



ENCUESTA DE SATISFACCION DEL USUARIO SI-FO-001	Versión	4
	Fecha	20/12/2022
	Página	1 de 3

Fecha: _____ Nombres y Apellidos: _____

No. Identificación: _____ No. De Contacto: _____

EPS: _____ Correo Electrónico: _____

Señor Usuario: Marque con “X” el servicio por cual fue atendido, califique su nivel de satisfacción frente a la calidad del servicio prestado. Su opinión es muy importante para mejorar nuestros servicios.

Por favor conteste las siguientes preguntas:

Es la primera vez que el paciente ingresa a cuidado intensivo: SI _____ NO _____

• **Instalaciones**

Preguntas	Nivel de Satisfacción				
	Excelente	Bueno	Regular	Malo	Muy Malo
1. ¿Cómo califica el estado de aseo de la institución?					
2. ¿Cómo califica las comodidades del servicio?					

3. ¿Le informaron sobre las rutas de evacuación en caso de emergencia?	SI	NO

• **Talento Humano**

Preguntas	Nivel de Satisfacción				
	Excelente	Bueno	Regular	Malo	Muy Malo
4. ¿Cómo califica la presentación del personal?					
Médicos					
Enfermera					
Terapia					
Servicios Generales					
Personal Administrativo					
5. ¿Cómo considera la actitud de personal que lo atendió?					
Médicos					
Enfermera					
Terapia					
Servicios Generales					
Personal Administrativo					

• **Información**

PREGUNTA	SI	NO
6. La información brindada sobre el estado del usuario fue:		
Suficiente		
¿Utilizaron un lenguaje sencillo?		
¿Tuvo la oportunidad de hacer preguntas?		
¿Le informaron sus derechos y deberes?		
¿Le informaron los lineamientos para el ingreso (lavado de manos, no ingreso de celulares, etc.)?		
¿El folleto de información fue claro?		

PREGUNTA	TODO	NADA	UNA PARTE
7. ¿Comprendió la información brindada?			

- **Características de la atención**

PREGUNTA	SI	NO
8. ¿El dolor fue controlado?		
9. ¿Considera que al usuario le hicieron lo debido?		
10. ¿De acuerdo a lo explicado por los médicos considera que la atención fue adecuada?		
11. ¿Respetaron su privacidad en la atención?		

- **Canales de comunicación**

Preguntas	Nivel de Satisfacción				
	Excelente	Bueno	Regular	Malo	Muy Malo
12. ¿Cómo calificaría usted los canales de comunicación que ofrece SALUD VITAL DE COLOMBIA, para atención a sus pacientes y familiares?					

- **Satisfacción Global**

Preguntas	Nivel de Satisfacción					
	Muy Buena	Buena	Regular	Mala	Muy Mala	No respondieron
13. Cómo calificaría su experiencia global respecto a los servicios de salud que ha recibido a través su IPS SALUD VITAL SAS.						

Preguntas	Definitivamente SI	Probablemente SI	Definitivamente NO	Probablemente NO	No respondieron
14. ¿Recomendaría a sus familiares y amigos esta IPS?					

CONTROL DE CAMBIOS		
VERSION	FECHA	DESCRIPCIÓN
1	jun-17	Creación y liberación del formato.
2	jun-21	Se realiza actualización de preguntas frente a Resolución 0256 y actualización del formato utilizado.
3	Feb-22	Se ajusta la pregunta: ¿Le informaron las precauciones para el ingreso? Modificándose la palabra preocupaciones por lineamientos.
4	Dic-22	Se incluye pregunta de canales de comunicación

Realizado por	Nombre	Cargo	Fecha
	Mile Rojas Rojas/Tatiana Monroy	Coordinadora de Enfermería	1/6/2017
Validado por	Nombre	Cargo	Fecha
	Maria Nelly Vera	Gerente	15/06/2017
Aprobado por	Nombre	Cargo	Fecha
	Maria Nelly Vera	Gerente	15/06/2017
Vigencia	Dos años a partir de la fecha		



ENCUESTA DE SATISFACCION DEL USUARIO SI-FO-001	Versión	4
	Fecha	20/12/2022
	Página	3 de 3