| | GESTIÓN EXTRAMURAL<br>GESTIÓN DE SALUD PÚBLICA<br>ENCUESTA SATISFACCIÓN JORNADA DE SALUD | GEM-GSP-FM-01<br>VERSIÓN: 01<br>FECHA: NOV-2024 |
|---|---|---|

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| LUGAR | Cerro Verde | | | | | | | | |
| FECHA | 2-12-2025 | | | | | | | | |
| GÉNERO | MASCULINO | | FEMENINO | X | LGTBI | | OTRO | | |
| A que régimen de seguridad social pertenece | | | Contributivo | | | | Subsidiado | | X |
| POBLACIÓN POBRE NO AFILIADA | | | | | | | | | |
| EPS | Nueva EPS | | | | | | | | |

Califique de (1) a (5) siendo uno el puntaje menor y 5 el puntaje más alto según corresponda.

| 1. ORGANIZACIÓN | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|---|
| Divulgación oportuna de la jornada (Redes sociales, Llamada telefónica, Correo electrónico, Cartel o aviso en el centro de salud, Otra ( ) | | | | | X |
| Programación de la jornada (Fecha, hora, Lugar, Objetivo) | | | | | X |
| El lugar donde se realizó la jornada era adecuado para las actividades realizadas | | | | | X |
| Se respetaron los horarios establecidos para la jornada | | | | | X |
| La duración de la actividad fue adecuada | | | | | X |
| **2. CALIDAD** | | | | | |
| Fue fácil acceder a los servicios que presta la unidad móvil | | | | | X |
| Ayudas y material de apoyo para las actividades grupales fue adecuado para el desarrollo del tema | | | | | X |
| Uso de Metodología participativa por parte de los profesionales. | | | | X | |
| Cómo evaluaría la calidad del contenido de las actividades y de la atención médica y odontológica recibida | | | | | X |
| **3. RESULTADOS** | | | | | |
| Cree que la atención recibida por el médico, enfermero y/o odontólogo mejoró su salud | | | | X | |
| Considera que el tema tratado contribuyó a su desarrollo personal | | | | | X |
| La actividad le ayudó a adquirir nuevos conocimientos, conceptos o ideas | | | | | X |
| Se cumplieron sus expectativas con la actividad o servicio brindado | | | | | X |
| Qué tan satisfecho está con la atención recibida por parte de la institución | | | | | X |

**Cómo evaluaría su experiencia general con los servicios de salud recibidos**

| Muy buena | X | Buena | | Regular | | Mala | | Muy mala | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

**Recomendaría los servicios de esta IPS a sus familiares y amigos**

| Definitivamente SI | X | Probablemente SI | | Definitivamente NO | | Probablemente NO | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

Powered by CamScanner

| | GESTIÓN EXTRAMURAL<br>GESTIÓN DE SALUD PÚBLICA<br>ENCUESTA SATISFACCIÓN JORNADA DE SALUD | GEM-GSP-FM-01<br>VERSIÓN: 01<br>FECHA: NOV-2024 |
|---|---|---|

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| LUGAR | Cerro Verde | | | | | | | | |
| FECHA | 2-12-2023 | | | | | | | | |
| GÉNERO | MASCULINO | X | FEMENINO | | LGTBI | | OTRO | | |
| A que régimen de seguridad social pertenece | | | Contributivo | | | | Subsidiado | | X |
| POBLACIÓN POBRE NO AFILIADA | | | | | | | | | |
| EPS | Nueva EPS | | | | | | | | |

Califique de (1) a (5) siendo uno el puntaje menor y 5 el puntaje más alto según corresponda.

| 1. ORGANIZACIÓN | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|---|
| Divulgación oportuna de la jornada (Redes sociales, Llamada telefónica, Correo electrónico, Cartel o aviso en el centro de salud, Otra ( ) | | | | | X |
| Programación de la jornada (Fecha, hora, Lugar, Objetivo) | | | | | X |
| El lugar donde se realizó la jornada era adecuado para las actividades realizadas | | | | | X |
| Se respetaron los horarios establecidos para la jornada | | | | | X |
| La duración de la actividad fue adecuada | | | | | X |
| **2. CALIDAD** | | | | | |
| Fue fácil acceder a los servicios que presta la unidad móvil | | | | | X |
| Ayudas y material de apoyo para las actividades grupales fue adecuado para el desarrollo del tema | | | | | X |
| Uso de Metodología participativa por parte de los profesionales. | | | | | X |
| Cómo evaluaría la calidad del contenido de las actividades y de la atención médica y odontológica recibida | | | | | X |
| **3. RESULTADOS** | | | | | |
| Cree que la atención recibida por el médico, enfermero y/o odontólogo mejoró su salud | | | | X | |
| Considera que el tema tratado contribuyó a su desarrollo personal | | | | | X |
| La actividad le ayudó a adquirir nuevos conocimientos, conceptos o ideas | | | | | X |
| Se cumplieron sus expectativas con la actividad o servicio brindado | | | | | X |
| Qué tan satisfecho está con la atención recibida por parte de la institución | | | | | X |

**Cómo evaluaría su experiencia general con los servicios de salud recibidos**

| Muy buena | X | Buena | | Regular | | Mala | | Muy mala | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

**Recomendaría los servicios de esta IPS a sus familiares y amigos**

| Definitivamente **SI** | X | Probablemente **SI** | | Definitivamente **NO** | | Probablemente **NO** | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

Powered by CamScanner

| | GESTIÓN EXTRAMURAL<br>GESTIÓN DE SALUD PÚBLICA<br>ENCUESTA SATISFACCIÓN JORNADA DE SALUD | GEM-GSP-FM-01<br>VERSIÓN: 01<br>FECHA: NOV-2024 |
|---|---|---|

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| LUGAR | Otro verde | | | | | | | | |
| FECHA | 2-12-2023 | | | | | | | | |
| GÉNERO | MASCULINO | | FEMENINO | X | LGTBI | | OTRO | | |
| A que régimen de seguridad social pertenece | | | Contributivo | | | | Subsidiado | V | |
| POBLACIÓN POBRE NO AFILIADA | | | | | | | | | |
| EPS | Nueva EPS | | | | | | | | |

Califique de (1) a (5) siendo uno el puntaje menor y 5 el puntaje más alto según corresponda.

| 1. ORGANIZACIÓN | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|---|
| Divulgación oportuna de la jornada (Redes sociales, Llamada telefónica, Correo electrónico, Cartel o aviso en el centro de salud, Otra ( ) | | | | | X |
| Programación de la jornada (Fecha, hora, Lugar, Objetivo) | | | | | X |
| El lugar donde se realizó la jornada era adecuado para las actividades realizadas | | | | | X |
| Se respetaron los horarios establecidos para la jornada | | | | | X |
| La duración de la actividad fue adecuada | | | | | X |
| **2. CALIDAD** | | | | | |
| Fue fácil acceder a los servicios que presta la unidad móvil | | | | X | |
| Ayudas y material de apoyo para las actividades grupales fue adecuado para el desarrollo del tema | | | | | X |
| Uso de Metodología participativa por parte de los profesionales. | | | | | X |
| Cómo evaluaría la calidad del contenido de las actividades y de la atención médica y odontológica recibida | | | | | X |
| **3. RESULTADOS** | | | | | |
| Cree que la atención recibida por el médico, enfermero y/o odontólogo mejoró su salud | | | | X | |
| Considera que el tema tratado contribuyó a su desarrollo personal | | | | | X |
| La actividad le ayudó a adquirir nuevos conocimientos, conceptos o ideas | | | | | X |
| Se cumplieron sus expectativas con la actividad o servicio brindado | | | | | X |
| Qué tan satisfecho está con la atención recibida por parte de la institución | | | | | X |

**Cómo evaluaría su experiencia general con los servicios de salud recibidos**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Muy buena | X | Buena | | Regular | | Mala | | Muy mala | |

**Recomendaría los servicios de esta IPS a sus familiares y amigos**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Definitivamente **SI** | X | Probablemente **SI** | | Definitivamente **NO** | | Probablemente **NO** | |

Powered by CamScanner

| | GESTIÓN EXTRAMURAL<br>GESTIÓN DE SALUD PÚBLICA<br>ENCUESTA SATISFACCIÓN JORNADA DE SALUD | GEM-GSP-FM-01<br>VERSIÓN: 01<br>FECHA: NOV-2024 |
|---|---|---|

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **LUGAR** | Cerro Verde | | | | | | | |
| **FECHA** | 2-12-2023 | | | | | | | |
| **GÉNERO** | **MASCULINO** | | **FEMENINO** | X | **LGTBI** | | **OTRO** | |
| **A que régimen de seguridad social pertenece** | | | **Contributivo** | | | | **Subsidiado** | |
| **POBLACIÓN POBRE NO AFILIADA** | | | X | | | | | |
| **EPS** | Ninguna | | | | | | | |

Califique de (1) a (5) siendo uno el puntaje menor y 5 el puntaje más alto según corresponda.

| **1. ORGANIZACIÓN** | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|---|
| Divulgación oportuna de la jornada (Redes sociales, Llamada telefónica, Correo electrónico, Cartel o aviso en el centro de salud, Otra ( ) | | | | | X |
| Programación de la jornada (Fecha, hora, Lugar, Objetivo) | | | | | X |
| El lugar donde se realizó la jornada era adecuado para las actividades realizadas | | | | | X |
| Se respetaron los horarios establecidos para la jornada | | | | | X |
| La duración de la actividad fue adecuada | | | | | X |
| **2. CALIDAD** | | | | | |
| Fue fácil acceder a los servicios que presta la unidad móvil | | | | X | |
| Ayudas y material de apoyo para las actividades grupales fue adecuado para el desarrollo del tema | | | | | X |
| Uso de Metodología participativa por parte de los profesionales. | | | | | X |
| Cómo evaluaría la calidad del contenido de las actividades y de la atención médica y odontológica recibida | | | | | X |
| **3. RESULTADOS** | | | | | |
| Cree que la atención recibida por el médico, enfermero y/o odontólogo mejoró su salud | | | | | X |
| Considera que el tema tratado contribuyó a su desarrollo personal | | | | | X |
| La actividad le ayudó a adquirir nuevos conocimientos, conceptos o ideas | | | | | X |
| Se cumplieron sus expectativas con la actividad o servicio brindado | | | | | X |
| Qué tan satisfecho está con la atención recibida por parte de la institución | | | | | X |

**Cómo evaluaría su experiencia general con los servicios de salud recibidos**

| Muy buena | X | Buena | | Regular | | Mala | | Muy mala | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

**Recomendaría los servicios de esta IPS a sus familiares y amigos**

| Definitivamente **SI** | X | Probablemente **SI** | | Definitivamente **NO** | | Probablemente **NO** | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

Powered by CamScanner

| | GESTIÓN EXTRAMURAL<br>GESTIÓN DE SALUD PÚBLICA<br>ENCUESTA SATISFACCIÓN JORNADA DE SALUD | GEM-GSP-FM-01<br>VERSIÓN: 01<br>FECHA: NOV-2024 |
|---|---|---|

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **LUGAR** | Cerro Verde | | | | | | | |
| **FECHA** | 2-12-2024 | | | | | | | |
| **GÉNERO** | **MASCULINO** | | **FEMENINO** | X | **LGTBI** | | **OTRO** | |
| **A que régimen de seguridad social pertenece** | | | **Contributivo** | | | | **Subsidiado** | |
| **POBLACIÓN POBRE NO AFILIADA** | | | X | | | | | |
| **EPS** | Ninguna | | | | | | | |

Califique de (1) a (5) siendo uno el puntaje menor y 5 el puntaje más alto según corresponda.

| **1. ORGANIZACIÓN** | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
|---|---|---|---|---|---|
| Divulgación oportuna de la jornada (Redes sociales, Llamada telefónica, Correo electrónico, Cartel o aviso en el centro de salud, Otra ( ) | | | | | X |
| Programación de la jornada (Fecha, hora, Lugar, Objetivo) | | | | | X |
| El lugar donde se realizó la jornada era adecuado para las actividades realizadas | | | | | X |
| Se respetaron los horarios establecidos para la jornada | | | | | X |
| La duración de la actividad fue adecuada | | | | | X |
| **2. CALIDAD** | | | | | |
| Fue fácil acceder a los servicios que presta la unidad móvil | | | | X | |
| Ayudas y material de apoyo para las actividades grupales fue adecuado para el desarrollo del tema | | | | | X |
| Uso de Metodología participativa por parte de los profesionales. | | | | | X |
| Cómo evaluaría la calidad del contenido de las actividades y de la atención médica y odontológica recibida | | | | | X |
| **3. RESULTADOS** | | | | | |
| Cree que la atención recibida por el médico, enfermero y/o odontólogo mejoró su salud | | | | X | |
| Considera que el tema tratado contribuyó a su desarrollo personal | | | | | X |
| La actividad le ayudó a adquirir nuevos conocimientos, conceptos o ideas | | | | | X |
| Se cumplieron sus expectativas con la actividad o servicio brindado | | | | | X |
| Qué tan satisfecho está con la atención recibida por parte de la institución | | | | | X |

**Cómo evaluaría su experiencia general con los servicios de salud recibidos**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Muy buena | X | Buena | | Regular | | Mala | | Muy mala | |

**Recomendaría los servicios de esta IPS a sus familiares y amigos**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Definitivamente **SI** | X | Probablemente **SI** | | Definitivamente **NO** | | Probablemente **NO** | |

Powered by CamScanner

| | GESTIÓN EXTRAMURAL<br>GESTIÓN DE SALUD PÚBLICA<br>ENCUESTA SATISFACCIÓN JORNADA DE SALUD | GEM-GSP-FM-01<br>VERSIÓN: 01<br>FECHA: NOV-2024 |
|---|---|---|

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **LUGAR** | Cerro Verde | | | | | | | |
| **FECHA** | 2-12-2023 | | | | | | | |
| **GÉNERO** | **MASCULINO** | | **FEMENINO** | 1 | **LGTBI** | | **OTRO** | |
| **A que régimen de seguridad social pertenece** | | | **Contributivo** | | | | **Subsidiado** | |
| **POBLACIÓN POBRE NO AFILIADA** | | | x | | | | | |
| **EPS** | Ninguna | | | | | | | |

Califique de (1) a (5) siendo uno el puntaje menor y 5 el puntaje más alto según corresponda.

| **1. ORGANIZACIÓN** | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|---|
| Divulgación oportuna de la jornada (Redes sociales, Llamada telefónica, Correo electrónico, Cartel o aviso en el centro de salud, Otra ( ) | | | | | x |
| Programación de la jornada (Fecha, hora, Lugar, Objetivo) | | | | | 1 |
| El lugar donde se realizó la jornada era adecuado para las actividades realizadas | | | | | 1 |
| Se respetaron los horarios establecidos para la jornada | | | | | x |
| La duración de la actividad fue adecuada | | | | | 1 |
| **2. CALIDAD** | | | | | |
| Fue fácil acceder a los servicios que presta la unidad móvil | | | | 1 | |
| Ayudas y material de apoyo para las actividades grupales fue adecuado para el desarrollo del tema | | | | | x |
| Uso de Metodología participativa por parte de los profesionales. | | | | | x |
| Cómo evaluaría la calidad del contenido de las actividades y de la atención médica y odontológica recibida | | | | | x |
| **3. RESULTADOS** | | | | | |
| Cree que la atención recibida por el médico, enfermero y/o odontólogo mejoró su salud | | | | 1 | |
| Considera que el tema tratado contribuyó a su desarrollo personal | | | | | 1 |
| La actividad le ayudó a adquirir nuevos conocimientos, conceptos o ideas | | | | | x |
| Se cumplieron sus expectativas con la actividad o servicio brindado | | | | | 1 |
| Qué tan satisfecho está con la atención recibida por parte de la institución | | | | | 1 |

**Cómo evaluaría su experiencia general con los servicios de salud recibidos**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Muy buena | 1 | Buena | | Regular | | Mala | | Muy mala | |

**Recomendaría los servicios de esta IPS a sus familiares y amigos**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Definitivamente **SI** | 1 | Probablemente **SI** | | Definitivamente **NO** | | Probablemente **NO** | |

Powered by CamScanner

| | GESTIÓN EXTRAMURAL<br>GESTIÓN DE SALUD PÚBLICA<br>ENCUESTA SATISFACCIÓN JORNADA DE SALUD | GEM-GSP-FM-01<br>VERSIÓN: 01<br>FECHA: NOV-2024 |
|---|---|---|

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **LUGAR** | Cerro Verde | | | | | | | | | | |
| **FECHA** | 2-12-2023 | | | | | | | | | | |
| **GÉNERO** | **MASCULINO** | X | **FEMENINO** | | **LGTBI** | | **OTRO** | | | | |
| **A que régimen de seguridad social pertenece** | **Contributivo** | | **Subsidiado** | | | | | | | | |
| **POBLACIÓN POBRE NO AFILIADA** | | | | | | | | | | | |
| **EPS** | Nueva EPS | | | | | | | | | | |

Califique de (1) a (5) siendo uno el puntaje menor y 5 el puntaje más alto según corresponda.

| **1. ORGANIZACIÓN** | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
|---|---|---|---|---|---|
| Divulgación oportuna de la jornada (Redes sociales, Llamada telefónica, Correo electrónico, Cartel o aviso en el centro de salud, Otra ( ) | | | | | X |
| Programación de la jornada (Fecha, hora, Lugar, Objetivo) | | | | | X |
| El lugar donde se realizó la jornada era adecuado para las actividades realizadas | | | | | X |
| Se respetaron los horarios establecidos para la jornada | | | | | X |
| La duración de la actividad fue adecuada | | | | | X |
| **2. CALIDAD** | | | | | |
| Fue fácil acceder a los servicios que presta la unidad móvil | | | | X | |
| Ayudas y material de apoyo para las actividades grupales fue adecuado para el desarrollo del tema | | | | | X |
| Uso de Metodología participativa por parte de los profesionales. | | | | | X |
| Cómo evaluaría la calidad del contenido de las actividades y de la atención médica y odontológica recibida | | | | | X |
| **3. RESULTADOS** | | | | | |
| Cree que la atención recibida por el médico, enfermero y/o odontólogo mejoró su salud | | | | | X |
| Considera que el tema tratado contribuyó a su desarrollo personal | | | | | X |
| La actividad le ayudó a adquirir nuevos conocimientos, conceptos o ideas | | | | | X |
| Se cumplieron sus expectativas con la actividad o servicio brindado | | | | | X |
| Qué tan satisfecho está con la atención recibida por parte de la institución | | | | | X |

**Cómo evaluaría su experiencia general con los servicios de salud recibidos**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Muy buena | X | Buena | | Regular | | Mala | | Muy mala | |

**Recomendaría los servicios de esta IPS a sus familiares y amigos**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Definitivamente **SI** | X | Probablemente **SI** | | Definitivamente **NO** | | Probablemente **NO** | |

Powered by CamScanner

| | GESTIÓN EXTRAMURAL<br>GESTIÓN DE SALUD PÚBLICA<br>ENCUESTA SATISFACCIÓN JORNADA DE SALUD | GEM-GSP-FM-01<br>VERSIÓN: 01<br>FECHA: NOV-2024 |
|---|---|---|

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **LUGAR** | Cerro Verde | | | | | | | | |
| **FECHA** | 2-12-2025 | | | | | | | | |
| **GÉNERO** | **MASCULINO** | | **FEMENINO** | ✓ | **LGTBI** | | **OTRO** | | |
| **A que régimen de seguridad social pertenece** | | | **Contributivo** | | | | **Subsidiado** | | X |
| **POBLACIÓN POBRE NO AFILIADA** | | | | | | | | | |
| **EPS** | Nueva EPS | | | | | | | | |

Califique de (1) a (5) siendo uno el puntaje menor y 5 el puntaje más alto según corresponda.

| **1. ORGANIZACIÓN** | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
|---|---|---|---|---|---|
| Divulgación oportuna de la jornada (Redes sociales, Llamada telefónica, Correo electrónico, Cartel o aviso en el centro de salud, Otra ( ) | | | | | X |
| Programación de la jornada (Fecha, hora, Lugar, Objetivo) | | | | | X |
| El lugar donde se realizó la jornada era adecuado para las actividades realizadas | | | | | X |
| Se respetaron los horarios establecidos para la jornada | | | | | X |
| La duración de la actividad fue adecuada | | | | | X |
| **2. CALIDAD** | | | | | |
| Fue fácil acceder a los servicios que presta la unidad móvil | | | | | X |
| Ayudas y material de apoyo para las actividades grupales fue adecuado para el desarrollo del tema | | | | | X |
| Uso de Metodología participativa por parte de los profesionales. | | | | | X |
| Cómo evaluaría la calidad del contenido de las actividades y de la atención médica y odontológica recibida | | | | | X |
| **3. RESULTADOS** | | | | | |
| Cree que la atención recibida por el médico, enfermero y/o odontólogo mejoró su salud | | | | X | |
| Considera que el tema tratado contribuyó a su desarrollo personal | | | | | X |
| La actividad le ayudó a adquirir nuevos conocimientos, conceptos o ideas | | | | | X |
| Se cumplieron sus expectativas con la actividad o servicio brindado | | | | | X |
| Qué tan satisfecho está con la atención recibida por parte de la institución | | | | | X |

**Cómo evaluaría su experiencia general con los servicios de salud recibidos**

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Muy buena | X | Buena | | Regular | | Mala | | Muy mala | |

**Recomendaría los servicios de esta IPS a sus familiares y amigos**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Definitivamente **SI** | X | Probablemente **SI** | | Definitivamente **NO** | | Probablemente **NO** | |

Powered by CamScanner

| | GESTIÓN EXTRAMURAL<br>GESTIÓN DE SALUD PÚBLICA<br>ENCUESTA SATISFACCIÓN JORNADA DE SALUD | GEM-GSP-FM-01<br>VERSIÓN: 01<br>FECHA: NOV-2024 |
|---|---|---|

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **LUGAR** | Cerro Verde | | | | | | | | |
| **FECHA** | 2-12-2025 | | | | | | | | |
| **GÉNERO** | **MASCULINO** | X | **FEMENINO** | | **LGTBI** | | **OTRO** | | |
| **A que régimen de seguridad social pertenece** | **Contributivo** | | | | **Subsidiado** | X | | | |
| **POBLACIÓN POBRE NO AFILIADA** | | | | | | | | | |
| **EPS** | Nueva EPS | | | | | | | | |

Califique de (1) a (5) siendo uno el puntaje menor y 5 el puntaje más alto según corresponda.

| **1. ORGANIZACIÓN** | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
|---|---|---|---|---|---|
| Divulgación oportuna de la jornada (Redes sociales, Llamada telefónica, Correo electrónico, Cartel o aviso en el centro de salud, Otra ( ) | | | | | X |
| Programación de la jornada (Fecha, hora, Lugar, Objetivo) | | | | | X |
| El lugar donde se realizó la jornada era adecuado para las actividades realizadas | | | | | X |
| Se respetaron los horarios establecidos para la jornada | | | | | X |
| La duración de la actividad fue adecuada | | | | | X |
| **2. CALIDAD** | | | | | |
| Fue fácil acceder a los servicios que presta la unidad móvil | | | | X | |
| Ayudas y material de apoyo para las actividades grupales fue adecuado para el desarrollo del tema | | | | | X |
| Uso de Metodología participativa por parte de los profesionales. | | | | | X |
| Cómo evaluaría la calidad del contenido de las actividades y de la atención médica y odontológica recibida | | | | | X |
| **3. RESULTADOS** | | | | | |
| Cree que la atención recibida por el médico, enfermero y/o odontólogo mejoró su salud | | | | | X |
| Considera que el tema tratado contribuyó a su desarrollo personal | | | | | X |
| La actividad le ayudó a adquirir nuevos conocimientos, conceptos o ideas | | | | | X |
| Se cumplieron sus expectativas con la actividad o servicio brindado | | | | | X |
| Qué tan satisfecho está con la atención recibida por parte de la institución | | | | | X |

**Cómo evaluaría su experiencia general con los servicios de salud recibidos**

| Muy buena | X | Buena | | Regular | | Mala | | Muy mala | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

**Recomendaría los servicios de esta IPS a sus familiares y amigos**

| Definitivamente **SI** | X | Probablemente **SI** | | Definitivamente **NO** | | Probablemente **NO** | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

Powered by CamScanner

| | GESTIÓN EXTRAMURAL<br>GESTIÓN DE SALUD PÚBLICA<br>ENCUESTA SATISFACCIÓN JORNADA DE SALUD | GEM-GSP-FM-01<br>VERSIÓN: 01<br>FECHA: NOV-2024 |
|---|---|---|

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **LUGAR** | Perro Verde | | | | | | | |
| **FECHA** | 2-12-2025 | | | | | | | |
| **GÉNERO** | **MASCULINO** | | **FEMENINO** | X | **LGTBI** | | **OTRO** | |
| **A que régimen de seguridad social pertenece** | **Contributivo** | | **Subsidiado** | X | | | | |
| **POBLACIÓN POBRE NO AFILIADA** | | | | | | | | |
| **EPS** | Nueva EPS | | | | | | | |

Califique de (1) a (5) siendo uno el puntaje menor y 5 el puntaje más alto según corresponda.

| **1. ORGANIZACIÓN** | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|---|
| Divulgación oportuna de la jornada (Redes sociales, Llamada telefónica, Correo electrónico, Cartel o aviso en el centro de salud, Otra ( ) | | | | | X |
| Programación de la jornada (Fecha, hora, Lugar, Objetivo) | | | | | X |
| El lugar donde se realizó la jornada era adecuado para las actividades realizadas | | | | | X |
| Se respetaron los horarios establecidos para la jornada | | | | | X |
| La duración de la actividad fue adecuada | | | | | X |
| **2. CALIDAD** | | | | | |
| Fue fácil acceder a los servicios que presta la unidad móvil | | | | | X |
| Ayudas y material de apoyo para las actividades grupales fue adecuado para el desarrollo del tema | | | | | X |
| Uso de Metodología participativa por parte de los profesionales. | | | | | X |
| Cómo evaluaría la calidad del contenido de las actividades y de la atención médica y odontológica recibida | | | | | X |
| **3. RESULTADOS** | | | | | |
| Cree que la atención recibida por el médico, enfermero y/o odontólogo mejoró su salud | | | | | X |
| Considera que el tema tratado contribuyó a su desarrollo personal | | | | | X |
| La actividad le ayudó a adquirir nuevos conocimientos, conceptos o ideas | | | | | X |
| Se cumplieron sus expectativas con la actividad o servicio brindado | | | | | X |
| Qué tan satisfecho está con la atención recibida por parte de la institución | | | | | X |

**Cómo evaluaría su experiencia general con los servicios de salud recibidos**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Muy buena | X | Buena | | Regular | | Mala | | Muy mala | |

**Recomendaría los servicios de esta IPS a sus familiares y amigos**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Definitivamente **SI** | X | Probablemente **SI** | | Definitivamente **NO** | | Probablemente **NO** | |

Powered by CamScanner