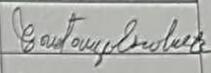
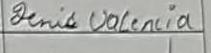
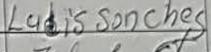
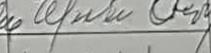
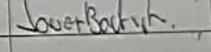


TEMA: EVIDENCIAS SOCIALIZACION DE LOS MECANISMOS DE CONTROL QUE SE MANEJAN EN LA INSTITUCION COMO LO SON LA ENCUESTA DE SATISFACCION Y BUZON DE SUGERENCIAS

EJE: E5LD. POBLACION: ASISTENCIAS Y USUARIOS.

EVIDENCIAS SOCIALIZACIÓN

 QUIMIOSALUD Mejoramos su Calidad de Vida		REGISTRO DE ASISTENCIA ACTIVIDADES DE ATENCIÓN MULTIDISCIPLINARIA			Código: GAA-FR-030-2 Vigente desde: 27/11/2023 Hoja 1 de 1
Fecha:	Diciembre 2024	Agencia:	SANTA MARTA 1		
Tema:	Mecanismo de participación y control en salud				
Nombre Completo	No. de Identificación	EAPB	Médico Tratante	Firma Usuario	
Constanza Josefa Escobedo C.	36548410	coosalud	Jorge Sacara		
Denis Valencia Cantillo	57402800	coosalud	Jorge Sacara		
Ludis Sanchez Argota	26883332	coosalud	Carlos		
Yarelene Otero Jironimo	36537917	coosalud	Roberto Edgar Telpu (Jr)		
Javier Bautista R.	91106750	coosalud	Jemir		
Nombre del funcionario que realiza la actividad:		Cargo:			

 QUIMIOSALUD <small>Mejoramos su Calidad de Vida</small>		REGISTRO DE ASISTENCIA ACTIVIDADES DE ATENCIÓN MULTIDISCIPLINARIA		Código: GAA-FR-030-2 Vigente desde: 27/11/2023 Hoja 1 de 1	
Fecha:		Agencia:	Santa Marta 1		
Tema:	Mecanismo de control utilizados por los usuarios.				
Nombre Completo	No. de Identificación	EAPB	Médico Tratante	Firma Usuario	
Ludith Ester Castellano Parrojo	36593260	Cosalud	Dangon	Ludith	
Rodolfo Ortiz Guerrero	1225513	Cosalud	Dangon	Rodolfo	
Erisanto Maestre Ripoll	12532947	COSALUD	DANGON	Erisanto	
Isabel maria chiquillo de molina	36528864	coosalud	DANGON	Isabel chiquillo	
Gregorio Daniel Velazquez	12.531.428	COOSALUD	DANGON	Gregorio	
Era Luz Tejeda Daniels	36719985	COSALUD	DANGON	Era Luz Tejeda	
Juan Carlos Adams Charis	8.602.017	coosalud	Dangon	Juan Carlos	
Rosa Charis Montenegro	26830635	cosalu	Rosina	Liliana	
Carmen Aeto Brate	49764932	COOSALUD	Rosina	Carmen Aeto	
Margarita Rosa Guette Jarama	1085106313	COOSALUD	Rosina	Margarita Guette	
Ledis Tayan Capia Perez	1134264108	COOSALUD	Rosina	Ledis Tayan	
Melsdy Lina Ruiz	36547259	COOSALUD	Rosina	Melsdy	
Nombre del funcionario que realiza la actividad:		Cargo:			

ENCUESTA DE DERECHOS Y DEBERES

	Formato ENCUESTA DE DEBERES Y DERECHOS	Código: GAA-FR-062-1
		Vigente desde: 01/09/2020
		Página 1 de 1

	Formato ENCUESTA DE DEBERES Y DERECHOS	Código: GAA-FR-062-1
		Vigente desde: 01/09/2020
		Página 1 de 1

Agencia	Fecha										
Nombre	Apellido										
EPS	Tipo Y N° de identificación										
Teniendo en cuenta los aportes que la institución le ha ofrecido en Educación al Usuario, nos gustaría conocer su opinión.											
De acuerdo a la socialización de deberes y derechos recibida, responda a las siguientes preguntas:											
En lo referente a sus derechos y deberes considera usted que es el dueño de su historia clínica: Sí ___ No ___											
Es su deber al solicitar la Historia Clínica hacerlo por escrito? Si ___ No ___											
Dentro de sus derechos, está el derecho a la intimidad? Si ___ No ___											
Tiene usted derecho a presentar quejas, reclamos, sugerencias y felicitaciones? Sí ___ No ___											
Tiene usted derecho a conocer toda la información necesaria respecto a la enfermedad que padece? Sí ___ No ___											
Es su deber hacer buen uso y cuidar las instalaciones, equipamiento e instrumental de la institución? Sí ___ No ___											
Debe usted tratar con respeto y cortesía al personal que le brinda atención, así como a los demás usuarios? Sí ___ No ___											
Es su deber cumplir puntualmente las citas médicas y de servicios cuando le son programados? Sí ___ No ___											
Es su deber cumplir con la toma de los medicamentos prescritos? Si ___ No ___											
Califique la capacitación recibida	<table border="1"> <thead> <tr> <th>CRITERIO</th> <th>RANGO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Excelente</td> <td>Mayor o Igual a 7</td> </tr> <tr> <td>Bueno</td> <td>Entre 6 – 6.9</td> </tr> <tr> <td>Regular</td> <td>Entre 5 – 5.9</td> </tr> <tr> <td>Deficiente</td> <td>Menor a 5</td> </tr> </tbody> </table>	CRITERIO	RANGO	Excelente	Mayor o Igual a 7	Bueno	Entre 6 – 6.9	Regular	Entre 5 – 5.9	Deficiente	Menor a 5
CRITERIO	RANGO										
Excelente	Mayor o Igual a 7										
Bueno	Entre 6 – 6.9										
Regular	Entre 5 – 5.9										
Deficiente	Menor a 5										
	<table border="1"> <tbody> <tr> <td>Excelente</td> <td>Bueno</td> <td>Regular</td> <td>Malo</td> </tr> </tbody> </table>	Excelente	Bueno	Regular	Malo						
Excelente	Bueno	Regular	Malo								
Felicitaciones y Sugerencias											
Gracias por su opinión, herramienta clave hacia la mejora continua											

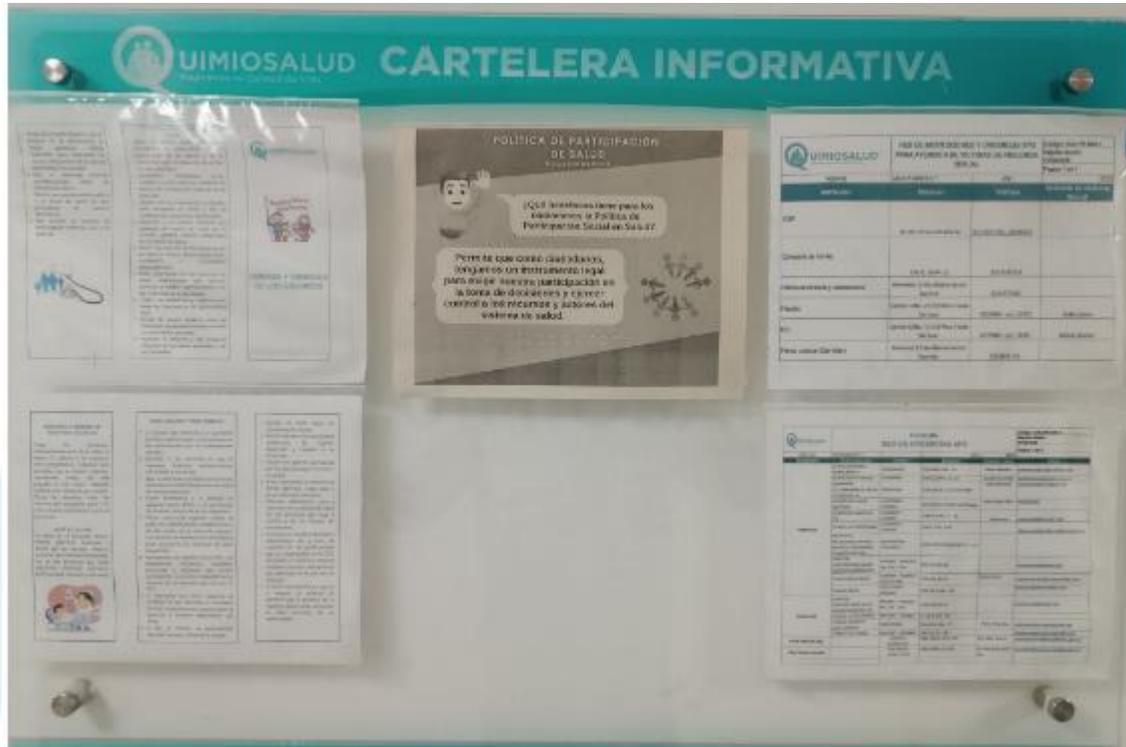
Agencia	Fecha										
Nombre	Apellido										
EPS	Tipo Y N° de identificación										
Teniendo en cuenta los aportes que la institución le ha ofrecido en Educación al Usuario, nos gustaría conocer su opinión.											
De acuerdo a la socialización de deberes y derechos recibida, responda a las siguientes preguntas:											
En lo referente a sus derechos y deberes considera usted que es el dueño de su historia clínica: Sí ___ No ___											
Es su deber al solicitar la Historia Clínica hacerlo por escrito? Si ___ No ___											
Dentro de sus derechos, está el derecho a la intimidad? Si ___ No ___											
Tiene usted derecho a presentar quejas, reclamos, sugerencias y felicitaciones? Sí ___ No ___											
Tiene usted derecho a conocer toda la información necesaria respecto a la enfermedad que padece? Sí ___ No ___											
Es su deber hacer buen uso y cuidar las instalaciones, equipamiento e instrumental de la institución? Sí ___ No ___											
Debe usted tratar con respeto y cortesía al personal que le brinda atención, así como a los demás usuarios? Sí ___ No ___											
Es su deber cumplir puntualmente las citas médicas y de servicios cuando le son programados? Sí ___ No ___											
Es su deber cumplir con la toma de los medicamentos prescritos? Si ___ No ___											
Califique la capacitación recibida	<table border="1"> <thead> <tr> <th>CRITERIO</th> <th>RANGO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Excelente</td> <td>Mayor o Igual a 7</td> </tr> <tr> <td>Bueno</td> <td>Entre 6 – 6.9</td> </tr> <tr> <td>Regular</td> <td>Entre 5 – 5.9</td> </tr> <tr> <td>Deficiente</td> <td>Menor a 5</td> </tr> </tbody> </table>	CRITERIO	RANGO	Excelente	Mayor o Igual a 7	Bueno	Entre 6 – 6.9	Regular	Entre 5 – 5.9	Deficiente	Menor a 5
CRITERIO	RANGO										
Excelente	Mayor o Igual a 7										
Bueno	Entre 6 – 6.9										
Regular	Entre 5 – 5.9										
Deficiente	Menor a 5										
	<table border="1"> <tbody> <tr> <td>Excelente</td> <td>Bueno</td> <td>Regular</td> <td>Malo</td> </tr> </tbody> </table>	Excelente	Bueno	Regular	Malo						
Excelente	Bueno	Regular	Malo								
Felicitaciones y Sugerencias											
Gracias por su opinión, herramienta clave hacia la mejora continua											

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN

	Formato ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DE USUARIOS		GCM-FR-011-1 vigente desde: 14/09/2020 Hoja 1 de 1			
	Agencia: _____	Fecha: _____				
Nombre: _____						
EPS: _____						
Su total satisfacción es nuestro principal objetivo en cada servicio que brindamos. Evalúenos para mejorar.						
1. Califique la atención recibida en los servicios que utilizó: marque con una X						
SERVICIO	Muy Bueno 😊	Bueno 👍	Regular 😐	Malo 👎	Muy Malo 😞	NS/NR ?
1,1 Atención al usuario						
1,2 Trabajo Social						
1,3 Consulta especialista						
1,4 Consulta medico General						
1,5 Psicología						
1,6 Nutrición						
1,7 Enfermería						
2. Califique los siguientes aspectos de nuestros servicios y de nuestros funcionarios: marque con una X						
ASPECTOS A EVALUAR	Muy Bueno 😊	Bueno 👍	Regular 😐	Malo 👎	Muy Malo 😞	NS/NR ?
2,1 Atención en la sala de espera						
2,2 Tiempo de espera						
2,3 Información del Medico						
2,4 Presentación del Personal						
2,5 Aseo de la Instalaciones						
2,6 Información Servicio Farmacéutico						
2,7 Dispensación de medicamentos						
2,8 Educación en salud recibida						
2,9 Trato de funcionarios						
3. En términos generales, cual es su nivel de satisfacción con los servicios recibidos? Marque con una X	Muy Bueno 😊	Bueno 👍	Regular 😐	Malo 👎	Muy Malo 😞	NS/NR ?
4. Recomendaria a un familiar o amigo esta IPS? Marque con una X	En definitiva SI 😊	Es probable que SI 👍	En definitiva NO 😐	Es probable que NO 👎	NS/NR ?	
Si su calificación es regular, malo, muy malo ó no sabe, explique por que?: _____ _____						
Felicitaciones y Sugerencias: _____ _____						
Gracias por su opinión, herramienta clave hacia la calidad.						

	Formato ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DE USUARIOS		GCM-FR-011-1 vigente desde: 14/09/2020 Hoja 1 de 1			
	Agencia: _____	Fecha: _____				
Nombre: _____						
EPS: _____						
Su total satisfacción es nuestro principal objetivo en cada servicio que brindamos. Evalúenos para mejorar.						
1. Califique la atención recibida en los servicios que utilizó: marque con una X						
SERVICIO	Muy Bueno 😊	Bueno 👍	Regular 😐	Malo 👎	Muy Malo 😞	NS/NR ?
1,1 Atención al usuario						
1,2 Trabajo Social						
1,3 Consulta especialista						
1,4 Consulta medico General						
1,5 Psicología						
1,6 Nutrición						
1,7 Enfermería						
2. Califique los siguientes aspectos de nuestros servicios y de nuestros funcionarios: marque con una X						
ASPECTOS A EVALUAR	Muy Bueno 😊	Bueno 👍	Regular 😐	Malo 👎	Muy Malo 😞	NS/NR ?
2,1 Atención en la sala de espera						
2,2 Tiempo de espera						
2,3 Información del Medico						
2,4 Presentación del Personal						
2,5 Aseo de la Instalaciones						
2,6 Información Servicio Farmacéutico						
2,7 Dispensación de medicamentos						
2,8 Educación en salud recibida						
2,9 Trato de funcionarios						
3. En términos generales, cual es su nivel de satisfacción con los servicios recibidos? Marque con una X	Muy Bueno 😊	Bueno 👍	Regular 😐	Malo 👎	Muy Malo 😞	NS/NR ?
4. Recomendaria a un familiar o amigo esta IPS? Marque con una X	En definitiva SI 😊	Es probable que SI 👍	En definitiva NO 😐	Es probable que NO 👎	NS/NR ?	
Si su calificación es regular, malo, muy malo ó no sabe, explique por que?: _____ _____						
Felicitaciones y Sugerencias: _____ _____						
Gracias por su opinión, herramienta clave hacia la calidad.						

1. CARTELERA INFORMATIVA.



2. BUZÓN DE SUGERENCIA.

