MUNICIPIO DE ZARZAL VALLE DEL CAUCA NIT: 891800624-0	**SUBPROCESO:** SALUD PÚBLICA **PROCEDIMIENTO:** SATISFACCION DE LOS SERVICIOS **FORMATO:** ENCUESTA	Código: 160,02.02 Versión: 01 Fecha:

Para nosotros es importante conocer sus opiniones, sugerencias, reconocimientos y felicitaciones en relación con los servicios ofrecidos por el personal de la Dirección Local de Salud.
Le agradecemos responder voluntariamente esta encuesta.

FECHA: 18-10-2024

Marque el tema atendido y/o tratado con el personal de la Dirección Local de Salud:

Educación en Salud Extramural		Atención en Aseguramiento	
Promoción y Prevención		Gestión del riesgo en de Salud Pública	
Vigilancia en Salud Pública		Participación ciudadana	

Otro _____ ¿Cuál? Participacion Social- en salud

ASPECTOS A EVALUAR	PRE Y POS ATENCIÓN			
	Excelente	Bueno	Regular	Deficiente
1. Atención oportuna		✓		
2. Claridad en la información		✓		
3. Actitud para orientar		✓		
4. Disponibilidad de horarios		✓		
5. Disponibilidad de espacios para la atención		✓		
6. Cómo califica el personal que le atendió?		✓		
7. Actitud y trato recibido		✓		
8. Puntualidad en ser atendido		✓		
9. Calidad de la atención en relación con su problemática		✓		
10. Presentación personal		✓		

Otras situaciones presentadas (Sugerencias , recomendaciones , petición , queja , reclamo y /o felicitación :

Ma del mar Velez.	3117905574	Mara-213@hotmail..
Nombre y apellido	Teléfono o celular	Correo electrónico

Nota: Los datos personales registrados en el presente documento están sometidos a reserva legal, lo que garantiza la confidencialidad de los mismos y que estos no se darán a conocer sin su consentimiento, según Ley 1581 de 2012.

MUNICIPIO DE ZARZAL VALLE DEL CAUCA NIT: 891900624-0	**SUBPROCESO:** SALUD PÚBLICA **PROCEDIMIENTO:** SATISFACCION DE LOS SERVICIOS **FORMATO:** ENCUESTA	Código: 160,02.02 Versión: 01 Fecha:

Para nosotros es importante conocer sus opiniones, sugerencias, reconocimientos y felicitaciones en relación con los servicios ofrecidos por el personal de la Dirección Local de Salud.
Le agradecemos responder voluntariamente esta encuesta.

FECHA: 18-10-2024

Marque el tema atendido y/o tratado con el personal de la Dirección Local de Salud:

Educación en Salud Extramural		Atención en Aseguramiento	
Promoción y Prevención		Gestión del riesgo en de Salud Pública	
Vigilancia en Salud Pública		Participación ciudadana	

Otro _____ ¿Cuál? Participacion Social en Salud

ASPECTOS A EVALUAR	PRE Y POS ATENCIÓN			
	Excelente	Bueno	Regular	Deficiente
1. Atención oportuna	✓			
2. Claridad en la información	✓			
3. Actitud para orientar	✓			
4. Disponibilidad de horarios	✓			
5. Disponibilidad de espacios para la atención	✓			
6. Cómo califica el personal que le atendió?	✓			
7. Actitud y trato recibido	✓			
8. Puntualidad en ser atendido	✓			
9. Calidad de la atención en relación con su problemática	✓			
10. Presentación personal	✓			

Otras situaciones presentadas (Sugerencias , recomendaciones , petición , queja , reclamo y /o felicitación :

Monica Patricia Mejia 3216633454 Monicapato@hotmail.com
Nombre y apellido Teléfono o celular Correo electrónico

Nota: Los datos personales registrados en el presente documento están sometidos a reserva legal, lo que garantiza la confidencialidad de los mismos y que estos no se darán a conocer sin su consentimiento, según Ley 1581 de 2012.

MUNICIPIO DE ZARZAL VALLE DEL CAUCA NIT: 891900624-0	**SUBPROCESO:** SALUD PÚBLICA **PROCEDIMIENTO:** SATISFACCION DE LOS SERVICIOS **FORMATO:** ENCUESTA	Código: 160,02.02 Versión: 01 Fecha:

Para nosotros es importante conocer sus opiniones, sugerencias, reconocimientos y felicitaciones en relación con los servicios ofrecidos por el personal de la Dirección Local de Salud.
Le agradecemos responder voluntariamente esta encuesta.

FECHA : 18-10-2024

Marque el tema atendido y/o tratado con el personal de la Dirección Local de Salud:

Educación en Salud Extramural		Atención en Aseguramiento	
Promoción y Prevención		Gestión del riesgo en de Salud Pública	
Vigilancia en Salud Pública		Participación ciudadana	

Otro _____ ¿Cuál? Participacion social en Salud

ASPECTOS A EVALUAR	PRE Y POS ATENCIÓN			
	Excelente	Bueno	Regular	Deficiente
1. Atención oportuna	✓			
2. Claridad en la información	✓			
3. Actitud para orientar	✓			
4. Disponibilidad de horarios	✓			
5. Disponibilidad de espacios para la atención	✓			
6. Cómo califica el personal que le atendió?	✓			
7. Actitud y trato recibido	✓			
8. Puntualidad en ser atendido	✓			
9. Calidad de la atención en relación con su problemática	✓			
10. Presentación personal	✓			

Otras situaciones presentadas (Sugerencias , recomendaciones , petición , queja , reclamo y /o felicitación :

Estado bueno muy claro gracias por la invitacion

Gabriela Flores 3149138413 Gabrel@gmail.com
Nombre y apellido Teléfono o celular Correo electrónico

Nota: Los datos personales registrados en el presente documento están sometidos a reserva legal, lo que garantiza la confidencialidad de los mismos y que estos no se darán a conocer sin su consentimiento, según Ley 1581 de 2012.

285

MUNICIPIO DE ZARZAL VALLE DEL CAUCA NIT: 891900624-0	**SUBPROCESO:** SALUD PÚBLICA **PROCEDIMIENTO:** SATISFACCION DE LOS SERVICIOS **FORMATO:** ENCUESTA	Código: 160,02.02 Versión: 01 Fecha:

Para nosotros es importante conocer sus opiniones, sugerencias, reconocimientos y felicitaciones en relación con los servicios ofrecidos por el personal de la Dirección Local de Salud.
Le agradecemos responder voluntariamente esta encuesta.

FECHA: 18-10-2024

Marque el tema atendido y/o tratado con el personal de la Dirección Local de Salud:

Educación en Salud Extramural		Atención en Aseguramiento	
Promoción y Prevención		Gestión del riesgo en de Salud Pública	
Vigilancia en Salud Pública		Participación ciudadana	

Otro _____ ¿Cuál? Participacion Social en Salud

ASPECTOS A EVALUAR	PRE Y POS ATENCIÓN			
	Excelente	Bueno	Regular	Deficiente
1. Atención oportuna		✓		
2. Claridad en la información		✓		
3. Actitud para orientar		✓		
4. Disponibilidad de horarios		✓		
5. Disponibilidad de espacios para la atención		✓		
6. Cómo califica el personal que le atendió?		✓		
7. Actitud y trato recibido		✓		
8. Puntualidad en ser atendido		✓		
9. Calidad de la atención en relación con su problemática		✓		
10. Presentación personal		✓		

Otras situaciones presentadas (Sugerencias , recomendaciones , petición , queja , reclamo y /o felicitación :

Carmen Emilia Reyes — Nombre y apellido
323 446 11 10 — Teléfono o celular
[illegible] — Correo electrónico

Nota: Los datos personales registrados en el presente documento están sometidos a reserva legal, lo que garantiza la confidencialidad de los mismos y que estos no se darán a conocer sin su consentimiento, según Ley 1581 de 2012.

MUNICIPIO DE ZARZAL VALLE DEL CAUCA NIT: 891900624-0	**SUBPROCESO:** SALUD PÚBLICA **PROCEDIMIENTO:** SATISFACCION DE LOS SERVICIOS **FORMATO:** ENCUESTA	Código: 160,02.02 Versión: 01 Fecha:

Para nosotros es importante conocer sus opiniones, sugerencias, reconocimientos y felicitaciones en relación con los servicios ofrecidos por el personal de la Dirección Local de Salud.
Le agradecemos responder voluntariamente esta encuesta.

FECHA : 18-10-2024

Marque el tema atendido y/o tratado con el personal de la Dirección Local de Salud:

Educación en Salud Extramural		Atención en Aseguramiento	
Promoción y Prevención		Gestión del riesgo en de Salud Pública	
Vigilancia en Salud Pública		Participación ciudadana	

Otro _____ ¿Cuál? Participacion Social en Salud

ASPECTOS A EVALUAR	PRE Y POS ATENCIÓN			
	Excelente	Bueno	Regular	Deficiente
1. Atención oportuna	✓			
2. Claridad en la información	✓			
3. Actitud para orientar	✓			
4. Disponibilidad de horarios	✓			
5. Disponibilidad de espacios para la atención	✓			
6. Cómo califica el personal que le atendió?	✓			
7. Actitud y trato recibido	✓			
8. Puntualidad en ser atendido	✓			
9. Calidad de la atención en relación con su problemática	✓			
10. Presentación personal	✓			

Otras situaciones presentadas (Sugerencias , recomendaciones , petición , queja , reclamo y /o felicitación :

Pedro Pablo Jurado — Nombre y apellido
3168533117 — Teléfono o celular
no tiene — Correo electrónico

Nota: Los datos personales registrados en el presente documento están sometidos a reserva legal, lo que garantiza la confidencialidad de los mismos y que estos no se darán a conocer sin su consentimiento, según Ley 1581 de 2012.

MUNICIPIO DE ZARZAL VALLE DEL CAUCA NIT: 891900624-0	**SUBPROCESO:** SALUD PÚBLICA **PROCEDIMIENTO:** SATISFACCION DE LOS SERVICIOS **FORMATO:** ENCUESTA	Código: 160,02.02 Versión: 01 Fecha:

Para nosotros es importante conocer sus opiniones, sugerencias, reconocimientos y felicitaciones en relación con los servicios ofrecidos por el personal de la Dirección Local de Salud.
Le agradecemos responder voluntariamente esta encuesta.

FECHA: 18-10-2024

Marque el tema atendido y/o tratado con el personal de la Dirección Local de Salud:

Educación en Salud Extramural		Atención en Aseguramiento	
Promoción y Prevención		Gestión del riesgo en de Salud Pública	
Vigilancia en Salud Pública		Participación ciudadana	

Otro _____ ¿Cuál? Participacion Social en Salud

ASPECTOS A EVALUAR	PRE Y POS ATENCIÓN			
	Excelente	Bueno	Regular	Deficiente
1. Atención oportuna		✓		
2. Claridad en la información		✓		
3. Actitud para orientar		✓		
4. Disponibilidad de horarios		✓		
5. Disponibilidad de espacios para la atención		✓		
6. Cómo califica el personal que le atendió?		✓		
7. Actitud y trato recibido		✓		
8. Puntualidad en ser atendido				
9. Calidad de la atención en relación con su problemática		✓		
10. Presentación personal		✓		

Otras situaciones presentadas (Sugerencias , recomendaciones , petición , queja , reclamo y /o felicitación :

todo estuvo muy lindo la decoración

Nombre y apellido	Teléfono o celular	Correo electrónico
Liana Cordona	3138189730	1.1.311@yojoo.com

Nota: Los datos personales registrados en el presente documento están sometidos a reserva legal, lo que garantiza la confidencialidad de los mismos y que estos no se darán a conocer sin su consentimiento, según Ley 1581 de 2012.

MUNICIPIO DE ZARZAL VALLE DEL CAUCA NIT: 891900624-0	**SUBPROCESO:** SALUD PÚBLICA **PROCEDIMIENTO:** SATISFACCION DE LOS SERVICIOS **FORMATO:** ENCUESTA	Código: 160,02.02 Versión: 01 Fecha:

Para nosotros es importante conocer sus opiniones, sugerencias, reconocimientos y felicitaciones en relación con los servicios ofrecidos por el personal de la Dirección Local de Salud.
Le agradecemos responder voluntariamente esta encuesta.

FECHA: 18-10-2024

Marque el tema atendido y/o tratado con el personal de la Dirección Local de Salud:

Educación en Salud Extramural		Atención en Aseguramiento	
Promoción y Prevención		Gestión del riesgo en de Salud Pública	
Vigilancia en Salud Pública		Participación ciudadana	

Otro _____ ¿Cuál? Participacion Social - en Salud

ASPECTOS A EVALUAR	PRE Y POS ATENCIÓN			
	Excelente	Bueno	Regular	Deficiente
1. Atención oportuna	X			
2. Claridad en la información	X			
3. Actitud para orientar	X			
4. Disponibilidad de horarios		✓		
5. Disponibilidad de espacios para la atención		X		
6. Cómo califica el personal que le atendió?	X			
7. Actitud y trato recibido		✓		
8. Puntualidad en ser atendido	✓	/		
9. Calidad de la atención en relación con su problemática	X	/		
10. Presentación personal	✓			

Otras situaciones presentadas (Sugerencias , recomendaciones , petición , queja , reclamo y /o felicitación :

Benjamin Garcia Meresc 3168370727 mme222@hotmail.com.
Nombre y apellido Teléfono o celular Correo electrónico

Nota: Los datos personales registrados en el presente documento están sometidos a reserva legal, lo que garantiza la confidencialidad de los mismos y que estos no se darán a conocer sin su consentimiento, según Ley 1581 de 2012.

MUNICIPIO DE ZARZAL VALLE DEL CAUCA NIT: 891900624-0	**SUBPROCESO:** SALUD PÚBLICA **PROCEDIMIENTO:** SATISFACCION DE LOS SERVICIOS **FORMATO:** ENCUESTA	Código: 160,02.02 Versión: 01 Fecha:

Para nosotros es importante conocer sus opiniones, sugerencias, reconocimientos y felicitaciones en relación con los servicios ofrecidos por el personal de la Dirección Local de Salud.
Le agradecemos responder voluntariamente esta encuesta.

FECHA: 18-10-2024

Marque el tema atendido y/o tratado con el personal de la Dirección Local de Salud:

Educación en Salud Extramural		Atención en Aseguramiento	
Promoción y Prevención		Gestión del riesgo en de Salud Pública	
Vigilancia en Salud Pública		Participación ciudadana	

Otro _____ ¿Cuál? Participacion social en salud

ASPECTOS A EVALUAR	PRE Y POS ATENCIÓN			
	Excelente	Bueno	Regular	Deficiente
1. Atención oportuna		✓		
2. Claridad en la información	X			
3. Actitud para orientar		✓		
4. Disponibilidad de horarios	X	✓		
5. Disponibilidad de espacios para la atención		✓		
6. Cómo califica el personal que le atendió?		✓		
7. Actitud y trato recibido		✓		
8. Puntualidad en ser atendido		✓		
9. Calidad de la atención en relación con su problemática		✓		
10. Presentación personal		✓		

Otras situaciones presentadas (Sugerencias , recomendaciones , petición , queja , reclamo y /o felicitación :

Amparo de Jesus Bueno	3145743807	amparo457@hotmail.com
Nombre y apellido	Teléfono o celular	Correo electrónico

Nota: Los datos personales registrados en el presente documento están sometidos a reserva legal, lo que garantiza la confidencialidad de los mismos y que estos no se darán a conocer sin su consentimiento, según Ley 1581 de 2012.

220

MUNICIPIO DE ZARZAL VALLE DEL CAUCA NIT: 891900624-0	**SUBPROCESO:** SALUD PÚBLICA **PROCEDIMIENTO:** SATISFACCION DE LOS SERVICIOS **FORMATO:** ENCUESTA	Código: 160,02.02 Versión: 01 Fecha:

Para nosotros es importante conocer sus opiniones, sugerencias, reconocimientos y felicitaciones en relación con los servicios ofrecidos por el personal de la Dirección Local de Salud.
Le agradecemos responder voluntariamente esta encuesta.

FECHA: 18-10-2024

Marque el tema atendido y/o tratado con el personal de la Dirección Local de Salud:

Educación en Salud Extramural		Atención en Aseguramiento	
Promoción y Prevención		Gestión del riesgo en de Salud Pública	
Vigilancia en Salud Pública		Participación ciudadana	

Otro _____ ¿Cuál? Participacion Social en Salud

ASPECTOS A EVALUAR	PRE Y POS ATENCIÓN			
	Excelente	Bueno	Regular	Deficiente
1. Atención oportuna		✓		
2. Claridad en la información		✓		
3. Actitud para orientar		✓		
4. Disponibilidad de horarios		✓		
5. Disponibilidad de espacios para la atención		✓		
6. Cómo califica el personal que le atendió?		✓		
7. Actitud y trato recibido		✓		
8. Puntualidad en ser atendido		✓		
9. Calidad de la atención en relación con su problemática		✓		
10. Presentación personal		✓		

Otras situaciones presentadas (Sugerencias , recomendaciones , petición , queja , reclamo y /o felicitación :

Azael Ocampo Giraldo — Nombre y apellido
3127781105 — Teléfono o celular
No tengo — Correo electrónico

Nota: Los datos personales registrados en el presente documento están sometidos a reserva legal, lo que garantiza la confidencialidad de los mismos y que estos no se darán a conocer sin su consentimiento, según Ley 1581 de 2012.

MUNICIPIO DE ZARZAL VALLE DEL CAUCA NIT: 891900624-0	**SUBPROCESO:** SALUD PÚBLICA **PROCEDIMIENTO:** SATISFACCION DE LOS SERVICIOS **FORMATO:** ENCUESTA	Código: 160,02.02 Versión: 01 Fecha:

Para nosotros es importante conocer sus opiniones, sugerencias, reconocimientos y felicitaciones en relación con los servicios ofrecidos por el personal de la Dirección Local de Salud.
Le agradecemos responder voluntariamente esta encuesta.

FECHA: 18-10-2024

Marque el tema atendido y/o tratado con el personal de la Dirección Local de Salud:

Educación en Salud Extramural		Atención en Aseguramiento	
Promoción y Prevención		Gestión del riesgo en de Salud Pública	
Vigilancia en Salud Pública		Participación ciudadana	

Otro _____ ¿Cuál? Participacion Social en Salud

ASPECTOS A EVALUAR	PRE Y POS ATENCIÓN			
	Excelente	Bueno	Regular	Deficiente
1. Atención oportuna		✓		
2. Claridad en la información		X		
3. Actitud para orientar		X		
4. Disponibilidad de horarios		X		
5. Disponibilidad de espacios para la atención		X		
6. Cómo califica el personal que le atendió?		X		
7. Actitud y trato recibido		X		
8. Puntualidad en ser atendido		X		
9. Calidad de la atención en relación con su problemática		+		
10. Presentación personal		+		

Otras situaciones presentadas (Sugerencias , recomendaciones , petición , queja , reclamo y /o felicitación :

Julv Viviana Cabdon 321 857 7071 julvc@gmail.com
Nombre y apellido Teléfono o celular Correo electronico

Nota: Los datos personales registrados en el presente documento están sometidos a reserva legal, lo que garantiza la confidencialidad de los mismos y que estos no se darán a conocer sin su consentimiento, según Ley 1581 de 2012.

MUNICIPIO DE ZARZAL VALLE DEL CAUCA NIT: 891900624-0	**SUBPROCESO:** SALUD PÚBLICA **PROCEDIMIENTO:** SATISFACCION DE LOS SERVICIOS **FORMATO:** ENCUESTA	Código: 160,02.02 Versión: 01 Fecha:

Para nosotros es importante conocer sus opiniones, sugerencias, reconocimientos y felicitaciones en relación con los servicios ofrecidos por el personal de la Dirección Local de Salud.
Le agradecemos responder voluntariamente esta encuesta.

FECHA: 18-10-2024

Marque el tema atendido y/o tratado con el personal de la Dirección Local de Salud:

Educación en Salud Extramural		Atención en Aseguramiento	
Promoción y Prevención		Gestión del riesgo en de Salud Pública	
Vigilancia en Salud Pública		Participación ciudadana	

Otro _____ ¿Cuál? Participacion Social en Salud.

ASPECTOS A EVALUAR	PRE Y POS ATENCIÓN			
	Excelente	Bueno	Regular	Deficiente
1. Atención oportuna		X		
2. Claridad en la información		X		
3. Actitud para orientar		X		
4. Disponibilidad de horarios		X		
5. Disponibilidad de espacios para la atención		X		
6. Cómo califica el personal que le atendió?		X		
7. Actitud y trato recibido		X		
8. Puntualidad en ser atendido		X		
9. Calidad de la atención en relación con su problemática		X		
10. Presentación personal		X		

Otras situaciones presentadas (Sugerencias , recomendaciones , petición , queja , reclamo y /o felicitación :

Paola andrea Gomez — Nombre y apellido
3119055744. — Teléfono o celular
Poan6011l@hotmail.com — Correo electrónico

Nota: Los datos personales registrados en el presente documento están sometidos a reserva legal, lo que garantiza la confidencialidad de los mismos y que estos no se darán a conocer sin su consentimiento, según Ley 1581 de 2012.

MUNICIPIO DE ZARZAL VALLE DEL CAUCA NIT: 891900624-0	**SUBPROCESO:** SALUD PÚBLICA **PROCEDIMIENTO:** SATISFACCION DE LOS SERVICIOS **FORMATO:** ENCUESTA	Código: 160,02.02 Versión: 01 Fecha:

Para nosotros es importante conocer sus opiniones, sugerencias, reconocimientos y felicitaciones en relación con los servicios ofrecidos por el personal de la Dirección Local de Salud.
Le agradecemos responder voluntariamente esta encuesta.

FECHA: 18-10-2024

Marque el tema atendido y/o tratado con el personal de la Dirección Local de Salud:

Educación en Salud Extramural		Atención en Aseguramiento	
Promoción y Prevención		Gestión del riesgo en de Salud Pública	
Vigilancia en Salud Pública		Participación ciudadana	

Otro _____ ¿Cuál? Participacion Social en Salud

ASPECTOS A EVALUAR	PRE Y POS ATENCIÓN			
	Excelente	Bueno	Regular	Deficiente
1. Atención oportuna	✓	✓		
2. Claridad en la información		✓		
3. Actitud para orientar		✓		
4. Disponibilidad de horarios		✓		
5. Disponibilidad de espacios para la atención		✓		
6. Cómo califica el personal que le atendió?		✓		
7. Actitud y trato recibido		✓		
8. Puntualidad en ser atendido		✓		
9. Calidad de la atención en relación con su problemática		✓		
10. Presentación personal		✓		

Otras situaciones presentadas (Sugerencias , recomendaciones , petición , queja , reclamo y /o felicitación :

—

Luz Dary Reinosa. — Nombre y apellido
3122184644 — Teléfono o celular
No tengo. — Correo electrónico

Nota: Los datos personales registrados en el presente documento están sometidos a reserva legal, lo que garantiza la confidencialidad de los mismos y que estos no se darán a conocer sin su consentimiento, según Ley 1581 de 2012.

MUNICIPIO DE ZARZAL VALLE DEL CAUCA NIT: 891900624-0	**SUBPROCESO:** SALUD PÚBLICA **PROCEDIMIENTO:** SATISFACCION DE LOS SERVICIOS **FORMATO:** ENCUESTA	Código: 160,02.02 Versión: 01 Fecha:

Para nosotros es importante conocer sus opiniones, sugerencias, reconocimientos y felicitaciones en relación con los servicios ofrecidos por el personal de la Dirección Local de Salud.
Le agradecemos responder voluntariamente esta encuesta.

FECHA: 18-10-2024

Marque el tema atendido y/o tratado con el personal de la Dirección Local de Salud:

Educación en Salud Extramural		Atención en Aseguramiento	
Promoción y Prevención		Gestión del riesgo en de Salud Pública	
Vigilancia en Salud Pública		Participación ciudadana	

Otro _____ ¿Cuál? Participacion Social en Salud

ASPECTOS A EVALUAR	PRE Y POS ATENCIÓN			
	Excelente	Bueno	Regular	Deficiente
1. Atención oportuna	✓			
2. Claridad en la información		✓		
3. Actitud para orientar	✓			
4. Disponibilidad de horarios	✓			
5. Disponibilidad de espacios para la atención	✓	✓		
6. Cómo califica el personal que le atendió?	✓			
7. Actitud y trato recibido	✓			
8. Puntualidad en ser atendido	✓			
9. Calidad de la atención en relación con su problemática	✓			
10. Presentación personal	✓			

Otras situaciones presentadas (Sugerencias , recomendaciones , petición , queja , reclamo y /o felicitación :

Laura Vanessa Flores — Nombre y apellido
3156571688 — Teléfono o celular
Laurvanef234@gmail.com — Correo electrónico

Nota: Los datos personales registrados en el presente documento están sometidos a reserva legal, lo que garantiza la confidencialidad de los mismos y que estos no se darán a conocer sin su consentimiento, según Ley 1581 de 2012.

MUNICIPIO DE ZARZAL VALLE DEL CAUCA NIT: 891900624-0	**SUBPROCESO:** SALUD PÚBLICA **PROCEDIMIENTO:** SATISFACCION DE LOS SERVICIOS **FORMATO:** ENCUESTA	Código: 160,02.02 Versión: 01 Fecha:

Para nosotros es importante conocer sus opiniones, sugerencias, reconocimientos y felicitaciones en relación con los servicios ofrecidos por el personal de la Dirección Local de Salud.
Le agradecemos responder voluntariamente esta encuesta.

FECHA: 18-10-2024

Marque el tema atendido y/o tratado con el personal de la Dirección Local de Salud:

Educación en Salud Extramural		Atención en Aseguramiento	
Promoción y Prevención		Gestión del riesgo en de Salud Pública	
Vigilancia en Salud Pública		Participación ciudadana	

Otro _____ ¿Cuál? Participacion social en salud

ASPECTOS A EVALUAR	PRE Y POS ATENCIÓN			
	Excelente	Bueno	Regular	Deficiente
1. Atención oportuna	✓			
2. Claridad en la información	✓			
3. Actitud para orientar		✓		
4. Disponibilidad de horarios	✓			
5. Disponibilidad de espacios para la atención	✓			
6. Cómo califica el personal que le atendió?	✓	✓		
7. Actitud y trato recibido	✓			
8. Puntualidad en ser atendido		✓		
9. Calidad de la atención en relación con su problemática	✓			
10. Presentación personal		✓		

Otras situaciones presentadas (Sugerencias , recomendaciones , petición , queja , reclamo y /o felicitación :

Mª Luisa Garcia	3168370725	Loisa123@gmail.com.
Nombre y apellido	Teléfono o celular	Correo electrónico

Nota: Los datos personales registrados en el presente documento están sometidos a reserva legal, lo que garantiza la confidencialidad de los mismos y que estos no se darán a conocer sin su consentimiento, según Ley 1581 de 2012.

MUNICIPIO DE ZARZAL VALLE DEL CAUCA NIT: 891900624-0	**SUBPROCESO:** SALUD PÚBLICA **PROCEDIMIENTO:** SATISFACCION DE LOS SERVICIOS **FORMATO:** ENCUESTA	Código: 160,02.02 Versión: 01 Fecha:

Para nosotros es importante conocer sus opiniones, sugerencias, reconocimientos y felicitaciones en relación con los servicios ofrecidos por el personal de la Dirección Local de Salud.
Le agradecemos responder voluntariamente esta encuesta.

FECHA: 18-10-2024

Marque el tema atendido y/o tratado con el personal de la Dirección Local de Salud:

Educación en Salud Extramural		Atención en Aseguramiento	
Promoción y Prevención		Gestión del riesgo en de Salud Pública	
Vigilancia en Salud Pública		Participación ciudadana	

Otro _____ ¿Cuál? Participacion Social en Salud

ASPECTOS A EVALUAR	PRE Y POS ATENCIÓN			
	Excelente	Bueno	Regular	Deficiente
1. Atención oportuna		✓		
2. Claridad en la información		✓		
3. Actitud para orientar		✓		
4. Disponibilidad de horarios		✓		
5. Disponibilidad de espacios para la atención		✓		
6. Cómo califica el personal que le atendió?		✓		
7. Actitud y trato recibido		✓		
8. Puntualidad en ser atendido		✓		
9. Calidad de la atención en relación con su problemática		✓		
10. Presentación personal		✓		

Otras situaciones presentadas (Sugerencias , recomendaciones , petición , queja , reclamo y /o felicitación :

Jose Rinelio Borboye	3128993883	Joac323@gmail.com
Nombre y apellido	Teléfono o celular	Correo electrónico

Nota: Los datos personales registrados en el presente documento están sometidos a reserva legal, lo que garantiza la confidencialidad de los mismos y que estos no se darán a conocer sin su consentimiento, según Ley 1581 de 2012.

MUNICIPIO DE ZARZAL VALLE DEL CAUCA NIT: 891900624-0	**SUBPROCESO:** SALUD PÚBLICA **PROCEDIMIENTO:** SATISFACCION DE LOS SERVICIOS **FORMATO:** ENCUESTA	Código: 160,02.02 Versión: 01 Fecha:

Para nosotros es importante conocer sus opiniones, sugerencias, reconocimientos y felicitaciones en relación con los servicios ofrecidos por el personal de la Dirección Local de Salud.
Le agradecemos responder voluntariamente esta encuesta.

FECHA: 18-10-2024

Marque el tema atendido y/o tratado con el personal de la Dirección Local de Salud:

Educación en Salud Extramural		Atención en Aseguramiento	
Promoción y Prevención		Gestión del riesgo en de Salud Pública	
Vigilancia en Salud Pública		Participación ciudadana	

Otro _____ ¿Cuál? Participacion Social. en Salud.

ASPECTOS A EVALUAR	PRE Y POS ATENCIÓN			
	Excelente	Bueno	Regular	Deficiente
1. Atención oportuna		✓		
2. Claridad en la información		✓		
3. Actitud para orientar		✓		
4. Disponibilidad de horarios		✓		
5. Disponibilidad de espacios para la atención		✓		
6. Cómo califica el personal que le atendió?		✓		
7. Actitud y trato recibido		✓		
8. Puntualidad en ser atendido		✓		
9. Calidad de la atención en relación con su problemática		✓		
10. Presentación personal		✓		

Otras situaciones presentadas (Sugerencias , recomendaciones , petición , queja , reclamo y /o felicitación :

Dora Mej Molano. — Nombre y apellido
3175278647 — Teléfono o celular
Doramolo327@gmail.com — Correo electrónico

Nota: Los datos personales registrados en el presente documento están sometidos a reserva legal, lo que garantiza la confidencialidad de los mismos y que estos no se darán a conocer sin su consentimiento, según Ley 1581 de 2012.

MUNICIPIO DE ZARZAL VALLE DEL CAUCA NIT: 891900624-0	**SUBPROCESO:** SALUD PÚBLICA **PROCEDIMIENTO:** SATISFACCION DE LOS SERVICIOS **FORMATO:** ENCUESTA	Código: 160,02.02 Versión: 01 Fecha:

Para nosotros es importante conocer sus opiniones, sugerencias, reconocimientos y felicitaciones en relación con los servicios ofrecidos por el personal de la Dirección Local de Salud.
Le agradecemos responder voluntariamente esta encuesta.

FECHA: 18-10-2024

Marque el tema atendido y/o tratado con el personal de la Dirección Local de Salud:

Educación en Salud Extramural		Atención en Aseguramiento	
Promoción y Prevención		Gestión del riesgo en de Salud Pública	
Vigilancia en Salud Pública		Participación ciudadana	

Otro _____ ¿Cuál? Participacion Social en Salud

ASPECTOS A EVALUAR	PRE Y POS ATENCIÓN			
	Excelente	Bueno	Regular	Deficiente
1. Atención oportuna		X		
2. Claridad en la información		X		
3. Actitud para orientar		X		
4. Disponibilidad de horarios		X		
5. Disponibilidad de espacios para la atención		X		
6. Cómo califica el personal que le atendió?		X		
7. Actitud y trato recibido		X		
8. Puntualidad en ser atendido		X		
9. Calidad de la atención en relación con su problemática		X		
10. Presentación personal		X		

Otras situaciones presentadas (Sugerencias , recomendaciones , petición , queja , reclamo y /o felicitación :

Luz marina osorio. — Nombre y apellido
3233718092 — Teléfono o celular
Luzma_12@gmail.com — Correo electrónico

Nota: Los datos personales registrados en el presente documento están sometidos a reserva legal, lo que garantiza la confidencialidad de los mismos y que estos no se darán a conocer sin su consentimiento, según Ley 1581 de 2012.

MUNICIPIO DE ZARZAL VALLE DEL CAUCA NIT: 891900624-0	**SUBPROCESO:** SALUD PÚBLICA **PROCEDIMIENTO:** SATISFACCION DE LOS SERVICIOS **FORMATO:** ENCUESTA	Código: 160,02.02 Versión: 01 Fecha:

Para nosotros es importante conocer sus opiniones, sugerencias, reconocimientos y felicitaciones en relación con los servicios ofrecidos por el personal de la Dirección Local de Salud.
Le agradecemos responder voluntariamente esta encuesta.

FECHA: 18-10-2024

Marque el tema atendido y/o tratado con el personal de la Dirección Local de Salud:

Educación en Salud Extramural		Atención en Aseguramiento	
Promoción y Prevención		Gestión del riesgo en de Salud Pública	
Vigilancia en Salud Pública		Participación ciudadana	

Otro _____ ¿Cuál? Participacion Social en Salud

ASPECTOS A EVALUAR	**PRE Y POS ATENCIÓN**			
	Excelente	Bueno	Regular	Deficiente
1. Atención oportuna	✓			
2. Claridad en la información	✓			
3. Actitud para orientar	✓			
4. Disponibilidad de horarios	✓			
5. Disponibilidad de espacios para la atención	✓			
6. Cómo califica el personal que le atendió?	✓			
7. Actitud y trato recibido	✓			
8. Puntualidad en ser atendido	✓			
9. Calidad de la atención en relación con su problemática	✓			
10. Presentación personal	✓			

Otras situaciones presentadas (Sugerencias , recomendaciones , petición , queja , reclamo y /o felicitación :

Erika Yoran Hinao — Nombre y apellido
3132343898 — Teléfono o celular
ErikHinao823@gmail.com — Correo electrónico

Nota: Los datos personales registrados en el presente documento están sometidos a reserva legal, lo que garantiza la confidencialidad de los mismos y que estos no se darán a conocer sin su consentimiento, según Ley 1581 de 2012.

MUNICIPIO DE ZARZAL VALLE DEL CAUCA NIT: 891900624-0	**SUBPROCESO:** SALUD PÚBLICA **PROCEDIMIENTO:** SATISFACCION DE LOS SERVICIOS **FORMATO:** ENCUESTA	Código: 160,02.02 Versión: 01 Fecha:

Para nosotros es importante conocer sus opiniones, sugerencias, reconocimientos y felicitaciones en relación con los servicios ofrecidos por el personal de la Dirección Local de Salud.
Le agradecemos responder voluntariamente esta encuesta.

FECHA: 16-10-2024

Marque el tema atendido y/o tratado con el personal de la Dirección Local de Salud:

Educación en Salud Extramural		Atención en Aseguramiento	
Promoción y Prevención		Gestión del riesgo en de Salud Pública	
Vigilancia en Salud Pública		Participación ciudadana	

Otro _____ ¿Cuál? Participacion Social en salud

ASPECTOS A EVALUAR	PRE Y POS ATENCIÓN			
	Excelente	Bueno	Regular	Deficiente
1. Atención oportuna				
2. Claridad en la información				
3. Actitud para orientar				
4. Disponibilidad de horarios				
5. Disponibilidad de espacios para la atención				
6. Cómo califica el personal que le atendió?				
7. Actitud y trato recibido				
8. Puntualidad en ser atendido				
9. Calidad de la atención en relación con su problemática				
10. Presentación personal				

Otras situaciones presentadas (Sugerencias , recomendaciones , petición , queja , reclamo y /o felicitación :

Sebastian Serna 3184625170 Sebastian@hotmail.com
Nombre y apellido Teléfono o celular Correo electrónico

Nota: Los datos personales registrados en el presente documento están sometidos a reserva legal, lo que garantiza la confidencialidad de los mismos y que estos no se darán a conocer sin su consentimiento, según Ley 1581 de 2012.

MUNICIPIO DE ZARZAL VALLE DEL CAUCA NIT: 891900624-0	**SUBPROCESO:** SALUD PÚBLICA **PROCEDIMIENTO:** SATISFACCION DE LOS SERVICIOS **FORMATO:** ENCUESTA	Código: 160,02.02 Versión: 01 Fecha:

Para nosotros es importante conocer sus opiniones, sugerencias, reconocimientos y felicitaciones en relación con los servicios ofrecidos por el personal de la Dirección Local de Salud.
Le agradecemos responder voluntariamente esta encuesta.

FECHA: 16-10-2024

Marque el tema atendido y/o tratado con el personal de la Dirección Local de Salud:

Educación en Salud Extramural		Atención en Aseguramiento	
Promoción y Prevención		Gestión del riesgo en de Salud Pública	
Vigilancia en Salud Pública		Participación ciudadana	

Otro _____ ¿Cuál? Participacion social en Salud

ASPECTOS A EVALUAR	PRE Y POS ATENCIÓN			
	Excelente	Bueno	Regular	Deficiente
1. Atención oportuna				
2. Claridad en la información				
3. Actitud para orientar				
4. Disponibilidad de horarios				
5. Disponibilidad de espacios para la atención				
6. Cómo califica el personal que le atendió?				
7. Actitud y trato recibido				
8. Puntualidad en ser atendido				
9. Calidad de la atención en relación con su problemática				
10. Presentación personal				

Otras situaciones presentadas (Sugerencias , recomendaciones , petición , queja , reclamo y /o felicitación :

Milena Tercero P. — Nombre y apellido
3104908018 — Teléfono o celular
No lo se — Correo electrónico

Nota: Los datos personales registrados en el presente documento están sometidos a reserva legal, lo que garantiza la confidencialidad de los mismos y que estos no se darán a conocer sin su consentimiento, según Ley 1581 de 2012.

MUNICIPIO DE ZARZAL VALLE DEL CAUCA NIT: 891900624-0	**SUBPROCESO:** SALUD PÚBLICA **PROCEDIMIENTO:** SATISFACCION DE LOS SERVICIOS **FORMATO:** ENCUESTA	Código: 160,02.02 Versión: 01 Fecha:

Para nosotros es importante conocer sus opiniones, sugerencias, reconocimientos y felicitaciones en relación con los servicios ofrecidos por el personal de la Dirección Local de Salud.
Le agradecemos responder voluntariamente esta encuesta.

FECHA: 16-10-2024

Marque el tema atendido y/o tratado con el personal de la Dirección Local de Salud:

Educación en Salud Extramural		Atención en Aseguramiento	
Promoción y Prevención		Gestión del riesgo en de Salud Pública	
Vigilancia en Salud Pública		Participación ciudadana	

Otro _____ ¿Cuál? Participacion Social en Salud

ASPECTOS A EVALUAR	PRE Y POS ATENCIÓN			
	Excelente	Bueno	Regular	Deficiente
1. Atención oportuna		✓		
2. Claridad en la información		✓		
3. Actitud para orientar		✓		
4. Disponibilidad de horarios		✓		
5. Disponibilidad de espacios para la atención		✓		
6. Cómo califica el personal que le atendió?		✓		
7. Actitud y trato recibido		✓		
8. Puntualidad en ser atendido		✓		
9. Calidad de la atención en relación con su problemática		✓		
10. Presentación personal		✓		

Otras situaciones presentadas (Sugerencias , recomendaciones , petición , queja , reclamo y /o felicitación :

Sara Ruiz G. 3188709020 Sara@hotmail.com

Nombre y apellido | Teléfono o celular | Correo electrónico

Nota: Los datos personales registrados en el presente documento están sometidos a reserva legal, lo que garantiza la confidencialidad de los mismos y que estos no se darán a conocer sin su consentimiento, según Ley 1581 de 2012.

MUNICIPIO DE ZARZAL VALLE DEL CAUCA NIT: 891900624-0	**SUBPROCESO:** SALUD PÚBLICA **PROCEDIMIENTO:** SATISFACCION DE LOS SERVICIOS **FORMATO:** ENCUESTA	Código: 160,02.02 Versión: 01 Fecha:

Para nosotros es importante conocer sus opiniones, sugerencias, reconocimientos y felicitaciones en relación con los servicios ofrecidos por el personal de la Dirección Local de Salud.
Le agradecemos responder voluntariamente esta encuesta.

FECHA: 16- 10- 2024

Marque el tema atendido y/o tratado con el personal de la Dirección Local de Salud:

Educación en Salud Extramural		Atención en Aseguramiento	
Promoción y Prevención		Gestión del riesgo en de Salud Pública	
Vigilancia en Salud Pública		Participación ciudadana	

Otro _____ ¿Cuál? Participacion Social - en Salud.

ASPECTOS A EVALUAR	PRE Y POS ATENCIÓN			
	Excelente	Bueno	Regular	Deficiente
1. Atención oportuna		✓		
2. Claridad en la información		✓		
3. Actitud para orientar		✓		
4. Disponibilidad de horarios		✓		
5. Disponibilidad de espacios para la atención		✓		
6. Cómo califica el personal que le atendió?		✓		
7. Actitud y trato recibido		✓		
8. Puntualidad en ser atendido		✓		
9. Calidad de la atención en relación con su problemática		✓		
10. Presentación personal		✓		

Otras situaciones presentadas (Sugerencias , recomendaciones , petición , queja , reclamo y /o felicitación :

lina mosquera Vargas	300 821 90 30	linosquera123@gmail.com
Nombre y apellido	Teléfono o celular	Correo electrónico

Nota: Los datos personales registrados en el presente documento están sometidos a reserva legal, lo que garantiza la confidencialidad de los mismos y que estos no se darán a conocer sin su consentimiento, según Ley 1581 de 2012.

MUNICIPIO DE ZARZAL VALLE DEL CAUCA NIT: 891900624-0	**SUBPROCESO:** SALUD PÚBLICA **PROCEDIMIENTO:** SATISFACCION DE LOS SERVICIOS **FORMATO:** ENCUESTA	Código: 160,02.02 Versión: 01 Fecha:

Para nosotros es importante conocer sus opiniones, sugerencias, reconocimientos y felicitaciones en relación con los servicios ofrecidos por el personal de la Dirección Local de Salud.
Le agradecemos responder voluntariamente esta encuesta.

FECHA: 16-10-2024

Marque el tema atendido y/o tratado con el personal de la Dirección Local de Salud:

Educación en Salud Extramural		Atención en Aseguramiento	
Promoción y Prevención		Gestión del riesgo en de Salud Pública	
Vigilancia en Salud Pública		Participación ciudadana	

Otro _____ ¿Cuál? Participacion Social en Salud

ASPECTOS A EVALUAR	PRE Y POS ATENCIÓN			
	Excelente	Bueno	Regular	Deficiente
1. Atención oportuna		✓		
2. Claridad en la información		✓		
3. Actitud para orientar		✓		
4. Disponibilidad de horarios		✓		
5. Disponibilidad de espacios para la atención		✓		
6. Cómo califica el personal que le atendió?		✓		
7. Actitud y trato recibido		✓		
8. Puntualidad en ser atendido		✓		
9. Calidad de la atención en relación con su problemática		✓		
10. Presentación personal		✓		

Otras situaciones presentadas (Sugerencias , recomendaciones , petición , queja , reclamo y /o felicitación :

Yamilet Vallecilla	3122392225.	Yavalle@gmail.com
Nombre y apellido	Teléfono o celular	Correo electrónico

Nota: Los datos personales registrados en el presente documento están sometidos a reserva legal, lo que garantiza la confidencialidad de los mismos y que estos no se darán a conocer sin su consentimiento, según Ley 1581 de 2012.

MUNICIPIO DE ZARZAL VALLE DEL CAUCA NIT: 891900624-0	**SUBPROCESO:** SALUD PÚBLICA **PROCEDIMIENTO:** SATISFACCION DE LOS SERVICIOS **FORMATO:** ENCUESTA	Código: 160,02.02 Versión: 01 Fecha:

Para nosotros es importante conocer sus opiniones, sugerencias, reconocimientos y felicitaciones en relación con los servicios ofrecidos por el personal de la Dirección Local de Salud.
Le agradecemos responder voluntariamente esta encuesta.

FECHA: 16-10-2024

Marque el tema atendido y/o tratado con el personal de la Dirección Local de Salud:

Educación en Salud Extramural		Atención en Aseguramiento	
Promoción y Prevención		Gestión del riesgo en de Salud Pública	
Vigilancia en Salud Pública		Participación ciudadana	

Otro _____ ¿Cuál? Participacion Social en Salud

ASPECTOS A EVALUAR	PRE Y POS ATENCIÓN			
	Excelente	Bueno	Regular	Deficiente
1. Atención oportuna		X		
2. Claridad en la información		X		
3. Actitud para orientar		X		
4. Disponibilidad de horarios		X		
5. Disponibilidad de espacios para la atención		X		
6. Cómo califica el personal que le atendió?		X		
7. Actitud y trato recibido		X		
8. Puntualidad en ser atendido		X		
9. Calidad de la atención en relación con su problemática		X		
10. Presentación personal		X		

Otras situaciones presentadas (Sugerencias , recomendaciones , petición , queja , reclamo y /o felicitación :

Angelica maria Agudelo 3186016518 3. Anmegu123@gmail.com
Nombre y apellido Teléfono o celular Correo electrónico

Nota: Los datos personales registrados en el presente documento están sometidos a reserva legal, lo que garantiza la confidencialidad de los mismos y que estos no se darán a conocer sin su consentimiento, según Ley 1581 de 2012.

MUNICIPIO DE ZARZAL VALLE DEL CAUCA NIT: 891900624-0	**SUBPROCESO:** SALUD PÚBLICA **PROCEDIMIENTO:** SATISFACCION DE LOS SERVICIOS **FORMATO:** ENCUESTA	Código: 160,02.02 Versión: 01 Fecha:

Para nosotros es importante conocer sus opiniones, sugerencias, reconocimientos y felicitaciones en relación con los servicios ofrecidos por el personal de la Dirección Local de Salud.
Le agradecemos responder voluntariamente esta encuesta.

FECHA: 16-10-2024

Marque el tema atendido y/o tratado con el personal de la Dirección Local de Salud:

Educación en Salud Extramural		Atención en Aseguramiento	
Promoción y Prevención		Gestión del riesgo en de Salud Pública	
Vigilancia en Salud Pública		Participación ciudadana	

Otro _____ ¿Cuál? Participacion social en Salud

ASPECTOS A EVALUAR	PRE Y POS ATENCIÓN			
	Excelente	Bueno	Regular	Deficiente
1. Atención oportuna	✓			
2. Claridad en la información		✓		
3. Actitud para orientar	✓			
4. Disponibilidad de horarios		✓		
5. Disponibilidad de espacios para la atención	✓			
6. Cómo califica el personal que le atendió?		✓		
7. Actitud y trato recibido	✓			
8. Puntualidad en ser atendido		✓		
9. Calidad de la atención en relación con su problemática	✓			
10. Presentación personal		✓		

Otras situaciones presentadas (Sugerencias , recomendaciones , petición , queja , reclamo y /o felicitación :

_____
_____
_____
_____

Leissy Valentina R. 3178095941 Lvalientr@gmail.com
Nombre y apellido Teléfono o celular Correo electrónico

Nota: Los datos personales registrados en el presente documento están sometidos a reserva legal, lo que garantiza la confidencialidad de los mismos y que estos no se darán a conocer sin su consentimiento, según Ley 1581 de 2012.

MUNICIPIO DE ZARZAL VALLE DEL CAUCA NIT: 891900624-0	**SUBPROCESO:** SALUD PÚBLICA **PROCEDIMIENTO:** SATISFACCION DE LOS SERVICIOS **FORMATO:** ENCUESTA	Código: 160,02.02 Versión: 01 Fecha:

Para nosotros es importante conocer sus opiniones, sugerencias, reconocimientos y felicitaciones en relación con los servicios ofrecidos por el personal de la Dirección Local de Salud.
Le agradecemos responder voluntariamente esta encuesta.

FECHA: 16-10-2024

Marque el tema atendido y/o tratado con el personal de la Dirección Local de Salud:

Educación en Salud Extramural		Atención en Aseguramiento	
Promoción y Prevención		Gestión del riesgo en de Salud Pública	
Vigilancia en Salud Pública		Participación ciudadana	

Otro _____ ¿Cuál? Participacion social en Salud

ASPECTOS A EVALUAR	PRE Y POS ATENCIÓN			
	Excelente	Bueno	Regular	Deficiente
1. Atención oportuna		X		
2. Claridad en la información		X		
3. Actitud para orientar		X		
4. Disponibilidad de horarios		X		
5. Disponibilidad de espacios para la atención		X		
6. Cómo califica el personal que le atendió?		X		
7. Actitud y trato recibido		X		
8. Puntualidad en ser atendido		X		
9. Calidad de la atención en relación con su problemática		X		
10. Presentación personal		X		

Otras situaciones presentadas (Sugerencias , recomendaciones , petición , queja , reclamo y /o felicitación :

Maria Valentina Castaño	3218464171	maria928@gmail.com
Nombre y apellido	Teléfono o celular	Correo electrónico

Nota: Los datos personales registrados en el presente documento están sometidos a reserva legal, lo que garantiza la confidencialidad de los mismos y que estos no se darán a conocer sin su consentimiento, según Ley 1581 de 2012.

MUNICIPIO DE ZARZAL VALLE DEL CAUCA NIT: 891900624-0	**SUBPROCESO:** SALUD PÚBLICA **PROCEDIMIENTO:** SATISFACCION DE LOS SERVICIOS **FORMATO:** ENCUESTA	Código: 160,02.02 Versión: 01 Fecha:

Para nosotros es importante conocer sus opiniones, sugerencias, reconocimientos y felicitaciones en relación con los servicios ofrecidos por el personal de la Dirección Local de Salud.
Le agradecemos responder voluntariamente esta encuesta.

FECHA: 16-10-2024

Marque el tema atendido y/o tratado con el personal de la Dirección Local de Salud:

Educación en Salud Extramural		Atención en Aseguramiento	
Promoción y Prevención		Gestión del riesgo en de Salud Pública	
Vigilancia en Salud Pública		Participación ciudadana	

Otro _____ ¿Cuál? Participacion Social en Salud

ASPECTOS A EVALUAR	PRE Y POS ATENCIÓN			
	Excelente	Bueno	Regular	Deficiente
1. Atención oportuna	X			
2. Claridad en la información	X			
3. Actitud para orientar	X			
4. Disponibilidad de horarios	X			
5. Disponibilidad de espacios para la atención	X			
6. Cómo califica el personal que le atendió?	X			
7. Actitud y trato recibido	X			
8. Puntualidad en ser atendido	X			
9. Calidad de la atención en relación con su problemática	X			
10. Presentación personal	X			

Otras situaciones presentadas (Sugerencias , recomendaciones , petición , queja , reclamo y /o felicitación :

Diana Rodriguez — Nombre y apellido
3218205941 — Teléfono o celular
DRodriguez123@gmail.com — Correo electrónico

Nota: Los datos personales registrados en el presente documento están sometidos a reserva legal, lo que garantiza la confidencialidad de los mismos y que estos no se darán a conocer sin su consentimiento, según Ley 1581 de 2012.

239

MUNICIPIO DE ZARZAL VALLE DEL CAUCA NIT: 891900624-0	**SUBPROCESO:** SALUD PÚBLICA **PROCEDIMIENTO:** SATISFACCION DE LOS SERVICIOS **FORMATO:** ENCUESTA	Código: 160,02.02 Versión: 01 Fecha:

Para nosotros es importante conocer sus opiniones, sugerencias, reconocimientos y felicitaciones en relación con los servicios ofrecidos por el personal de la Dirección Local de Salud.
Le agradecemos responder voluntariamente esta encuesta.

FECHA: 16 Io- 2024

Marque el tema atendido y/o tratado con el personal de la Dirección Local de Salud:

Educación en Salud Extramural		Atención en Aseguramiento	
Promoción y Prevención		Gestión del riesgo en de Salud Pública	
Vigilancia en Salud Pública		Participación ciudadana	

Otro _____ ¿Cuál? Participacion Social en Salud

ASPECTOS A EVALUAR	PRE Y POS ATENCIÓN			
	Excelente	Bueno	Regular	Deficiente
1. Atención oportuna		✓		
2. Claridad en la información		✓		
3. Actitud para orientar		✓		
4. Disponibilidad de horarios		✓		
5. Disponibilidad de espacios para la atención		✓		
6. Cómo califica el personal que le atendió?		✓		
7. Actitud y trato recibido		✓		
8. Puntualidad en ser atendido		✓		
9. Calidad de la atención en relación con su problemática		✓		
10. Presentación personal		✓		

Otras situaciones presentadas (Sugerencias , recomendaciones , petición , queja , reclamo y /o felicitación :

Olga Isaza Sepulveda — Nombre y apellido
3206586[illegible] — Teléfono o celular
Olgaisza@gmail.com — Correo electrónico

Nota: Los datos personales registrados en el presente documento están sometidos a reserva legal, lo que garantiza la confidencialidad de los mismos y que estos no se darán a conocer sin su consentimiento, según Ley 1581 de 2012.

MUNICIPIO DE ZARZAL VALLE DEL CAUCA NIT: 891900624-0	**SUBPROCESO:** SALUD PÚBLICA **PROCEDIMIENTO:** SATISFACCION DE LOS SERVICIOS **FORMATO:** ENCUESTA	Código: 160,02.02 Versión: 01 Fecha:

Para nosotros es importante conocer sus opiniones, sugerencias, reconocimientos y felicitaciones en relación con los servicios ofrecidos por el personal de la Dirección Local de Salud.
Le agradecemos responder voluntariamente esta encuesta.

FECHA: 16-10-2024

Marque el tema atendido y/o tratado con el personal de la Dirección Local de Salud:

Educación en Salud Extramural		Atención en Aseguramiento	
Promoción y Prevención		Gestión del riesgo en de Salud Pública	
Vigilancia en Salud Pública		Participación ciudadana	

Otro _____ ¿Cuál? Participacion Social en Salud

ASPECTOS A EVALUAR	PRE Y POS ATENCIÓN			
	Excelente	Bueno	Regular	Deficiente
1. Atención oportuna		X		
2. Claridad en la información		X		
3. Actitud para orientar		X		
4. Disponibilidad de horarios		X		
5. Disponibilidad de espacios para la atención		X		
6. Cómo califica el personal que le atendió?		X		
7. Actitud y trato recibido		X		
8. Puntualidad en ser atendido		X		
9. Calidad de la atención en relación con su problemática		X		
10. Presentación personal		X		

Otras situaciones presentadas (Sugerencias , recomendaciones , petición , queja , reclamo y /o felicitación :

Claudia marcela triana	311 724 3059	cdm1@gmail.com
Nombre y apellido	Teléfono o celular	Correo electrónico

Nota: Los datos personales registrados en el presente documento están sometidos a reserva legal, lo que garantiza la confidencialidad de los mismos y que estos no se darán a conocer sin su consentimiento, según Ley 1581 de 2012.

MUNICIPIO DE ZARZAL VALLE DEL CAUCA NIT: 891900624-0	**SUBPROCESO:** SALUD PÚBLICA **PROCEDIMIENTO:** SATISFACCION DE LOS SERVICIOS **FORMATO:** ENCUESTA	Código: 160,02.02 Versión: 01 Fecha:

Para nosotros es importante conocer sus opiniones, sugerencias, reconocimientos y felicitaciones en relación con los servicios ofrecidos por el personal de la Dirección Local de Salud.
Le agradecemos responder voluntariamente esta encuesta.

FECHA: 16-10-2024

Marque el tema atendido y/o tratado con el personal de la Dirección Local de Salud:

Educación en Salud Extramural		Atención en Aseguramiento	
Promoción y Prevención		Gestión del riesgo en de Salud Pública	
Vigilancia en Salud Pública		Participación ciudadana	

Otro _____ ¿Cuál? Participacion Social en Salud

ASPECTOS A EVALUAR	PRE Y POS ATENCIÓN			
	Excelente	Bueno	Regular	Deficiente
1. Atención oportuna		✓		
2. Claridad en la información		✓		
3. Actitud para orientar		✓		
4. Disponibilidad de horarios		✓		
5. Disponibilidad de espacios para la atención		✓		
6. Cómo califica el personal que le atendió?		✓		
7. Actitud y trato recibido		✓		
8. Puntualidad en ser atendido		✓		
9. Calidad de la atención en relación con su problemática		✓		
10. Presentación personal		✓		

Otras situaciones presentadas (Sugerencias , recomendaciones , petición , queja , reclamo y /o felicitación :

Luis David Hurtado	320 180 3231	Luis9920@gmail.com
Nombre y apellido	Teléfono o celular	Correo electrónico

Nota: Los datos personales registrados en el presente documento están sometidos a reserva legal, lo que garantiza la confidencialidad de los mismos y que estos no se darán a conocer sin su consentimiento, según Ley 1581 de 2012.

MUNICIPIO DE ZARZAL VALLE DEL CAUCA NIT: 891900624-0	**SUBPROCESO:** SALUD PÚBLICA **PROCEDIMIENTO:** SATISFACCION DE LOS SERVICIOS **FORMATO:** ENCUESTA	Código: 160,02.02 Versión: 01 Fecha:

Para nosotros es importante conocer sus opiniones, sugerencias, reconocimientos y felicitaciones en relación con los servicios ofrecidos por el personal de la Dirección Local de Salud.
Le agradecemos responder voluntariamente esta encuesta.

FECHA: 16-10-2024

Marque el tema atendido y/o tratado con el personal de la Dirección Local de Salud:

Educación en Salud Extramural		Atención en Aseguramiento	
Promoción y Prevención		Gestión del riesgo en de Salud Pública	
Vigilancia en Salud Pública		Participación ciudadana	

Otro _____ ¿Cuál? Participacion Social en Salud

ASPECTOS A EVALUAR	PRE Y POS ATENCIÓN			
	Excelente	Bueno	Regular	Deficiente
1. Atención oportuna	✓			
2. Claridad en la información	✓			
3. Actitud para orientar	✓			
4. Disponibilidad de horarios	✓			
5. Disponibilidad de espacios para la atención	✓			
6. Cómo califica el personal que le atendió?	✓			
7. Actitud y trato recibido	✓			
8. Puntualidad en ser atendido	✓			
9. Calidad de la atención en relación con su problemática	✓			
10. Presentación personal	✓			

Otras situaciones presentadas (Sugerencias , recomendaciones , petición , queja , reclamo y /o felicitación :

_____
_____
_____
_____

Marley Doncel	3186213052	Marfy@gmail.com
Nombre y apellido	Teléfono o celular	Correo electrónico

Nota: Los datos personales registrados en el presente documento están sometidos a reserva legal, lo que garantiza la confidencialidad de los mismos y que estos no se darán a conocer sin su consentimiento, según Ley 1581 de 2012.

MUNICIPIO DE ZARZAL VALLE DEL CAUCA NIT: 891900624-0	**SUBPROCESO:** SALUD PÚBLICA **PROCEDIMIENTO:** SATISFACCION DE LOS SERVICIOS **FORMATO:** ENCUESTA	Código: 160,02.02 Versión: 01 Fecha:

Para nosotros es importante conocer sus opiniones, sugerencias, reconocimientos y felicitaciones en relación con los servicios ofrecidos por el personal de la Dirección Local de Salud.
Le agradecemos responder voluntariamente esta encuesta.

FECHA: 16-10-2024

Marque el tema atendido y/o tratado con el personal de la Dirección Local de Salud:

Educación en Salud Extramural		Atención en Aseguramiento	
Promoción y Prevención		Gestión del riesgo en de Salud Pública	
Vigilancia en Salud Pública		Participación ciudadana	

Otro _____ ¿Cuál? Participacion Social en Salud

ASPECTOS A EVALUAR	PRE Y POS ATENCIÓN			
	Excelente	Bueno	Regular	Deficiente
1. Atención oportuna		✓		
2. Claridad en la información		✓		
3. Actitud para orientar		✓		
4. Disponibilidad de horarios		✓		
5. Disponibilidad de espacios para la atención		✓		
6. Cómo califica el personal que le atendió?		✓		
7. Actitud y trato recibido		✓		
8. Puntualidad en ser atendido		✓		
9. Calidad de la atención en relación con su problemática		✓		
10. Presentación personal		✓		

Otras situaciones presentadas (Sugerencias , recomendaciones , petición , queja , reclamo y /o felicitación :

Laura Vanessa Loaiza 3152204457. Lvoiza@gmail.com

Nombre y apellido | Teléfono o celular | Correo electrónico

Nota: Los datos personales registrados en el presente documento están sometidos a reserva legal, lo que garantiza la confidencialidad de los mismos y que estos no se darán a conocer sin su consentimiento, según Ley 1581 de 2012.

MUNICIPIO DE ZARZAL VALLE DEL CAUCA NIT: 891900624-0	**SUBPROCESO:** SALUD PÚBLICA **PROCEDIMIENTO:** SATISFACCION DE LOS SERVICIOS **FORMATO:** ENCUESTA	Código: 160,02.02 Versión: 01 Fecha:

Para nosotros es importante conocer sus opiniones, sugerencias, reconocimientos y felicitaciones en relación con los servicios ofrecidos por el personal de la Dirección Local de Salud.
Le agradecemos responder voluntariamente esta encuesta.

FECHA: 16-10-2024

Marque el tema atendido y/o tratado con el personal de la Dirección Local de Salud:

Educación en Salud Extramural		Atención en Aseguramiento	
Promoción y Prevención		Gestión del riesgo en de Salud Pública	
Vigilancia en Salud Pública		Participación ciudadana	

Otro _____ ¿Cuál? Participacion Social en Salud

ASPECTOS A EVALUAR	PRE Y POS ATENCIÓN			
	Excelente	Bueno	Regular	Deficiente
1. Atención oportuna		✓		
2. Claridad en la información		✓		
3. Actitud para orientar		✓		
4. Disponibilidad de horarios		✓		
5. Disponibilidad de espacios para la atención		✓		
6. Cómo califica el personal que le atendió?		✓		
7. Actitud y trato recibido		✓		
8. Puntualidad en ser atendido		✓		
9. Calidad de la atención en relación con su problemática		✓		
10. Presentación personal		✓		

Otras situaciones presentadas (Sugerencias , recomendaciones , petición , queja , reclamo y /o felicitación :

Kreiner Espinoza — Nombre y apellido
301 312 9021 — Teléfono o celular
Kiener3@gmail.com — Correo electrónico

Nota: Los datos personales registrados en el presente documento están sometidos a reserva legal, lo que garantiza la confidencialidad de los mismos y que estos no se darán a conocer sin su consentimiento, según Ley 1581 de 2012.

MUNICIPIO DE ZARZAL VALLE DEL CAUCA NIT: 891900624-0	**SUBPROCESO:** SALUD PÚBLICA **PROCEDIMIENTO:** SATISFACCION DE LOS SERVICIOS **FORMATO:** ENCUESTA	Código: 160,02.02 Versión: 01 Fecha:

Para nosotros es importante conocer sus opiniones, sugerencias, reconocimientos y felicitaciones en relación con los servicios ofrecidos por el personal de la Dirección Local de Salud.
Le agradecemos responder voluntariamente esta encuesta.

FECHA: 16-10-2024

Marque el tema atendido y/o tratado con el personal de la Dirección Local de Salud:

Educación en Salud Extramural		Atención en Aseguramiento	
Promoción y Prevención		Gestión del riesgo en de Salud Pública	
Vigilancia en Salud Pública		Participación ciudadana	

Otro _____ ¿Cuál? Participacion Social en Salud

ASPECTOS A EVALUAR	PRE Y POS ATENCIÓN			
	Excelente	Bueno	Regular	Deficiente
1. Atención oportuna	✓			
2. Claridad en la información		✓		
3. Actitud para orientar	✓			
4. Disponibilidad de horarios		✓		
5. Disponibilidad de espacios para la atención	✓			
6. Cómo califica el personal que le atendió?		✓		
7. Actitud y trato recibido	✓			
8. Puntualidad en ser atendido		✓		
9. Calidad de la atención en relación con su problemática	✓			
10. Presentación personal		✓		

Otras situaciones presentadas (Sugerencias , recomendaciones , petición , queja , reclamo y /o felicitación :

OrFir. londoño.	3008219248	ORFI123@gmail.com
Nombre y apellido	Teléfono o celular	Correo electrónico

Nota: Los datos personales registrados en el presente documento están sometidos a reserva legal, lo que garantiza la confidencialidad de los mismos y que estos no se darán a conocer sin su consentimiento, según Ley 1581 de 2012.

MUNICIPIO DE ZARZAL VALLE DEL CAUCA NIT: 891900624-0	**SUBPROCESO:** SALUD PÚBLICA **PROCEDIMIENTO:** SATISFACCION DE LOS SERVICIOS **FORMATO:** ENCUESTA	Código: 160,02.02 Versión: 01 Fecha:

Para nosotros es importante conocer sus opiniones, sugerencias, reconocimientos y felicitaciones en relación con los servicios ofrecidos por el personal de la Dirección Local de Salud.
Le agradecemos responder voluntariamente esta encuesta.

FECHA: 16-10-2024

Marque el tema atendido y/o tratado con el personal de la Dirección Local de Salud:

Educación en Salud Extramural		Atención en Aseguramiento	
Promoción y Prevención		Gestión del riesgo en de Salud Pública	
Vigilancia en Salud Pública		Participación ciudadana	

Otro _____ ¿Cuál? Participacion social en salud

ASPECTOS A EVALUAR	PRE Y POS ATENCIÓN			
	Excelente	Bueno	Regular	Deficiente
1. Atención oportuna	✓			
2. Claridad en la información		✓		
3. Actitud para orientar	✓			
4. Disponibilidad de horarios		✓		
5. Disponibilidad de espacios para la atención	✓			
6. Cómo califica el personal que le atendió?		✓		
7. Actitud y trato recibido	✓			
8. Puntualidad en ser atendido		✓		
9. Calidad de la atención en relación con su problemática	✓			
10. Presentación personal		✓		

Otras situaciones presentadas (Sugerencias , recomendaciones , petición , queja , reclamo y /o felicitación :

Willian Vargas	3128202321	wonoswil@gmail.com
Nombre y apellido	Teléfono o celular	Correo electrónico

Nota: Los datos personales registrados en el presente documento están sometidos a reserva legal, lo que garantiza la confidencialidad de los mismos y que estos no se darán a conocer sin su consentimiento, según Ley 1581 de 2012.

MUNICIPIO DE ZARZAL VALLE DEL CAUCA NIT: 891900624-0	**SUBPROCESO:** SALUD PÚBLICA **PROCEDIMIENTO:** SATISFACCION DE LOS SERVICIOS **FORMATO:** ENCUESTA	Código: 160,02.02 Versión: 01 Fecha:

Para nosotros es importante conocer sus opiniones, sugerencias, reconocimientos y felicitaciones en relación con los servicios ofrecidos por el personal de la Dirección Local de Salud.
Le agradecemos responder voluntariamente esta encuesta.

FECHA: 16-10-2024

Marque el tema atendido y/o tratado con el personal de la Dirección Local de Salud:

Educación en Salud Extramural		Atención en Aseguramiento	
Promoción y Prevención		Gestión del riesgo en de Salud Pública	
Vigilancia en Salud Pública		Participación ciudadana	

Otro _____ ¿Cuál? Participacion Social en Salud

ASPECTOS A EVALUAR	PRE Y POS ATENCIÓN			
	Excelente	Bueno	Regular	Deficiente
1. Atención oportuna	X			
2. Claridad en la información	X			
3. Actitud para orientar	X			
4. Disponibilidad de horarios	X			
5. Disponibilidad de espacios para la atención	X			
6. Cómo califica el personal que le atendió?	X			
7. Actitud y trato recibido	X			
8. Puntualidad en ser atendido	X			
9. Calidad de la atención en relación con su problemática	X			
10. Presentación personal	X			

Otras situaciones presentadas (Sugerencias , recomendaciones , petición , queja , reclamo y /o felicitación :

Esther Coral	3128309214.	Esthercoral@gmail.com.
Nombre y apellido	Teléfono o celular	Correo electrónico

Nota: Los datos personales registrados en el presente documento están sometidos a reserva legal, lo que garantiza la confidencialidad de los mismos y que estos no se darán a conocer sin su consentimiento, según Ley 1581 de 2012.

MUNICIPIO DE ZARZAL VALLE DEL CAUCA NIT: 891900624-0	**SUBPROCESO:** SALUD PÚBLICA **PROCEDIMIENTO:** SATISFACCION DE LOS SERVICIOS **FORMATO:** ENCUESTA	Código: 160,02.02 Versión: 01 Fecha:

Para nosotros es importante conocer sus opiniones, sugerencias, reconocimientos y felicitaciones en relación con los servicios ofrecidos por el personal de la Dirección Local de Salud.
Le agradecemos responder voluntariamente esta encuesta.

FECHA: 16- 10- 2024

Marque el tema atendido y/o tratado con el personal de la Dirección Local de Salud:

Educación en Salud Extramural		Atención en Aseguramiento	
Promoción y Prevención		Gestión del riesgo en de Salud Pública	
Vigilancia en Salud Pública		Participación ciudadana	

Otro _____ ¿Cuál? Participación Social en Salud

ASPECTOS A EVALUAR	PRE Y POS ATENCIÓN			
	Excelente	Bueno	Regular	Deficiente
1. Atención oportuna	X			
2. Claridad en la información	X			
3. Actitud para orientar	X			
4. Disponibilidad de horarios	X			
5. Disponibilidad de espacios para la atención	X			
6. Cómo califica el personal que le atendió?	X			
7. Actitud y trato recibido	X			
8. Puntualidad en ser atendido	X			
9. Calidad de la atención en relación con su problemática	X			
10. Presentación personal	X			

Otras situaciones presentadas (Sugerencias , recomendaciones , petición , queja , reclamo y /o felicitación :

Alvaro Palacios Garcia 3153309130 Alvarotl12@gmail.com

Nombre y apellido | Teléfono o celular | Correo electrónico

Nota: Los datos personales registrados en el presente documento están sometidos a reserva legal, lo que garantiza la confidencialidad de los mismos y que estos no se darán a conocer sin su consentimiento, según Ley 1581 de 2012.

MUNICIPIO DE ZARZAL VALLE DEL CAUCA NIT: 891900624-0	**SUBPROCESO:** SALUD PÚBLICA **PROCEDIMIENTO:** SATISFACCION DE LOS SERVICIOS **FORMATO:** ENCUESTA	Código: 160,02.02 Versión: 01 Fecha:

Para nosotros es importante conocer sus opiniones, sugerencias, reconocimientos y felicitaciones en relación con los servicios ofrecidos por el personal de la Dirección Local de Salud.
Le agradecemos responder voluntariamente esta encuesta.

FECHA: 16-10-2024

Marque el tema atendido y/o tratado con el personal de la Dirección Local de Salud:

Educación en Salud Extramural		Atención en Aseguramiento	
Promoción y Prevención		Gestión del riesgo en de Salud Pública	
Vigilancia en Salud Pública		Participación ciudadana	

Otro _____ ¿Cuál? Participacion social en Salud

ASPECTOS A EVALUAR	PRE Y POS ATENCIÓN			
	Excelente	Bueno	Regular	Deficiente
1. Atención oportuna		X		
2. Claridad en la información		X		
3. Actitud para orientar		X		
4. Disponibilidad de horarios		X		
5. Disponibilidad de espacios para la atención		X		
6. Cómo califica el personal que le atendió?		X		
7. Actitud y trato recibido		X		
8. Puntualidad en ser atendido		X		
9. Calidad de la atención en relación con su problemática		X		
10. Presentación personal		X		

Otras situaciones presentadas (Sugerencias , recomendaciones , petición , queja , reclamo y /o felicitación :

Sora gutierrez — Nombre y apellido
310 323 1447. — Teléfono o celular
Sora123@gmail.com — Correo electrónico

Nota: Los datos personales registrados en el presente documento están sometidos a reserva legal, lo que garantiza la confidencialidad de los mismos y que estos no se darán a conocer sin su consentimiento, según Ley 1581 de 2012.

250

MUNICIPIO DE ZARZAL VALLE DEL CAUCA NIT: 891900624-0	**SUBPROCESO:** SALUD PÚBLICA **PROCEDIMIENTO:** SATISFACCION DE LOS SERVICIOS **FORMATO:** ENCUESTA	Código: 160,02.02 Versión: 01 Fecha:

Para nosotros es importante conocer sus opiniones, sugerencias, reconocimientos y felicitaciones en relación con los servicios ofrecidos por el personal de la Dirección Local de Salud.
Le agradecemos responder voluntariamente esta encuesta.

FECHA: 16-10-2024

Marque el tema atendido y/o tratado con el personal de la Dirección Local de Salud:

Educación en Salud Extramural		Atención en Aseguramiento	
Promoción y Prevención		Gestión del riesgo en de Salud Pública	
Vigilancia en Salud Pública		Participación ciudadana	

Otro _____ ¿Cuál? Participacion social en Salud

ASPECTOS A EVALUAR	PRE Y POS ATENCIÓN			
	Excelente	Bueno	Regular	Deficiente
1. Atención oportuna	✓			
2. Claridad en la información	✓			
3. Actitud para orientar	✓			
4. Disponibilidad de horarios		✓		
5. Disponibilidad de espacios para la atención		✓		
6. Cómo califica el personal que le atendió?		✓		
7. Actitud y trato recibido	✓			
8. Puntualidad en ser atendido	✓			
9. Calidad de la atención en relación con su problemática		✓		
10. Presentación personal		✓		

Otras situaciones presentadas (Sugerencias , recomendaciones , petición , queja , reclamo y /o felicitación :

Jose David Duque	3215210912	jdadu@gmail.com
Nombre y apellido	Teléfono o celular	Correo electrónico

Nota: Los datos personales registrados en el presente documento están sometidos a reserva legal, lo que garantiza la confidencialidad de los mismos y que estos no se darán a conocer sin su consentimiento, según Ley 1581 de 2012.

MUNICIPIO DE ZARZAL VALLE DEL CAUCA NIT: 891900624-0	**SUBPROCESO:** SALUD PÚBLICA **PROCEDIMIENTO:** SATISFACCION DE LOS SERVICIOS **FORMATO:** ENCUESTA	Código: 160,02.02 Versión: 01 Fecha:

Para nosotros es importante conocer sus opiniones, sugerencias, reconocimientos y felicitaciones en relación con los servicios ofrecidos por el personal de la Dirección Local de Salud.
Le agradecemos responder voluntariamente esta encuesta.

FECHA: 16-10-2024

Marque el tema atendido y/o tratado con el personal de la Dirección Local de Salud:

Educación en Salud Extramural		Atención en Aseguramiento	
Promoción y Prevención		Gestión del riesgo en de Salud Pública	
Vigilancia en Salud Pública		Participación ciudadana	

Otro _____ ¿Cuál? Participacion Social en Salud

ASPECTOS A EVALUAR	PRE Y POS ATENCIÓN			
	Excelente	Bueno	Regular	Deficiente
1. Atención oportuna		✓		
2. Claridad en la información		✓		
3. Actitud para orientar		✓		
4. Disponibilidad de horarios		✓		
5. Disponibilidad de espacios para la atención		✓		
6. Cómo califica el personal que le atendió?		✓		
7. Actitud y trato recibido		✓		
8. Puntualidad en ser atendido		✓		
9. Calidad de la atención en relación con su problemática		✓		
10. Presentación personal		✓		

Otras situaciones presentadas (Sugerencias , recomendaciones , petición , queja , reclamo y /o felicitación :

Roberto martinez	3006219920	roder1520@gmail.com.
Nombre y apellido	Teléfono o celular	Correo electrónico

Nota: Los datos personales registrados en el presente documento están sometidos a reserva legal, lo que garantiza la confidencialidad de los mismos y que estos no se darán a conocer sin su consentimiento, según Ley 1581 de 2012.

MUNICIPIO DE ZARZAL VALLE DEL CAUCA NIT: 891900624-0	**SUBPROCESO:** SALUD PÚBLICA **PROCEDIMIENTO:** SATISFACCION DE LOS SERVICIOS **FORMATO:** ENCUESTA	Código: 160,02.02 Versión: 01 Fecha:

Para nosotros es importante conocer sus opiniones, sugerencias, reconocimientos y felicitaciones en relación con los servicios ofrecidos por el personal de la Dirección Local de Salud.
Le agradecemos responder voluntariamente esta encuesta.

FECHA : 10-10-2024

Marque el tema atendido y/o tratado con el personal de la Dirección Local de Salud:

Educación en Salud Extramural		Atención en Aseguramiento	
Promoción y Prevención		Gestión del riesgo en de Salud Pública	
Vigilancia en Salud Pública		Participación ciudadana	

Otro _____ ¿Cuál? Participacion social en Salud

ASPECTOS A EVALUAR	PRE Y POS ATENCIÓN			
	Excelente	Bueno	Regular	Deficiente
1. Atención oportuna	✓			
2. Claridad en la información	✓			
3. Actitud para orientar	✓			
4. Disponibilidad de horarios	✓			
5. Disponibilidad de espacios para la atención	✓			
6. Cómo califica el personal que le atendió?	✓			
7. Actitud y trato recibido	✓			
8. Puntualidad en ser atendido	✓			
9. Calidad de la atención en relación con su problemática	✓			
10. Presentación personal	✓			

Otras situaciones presentadas (Sugerencias , recomendaciones , petición , queja , reclamo y /o felicitación :

Jose Eduardo Garcia — Nombre y apellido
315 880 8080 — Teléfono o celular
no tengo — Correo electrónico

Nota: Los datos personales registrados en el presente documento están sometidos a reserva legal, lo que garantiza la confidencialidad de los mismos y que estos no se darán a conocer sin su consentimiento, según Ley 1581 de 2012.

MUNICIPIO DE ZARZAL VALLE DEL CAUCA NIT: 891900624-0	**SUBPROCESO:** SALUD PÚBLICA **PROCEDIMIENTO:** SATISFACCION DE LOS SERVICIOS **FORMATO:** ENCUESTA	Código: 160,02.02 Versión: 01 Fecha:

Para nosotros es importante conocer sus opiniones, sugerencias, reconocimientos y felicitaciones en relación con los servicios ofrecidos por el personal de la Dirección Local de Salud.
Le agradecemos responder voluntariamente esta encuesta.

FECHA: 10-10-2024

Marque el tema atendido y/o tratado con el personal de la Dirección Local de Salud:

Educación en Salud Extramural		Atención en Aseguramiento	
Promoción y Prevención		Gestión del riesgo en de Salud Pública	
Vigilancia en Salud Pública		Participación ciudadana	

Otro _____ ¿Cuál? Participacion Social en Salud

ASPECTOS A EVALUAR	PRE Y POS ATENCIÓN			
	Excelente	Bueno	Regular	Deficiente
1. Atención oportuna		✓		
2. Claridad en la información		✓		
3. Actitud para orientar		X		
4. Disponibilidad de horarios		X		
5. Disponibilidad de espacios para la atención		X		
6. Cómo califica el personal que le atendió?		X		
7. Actitud y trato recibido		X		
8. Puntualidad en ser atendido		X		
9. Calidad de la atención en relación con su problemática		X		
10. Presentación personal		X		

Otras situaciones presentadas (Sugerencias , recomendaciones , petición , queja , reclamo y /o felicitación :

Leda Mercedes Diaz 3111271847 [illegible]
Nombre y apellido Teléfono o celular Correo electrónico

Nota: Los datos personales registrados en el presente documento están sometidos a reserva legal, lo que garantiza la confidencialidad de los mismos y que estos no se darán a conocer sin su consentimiento, según Ley 1581 de 2012.

MUNICIPIO DE ZARZAL VALLE DEL CAUCA NIT: 891900624-0	**SUBPROCESO:** SALUD PÚBLICA **PROCEDIMIENTO:** SATISFACCION DE LOS SERVICIOS **FORMATO:** ENCUESTA	Código: 160,02.02 Versión: 01 Fecha:

Para nosotros es importante conocer sus opiniones, sugerencias, reconocimientos y felicitaciones en relación con los servicios ofrecidos por el personal de la Dirección Local de Salud.
Le agradecemos responder voluntariamente esta encuesta.

FECHA: 10-10-2024

Marque el tema atendido y/o tratado con el personal de la Dirección Local de Salud:

Educación en Salud Extramural		Atención en Aseguramiento	
Promoción y Prevención		Gestión del riesgo en de Salud Pública	
Vigilancia en Salud Pública		Participación ciudadana	

Otro _____ ¿Cuál? Participacion Social en Salud

ASPECTOS A EVALUAR	PRE Y POS ATENCIÓN			
	Excelente	Bueno	Regular	Deficiente
1. Atención oportuna		✓		
2. Claridad en la información		✓		
3. Actitud para orientar		✓		
4. Disponibilidad de horarios		✓		
5. Disponibilidad de espacios para la atención		✓		
6. Cómo califica el personal que le atendió?		✓		
7. Actitud y trato recibido		✓		
8. Puntualidad en ser atendido		✓		
9. Calidad de la atención en relación con su problemática		✓		
10. Presentación personal		✓		

Otras situaciones presentadas (Sugerencias , recomendaciones , petición , queja , reclamo y /o felicitación :

Luis Fabio Londoño G — Nombre y apellido
3233385809 — Teléfono o celular
Fabio6garcia03@gmail.com — Correo electrónico

Nota: Los datos personales registrados en el presente documento están sometidos a reserva legal, lo que garantiza la confidencialidad de los mismos y que estos no se darán a conocer sin su consentimiento, según Ley 1581 de 2012.

MUNICIPIO DE ZARZAL VALLE DEL CAUCA NIT: 891900624-0	**SUBPROCESO:** SALUD PÚBLICA **PROCEDIMIENTO:** SATISFACCION DE LOS SERVICIOS **FORMATO:** ENCUESTA	Código: 160,02.02 Versión: 01 Fecha:

Para nosotros es importante conocer sus opiniones, sugerencias, reconocimientos y felicitaciones en relación con los servicios ofrecidos por el personal de la Dirección Local de Salud.
Le agradecemos responder voluntariamente esta encuesta.

FECHA: 10-10-2024

Marque el tema atendido y/o tratado con el personal de la Dirección Local de Salud:

Educación en Salud Extramural		Atención en Aseguramiento	
Promoción y Prevención		Gestión del riesgo en de Salud Pública	
Vigilancia en Salud Pública		Participación ciudadana	

Otro _____ ¿Cuál? Participacion Social en Salud

ASPECTOS A EVALUAR	PRE Y POS ATENCIÓN			
	Excelente	Bueno	Regular	Deficiente
1. Atención oportuna	✓			
2. Claridad en la información		✓		
3. Actitud para orientar	✓			
4. Disponibilidad de horarios		✓		
5. Disponibilidad de espacios para la atención		✓		
6. Cómo califica el personal que le atendió?	✓			
7. Actitud y trato recibido		✓		
8. Puntualidad en ser atendido		✓		
9. Calidad de la atención en relación con su problemática		✓		
10. Presentación personal		✓		

Otras situaciones presentadas (Sugerencias , recomendaciones , petición , queja , reclamo y /o felicitación :

Yenifer Yomara Marco — Nombre y apellido
3163575931 — Teléfono o celular
YeniFer0907@gmail.com — Correo electrónico

Nota: Los datos personales registrados en el presente documento están sometidos a reserva legal, lo que garantiza la confidencialidad de los mismos y que estos no se darán a conocer sin su consentimiento, según Ley 1581 de 2012.

MUNICIPIO DE ZARZAL VALLE DEL CAUCA NIT: 891900624-0	**SUBPROCESO:** SALUD PÚBLICA **PROCEDIMIENTO:** SATISFACCION DE LOS SERVICIOS **FORMATO:** ENCUESTA	Código: 160,02.02 Versión: 01 Fecha:

Para nosotros es importante conocer sus opiniones, sugerencias, reconocimientos y felicitaciones en relación con los servicios ofrecidos por el personal de la Dirección Local de Salud.
Le agradecemos responder voluntariamente esta encuesta.

FECHA: 10-10-2024

Marque el tema atendido y/o tratado con el personal de la Dirección Local de Salud:

Educación en Salud Extramural		Atención en Aseguramiento	
Promoción y Prevención		Gestión del riesgo en de Salud Pública	
Vigilancia en Salud Pública		Participación ciudadana	

Otro _____ ¿Cuál? Participacion Social en Salud

ASPECTOS A EVALUAR	PRE Y POS ATENCIÓN			
	Excelente	Bueno	Regular	Deficiente
1. Atención oportuna		✓		
2. Claridad en la información		✓		
3. Actitud para orientar		✓		
4. Disponibilidad de horarios		✓		
5. Disponibilidad de espacios para la atención		✓		
6. Cómo califica el personal que le atendió?		✓		
7. Actitud y trato recibido		✓		
8. Puntualidad en ser atendido		✓		
9. Calidad de la atención en relación con su problemática		✓		
10. Presentación personal		✓		

Otras situaciones presentadas (Sugerencias , recomendaciones , petición , queja , reclamo y /o felicitación :

Karolinet Gonzales — Nombre y apellido
3004384592 — Teléfono o celular
Karen Gonzales12@gmail.com — Correo electrónico

Nota: Los datos personales registrados en el presente documento están sometidos a reserva legal, lo que garantiza la confidencialidad de los mismos y que estos no se darán a conocer sin su consentimiento, según Ley 1581 de 2012.

MUNICIPIO DE ZARZAL VALLE DEL CAUCA NIT: 891900624-0	**SUBPROCESO:** SALUD PÚBLICA **PROCEDIMIENTO:** SATISFACCION DE LOS SERVICIOS **FORMATO:** ENCUESTA	Código: 160,02.02 Versión: 01 Fecha:

Para nosotros es importante conocer sus opiniones, sugerencias, reconocimientos y felicitaciones en relación con los servicios ofrecidos por el personal de la Dirección Local de Salud.
Le agradecemos responder voluntariamente esta encuesta.

FECHA: 10-10-2024

Marque el tema atendido y/o tratado con el personal de la Dirección Local de Salud:

Educación en Salud Extramural		Atención en Aseguramiento	
Promoción y Prevención		Gestión del riesgo en de Salud Pública	
Vigilancia en Salud Pública		Participación ciudadana	

Otro _____ ¿Cuál? Participacion Social en Salud

ASPECTOS A EVALUAR	PRE Y POS ATENCIÓN			
	Excelente	Bueno	Regular	Deficiente
1. Atención oportuna		✓		
2. Claridad en la información		✓		
3. Actitud para orientar		✓		
4. Disponibilidad de horarios		✓		
5. Disponibilidad de espacios para la atención		✓		
6. Cómo califica el personal que le atendió?		✓		
7. Actitud y trato recibido		✓		
8. Puntualidad en ser atendido		✓		
9. Calidad de la atención en relación con su problemática		✓		
10. Presentación personal		✓		

Otras situaciones presentadas (Sugerencias , recomendaciones , petición , queja , reclamo y /o felicitación :

Emily Gonzales — Nombre y apellido
3113566068 — Teléfono o celular
Gonzalesa322@gmail.com — Correo electrónico

Nota: Los datos personales registrados en el presente documento están sometidos a reserva legal, lo que garantiza la confidencialidad de los mismos y que estos no se darán a conocer sin su consentimiento, según Ley 1581 de 2012.

MUNICIPIO DE ZARZAL VALLE DEL CAUCA NIT: 891900624-0	**SUBPROCESO:** SALUD PÚBLICA **PROCEDIMIENTO:** SATISFACCION DE LOS SERVICIOS **FORMATO:** ENCUESTA	Código: 160,02.02 Versión: 01 Fecha:

Para nosotros es importante conocer sus opiniones, sugerencias, reconocimientos y felicitaciones en relación con los servicios ofrecidos por el personal de la Dirección Local de Salud.
Le agradecemos responder voluntariamente esta encuesta.

FECHA: 10-10-2024

Marque el tema atendido y/o tratado con el personal de la Dirección Local de Salud:

Educación en Salud Extramural		Atención en Aseguramiento	
Promoción y Prevención		Gestión del riesgo en de Salud Pública	
Vigilancia en Salud Pública		Participación ciudadana	

Otro _____ ¿Cuál? participacion Social en Salud

ASPECTOS A EVALUAR	PRE Y POS ATENCIÓN			
	Excelente	Bueno	Regular	Deficiente
1. Atención oportuna	✓			
2. Claridad en la información	✓			
3. Actitud para orientar	✓			
4. Disponibilidad de horarios		✓		
5. Disponibilidad de espacios para la atención		✓		
6. Cómo califica el personal que le atendió?	✓			
7. Actitud y trato recibido		✓		
8. Puntualidad en ser atendido	✓			
9. Calidad de la atención en relación con su problemática	✓			
10. Presentación personal	✓			

Otras situaciones presentadas (Sugerencias , recomendaciones , petición , queja , reclamo y /o felicitación :

Yulieth Cardona M — Nombre y apellido
3212899868 — Teléfono o celular
Yulieth1048@gmail.com — Correo electrónico

Nota: Los datos personales registrados en el presente documento están sometidos a reserva legal, lo que garantiza la confidencialidad de los mismos y que estos no se darán a conocer sin su consentimiento, según Ley 1581 de 2012.

MUNICIPIO DE ZARZAL VALLE DEL CAUCA NIT: 891900624-0	**SUBPROCESO:** SALUD PÚBLICA **PROCEDIMIENTO:** SATISFACCION DE LOS SERVICIOS **FORMATO:** ENCUESTA	Código: 160,02.02 Versión: 01 Fecha:

Para nosotros es importante conocer sus opiniones, sugerencias, reconocimientos y felicitaciones en relación con los servicios ofrecidos por el personal de la Dirección Local de Salud.
Le agradecemos responder voluntariamente esta encuesta.

FECHA: 10-10-2024

Marque el tema atendido y/o tratado con el personal de la Dirección Local de Salud:

Educación en Salud Extramural		Atención en Aseguramiento	
Promoción y Prevención		Gestión del riesgo en de Salud Pública	
Vigilancia en Salud Pública		Participación ciudadana	

Otro _____ ¿Cuál? Participacion social en salud.

ASPECTOS A EVALUAR	PRE Y POS ATENCIÓN			
	Excelente	Bueno	Regular	Deficiente
1. Atención oportuna		✓		
2. Claridad en la información		✓		
3. Actitud para orientar		✓		
4. Disponibilidad de horarios		✓		
5. Disponibilidad de espacios para la atención		✓		
6. Cómo califica el personal que le atendió?		✓		
7. Actitud y trato recibido		✓		
8. Puntualidad en ser atendido		✓		
9. Calidad de la atención en relación con su problemática		✓		
10. Presentación personal		✓		

Otras situaciones presentadas (Sugerencias , recomendaciones , petición , queja , reclamo y /o felicitación :

_____
_____
_____
_____

Adriana Bolaños — Nombre y apellido
3138499851 — Teléfono o celular
adriana.B362@gmail.com — Correo electrónico

Nota: Los datos personales registrados en el presente documento están sometidos a reserva legal, lo que garantiza la confidencialidad de los mismos y que estos no se darán a conocer sin su consentimiento, según Ley 1581 de 2012.

260

MUNICIPIO DE ZARZAL VALLE DEL CAUCA NIT: 891900524-0	**SUBPROCESO:** SALUD PÚBLICA **PROCEDIMIENTO:** SATISFACCION DE LOS SERVICIOS **FORMATO:** ENCUESTA	Código: 160,02.02 Versión: 01 Fecha:

Para nosotros es importante conocer sus opiniones, sugerencias, reconocimientos y felicitaciones en relación con los servicios ofrecidos por el personal de la Dirección Local de Salud.
Le agradecemos responder voluntariamente esta encuesta.

FECHA: 10-10-2024

Marque el tema atendido y/o tratado con el personal de la Dirección Local de Salud:

Educación en Salud Extramural		Atención en Aseguramiento	
Promoción y Prevención		Gestión del riesgo en de Salud Pública	
Vigilancia en Salud Pública		Participación ciudadana	

Otro _____ ¿Cuál? Participacion Social en Salud

ASPECTOS A EVALUAR	PRE Y POS ATENCIÓN			
	Excelente	Bueno	Regular	Deficiente
1. Atención oportuna		✓		
2. Claridad en la información		✓		
3. Actitud para orientar		✓		
4. Disponibilidad de horarios		✓		
5. Disponibilidad de espacios para la atención		✓		
6. Cómo califica el personal que le atendió?		✓		
7. Actitud y trato recibido		✓		
8. Puntualidad en ser atendido		✓		
9. Calidad de la atención en relación con su problemática		✓		
10. Presentación personal		✓		

Otras situaciones presentadas (Sugerencias , recomendaciones , petición , queja , reclamo y /o felicitación :

_____
_____
_____
_____

Lizeth Polo	3122974986	No tengo
Nombre y apellido	Teléfono o celular	Correo electrónico

Nota: Los datos personales registrados en el presente documento están sometidos a reserva legal, lo que garantiza la confidencialidad de los mismos y que estos no se darán a conocer sin su consentimiento, según Ley 1581 de 2012.

MUNICIPIO DE ZARZAL VALLE DEL CAUCA NIT: 891900624-0	**SUBPROCESO:** SALUD PÚBLICA **PROCEDIMIENTO:** SATISFACCION DE LOS SERVICIOS **FORMATO:** ENCUESTA	Código: 160,02.02 Versión: 01 Fecha:

Para nosotros es importante conocer sus opiniones, sugerencias, reconocimientos y felicitaciones en relación con los servicios ofrecidos por el personal de la Dirección Local de Salud.
Le agradecemos responder voluntariamente esta encuesta.

FECHA: 10-10-2024

Marque el tema atendido y/o tratado con el personal de la Dirección Local de Salud:

Educación en Salud Extramural		Atención en Aseguramiento	
Promoción y Prevención		Gestión del riesgo en de Salud Pública	
Vigilancia en Salud Pública		Participación ciudadana	

Otro _____ ¿Cuál? Participacion Social en Salud

ASPECTOS A EVALUAR	PRE Y POS ATENCIÓN			
	Excelente	Bueno	Regular	Deficiente
1. Atención oportuna	✓			
2. Claridad en la información	✓			
3. Actitud para orientar	✓			
4. Disponibilidad de horarios	✓			
5. Disponibilidad de espacios para la atención	✓			
6. Cómo califica el personal que le atendió?	✓			
7. Actitud y trato recibido	✓			
8. Puntualidad en ser atendido	✓			
9. Calidad de la atención en relación con su problemática	✓			
10. Presentación personal	✓			

Otras situaciones presentadas (Sugerencias , recomendaciones , petición , queja , reclamo y /o felicitación :

Diana Maria Ramirez 3135838491 DianaMaria113@gmail.com
Nombre y apellido Teléfono o celular Correo electrónico

Nota: Los datos personales registrados en el presente documento están sometidos a reserva legal, lo que garantiza la confidencialidad de los mismos y que estos no se darán a conocer sin su consentimiento, según Ley 1581 de 2012.

MUNICIPIO DE ZARZAL VALLE DEL CAUCA NIT: 891900624-0	**SUBPROCESO:** SALUD PÚBLICA **PROCEDIMIENTO:** SATISFACCION DE LOS SERVICIOS **FORMATO:** ENCUESTA	Código: 160,02.02 Versión: 01 Fecha:

Para nosotros es importante conocer sus opiniones, sugerencias, reconocimientos y felicitaciones en relación con los servicios ofrecidos por el personal de la Dirección Local de Salud.
Le agradecemos responder voluntariamente esta encuesta.

FECHA: 10-10-2024

Marque el tema atendido y/o tratado con el personal de la Dirección Local de Salud:

Educación en Salud Extramural		Atención en Aseguramiento	
Promoción y Prevención		Gestión del riesgo en de Salud Pública	
Vigilancia en Salud Pública		Participación ciudadana	

Otro _____ ¿Cuál? Participacion Social en Salud

ASPECTOS A EVALUAR	PRE Y POS ATENCIÓN			
	Excelente	Bueno	Regular	Deficiente
1. Atención oportuna	✓			
2. Claridad en la información	✓			
3. Actitud para orientar	✓			
4. Disponibilidad de horarios	✓			
5. Disponibilidad de espacios para la atención	✓			
6. Cómo califica el personal que le atendió?	✓			
7. Actitud y trato recibido	✓			
8. Puntualidad en ser atendido	✓			
9. Calidad de la atención en relación con su problemática	✓			
10. Presentación personal	✓			

Otras situaciones presentadas (Sugerencias , recomendaciones , petición , queja , reclamo y /o felicitación :

Maria Rocio Vasquez	3185212450	MariaR836@gmail.com
Nombre y apellido	Teléfono o celular	Correo electrónico

Nota: Los datos personales registrados en el presente documento están sometidos a reserva legal, lo que garantiza la confidencialidad de los mismos y que estos no se darán a conocer sin su consentimiento, según Ley 1581 de 2012.

MUNICIPIO DE ZARZAL VALLE DEL CAUCA NIT: 891900624-0	**SUBPROCESO:** SALUD PÚBLICA **PROCEDIMIENTO:** SATISFACCION DE LOS SERVICIOS **FORMATO:** ENCUESTA	Código: 160,02.02 Versión: 01 Fecha:

Para nosotros es importante conocer sus opiniones, sugerencias, reconocimientos y felicitaciones en relación con los servicios ofrecidos por el personal de la Dirección Local de Salud.
Le agradecemos responder voluntariamente esta encuesta.

FECHA: 10-10-2024

Marque el tema atendido y/o tratado con el personal de la Dirección Local de Salud:

Educación en Salud Extramural		Atención en Aseguramiento	
Promoción y Prevención		Gestión del riesgo en de Salud Pública	
Vigilancia en Salud Pública		Participación ciudadana	

Otro ✓ ¿Cuál? Participacion Social en Salud

ASPECTOS A EVALUAR	PRE Y POS ATENCIÓN			
	Excelente	Bueno	Regular	Deficiente
1. Atención oportuna		✓		
2. Claridad en la información		✓		
3. Actitud para orientar		✓		
4. Disponibilidad de horarios		✓		
5. Disponibilidad de espacios para la atención		✓		
6. Cómo califica el personal que le atendió?		✓		
7. Actitud y trato recibido		✓		
8. Puntualidad en ser atendido		✓		
9. Calidad de la atención en relación con su problemática		✓		
10. Presentación personal		✓		

Otras situaciones presentadas (Sugerencias , recomendaciones , petición , queja , reclamo y /o felicitación :

Maria Pilar Liberos — Nombre y apellido
3206147061 — Teléfono o celular
PilarLiberos97@gmail.com — Correo electrónico

Nota: Los datos personales registrados en el presente documento están sometidos a reserva legal, lo que garantiza la confidencialidad de los mismos y que estos no se darán a conocer sin su consentimiento, según Ley 1581 de 2012.

MUNICIPIO DE ZARZAL VALLE DEL CAUCA NIT: 891900624-0	**SUBPROCESO:** SALUD PÚBLICA **PROCEDIMIENTO:** SATISFACCION DE LOS SERVICIOS **FORMATO:** ENCUESTA	Código: 160,02.02 Versión: 01 Fecha:

Para nosotros es importante conocer sus opiniones, sugerencias, reconocimientos y felicitaciones en relación con los servicios ofrecidos por el personal de la Dirección Local de Salud.
Le agradecemos responder voluntariamente esta encuesta.

FECHA: 10-10-2024

Marque el tema atendido y/o tratado con el personal de la Dirección Local de Salud:

Educación en Salud Extramural		Atención en Aseguramiento	
Promoción y Prevención		Gestión del riesgo en de Salud Pública	
Vigilancia en Salud Pública		Participación ciudadana	

Otro ✓ ¿Cuál? participacion social en salud

ASPECTOS A EVALUAR	PRE Y POS ATENCIÓN			
	Excelente	Bueno	Regular	Deficiente
1. Atención oportuna		✓		
2. Claridad en la información		✓		
3. Actitud para orientar		✓		
4. Disponibilidad de horarios		✓		
5. Disponibilidad de espacios para la atención		✓		
6. Cómo califica el personal que le atendió?		✓		
7. Actitud y trato recibido		✓		
8. Puntualidad en ser atendido		✓		
9. Calidad de la atención en relación con su problemática		✓		
10. Presentación personal		✓		

Otras situaciones presentadas (Sugerencias , recomendaciones , petición , queja , reclamo y /o felicitación :

_____
_____
_____
_____

July andrea castaño — Nombre y apellido
3144236088 — Teléfono o celular
July castaño7@gmail.com — Correo electrónico

Nota: Los datos personales registrados en el presente documento están sometidos a reserva legal, lo que garantiza la confidencialidad de los mismos y que estos no se darán a conocer sin su consentimiento, según Ley 1581 de 2012.

MUNICIPIO DE ZARZAL VALLE DEL CAUCA NIT: 891900624-0	**SUBPROCESO:** SALUD PÚBLICA **PROCEDIMIENTO:** SATISFACCION DE LOS SERVICIOS **FORMATO:** ENCUESTA	Código: 160,02.02 Versión: 01 Fecha:

Para nosotros es importante conocer sus opiniones, sugerencias, reconocimientos y felicitaciones en relación con los servicios ofrecidos por el personal de la Dirección Local de Salud.
Le agradecemos responder voluntariamente esta encuesta.

FECHA: 10-10-2024

Marque el tema atendido y/o tratado con el personal de la Dirección Local de Salud:

Educación en Salud Extramural		Atención en Aseguramiento	
Promoción y Prevención		Gestión del riesgo en de Salud Pública	
Vigilancia en Salud Pública		Participación ciudadana	

Otro ✓ ¿Cuál? Participacion social en salud

ASPECTOS A EVALUAR	PRE Y POS ATENCIÓN			
	Excelente	Bueno	Regular	Deficiente
1. Atención oportuna	✓			
2. Claridad en la información	✓			
3. Actitud para orientar	✓			
4. Disponibilidad de horarios	✓			
5. Disponibilidad de espacios para la atención		✓		
6. Cómo califica el personal que le atendió?		✓		
7. Actitud y trato recibido		✓		
8. Puntualidad en ser atendido		✓		
9. Calidad de la atención en relación con su problemática	✓	✓		
10. Presentación personal		✓		

Otras situaciones presentadas (Sugerencias , recomendaciones , petición , queja , reclamo y /o felicitación :

Sandra cristizabal — Nombre y apellido
3108369881 — Teléfono o celular
Sandra2020@gmail.com — Correo electrónico

Nota: Los datos personales registrados en el presente documento están sometidos a reserva legal, lo que garantiza la confidencialidad de los mismos y que estos no se darán a conocer sin su consentimiento, según Ley 1581 de 2012.

MUNICIPIO DE ZARZAL VALLE DEL CAUCA NIT: 891900624-0	**SUBPROCESO:** SALUD PÚBLICA **PROCEDIMIENTO:** SATISFACCION DE LOS SERVICIOS **FORMATO:** ENCUESTA	Código: 160,02.02 Versión: 01 Fecha:

Para nosotros es importante conocer sus opiniones, sugerencias, reconocimientos y felicitaciones en relación con los servicios ofrecidos por el personal de la Dirección Local de Salud.
Le agradecemos responder voluntariamente esta encuesta.

FECHA: 10-10-2024.

Marque el tema atendido y/o tratado con el personal de la Dirección Local de Salud:

Educación en Salud Extramural		Atención en Aseguramiento	
Promoción y Prevención		Gestión del riesgo en de Salud Pública	
Vigilancia en Salud Pública		Participación ciudadana	

Otro _____ ¿Cuál? Participacion Social en Salud

ASPECTOS A EVALUAR	PRE Y POS ATENCIÓN			
	Excelente	Bueno	Regular	Deficiente
1. Atención oportuna		✓		
2. Claridad en la información		✓		
3. Actitud para orientar		✓		
4. Disponibilidad de horarios		✓		
5. Disponibilidad de espacios para la atención		✓		
6. Cómo califica el personal que le atendió?		✓		
7. Actitud y trato recibido		✓		
8. Puntualidad en ser atendido		✓		
9. Calidad de la atención en relación con su problemática		✓		
10. Presentación personal		✓		

Otras situaciones presentadas (Sugerencias , recomendaciones , petición , queja , reclamo y /o felicitación :

Adelaida Meneses — Nombre y apellido
3153912954 — Teléfono o celular
Meneses36@gmail.com — Correo electrónico

Nota: Los datos personales registrados en el presente documento están sometidos a reserva legal, lo que garantiza la confidencialidad de los mismos y que estos no se darán a conocer sin su consentimiento, según Ley 1581 de 2012.

MUNICIPIO DE ZARZAL VALLE DEL CAUCA NIT: 891900624-0	**SUBPROCESO:** SALUD PÚBLICA **PROCEDIMIENTO:** SATISFACCION DE LOS SERVICIOS **FORMATO:** ENCUESTA	Código: 160,02.02 Versión: 01 Fecha:

Para nosotros es importante conocer sus opiniones, sugerencias, reconocimientos y felicitaciones en relación con los servicios ofrecidos por el personal de la Dirección Local de Salud.
Le agradecemos responder voluntariamente esta encuesta.

FECHA: 10-10-2024

Marque el tema atendido y/o tratado con el personal de la Dirección Local de Salud:

Educación en Salud Extramural		Atención en Aseguramiento	
Promoción y Prevención		Gestión del riesgo en de Salud Pública	
Vigilancia en Salud Pública		Participación ciudadana	

Otro ✓ ¿Cuál? participacion Social en Salud pp SS.

ASPECTOS A EVALUAR	PRE Y POS ATENCIÓN			
	Excelente	Bueno	Regular	Deficiente
1. Atención oportuna		✓		
2. Claridad en la información		✓		
3. Actitud para orientar		✓		
4. Disponibilidad de horarios		✓		
5. Disponibilidad de espacios para la atención		✓		
6. Cómo califica el personal que le atendió?		✓		
7. Actitud y trato recibido		✓		
8. Puntualidad en ser atendido		✓		
9. Calidad de la atención en relación con su problemática		✓		
10. Presentación personal		✓		

Otras situaciones presentadas (Sugerencias , recomendaciones , petición , queja , reclamo y /o felicitación :

Claudia Patricia Mares — Nombre y apellido
3153912954 — Teléfono o celular
claudia79@gmail.com — Correo electrónico

Nota: Los datos personales registrados en el presente documento están sometidos a reserva legal, lo que garantiza la confidencialidad de los mismos y que estos no se darán a conocer sin su consentimiento, según Ley 1581 de 2012.

MUNICIPIO DE ZARZAL VALLE DEL CAUCA NIT: 891900624-0	**SUBPROCESO:** SALUD PÚBLICA **PROCEDIMIENTO:** SATISFACCION DE LOS SERVICIOS **FORMATO:** ENCUESTA	Código: 160,02.02 Versión: 01 Fecha:

Para nosotros es importante conocer sus opiniones, sugerencias, reconocimientos y felicitaciones en relación con los servicios ofrecidos por el personal de la Dirección Local de Salud.
Le agradecemos responder voluntariamente esta encuesta.

FECHA: 10-10-2024

Marque el tema atendido y/o tratado con el personal de la Dirección Local de Salud:

Educación en Salud Extramural		Atención en Aseguramiento	
Promoción y Prevención		Gestión del riesgo en de Salud Pública	
Vigilancia en Salud Pública		Participación ciudadana	

Otro ✓ ¿Cuál? Participacion Social en Salud PPSS

ASPECTOS A EVALUAR	PRE Y POS ATENCIÓN			
	Excelente	Bueno	Regular	Deficiente
1. Atención oportuna		✓		
2. Claridad en la información		✓		
3. Actitud para orientar		✓		
4. Disponibilidad de horarios		✓		
5. Disponibilidad de espacios para la atención		✓		
6. Cómo califica el personal que le atendió?		✓		
7. Actitud y trato recibido		✓		
8. Puntualidad en ser atendido		✓		
9. Calidad de la atención en relación con su problemática		✓		
10. Presentación personal		✓		

Otras situaciones presentadas (Sugerencias , recomendaciones , petición , queja , reclamo y /o felicitación :

Paola andrea Sepulveda. 3186318551 Paolaandrea370@gmail.com
Nombre y apellido Teléfono o celular Correo electrónico

Nota: Los datos personales registrados en el presente documento están sometidos a reserva legal, lo que garantiza la confidencialidad de los mismos y que estos no se darán a conocer sin su consentimiento, según Ley 1581 de 2012.

MUNICIPIO DE ZARZAL VALLE DEL CAUCA NIT: 891900624-0	**SUBPROCESO:** SALUD PÚBLICA **PROCEDIMIENTO:** SATISFACCION DE LOS SERVICIOS **FORMATO:** ENCUESTA	Código: 160,02.02 Versión: 01 Fecha:

Para nosotros es importante conocer sus opiniones, sugerencias, reconocimientos y felicitaciones en relación con los servicios ofrecidos por el personal de la Dirección Local de Salud.
Le agradecemos responder voluntariamente esta encuesta.

FECHA: 10-10-2024

Marque el tema atendido y/o tratado con el personal de la Dirección Local de Salud:

Educación en Salud Extramural		Atención en Aseguramiento	
Promoción y Prevención		Gestión del riesgo en de Salud Pública	
Vigilancia en Salud Pública		Participación ciudadana	

Otro ✓ ¿Cuál? Participación Social en Salud PPOS

ASPECTOS A EVALUAR	PRE Y POS ATENCIÓN			
	Excelente	Bueno	Regular	Deficiente
1. Atención oportuna	✓			
2. Claridad en la información	✓			
3. Actitud para orientar	✓			
4. Disponibilidad de horarios	✓			
5. Disponibilidad de espacios para la atención	✓			
6. Cómo califica el personal que le atendió?		✓		
7. Actitud y trato recibido		✓		
8. Puntualidad en ser atendido		✓		
9. Calidad de la atención en relación con su problemática		✓		
10. Presentación personal		✓		

Otras situaciones presentadas (Sugerencias , recomendaciones , petición , queja , reclamo y /o felicitación :

Laura Vanesa Castillo — Nombre y apellido
3122544668 — Teléfono o celular
laura.castillo1656@gmail.com — Correo electrónico

Nota: Los datos personales registrados en el presente documento están sometidos a reserva legal, lo que garantiza la confidencialidad de los mismos y que estos no se darán a conocer sin su consentimiento, según Ley 1581 de 2012.

MUNICIPIO DE ZARZAL VALLE DEL CAUCA NIT: 891900624-0	**SUBPROCESO:** SALUD PÚBLICA **PROCEDIMIENTO:** SATISFACCION DE LOS SERVICIOS **FORMATO:** ENCUESTA	Código: 160,02.02 Versión: 01 Fecha:

Para nosotros es importante conocer sus opiniones, sugerencias, reconocimientos y felicitaciones en relación con los servicios ofrecidos por el personal de la Dirección Local de Salud.
Le agradecemos responder voluntariamente esta encuesta.

FECHA: 10-10-2024

Marque el tema atendido y/o tratado con el personal de la Dirección Local de Salud:

Educación en Salud Extramural		Atención en Aseguramiento	
Promoción y Prevención		Gestión del riesgo en de Salud Pública	
Vigilancia en Salud Pública		Participación ciudadana	

Otro ✓ ¿Cuál? Participacion Social en Salud PPSS

ASPECTOS A EVALUAR	PRE Y POS ATENCIÓN			
	Excelente	Bueno	Regular	Deficiente
1. Atención oportuna		✓		
2. Claridad en la información		✓		
3. Actitud para orientar		✓		
4. Disponibilidad de horarios		✓		
5. Disponibilidad de espacios para la atención		✓		
6. Cómo califica el personal que le atendió?		✓		
7. Actitud y trato recibido		✓		
8. Puntualidad en ser atendido		✓		
9. Calidad de la atención en relación con su problemática		✓		
10. Presentación personal		✓		

Otras situaciones presentadas (Sugerencias , recomendaciones , petición , queja , reclamo y /o felicitación :

Manuel Eduardo Ortiz — Nombre y apellido
317 3811143 — Teléfono o celular
Manuel037@gmail.com — Correo electrónico

Nota: Los datos personales registrados en el presente documento están sometidos a reserva legal, lo que garantiza la confidencialidad de los mismos y que estos no se darán a conocer sin su consentimiento, según Ley 1581 de 2012.

MUNICIPIO DE ZARZAL VALLE DEL CAUCA NIT: 891900624-0	**SUBPROCESO:** SALUD PÚBLICA **PROCEDIMIENTO:** SATISFACCION DE LOS SERVICIOS **FORMATO:** ENCUESTA	Código: 160,02.02 Versión: 01 Fecha:

Para nosotros es importante conocer sus opiniones, sugerencias, reconocimientos y felicitaciones en relación con los servicios ofrecidos por el personal de la Dirección Local de Salud.
Le agradecemos responder voluntariamente esta encuesta.

FECHA: 10-10-2024

Marque el tema atendido y/o tratado con el personal de la Dirección Local de Salud:

Educación en Salud Extramural		Atención en Aseguramiento	
Promoción y Prevención		Gestión del riesgo en de Salud Pública	
Vigilancia en Salud Pública		Participación ciudadana	

Otro X ¿Cuál? Participacion social en salud PPSS

ASPECTOS A EVALUAR	PRE Y POS ATENCIÓN			
	Excelente	Bueno	Regular	Deficiente
1. Atención oportuna		✓		
2. Claridad en la información		✓		
3. Actitud para orientar		✓		
4. Disponibilidad de horarios		✓		
5. Disponibilidad de espacios para la atención		✓		
6. Cómo califica el personal que le atendió?	✓			
7. Actitud y trato recibido	✓			
8. Puntualidad en ser atendido	✓			
9. Calidad de la atención en relación con su problemática	✓			
10. Presentación personal	✓			

Otras situaciones presentadas (Sugerencias , recomendaciones , petición , queja , reclamo y /o felicitación :

Karen Sofia Garcia	3207857161	Karen Garcia 76@gmail.com
Nombre y apellido	Teléfono o celular	Correo electrónico

Nota: Los datos personales registrados en el presente documento están sometidos a reserva legal, lo que garantiza la confidencialidad de los mismos y que estos no se darán a conocer sin su consentimiento, según Ley 1581 de 2012.

292

MUNICIPIO DE ZARZAL VALLE DEL CAUCA NIT: 891900624-0	**SUBPROCESO:** SALUD PÚBLICA **PROCEDIMIENTO:** SATISFACCION DE LOS SERVICIOS **FORMATO:** ENCUESTA	Código: 160,02.02 Versión: 01 Fecha:

Para nosotros es importante conocer sus opiniones, sugerencias, reconocimientos y felicitaciones en relación con los servicios ofrecidos por el personal de la Dirección Local de Salud.
Le agradecemos responder voluntariamente esta encuesta.

FECHA: 10-10-2024

Marque el tema atendido y/o tratado con el personal de la Dirección Local de Salud:

Educación en Salud Extramural		Atención en Aseguramiento	
Promoción y Prevención		Gestión del riesgo en de Salud Pública	
Vigilancia en Salud Pública		Participación ciudadana	

Otro ✓ ¿Cuál? Participacio social en salud PPSS

ASPECTOS A EVALUAR	PRE Y POS ATENCIÓN			
	Excelente	Bueno	Regular	Deficiente
1. Atención oportuna	✓			
2. Claridad en la información	✓			
3. Actitud para orientar	✓			
4. Disponibilidad de horarios	✓			
5. Disponibilidad de espacios para la atención	✓			
6. Cómo califica el personal que le atendió?		✓		
7. Actitud y trato recibido		✓		
8. Puntualidad en ser atendido		✓		
9. Calidad de la atención en relación con su problemática		✓		
10. Presentación personal		✓		

Otras situaciones presentadas (Sugerencias , recomendaciones , petición , queja , reclamo y /o felicitación :

Gloria amparo Rios — Nombre y apellido
3147801886 — Teléfono o celular
gloria@gmail.com — Correo electrónico

Nota: Los datos personales registrados en el presente documento están sometidos a reserva legal, lo que garantiza la confidencialidad de los mismos y que estos no se darán a conocer sin su consentimiento, según Ley 1581 de 2012.