MUNICIPIO DE ZARZAL VALLE
Alcaldía

PROCESO: Dirección Local de Salud
SUBPROCESO: Dirección Local de Salud

REGISTRO ASISTENCIA EXTERNO

Actividad 14 copacas.

FECHA D/M/A: | LUGAR: | MUNICIPIO SEDE: Zarzal | HORA INICIO:

FACILITADOR: (Nombre, Cargo, Entidad) Sindicato de Trabajadores | OBJETIVO: Cumplimiento contrato PPSS 740 | HORA DE TERMINACION:

NOMBRE APELLIDO	No CEDULA	TELEFONO	CORREO ELECTRONICO	MUNICIPIO DE RESIDENCIA	ENTIDAD/ ORGANIZACION	SEXO		ETNIA				CONDICI		
						FEMENINO	MASCULINO	AFRO	INDÍGENA	ROM (gitana) GITANA)	OTRO	MUJER CABEZA FLIA	Lesbiana, Gay, Bisexual, Trans	DISCAPACIDAD
Adriana Ernesta Angel	97953	3161502120		cll 1 # 7 49. Zarzal			X							
Alexander Hidalgo	1115419123	3178234099		cll 21 2c oeste			X							
Jhon Hernandez	94230933	3178967634		cll 12 # 11 45 Zarzal			X							
Jhon wilmar pena	94512518	3113439862		cra 4 # 3 25			X							
Sandra Milena Mesa	38895018	3148119289		cll 17 # 4 11		X								
Luis Ernesto Ruiz	94226888	3128075048		cll 64 . 5 56			X							
Luis Fredo Garcia	94226020	3114161149		cll 8 # 6 + 16			X							
Gustavo antonio granada	94230340	3177033926		cll 13 c bis			X							
Francy Yomel Tenorio	66679010	3134880150		cll 7 # 18 20		X								
Jhon Marlon Luengas	1654649 46	3156815159		cll 16 c 19 59. Zarzal			X							
Ramiro Muñoz	94229575	3128118541		cll 16 c 19 59 Zarzal			X							
Hector Fabio Guerrero	94231802	3235727168		cll 15 . 12 48			X							
Martin Alonso Serrano	94273568	3127967441		cra 4 # 2 38			X							

MUNICIPIO DE ZARZAL VALLE Alcaldía	**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 : _____

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? _____

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 :

_____
_____
_____
_____

Alexander Hidalgo 1115419123 3178233099
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 Alcaldía	**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 : _____

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? _____

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 :

_____
_____
_____
_____

Hector fabio Guerrero 9423507 3235727168
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 Alcaldía	**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 : _____

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? _____

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 :

_____
_____
_____
_____

Ramiro Muñoz — Nombre y apellido
9422957 — Teléfono o celular
3128118545 — 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 *Alcaldía*	**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 : _____

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? _____

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 :

_____
_____
_____
_____

Ivan Marlon Vargas 16546946 3156915159
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 Alcaldía	**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 : _____

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? _____

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 :

_____
_____
_____
_____

Gustavo Alvarado 18110773 3166743353
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 Alcaldía	**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 : _____

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? _____

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 :

_____
_____
_____
_____

Julio Ernesto Angel 97951538 3161502120
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.