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 :

_____
_____
_____
_____

Claudia Patricia Muñoz 1116441349 3154880353
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 :

_____
_____
_____
_____

Luz Amanda Rengifo — Nombre y apellido
29991337 — Teléfono o celular
3122148525 — 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 :

_____
_____
_____
_____

Fabiola Hoyos 2533925 _____
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 :

_____
_____
_____
_____

Julian Andres Gomba. 1115421201 — 3143315155

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 :

_____
_____
_____
_____

Norfueto Rodriguez 338 19.681 3117090913
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 :

_____
_____
_____
_____

Gloria Imporreto 4802354 3147501456
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 :

_____
_____
_____
_____

Mirian Sanchez 29493593 3218506401
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 :

_____
_____
_____
_____

Claudia Patricia Cano 6667659 3146624261
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 :

_____
_____
_____
_____

Adaida Mesa 6607612 3153912954.
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 :

_____
_____
_____
_____

Nombre y apellido	Teléfono o celular	Correo electrónico
Anotaciones Comales.	6668219	3218987299

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 :

_____
_____
_____
_____

Luz Adriana Soto 6668199 3133070613
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 :

_____
_____
_____
_____

Jennifer Cardona. 6990436 3175529979
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 :

_____
_____
_____
_____

Marcela Ocampo — Nombre y apellido
1116439880 — Teléfono o celular
313 5310617 — 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 :

_____
_____
_____
_____

Yuliana Gonzalez 1007508102 3182254881
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 :

_____
_____
_____
_____

Greysi Fgado 1116248804 3177342157
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 :

_____
_____
_____
_____

Ana Rativa 2918512 3178889113.
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 :

_____
_____
_____
_____

Luz Mary Osorio — Nombre y apellido
6667176 — Teléfono o celular
3206191631 — 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 :

_____
_____
_____
_____

Paola Vanessa Vargas 66679427 3135631412
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 :

_____
_____
_____
_____

Luz Mary Zapata — Nombre y apellido
1116432721 - 3128837190 — 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 :

_____
_____
_____
_____

Paola Sara. — Nombre y apellido
66681805 — Teléfono o celular
3182543535 — 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 :

_____
_____
_____
_____

Diana Paola Castro — Nombre y apellido
66682943 — Teléfono o celular
3128334741 — 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 :

_____
_____
_____
_____

Luz Stella Castaño — Nombre y apellido
3142902094 — Teléfono o celular
3116187436 — 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 :

_____
_____
_____
_____

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 :

_____
_____
_____
_____

Gabriel Garcia 9128099 3142425572
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 :

_____
_____
_____
_____

Pedro Uel Tadeo 9422749 8·3147AA·451.
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				

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

_____
_____
_____
_____

Erika Tatiana Vargas 3233419473 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 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				

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

_____
_____
_____
_____

José Helmer Pulido — Nombre y apellido
3114695943. — 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 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 :

_____
_____
_____
_____

Nombre y apellido	Teléfono o celular	Correo electrónico
Jose Mejia	3122924247	3168774418

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 :

_____
_____
_____
_____

Andrea Sánchez — Nombre y apellido
6699044 — Teléfono o celular
3145558983 — 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 :

_____
_____
_____
_____

Rosa Orlada Gamba 6479377 3136488119
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 :

_____
_____
_____
_____

Diana Cristina Cruz 66680 220 Bcalas-trea
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 :

_____
_____
_____
_____

Evaney Yamileth Tandra 66679010 3154880150
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 :

_____
_____
_____
_____

Gustavo Arcila Jaramillo 9220370 3177033926
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 :

_____
_____
_____
_____

Nombre y apellido	Teléfono o celular	Correo electrónico
[illegible] García	9422609	[illegible]

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 :

_____
_____
_____
_____

Luis Ernesto Ruiz 99226020 2114161149
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 :

_____
_____
_____
_____

Sandra M. Mesa — Nombre y apellido
3889501 — Teléfono o celular
3142119289 — 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 :

_____
_____
_____
_____

Nombre y apellido: [illegible] Teléfono o celular: 9A251891. Correo electrónico: 311343.9862

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 :

_____
_____
_____
_____

Juan Fernando Hernandez 9423093 3178906763
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 :

_____
_____
_____
_____

Nombre y apellido: Leidy Amaya
Teléfono o celular: 1116434437
Correo electrónico: 3205790510

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 :

_____
_____
_____
_____

Luz Elena Morales 4194588 3106767118
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 :

_____
_____
_____
_____

Maricel Bermudez 6668370 3145402059
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 :

_____
_____
_____
_____

Martina Espinal 66678335 3123126143
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 :

_____
_____
_____
_____

MG Edith Trujillo 2998670 3177167354
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 :

_____
_____
_____
_____

Yerica Valentina Cuenca 1007580965 3127218010
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 :

_____
_____
_____
_____

Angelica Londoño 1116438543 3126324275
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 :

_____
_____
_____
_____

Luis Vanegas 3116435244 3122667200
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 :

_____
_____
_____
_____

Mauricio Alexander Ruiz 6696219 3105648952
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 :

_____
_____
_____
_____

Nombre y apellido: Yeidi Castaño
Teléfono o celular: 6668901
Correo electrónico: 3224091152

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 :

_____
_____
_____
_____

Nombre y apellido: [illegible] Soto — Teléfono o celular: 9427355 68 — Correo electrónico: 3127960126.

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.