considera que refleja su percepción sobre el servicio prestado por el Hospital

EPS a la que se encuentra afiliado:

Savia Salud

Medimás

Nueva EPS

Ecoopsos

F.M.P

Otra

Cuál? _____

PREGUNTAS	Muy buena	Buena	Regular	Malta	Muy Mala	No Responde
La atención recibida por el personal al ingreso de la institución.	X					
El tiempo para la asignación de su cita.	X					
Tiempo de espera para que fuera atendido por el profesional de la salud	X					
Trato recibido por el personal que lo atendió.	X					
La explicación que recibió sobre su enfermedad o procedimiento a realizar.	X					
El aseo de la institución.	X					
Privacidad cuando fue atendido, o cuando le hablaron de su enfermedad.	X					
Satisfacción con el servicio recibido.	X					
Facilidad en los trámites de la institución.	X					
¿Cómo calificaría su experiencia global respecto a los servicios de salud que ha recibido en la ESE Hospital de La Ceja?	X					

¿Recomendaría a sus familiares y amigos la ESE Hospital de La Ceja?

Definitivamente SI Probablemente SI Definitivamente NO Probablemente NO

No Responde

Aspectos destacados de la prestación del servicio	SI	NO	No aplica
¿Por su condición tuvo preferencia en su atención? (Embarazadas, mayores de 60, menor de 5 años, discapacitado)		X	
Conoce los deberes y derechos del usuario	X		

¿Desea hacer alguna sugerencia para mejorar la atención?

'BUENA ATENCIÓN'

Si desea obtener respuesta a sus sugerencias, por favor escriba sus datos de contacto:

Nombre: _____ Telefono: _____

Correo: _____

Fabiola López V. Asoc. usuarios voluntariado

Fecha: Noviembre 30- 2024

Servicio: Feria de servicios Odontológico

Por favor marque con una equis (X) la respuesta que usted considera que refleja su percepción sobre el servicio prestado por el Hospital

EPS a la que se encuentra afiliado:

Savia Salud Medimás Nueva EPS

Ecoopsos F.M.P Otra Cuál? _____

PREGUNTAS	Muy buena	Buena	Regular	Mala	Muy Mala	No Responde
La atención recibida por el personal al ingreso de la institución.		X				
El tiempo para la asignación de su cita.	X					
Tiempo de espera para que fuera atendido por el profesional de la salud	X					
Trato recibido por el personal que lo atendió.	X					
La explicación que recibí sobre su enfermedad o procedimiento a realizar.	X					
El aseo de la institución.	X					
Privacidad cuando fue atendido, o cuando le hablaron de su enfermedad.	X					
Satisfacción con el servicio recibido.	X					
Facilidad en los trámites de la institución.	X					
¿Cómo calificaría su experiencia global respecto a los servicios de salud que ha recibido en la ESE Hospital de La Ceja?	X					

¿Recomendaría a sus familiares y amigos la ESE Hospital de La Ceja?

Definitivamente SI Probablemente SI Definitivamente NO Probablemente NO

No Responde

Aspectos destacados de la prestación del servicio	SI	NO	No aplica
¿Por su condición tuvo preferencia en su atención? (Embarazadas, mayores de 60, menor de 5 años, discapacitado)		X	
Conoce los deberes y derechos del usuario		X	

¿Desea hacer alguna sugerencia para mejorar la atención?

Si desea obtener respuesta a sus sugerencias, por favor escriba sus datos de contacto:

Nombre: _____ Teléfono: _____

Correo: _____

Fabiola López V. Asociación Usuarios voluntaria

Fecha: Noviembre 30 - 2024

Servicio: Feria de Servicios, Limpieza facial

Por favor marque con una equis (X) la respuesta que usted considera que refleja su percepción sobre el servicio prestado por el Hospital

EPS a la que se encuentra afiliado:

Savia Salud

Medimás

Nueva EPS

Ecoopsos

F.M.P

Otra

Cuál? _____

PREGUNTAS	Muy buena	Buena	Regular	Mala	Muy Mala	No Responde
La atención recibida por el personal al ingreso de la institución.	X					
El tiempo para la asignación de su cita.	X					
Tiempo de espera para que fuera atendido por el profesional de la salud	X					
Trato recibido por el personal que lo atendió.	X					
La explicación que recibió sobre su enfermedad o procedimiento a realizar.	X					
El aseo de la institución.	X					
Privacidad cuando fue atendido, o cuando le hablaron de su enfermedad.	X					
Satisfacción con el servicio recibido.	X					
Facilidad en los trámites de la institución.	X					
¿Cómo calificaría su experiencia global respecto a los servicios de salud que ha recibido en la ESE Hospital de La Ceja?	X					

¿Recomendaría a sus familiares y amigos la ESE Hospital de La Ceja?

Definitivamente SI Probablemente SI Definitivamente NO Probablemente NO

No Responde

Aspectos destacados de la prestación del servicio	SI	NO	No aplica
¿Por su condición tuvo preferencia en su atención? (Embarazadas, mayores de 60, menor de 5 años, discapacitado)		X	
Conoce los deberes y derechos del usuario	X		

¿Desea hacer alguna sugerencia para mejorar la atención?

Agilizar un poco más el servicio (en urgencia del Hospital)

Si desea obtener respuesta a sus sugerencias, por favor escriba sus datos de contacto:

Nombre: _____ Teléfono: _____

Correo: _____

Fecha: Noviembre 30- 2024

Servicio: Feria de Servicios citología

Por favor marque con una equis (X) la respuesta que usted considera que refleja su percepción sobre el servicio prestado por el Hospital

EPS a la que se encuentra afiliado:

Savia Salud Medimás Nueva EPS

Ecoopsos F.M.P Otra Cuál? SURA

PREGUNTAS	Muy buena	Buena	Regular	Mala	Muy Mala	No Responde
La atención recibida por el personal al ingreso de la institución.	X					
El tiempo para la asignación de su cita.	X					
Tiempo de espera para que fuera atendido por el profesional de la salud	X					
Trato recibido por el personal que lo atendió.	X					
La explicación que recibió sobre su enfermedad o procedimiento a realizar.	X					
El aseo de la institución	X					
Privacidad cuando fue atendido, o cuando le hablaron de su enfermedad.	X					
Satisfacción con el servicio recibido.	X					
Facilidad en los trámites de la institución.	X					
¿Cómo calificaría su experiencia global respecto a los servicios de salud que ha recibido en la ESE Hospital de La Ceja?	X					

¿Recomendaría a sus familiares y amigos la ESE Hospital de La Ceja?

Definitivamente SI Probablemente SI Definitivamente NO Probablemente NO

No Responde

Aspectos destacados de la prestación del servicio	SI	NO	No aplica
¿Por su condición tuvo preferencia en su atención? (Embarazadas, mayores de 60, menor de 5 años, discapacitado)		X	
Conoce los deberes y derechos del usuario	X		

¿Desea hacer alguna sugerencia para mejorar la atención?

'excelente atención'

Si desea obtener respuesta a sus sugerencias, por favor escriba sus datos de contacto:

Nombre: _____ Teléfono: _____

Correo: _____

Fabiola López V. Asoc. usuarios voluntario