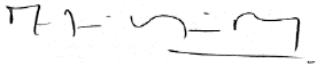
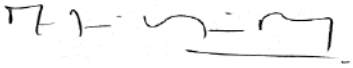
CONTROL DE CAMBIOS

FECHA	VERSION	DESCRIPCION DEL CAMBIO
05/05/2022	01	Elaboración y del documento según la guía de práctica clínica del ministerio de salud y protección social.

Versión: 01	ELABORO	REVISO	APROBO
Nombre	CLAUDIA JULIETA CIRO BASTO	MARCO FERNANDO VARON REYES	MARCO FERNANDO VARON REYES
Cargo	CALIDAD	GERENTE	GERENTE
Firma			

FORMATO PARA DILIGENCIAR POR AREA

Hospital SUMAPAZ E.S.E ICONONZO - TOLIMA NIT. 890.702.190-3	HOSPITAL SUMAPAZ E.S.E ICONONZO TOLIMA	CODIGO: RG-AD-000
	ENCUESTA DE SATISFACCION	VIGENTE DESDE:
		PAGINA: 1

MES ANALIZADO		FECHA APERTURA BUZON		SERVICIO:	HOSPITALIZACION
INTERVIENEN EN LA REVISION Y ANALISIS:					
Nº DE FORMATOS REPARTIDOS:		Nº DE FORMATOS DILIGENCIADOS:			

ASPECTOS EVALUADOS:	MUY BUENO	BUENO	REGULAR	MALO	MUY MALO	RESPONDE	TOTAL
SE BRINDO INFORMACION SOBRE LAS CONDICIONES DE ESTANCIA EN HOSPITALIZACION	0		0	0	0	0	
COMUNICACIÓN POR PARTE DELEQUIPO ASISTENCIAL, LOS FUNCIONARIOS SALUDAN SE PRESENTAN Y GENERAN UN AMBIENTE CALIDO, SEGURO Y	0		0	0	0	0	0
INFORMACION SOBRE LAS CUSTODIA DE SUS PERTENEN	0		0	0	0	0	0
ATENCION POR PARTE DEL EQUIPO ASISTENCIAL	0		0	0	0	0	0
SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS Y PROCEDIMIENTOS RE	0		0	0	0	0	0
LIMPIEZA GENERAL ORDEN Y ASEO EN EL SERVICIO	0		0	0	0	0	0
FUE INFORMADO DE SUS DERECHOS Y DEBERES	0		0	0	0	0	0
RESPECTO A LOS SERVICIOS DE SALUD QUE HA RECIBIDO	0		0	0	0	0	0
PROMEDIO	0	0	0	0	0	0	0
GRADO DE SATISFACCIÓN							

RECOMENDARIA EL HOSPITAL A SUS FAMILIARES Y AMIGOS	DEFINITIVA MENTE SI	PROBABLE MENTE SI	PROBABLEMENTE NO	DEFINITIVA MENTE NO	NO RESPONDE	TOTAL
	0		0	0	0	

FORMATO DE CONSOLIDADO

Hospital SUMAPAZ E.S.E ICONONZO - TOLIMA NIT. 890.702.190-3	HOSPITAL SUMAPAZ E.S.E ICONONZO TOLIMA	CODIGO: RG-AD-000
	ENCUESTA DE SATISFACCION	VIGENTE DESDE:
		PAGINA: 1

MES ANALIZADO		FECHA APERTURA BUZON		SERVICIO:	CONSOLIDADO
INTERVIENEN EN LA REVISION Y ANALISIS:					
Nº DE FORMATOS REPARTIDOS:		Nº DE FORMATOS DILIGENCIADOS:			

ASPECTOS EVALUADOS:	MUY BUENO	BUENO	REGULAR	MALO	MUY MALO	NO RESPONDE	TOTAL
SE BRINDO INFORMACION SOBRE LAS CONDICIONES DE ESTANCIA EN							
COMUNICACIÓN POR PARTE DELEQUIPO ASISTENCIAL, LOS FUNCIONARIOS							
INFORMACION SOBRE LAS CUSTODIA DE SUS PERTENENCIAS							
ATENCION POR PARTE DEL EQUIPO ASISTENCIAL							
SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS Y PROCEDIMIENTOS REQUERIDOS							
LIMPIEZA GENERAL ORDEN Y ASEO EN EL SERVICIO			0	0	0	0	0
FUE INFORMADO DE SUS DERECHOS Y DEBERES			0	0	0	0	0
COMO CALIFICARIA SU EXPERIENCIA GLOBAL AL RESPECTO A LOS SERVICIOS DE SALUD QUE HA RECIBIDO			0	0	0	0	0
PROMEDIO	0	0	0	0	0	0	0
GRADO DE SATISFACCIÓN	#¡DIV/0!						

RECOMENDARIA EL HOSPITAL A SUS FAMILIARES Y AMIGOS	DEFINITIVA MENTE SI	PROBABLE MENTE SI	PROBABLEMENTE NO	DEFINITIVA MENTE NO	NO RESPONDE	TOTAL
	0		0	0	0	0

CLAUDIA JULIETA CIRO BASTO
CALIDAD