

Alejandro, 27 de diciembre del 2022

Señores:

**MARIA EVANGELINA MARTINEZ**  
**SECRETARIA DE SALUD**

**Asunto:** Análisis de encuestas de satisfacción de vacunación

Con el objetivo de mejorar la calidad del servicio de vacunación; se realiza el análisis de la encuesta de satisfacción del **cuarto trimestre** (octubre, noviembre, diciembre,) del año en curso, donde se encontró lo siguiente:

- Se realizaron 60 encuestas a 60 personas salientes del servicio de vacunación donde cada una debía responder a 8 preguntas con opción múltiple de única respuesta.
- Según las respuestas a la **pregunta numero 1** sobre la información recibida, los pacientes dan respuesta de manera satisfactoria ya que ninguno de los 60 encuestados, refirió una mala información acerca de los tratamientos.
- Con respecto a la **pregunta número 2 y 3**; 60 pacientes encuestados respondieron que la atención recibida fue amable, ninguno de los pacientes refirió mala atención por lo que es satisfactorio el resultado en esta pregunta.
- En la **pregunta número 5 y 6** ; obtuvimos que los 60 pacientes refirieron que fueron atendidos en un lugar limpio y cómodo, y la atención por parte del personal que lo atendió fue de una manera amable
- Las respuestas a la **pregunta numero 7**; Es de manera satisfactoria, ya que los 60 pacientes encuestados refieren que su atención fue en privacidad, lo que nos aporta positivamente que los pacientes se sientan a gusto en el servicio.
- En la **octava pregunta** los pacientes dan una buena opinión sobre el servicio prestado, lo que nos motiva a continuar prestando un servicio

donde le demos pronta solución o respuesta a las necesidades de los usuarios.

No se evidencian sugerencias dentro de las 60 encuestas de este cuarto trimestre, Consideramos al analizar las encuestas realizadas que aportan resultados satisfactorios, por lo que se puede considerar que la población atendida en el servicio de vacunación se sintió a gusto, donde se les dio un buen trato y se sintieron cómodos en el momento de la atención.

Estamos atentos a cualquier inquietud.

Cordialmente,

  
DORA GARCÍA  
ENCARGADA DEL SIAU

E.S.E HOSPITAL PBRO LUIS FELIPE ARBELAEZ

-

-

# VACUNACION DICIEMBRE

PROMEDIO DE MINUTOS
2

Después de presentar el carnet,  
cuanto tiempo espero para la



EXCELENTE	BUENO	REGULAR
12	8	0

Como le pareció la información  
recibida durante la atención?



SI	NO
20	0

Quedó satisfecho con la atención que  
se le dio?



AMABLE	DESCORTEZ
20	0

Como le pareció el trato recibido?

EXCELENTE	BUENA	REGULAR
11	9	0



Como le pareció la comodidad y limpieza del servicio?



EXCELENTE	BUENA	REGULAR
10	10	0

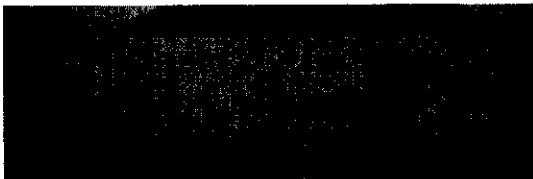
Como le pareció la privacidad durante la atención?



EXCELENTE	BUENA	REGULAR
16	4	0

En su opinión, el servicio que recibió fue?





EXCELENTE	BUENO	REGULAR	MALO
9	13	0	0

Como califica su experiencia global  
respeto a los servicios de salud que ha  
recibido a traves de su IPS ?



# VACUNACION NOVIEMBRE

PROMEDIO DE MINUTOS
2

Después de presentar el carnet,  
cuanto tiempo espero para la



EXCELENTE	BUENO	REGULAR
16	4	0

Como le pareció la información  
recibida durante la atención?



SI	NO
20	0

Quedó satisfecho con la atención que  
se le dio?



AMABLE	DESCORTEZ
20	0

Como le pareció el trato recibido?

EXCELENTE	BUENA	REGULAR
12	8	0

EXCELENTE	BUENA	REGULAR
15	5	0

EXCELENTE	BUENA	REGULAR
14	6	0



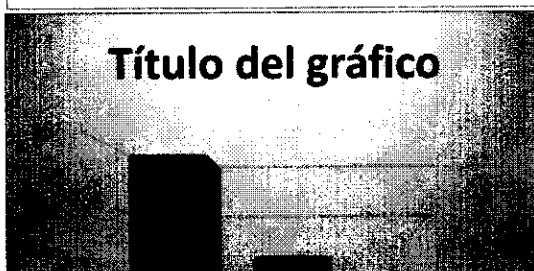
Como le pareció la comodidad y limpieza del servicio?

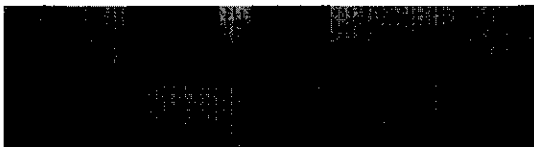


Como le pareció la privacidad durante la atención?



En su opinión, el servicio que recibió fue?





EXCELENTE	BUENO	REGULAR	MALO
13	7	0	0

Como califica su experiencia global  
respeto a los servicios de salud que ha  
recibido a traves de su IPS ?

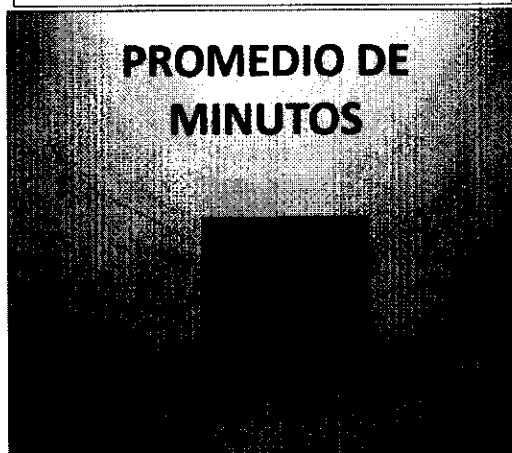




# VACUNACION OTUBRE

PROMEDIO DE MINUTOS
2

Después de presentar el carnet,  
cuanto tiempo espero para la



EXCELENTE	BUENO	REGULAR
12	8	0

Como le pareció la información  
recibida durante la atención?



SI	NO
20	0

Quedó satisfecho con la atención que  
se le dio?



AMABLE	DESCORTEZ
20	0

Como le pareció el trato recibido?

EXCELENTE	BUENA	REGULAR
13	9	0



Como le pareció la comodidad y limpieza del servicio?

EXCELENTE	BUENA	REGULAR
12	8	0

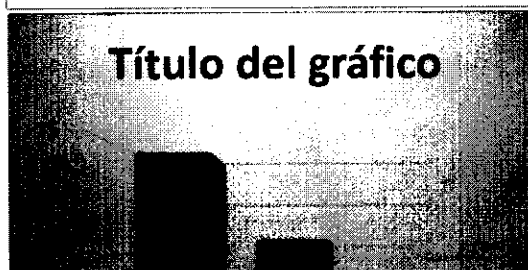


Como le pareció la privacidad durante la atención?

EXCELENTE	BUENA	REGULAR
14	6	0



En su opinión, el servicio que recibió fue?





EXCELENTE	BUENO	REGULAR	MALO	Como califica su experiencia global respeto a los servicios de salud que ha recibido a traves de su IPS ?
10	10	0	0	





## ENCUESTA DE SATISFACCIÓN VACUNACIÓN

**GRACIAS POR RESPONDER ESTA ENCUESTA. SU OPINIÓN CONTRIBUYE A QUE PODAMOS PRESTARLE UN MEJOR SERVICIO. POR FAVOR MARQUE CON UNA EQUIS (X) LA RESPUESTA QUE ESCOJA.**

FECHA: 01/12/2022

PROCEDENCIA: ☐ URBANA ☒ RURAL

¿CUAL ES SU E.P.S.?

☐ NUEVA EPS ☐ SUMIMEDICAL ☒ SAVIA SALUD ☐ OTRA. CUAL \_\_\_\_\_

1. ¿DESPUES DE PRESENTAR EL CARNET, CUANTO TIEMPO ESPERO PARA LA VACUNACIÓN? \_\_\_\_\_

2. ¿COMO LE PARECIÓ LA INFORMACIÓN RECIBIDA DURANTE LA ATENCIÓN?

☒ EXCELENTE ☐ BUENO ☐ REGULAR ☐ MALO

3. ¿QUEDÓ SATISFECHO CON LA ATENCIÓN QUE SE LE DIO?

☒ SI ☐ NO

4. COMO LE PARECIÓ EL TRATO RECIBIDO:

☒ AMABLE ☐ DESCORTÉS

5. COMO LE PARECIÓ LA COMODIDAD Y LIMPIEZA DEL SERVICIO:

☐ EXCELENTE ☒ BUENO ☐ REGULAR ☐ MALO

6. COMO LE PARECIÓ LA PRIVACIDAD DURANTE LA ATENCIÓN

☒ EXCELENTE ☐ BUENA ☐ REGULAR ☐ MALA

7. EN SU OPINIÓN, EL SERVICIO QUE RECIBÍO FUE:

☐ EXCELENTE ☒ BUENO ☐ REGULAR ☐ MALO

6. COMO CALIFICA SU EXPERIENCIA GLOBAL RESPETO A LOS SERVICIOS DE SALUD QUE HA RECINIDO A TRAVES DE SU IPS.

☐ MUY BUENA ☒ BUENA ☐ REGULAER ☐ MALA

¿QUE SUGERENCIAS HARIA USTED PARA MEJORAR ESTE SERVICIO?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



## ENCUESTA DE SATISFACCIÓN VACUNACIÓN

**GRACIAS POR RESPONDER ESTA ENCUESTA. SU OPINIÓN CONTRIBUYE A QUE PODAMOS PRESTARLE UN MEJOR SERVICIO. POR FAVOR MARQUE CON UNA EQUIS (X) LA RESPUESTA QUE ESCOJA.**

FECHA: 02/12/2022

PROCEDENCIA: ☒ URBANA ☐ RURAL

¿CUAL ES SU E.P.S.?

☒ NUEVA EPS ☐ SUMIMEDICAL ☐ SAVIA SALUD ☐ OTRA. CUAL \_\_\_\_\_

1. ¿DESPUES DE PRESENTAR EL CARNET, CUANTO TIEMPO ESPERO PARA LA VACUNACIÓN? \_\_\_\_\_

2. ¿COMO LE PARECIÓ LA INFORMACIÓN RECIBIDA DURANTE LA ATENCIÓN?

☐ EXCELENTE ☒ BUENO ☐ REGULAR ☐ MALO

3. ¿QUEDÓ SATISFECHO CON LA ATENCIÓN QUE SE LE DIO?

☒ SI ☐ NO

4. COMO LE PARECIÓ EL TRATO RECIBIDO:

☒ AMABLE ☐ DESCORTÉS

5. COMO LE PARECIÓ LA COMODIDAD Y LIMPIEZA DEL SERVICIO:

☐ EXCELENTE ☒ BUENO ☐ REGULAR ☐ MALO

6. COMO LE PARECIÓ LA PRIVACIDAD DURANTE LA ATENCIÓN

☐ EXCELENTE ☒ BUENA ☐ REGULAR ☐ MALA

7. EN SU OPINIÓN, EL SERVICIO QUE RECIBIÓ FUE:

☐ EXCELENTE ☒ BUENO ☐ REGULAR ☐ MALO

6. COMO CALIFICA SU EXPERIENCIA GLOBAL RESPETO A LOS SERVICIOS DE SALUD QUE HA RECIBIDO A TRAVES DE SU IPS.

☐ MUY BUENA ☒ BUENA ☐ REGULAER ☐ MALA

¿QUE SUGERENCIAS HARIA USTED PARA MEJORAR ESTE SERVICIO?

---

---

---



## ENCUESTA DE SATISFACCIÓN VACUNACIÓN

**GRACIAS POR RESPONDER ESTA ENCUESTA. SU OPINIÓN CONTRIBUYE A QUE PODAMOS PRESTARLE UN MEJOR SERVICIO. POR FAVOR MARQUE CON UNA EQUIS (X) LA RESPUESTA QUE ESCOJA.**

FECHA: 03/12/2022

PROCEDENCIA: ☐ URBANA ☒ RURAL

¿CUAL ES SU E.P.S.?

☐ NUEVA EPS ☐ SUMIMEDICAL ☒ SAVIA SALUD ☐ OTRA. CUAL \_\_\_\_\_

1. ¿DESPUES DE PRESENTAR EL CARNET, CUANTO TIEMPO ESPERO PARA LA VACUNACIÓN? \_\_\_\_\_

2. ¿COMO LE PARECIÓ LA INFORMACIÓN RECIBIDA DURANTE LA ATENCIÓN?

☒ EXCELENTE ☐ BUENO ☐ REGULAR ☐ MALO

3. ¿QUEDÓ SATISFECHO CON LA ATENCIÓN QUE SE LE DIO?

☒ SI ☐ NO

4. COMO LE PARECIÓ EL TRATO RECIBIDO:

☒ AMABLE ☐ DESCORTÉS

5. COMO LE PARECIÓ LA COMODIDAD Y LIMPIEZA DEL SERVICIO:

☒ EXCELENTE ☐ BUENO ☐ REGULAR ☐ MALO

6. COMO LE PARECIÓ LA PRIVACIDAD DURANTE LA ATENCIÓN

☒ EXCELENTE ☐ BUENA ☐ REGULAR ☐ MALA

7. EN SU OPINIÓN, EL SERVICIO QUE RECIBIÓ FUE:

☒ EXCELENTE ☐ BUENO ☐ REGULAR ☐ MALO

6. COMO CALIFICA SU EXPERIENCIA GLOBAL RESPETO A LOS SERVICIOS DE SALUD QUE HA RECIBIDO A TRAVES DE SU IPS.

☐ MUY BUENA ☒ BUENA ☐ REGULAR ☐ MALA

¿QUE SUGERENCIAS HARIA USTED PARA MEJORAR ESTE SERVICIO?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



## ENCUESTA DE SATISFACCIÓN VACUNACIÓN

**GRACIAS POR RESPONDER ESTA ENCUESTA. SU OPINIÓN CONTRIBUYE A QUE PODAMOS PRESTARLE UN MEJOR SERVICIO. POR FAVOR MARQUE CON UNA EQUIS (X) LA RESPUESTA QUE ESCOJA.**

FECHA: 03/12/2022

PROCEDENCIA: ☐ URBANA ☒ RURAL

¿CUAL ES SU E.P.S.?

☐ NUEVA EPS ☐ SUMIMEDICAL ☒ SAVIA SALUD ☐ OTRA. CUAL \_\_\_\_\_

1. ¿DESPUES DE PRESENTAR EL CARNET, CUANTO TIEMPO ESPERO PARA LA VACUNACIÓN? \_\_\_\_\_

2. ¿COMO LE PARECIÓ LA INFORMACIÓN RECIBIDA DURANTE LA ATENCIÓN?

☒ EXCELENTE ☐ BUENO ☐ REGULAR ☐ MALO

3. ¿QUEDÓ SATISFECHO CON LA ATENCIÓN QUE SE LE DIO?

☒ SI ☐ NO

4. COMO LE PARECIÓ EL TRATO RECIBIDO:

☒ AMABLE ☐ DESCORTÉS

5. COMO LE PARECIÓ LA COMODIDAD Y LIMPIEZA DEL SERVICIO:

☒ EXCELENTE ☐ BUENO ☐ REGULAR ☐ MALO

6. COMO LE PARECIÓ LA PRIVACIDAD DURANTE LA ATENCIÓN

☒ EXCELENTE ☐ BUENA ☐ REGULAR ☐ MALA

7. EN SU OPINIÓN, EL SERVICIO QUE RECIBIÓ FUE:

☒ EXCELENTE ☐ BUENO ☐ REGULAR ☐ MALO

6. COMO CALIFICA SU EXPERIENCIA GLOBAL RESPETO A LOS SERVICIOS DE SALUD QUE HA RECINIDO A TRAVES DE SU IPS.

☐ MUY BUENA ☒ BUENA ☐ REGULAER ☐ MALA

¿QUE SUGERENCIAS HARIA USTED PARA MEJORAR ESTE SERVICIO?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



## ENCUESTA DE SATISFACCIÓN VACUNACIÓN

GRACIAS POR RESPONDER ESTA ENCUESTA. SU OPINIÓN CONTRIBUYE A QUE PODAMOS PRESTARLE UN MEJOR SERVICIO. POR FAVOR MARQUE CON UNA EQUIS (X) LA RESPUESTA QUE ESCOJA.

FECHA: 08/12/2022

PROCEDENCIA: ☐ URBANA ☒ RURAL

¿CUAL ES SU E.P.S.?

☐ NUEVA EPS ☐ SUMIMEDICAL ☒ SAVIA SALUD ☐ OTRA. CUAL \_\_\_\_\_

1. ¿DESPUES DE PRESENTAR EL CARNET, CUANTO TIEMPO ESPERO PARA LA VACUNACIÓN? \_\_\_\_\_

2. ¿COMO LE PARECIÓ LA INFORMACIÓN RECIBIDA DURANTE LA ATENCIÓN?

☒ EXCELENTE ☐ BUENO ☐ REGULAR ☐ MALO

3. ¿QUEDÓ SATISFECHO CON LA ATENCIÓN QUE SE LE DIO?

☒ SI ☐ NO

4. COMO LE PARECIÓ EL TRATO RECIBIDO:

☒ AMABLE ☐ DESCORTÉS

5. COMO LE PARECIÓ LA COMODIDAD Y LIMPIEZA DEL SERVICIO:

☒ EXCELENTE ☐ BUENO ☐ REGULAR ☐ MALO

6. COMO LE PARECIÓ LA PRIVACIDAD DURANTE LA ATENCIÓN

☒ EXCELENTE ☐ BUENA ☐ REGULAR ☐ MALA

7. EN SU OPINIÓN, EL SERVICIO QUE RECIBIÓ FUE:

☒ EXCELENTE ☐ BUENO ☐ REGULAR ☐ MALO

6. COMO CALIFICA SU EXPERIENCIA GLOBAL RESPETO A LOS SERVICIOS DE SALUD QUE HA RECINIDO A TRAVES DE SU IPS.

☐ MUY BUENA ☒ BUENA ☐ REGULAER ☐ MALA

¿QUE SUGERENCIAS HARIA USTED PARA MEJORAR ESTE SERVICIO?

---

---

---





## ENCUESTA DE SATISFACCIÓN VACUNACIÓN

GRACIAS POR RESPONDER ESTA ENCUESTA. SU OPINIÓN CONTRIBUYE A QUE PODAMOS PRESTARLE UN MEJOR SERVICIO. POR FAVOR MARQUE CON UNA EQUIS (X) LA RESPUESTA QUE ESCOJA.

FECHA: 05/12/2022

PROCEDENCIA: ☒ URBANA ☐ RURAL

¿CUAL ES SU E.P.S.?

☒ NUEVA EPS ☐ SUMIMEDICAL ☐ SAVIA SALUD ☐ OTRA. CUAL \_\_\_\_\_

1. ¿DESPUES DE PRESENTAR EL CARNET, CUANTO TIEMPO ESPERO PARA LA VACUNACIÓN? \_\_\_\_\_

2. ¿COMO LE PARECIÓ LA INFORMACIÓN RECIBIDA DURANTE LA ATENCIÓN?

☐ EXCELENTE ☒ BUENO ☐ REGULAR ☐ MALO

3. ¿QUEDÓ SATISFECHO CON LA ATENCIÓN QUE SE LE DIO?

☒ SI ☐ NO

4. COMO LE PARECIÓ EL TRATO RECIBIDO:

☒ AMABLE ☐ DESCORTÉS

5. COMO LE PARECIÓ LA COMODIDAD Y LIMPIEZA DEL SERVICIO:

☒ EXCELENTE ☐ BUENO ☐ REGULAR ☐ MALO

6. COMO LE PARECIÓ LA PRIVACIDAD DURANTE LA ATENCIÓN

☒ EXCELENTE ☐ BUENA ☐ REGULAR ☐ MALA

7. EN SU OPINIÓN, EL SERVICIO QUE RECIBIÓ FUE:

☐ EXCELENTE ☒ BUENO ☐ REGULAR ☐ MALO

6. COMO CALIFICA SU EXPERIENCIA GLOBAL RESPETO A LOS SERVICIOS DE SALUD QUE HA RECINIDO A TRAVES DE SU IPS.

☒ MUY BUENA ☐ BUENA ☐ REGULAER ☐ MALA

¿QUE SUGERENCIAS HARIA USTED PARA MEJORAR ESTE SERVICIO?

---

---

---



## ENCUESTA DE SATISFACCIÓN VACUNACIÓN

GRACIAS POR RESPONDER ESTA ENCUESTA. SU OPINIÓN CONTRIBUYE A QUE PODAMOS PRESTARLE UN MEJOR SERVICIO. POR FAVOR MARQUE CON UNA EQUIS (X) LA RESPUESTA QUE ESCOJA.

FECHA: 06/12/2022

PROCEDENCIA: ☒ URBANA ☐ RURAL

¿CUAL ES SU E.P.S.?

☐ NUEVA EPS ☒ SUMIMEDICAL ☐ SAVIA SALUD ☐ OTRA. CUAL \_\_\_\_\_

1. ¿DESPUES DE PRESENTAR EL CARNET, CUANTO TIEMPO ESPERO PARA LA VACUNACIÓN? \_\_\_\_\_

2. ¿COMO LE PARECIÓ LA INFORMACIÓN RECIBIDA DURANTE LA ATENCIÓN?

☒ EXCELENTE ☐ BUENO ☐ REGULAR ☐ MALO

3. ¿QUEDÓ SATISFECHO CON LA ATENCIÓN QUE SE LE DIO?

☒ SI ☐ NO

4. COMO LE PARECIÓ EL TRATO RECIBIDO:

☒ AMABLE ☐ DESCORTÉS

5. COMO LE PARECIÓ LA COMODIDAD Y LIMPIEZA DEL SERVICIO:

☐ EXCELENTE ☒ BUENO ☐ REGULAR ☐ MALO

6. COMO LE PARECIÓ LA PRIVACIDAD DURANTE LA ATENCIÓN

☐ EXCELENTE ☒ BUENA ☐ REGULAR ☐ MALA

7. EN SU OPINIÓN, EL SERVICIO QUE RECIBIÓ FUE:

☒ EXCELENTE ☐ BUENO ☐ REGULAR ☐ MALO

6. COMO CALIFICA SU EXPERIENCIA GLOBAL RESPETO A LOS SERVICIOS DE SALUD QUE HA RECINIDO A TRAVES DE SU IPS.

☐ MUY BUENA ☒ BUENA ☐ REGULAER ☐ MALA

¿QUE SUGERENCIAS HARIA USTED PARA MEJORAR ESTE SERVICIO?

---

---

---



## ENCUESTA DE SATISFACCIÓN VACUNACIÓN

GRACIAS POR RESPONDER ESTA ENCUESTA. SU OPINIÓN CONTRIBUYE A QUE PODAMOS PRESTARLE UN MEJOR SERVICIO. POR FAVOR MARQUE CON UNA EQUIS (X) LA RESPUESTA QUE ESCOJA.

FECHA: 07/12/2022

PROCEDENCIA: ☒ URBANA ☐ RURAL

¿CUAL ES SU E.P.S.?

☐ NUEVA EPS ☐ SUMIMEDICAL ☐ SAVIA SALUD ☒ OTRA. CUAL SURA

1. ¿DESPUES DE PRESENTAR EL CARNET, CUANTO TIEMPO ESPERO PARA LA VACUNACIÓN? \_\_\_\_\_

2. ¿COMO LE PARECIÓ LA INFORMACIÓN RECIBIDA DURANTE LA ATENCIÓN?

☐ EXCELENTE ☒ BUENO ☐ REGULAR ☐ MALO

3. ¿QUEDÓ SATISFECHO CON LA ATENCIÓN QUE SE LE DIO?

☒ SI ☐ NO

4. COMO LE PARECIÓ EL TRATO RECIBIDO:

☒ AMABLE ☐ DESCORTÉS

5. COMO LE PARECIÓ LA COMODIDAD Y LIMPIEZA DEL SERVICIO:

☒ EXCELENTE ☐ BUENO ☐ REGULAR ☐ MALO

6. COMO LE PARECIÓ LA PRIVACIDAD DURANTE LA ATENCIÓN

☐ EXCELENTE ☒ BUENA ☐ REGULAR ☐ MALA

7. EN SU OPINIÓN, EL SERVICIO QUE RECIBÍÓ FUE:

☐ EXCELENTE ☒ BUENO ☐ REGULAR ☐ MALO

8. COMO CALIFICA SU EXPERIENCIA GLOBAL RESPETO A LOS SERVICIOS DE SALUD QUE HA RECIBIDO A TRAVES DE SU IPS.

☐ MUY BUENA ☒ BUENA ☐ REGULAR ☐ MALA

¿QUE SUGERENCIAS HARIA USTED PARA MEJORAR ESTE SERVICIO?

---

---

---



## ENCUESTA DE SATISFACCIÓN VACUNACIÓN

GRACIAS POR RESPONDER ESTA ENCUESTA. SU OPINIÓN CONTRIBUYE A QUE PODAMOS PRESTARLE UN MEJOR SERVICIO. POR FAVOR MARQUE CON UNA EQUIS (X) LA RESPUESTA QUE ESCOJA.

FECHA: 09/12/2022

PROCEDENCIA: ☒ URBANA ☐ RURAL

¿CUAL ES SU E.P.S.?

☐ NUEVA EPS ☐ SUMIMEDICAL ☒ SAVIA SALUD ☐ OTRA. CUAL \_\_\_\_\_

1. ¿DESPUES DE PRESENTAR EL CARNET, CUANTO TIEMPO ESPERO PARA LA VACUNACIÓN? \_\_\_\_\_

2. ¿COMO LE PARECIÓ LA INFORMACIÓN RECIBIDA DURANTE LA ATENCIÓN?

☒ EXCELENTE ☐ BUENO ☐ REGULAR ☐ MALO

3. ¿QUEDÓ SATISFECHO CON LA ATENCIÓN QUE SE LE DIO?

☒ SI ☐ NO

4. COMO LE PARECIÓ EL TRATO RECIBIDO:

☒ AMABLE ☐ DESCORTÉS

5. COMO LE PARECIÓ LA COMODIDAD Y LIMPIEZA DEL SERVICIO:

☒ EXCELENTE ☐ BUENO ☐ REGULAR ☐ MALO

6. COMO LE PARECIÓ LA PRIVACIDAD DURANTE LA ATENCIÓN

☒ EXCELENTE ☐ BUENA ☐ REGULAR ☐ MALA

7. EN SU OPINIÓN, EL SERVICIO QUE RECIBIÓ FUE:

☐ EXCELENTE ☒ BUENO ☐ REGULAR ☐ MALO

6. COMO CALIFICA SU EXPERIENCIA GLOBAL RESPETO A LOS SERVICIOS DE SALUD QUE HA RECINIDO A TRAVES DE SU IPS.

☐ MUY BUENA ☒ BUENA ☐ REGULAER ☐ MALA

¿QUE SUGERENCIAS HARIA USTED PARA MEJORAR ESTE SERVICIO?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



## ENCUESTA DE SATISFACCIÓN VACUNACIÓN

GRACIAS POR RESPONDER ESTA ENCUESTA. SU OPINIÓN CONTRIBUYE A QUE PODAMOS PRESTARLE UN MEJOR SERVICIO. POR FAVOR MARQUE CON UNA EQUIS (X) LA RESPUESTA QUE ESCOJA.

FECHA: 09/12/2022

PROCEDENCIA: ☒ URBANA ☐ RURAL

¿CUAL ES SU E.P.S.?

☐ NUEVA EPS ☐ SUMIMEDICAL ☒ SAVIA SALUD ☐ OTRA. CUAL \_\_\_\_\_

1. ¿DESPUES DE PRESENTAR EL CARNET, CUANTO TIEMPO ESPERO PARA LA VACUNACIÓN? \_\_\_\_\_

2. ¿COMO LE PARECIÓ LA INFORMACIÓN RECIBIDA DURANTE LA ATENCIÓN?

☒ EXCELENTE ☐ BUENO ☐ REGULAR ☐ MALO

3. ¿QUEDÓ SATISFECHO CON LA ATENCIÓN QUE SE LE DIO?

☒ SI ☐ NO

4. COMO LE PARECIÓ EL TRATO RECIBIDO:

☒ AMABLE ☐ DESCORTÉS

5. COMO LE PARECIÓ LA COMODIDAD Y LIMPIEZA DEL SERVICIO:

☐ EXCELENTE ☒ BUENO ☐ REGULAR ☐ MALO

6. COMO LE PARECIÓ LA PRIVACIDAD DURANTE LA ATENCIÓN

☒ EXCELENTE ☐ BUENA ☐ REGULAR ☐ MALA

7. EN SU OPINIÓN, EL SERVICIO QUE RECIBIÓ FUE:

☒ EXCELENTE ☐ BUENO ☐ REGULAR ☐ MALO

8. COMO CALIFICA SU EXPERIENCIA GLOBAL RESPETO A LOS SERVICIOS DE SALUD QUE HA RECIBIDO A TRAVES DE SU IPS.

☒ MUY BUENA ☐ BUENA ☐ REGULAR ☐ MALA

¿QUE SUGERENCIAS HARIA USTED PARA MEJORAR ESTE SERVICIO?

---

---

---



## ENCUESTA DE SATISFACCIÓN VACUNACIÓN

**GRACIAS POR RESPONDER ESTA ENCUESTA. SU OPINIÓN CONTRIBUYE A QUE PODAMOS PRESTARLE UN MEJOR SERVICIO. POR FAVOR MARQUE CON UNA EQUIVALENCIA (X) LA RESPUESTA QUE ESCOJA.**

FECHA: 10/12/2022

PROCEDENCIA: ☐ URBANA ☒ RURAL

¿CUAL ES SU E.P.S.?

☐ NUEVA EPS ☐ SUMIMEDICAL ☒ SAVIA SALUD ☐ OTRA. CUAL \_\_\_\_\_

1. ¿DESPUES DE PRESENTAR EL CARNET, CUANTO TIEMPO ESPERO PARA LA VACUNACIÓN? \_\_\_\_\_

2. ¿COMO LE PARECIÓ LA INFORMACIÓN RECIBIDA DURANTE LA ATENCIÓN?

☒ EXCELENTE ☐ BUENO ☐ REGULAR ☐ MALO

3. ¿QUEDÓ SATISFECHO CON LA ATENCIÓN QUE SE LE DIO?

☒ SI ☐ NO

4. COMO LE PARECIÓ EL TRATO RECIBIDO:

☒ AMABLE ☐ DESCORTÉS

5. COMO LE PARECIÓ LA COMODIDAD Y LIMPIEZA DEL SERVICIO:

☒ EXCELENTE ☐ BUENO ☐ REGULAR ☐ MALO

6. COMO LE PARECIÓ LA PRIVACIDAD DURANTE LA ATENCIÓN

☒ EXCELENTE ☐ BUENA ☐ REGULAR ☐ MALA

7. EN SU OPINIÓN, EL SERVICIO QUE RECIBIÓ FUE:

☒ EXCELENTE ☐ BUENO ☐ REGULAR ☐ MALO

6. COMO CALIFICA SU EXPERIENCIA GLOBAL RESPETO A LOS SERVICIOS DE SALUD QUE HA RECIBIDO A TRAVES DE SU IPS.

☒ MUY BUENA ☐ BUENA ☐ REGULAR ☐ MALA

¿QUE SUGERENCIAS HARIA USTED PARA MEJORAR ESTE SERVICIO?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



## ENCUESTA DE SATISFACCIÓN VACUNACIÓN

**GRACIAS POR RESPONDER ESTA ENCUESTA. SU OPINIÓN CONTRIBUYE A QUE PODAMOS PRESTARLE UN MEJOR SERVICIO. POR FAVOR MARQUE CON UNA EQUI (X) LA RESPUESTA QUE ESCOJA.**

FECHA: 10/2022

PROCEDENCIA: ☐ URBANA ☒ RURAL

¿CUAL ES SU E.P.S.?

☐ NUEVA EPS ☐ SUMIMEDICAL ☒ SAVIA SALUD ☐ OTRA. CUAL \_\_\_\_\_

1. ¿DESPUES DE PRESENTAR EL CARNET, CUANTO TIEMPO ESPERO PARA LA VACUNACIÓN? \_\_\_\_\_

2. ¿COMO LE PARECIÓ LA INFORMACIÓN RECIBIDA DURANTE LA ATENCIÓN?

☐ EXCELENTE ☒ BUENO ☐ REGULAR ☐ MALO

3. ¿QUEDÓ SATISFECHO CON LA ATENCIÓN QUE SE LE DIO?

☒ SI ☐ NO

4. COMO LE PARECIÓ EL TRATO RECIBIDO:

☒ AMABLE ☐ DESCORTÉS

5. COMO LE PARECIÓ LA COMODIDAD Y LIMPIEZA DEL SERVICIO:

☒ EXCELENTE ☐ BUENO ☐ REGULAR ☐ MALO

6. COMO LE PARECIÓ LA PRIVACIDAD DURANTE LA ATENCIÓN

☒ EXCELENTE ☐ BUENA ☐ REGULAR ☐ MALA

7. EN SU OPINIÓN, EL SERVICIO QUE RECIBIÓ FUE:

☒ EXCELENTE ☐ BUENO ☐ REGULAR ☐ MALO

6. COMO CALIFICA SU EXPERIENCIA GLOBAL RESPETO A LOS SERVICIOS DE SALUD QUE HA RECINIDO A TRAVES DE SU IPS.

☐ MUY BUENA ☒ BUENA ☐ REGULAER ☐ MALA

¿QUE SUGERENCIAS HARIA USTED PARA MEJORAR ESTE SERVICIO?

---

---

---



## ENCUESTA DE SATISFACCIÓN VACUNACIÓN

GRACIAS POR RESPONDER ESTA ENCUESTA. SU OPINIÓN CONTRIBUYE A QUE PODAMOS PRESTARLE UN MEJOR SERVICIO. POR FAVOR MARQUE CON UNA EQUIV (X) LA RESPUESTA QUE ESCOJA.

FECHA: 10/12/2022

PROCEDENCIA: ☐ URBANA ☒ RURAL

¿CUAL ES SU E.P.S.?

☐ NUEVA EPS ☐ SUMIMEDICAL ☒ SAVIA SALUD ☐ OTRA. CUAL \_\_\_\_\_

1. ¿DESPUES DE PRESENTAR EL CARNET, CUANTO TIEMPO ESPERO PARA LA VACUNACIÓN? \_\_\_\_\_

2. ¿COMO LE PARECIÓ LA INFORMACIÓN RECIBIDA DURANTE LA ATENCIÓN?

☐ EXCELENTE ☒ BUENO ☐ REGULAR ☐ MALO

3. ¿QUEDÓ SATISFECHO CON LA ATENCIÓN QUE SE LE DIO?

☒ SI ☐ NO

4. COMO LE PARECIÓ EL TRATO RECIBIDO:

☒ AMABLE ☐ DESCORTÉS

5. COMO LE PARECIÓ LA COMODIDAD Y LIMPIEZA DEL SERVICIO:

☒ EXCELENTE ☐ BUENO ☐ REGULAR ☐ MALO

6. COMO LE PARECIÓ LA PRIVACIDAD DURANTE LA ATENCIÓN

☒ EXCELENTE ☐ BUENA ☐ REGULAR ☐ MALA

7. EN SU OPINIÓN, EL SERVICIO QUE RECIBIÓ FUE:

☐ EXCELENTE ☒ BUENO ☐ REGULAR ☐ MALO

6. COMO CALIFICA SU EXPERIENCIA GLOBAL RESPETO A LOS SERVICIOS DE SALUD QUE HA RECIBIDO A TRAVES DE SU IPS.

☐ MUY BUENA ☒ BUENA ☐ REGULAR ☐ MALA

¿QUE SUGERENCIAS HARIA USTED PARA MEJORAR ESTE SERVICIO?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_





## ENCUESTA DE SATISFACCIÓN VACUNACIÓN

GRACIAS POR RESPONDER ESTA ENCUESTA. SU OPINIÓN CONTRIBUYE A QUE PODAMOS PRESTARLE UN MEJOR SERVICIO. POR FAVOR MARQUE CON UNA EQUIS (X) LA RESPUESTA QUE ESCOJA.

FECHA: 28/12/2022

PROCEDENCIA: ☒ URBANA ☐ RURAL

¿CUAL ES SU E.P.S.?

☐ NUEVA EPS ☐ SUMIMEDICAL ☒ SAVIA SALUD ☐ OTRA. CUAL \_\_\_\_\_

1. ¿DESPUES DE PRESENTAR EL CARNET, CUANTO TIEMPO ESPERO PARA LA VACUNACIÓN? \_\_\_\_\_

2. ¿COMO LE PARECIÓ LA INFORMACIÓN RECIBIDA DURANTE LA ATENCIÓN?

☒ EXCELENTE ☐ BUENO ☐ REGULAR ☐ MALO

3. ¿QUEDÓ SATISFECHO CON LA ATENCIÓN QUE SE LE DIO?

☒ SI ☐ NO

4. COMO LE PARECIÓ EL TRATO RECIBIDO:

☒ AMABLE ☐ DESCORTÉS

5. COMO LE PARECIÓ LA COMODIDAD Y LIMPIEZA DEL SERVICIO:

☐ EXCELENTE ☒ BUENO ☐ REGULAR ☐ MALO

6. COMO LE PARECIÓ LA PRIVACIDAD DURANTE LA ATENCIÓN

☒ EXCELENTE ☐ BUENA ☐ REGULAR ☐ MALA

7. EN SU OPINIÓN, EL SERVICIO QUE RECIBIÓ FUE:

☐ EXCELENTE ☒ BUENO ☐ REGULAR ☐ MALO

6. COMO CALIFICA SU EXPERIENCIA GLOBAL RESPETO A LOS SERVICIOS DE SALUD QUE HA RECIBIDO A TRAVES DE SU IPS.

☐ MUY BUENA ☒ BUENA ☐ REGULAER ☐ MALA

¿QUE SUGERENCIAS HARIA USTED PARA MEJORAR ESTE SERVICIO?

---

---

---



## ENCUESTA DE SATISFACCIÓN VACUNACIÓN

GRACIAS POR RESPONDER ESTA ENCUESTA. SU OPINIÓN CONTRIBUYE A QUE PODAMOS PRESTARLE UN MEJOR SERVICIO. POR FAVOR MARQUE CON UNA EQUIV (X) LA RESPUESTA QUE ESCOJA.

FECHA: 15/12/2022

PROCEDENCIA: ☒ URBANA ☐ RURAL

¿CUAL ES SU E.P.S.?

☒ NUEVA EPS ☐ SUMIMEDICAL ☐ SAVIA SALUD ☐ OTRA. CUAL \_\_\_\_\_

1. ¿DESPUES DE PRESENTAR EL CARNET, CUANTO TIEMPO ESPERO PARA LA VACUNACIÓN? \_\_\_\_\_

2. ¿COMO LE PARECIÓ LA INFORMACIÓN RECIBIDA DURANTE LA ATENCIÓN?

☐ EXCELENTE ☒ BUENO ☐ REGULAR ☐ MALO

3. ¿QUEDÓ SATISFECHO CON LA ATENCIÓN QUE SE LE DIO?

☒ SI ☐ NO

4. COMO LE PARECIÓ EL TRATO RECIBIDO:

☒ AMABLE ☐ DESCORTÉS

5. COMO LE PARECIÓ LA COMODIDAD Y LIMPIEZA DEL SERVICIO:

☒ EXCELENTE ☐ BUENO ☐ REGULAR ☐ MALO

6. COMO LE PARECIÓ LA PRIVACIDAD DURANTE LA ATENCIÓN

☐ EXCELENTE ☒ BUENA ☐ REGULAR ☐ MALA

7. EN SU OPINIÓN, EL SERVICIO QUE RECIBIÓ FUE:

☒ EXCELENTE ☐ BUENO ☐ REGULAR ☐ MALO

8. COMO CALIFICA SU EXPERIENCIA GLOBAL RESPETO A LOS SERVICIOS DE SALUD QUE HA RECIBIDO A TRAVES DE SU IPS.

☐ MUY BUENA ☒ BUENA ☐ REGULAR ☐ MALA

¿QUE SUGERENCIAS HARIA USTED PARA MEJORAR ESTE SERVICIO?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



## ENCUESTA DE SATISFACCIÓN VACUNACIÓN

GRACIAS POR RESPONDER ESTA ENCUESTA. SU OPINIÓN CONTRIBUYE A QUE PODAMOS PRESTARLE UN MEJOR SERVICIO. POR FAVOR MARQUE CON UNA EQUIVALENCIA (X) LA RESPUESTA QUE ESCOJA.

FECHA: 12/12/2022

PROCEDENCIA: ☒ URBANA ☐ RURAL

¿CUAL ES SU E.P.S.?

☐ NUEVA EPS ☐ SUMIMEDICAL ☒ SAVIA SALUD ☐ OTRA. CUAL \_\_\_\_\_

1. ¿DESPUES DE PRESENTAR EL CARNET, CUANTO TIEMPO ESPERO PARA LA VACUNACIÓN? \_\_\_\_\_

2. ¿COMO LE PARECIÓ LA INFORMACIÓN RECIBIDA DURANTE LA ATENCIÓN?

☐ EXCELENTE ☒ BUENO ☐ REGULAR ☐ MALO

3. ¿QUEDÓ SATISFECHO CON LA ATENCIÓN QUE SE LE DIO?

☒ SI ☐ NO

4. COMO LE PARECIÓ EL TRATO RECIBIDO:

☒ AMABLE ☐ DESCORTÉS

5. COMO LE PARECIÓ LA COMODIDAD Y LIMPIEZA DEL SERVICIO:

☒ EXCELENTE ☐ BUENO ☐ REGULAR ☐ MALO

6. COMO LE PARECIÓ LA PRIVACIDAD DURANTE LA ATENCIÓN

☒ EXCELENTE ☐ BUENA ☐ REGULAR ☐ MALA

7. EN SU OPINIÓN, EL SERVICIO QUE RECIBIÓ FUE:

☒ EXCELENTE ☐ BUENO ☐ REGULAR ☐ MALO

8. COMO CALIFICA SU EXPERIENCIA GLOBAL RESPETO A LOS SERVICIOS DE SALUD QUE HA RECIBIDO A TRAVES DE SU IPS.

☐ MUY BUENA ☒ BUENA ☐ REGULAR ☐ MALA

¿QUE SUGERENCIAS HARIA USTED PARA MEJORAR ESTE SERVICIO?

---

---

---



## ENCUESTA DE SATISFACCIÓN VACUNACIÓN

GRACIAS POR RESPONDER ESTA ENCUESTA. SU OPINIÓN CONTRIBUYE A QUE PODAMOS PRESTARLE UN MEJOR SERVICIO. POR FAVOR MARQUE CON UNA EQUIVALENCIA (X) LA RESPUESTA QUE ESCOJA.

FECHA: 13/12/2022

PROCEDENCIA: ☒ URBANA ☐ RURAL

¿CUAL ES SU E.P.S.?

☐ NUEVA EPS ☐ SUMIMEDICAL ☒ SAVIA SALUD ☐ OTRA. CUAL \_\_\_\_\_

1. ¿DESPUES DE PRESENTAR EL CARNET, CUANTO TIEMPO ESPERO PARA LA VACUNACIÓN? \_\_\_\_\_

2. ¿COMO LE PARECIÓ LA INFORMACIÓN RECIBIDA DURANTE LA ATENCIÓN?

☒ EXCELENTE ☐ BUENO ☐ REGULAR ☐ MALO

3. ¿QUEDÓ SATISFECHO CON LA ATENCIÓN QUE SE LE DIO?

☒ SI ☐ NO

4. COMO LE PARECIÓ EL TRATO RECIBIDO:

☒ AMABLE ☐ DESCORTÉS

5. COMO LE PARECIÓ LA COMODIDAD Y LIMPIEZA DEL SERVICIO:

☒ EXCELENTE ☐ BUENO ☐ REGULAR ☐ MALO

6. COMO LE PARECIÓ LA PRIVACIDAD DURANTE LA ATENCIÓN

☒ EXCELENTE ☐ BUENA ☐ REGULAR ☐ MALA

7. EN SU OPINIÓN, EL SERVICIO QUE RECIBIÓ FUE:

☒ EXCELENTE ☐ BUENO ☐ REGULAR ☐ MALO

6. COMO CALIFICA SU EXPERIENCIA GLOBAL RESPETO A LOS SERVICIOS DE SALUD QUE HA RECIBIDO A TRAVES DE SU IPS.

☒ MUY BUENA ☐ BUENA ☐ REGULAR ☐ MALA

¿QUE SUGERENCIAS HARIA USTED PARA MEJORAR ESTE SERVICIO?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



## ENCUESTA DE SATISFACCIÓN VACUNACIÓN

**GRACIAS POR RESPONDER ESTA ENCUESTA. SU OPINIÓN CONTRIBUYE A QUE PODAMOS PRESTARLE UN MEJOR SERVICIO. POR FAVOR MARQUE CON UNA EQUIV (X) LA RESPUESTA QUE ESCOJA.**

FECHA: 13/12/2022

PROCEDENCIA: ☒ URBANA ☐ RURAL

¿CUAL ES SU E.P.S.?

☐ NUEVA EPS ☐ SUMIMEDICAL ☒ SAVIA SALUD ☐ OTRA. CUAL \_\_\_\_\_

1. ¿DESPUES DE PRESENTAR EL CARNET, CUANTO TIEMPO ESPERO PARA LA VACUNACIÓN? \_\_\_\_\_

2. ¿COMO LE PARECIÓ LA INFORMACIÓN RECIBIDA DURANTE LA ATENCIÓN?

☒ EXCELENTE ☐ BUENO ☐ REGULAR ☐ MALO

3. ¿QUEDÓ SATISFECHO CON LA ATENCIÓN QUE SE LE DIO?

☒ SI ☐ NO

4. COMO LE PARECIÓ EL TRATO RECIBIDO:

☐ AMABLE ☐ DESCORTÉS

5. COMO LE PARECIÓ LA COMODIDAD Y LIMPIEZA DEL SERVICIO:

☐ EXCELENTE ☒ BUENO ☐ REGULAR ☐ MALO

6. COMO LE PARECIÓ LA PRIVACIDAD DURANTE LA ATENCIÓN

☒ EXCELENTE ☐ BUENA ☐ REGULAR ☐ MALA

7. EN SU OPINIÓN, EL SERVICIO QUE RECIBÍÓ FUE:

☒ EXCELENTE ☐ BUENO ☐ REGULAR ☐ MALO

6. COMO CALIFICA SU EXPERIENCIA GLOBAL RESPETO A LOS SERVICIOS DE SALUD QUE HA RECINIDO A TRAVES DE SU IPS.

☐ MUY BUENA ☒ BUENA ☐ REGULAER ☐ MALA

¿QUE SUGERENCIAS HARIA USTED PARA MEJORAR ESTE SERVICIO?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



## ENCUESTA DE SATISFACCIÓN VACUNACIÓN

GRACIAS POR RESPONDER ESTA ENCUESTA. SU OPINIÓN CONTRIBUYE A QUE PODAMOS PRESTARLE UN MEJOR SERVICIO. POR FAVOR MARQUE CON UNA EQUIS (X) LA RESPUESTA QUE ESCOJA.

FECHA: 13/12/2022

PROCEDENCIA: ☒ URBANA ☐ RURAL

¿CUAL ES SU E.P.S.?

☐ NUEVA EPS ☐ SUMIMEDICAL ☐ SAVIA SALUD ☒ OTRA. CUAL Municipio V.

1. ¿DESPUES DE PRESENTAR EL CARNET, CUANTO TIEMPO ESPERO PARA LA VACUNACIÓN? \_\_\_\_\_

2. ¿COMO LE PARECIÓ LA INFORMACIÓN RECIBIDA DURANTE LA ATENCIÓN?

☒ EXCELENTE ☐ BUENO ☐ REGULAR ☐ MALO

3. ¿QUEDÓ SATISFECHO CON LA ATENCIÓN QUE SE LE DIO?

☒ SI ☐ NO

4. COMO LE PARECIÓ EL TRATO RECIBIDO:

☒ AMABLE ☐ DESCORTÉS

5. COMO LE PARECIÓ LA COMODIDAD Y LIMPIEZA DEL SERVICIO:

☒ EXCELENTE ☐ BUENO ☐ REGULAR ☐ MALO

6. COMO LE PARECIÓ LA PRIVACIDAD DURANTE LA ATENCIÓN

☒ EXCELENTE ☐ BUENA ☐ REGULAR ☐ MALA

7. EN SU OPINIÓN, EL SERVICIO QUE RECIBIÓ FUE:

☒ EXCELENTE ☐ BUENO ☐ REGULAR ☐ MALO

6. COMO CALIFICA SU EXPERIENCIA GLOBAL RESPETO A LOS SERVICIOS DE SALUD QUE HA RECIBIDO A TRAVES DE SU IPS.

☐ MUY BUENA ☒ BUENA ☐ REGULAER ☐ MALA

¿QUE SUGERENCIAS HARIA USTED PARA MEJORAR ESTE SERVICIO?

---

---

---



## ENCUESTA DE SATISFACCIÓN VACUNACIÓN

**GRACIAS POR RESPONDER ESTA ENCUESTA. SU OPINIÓN CONTRIBUYE A QUE PODAMOS PRESTARLE UN MEJOR SERVICIO. POR FAVOR MARQUE CON UNA EQUIV (X) LA RESPUESTA QUE ESCOJA.**

FECHA: 18/12/2022

PROCEDENCIA: ☒ URBANA ☐ RURAL

¿CUAL ES SU E.P.S.?

☒ NUEVA EPS ☐ SUMIMEDICAL ☐ SAVIA SALUD ☐ OTRA. CUAL \_\_\_\_\_

1. ¿DESPUES DE PRESENTAR EL CARNET, CUANTO TIEMPO ESPERO PARA LA VACUNACIÓN? \_\_\_\_\_

2. ¿COMO LE PARECIÓ LA INFORMACIÓN RECIBIDA DURANTE LA ATENCIÓN?

☒ EXCELENTE ☐ BUENO ☐ REGULAR ☐ MALO

3. ¿QUEDÓ SATISFECHO CON LA ATENCIÓN QUE SE LE DIO?

☒ SI ☐ NO

4. COMO LE PARECIÓ EL TRATO RECIBIDO:

☒ AMABLE ☐ DESCORTÉS

5. COMO LE PARECIÓ LA COMODIDAD Y LIMPIEZA DEL SERVICIO:

☒ EXCELENTE ☐ BUENO ☐ REGULAR ☐ MALO

6. COMO LE PARECIÓ LA PRIVACIDAD DURANTE LA ATENCIÓN

☒ EXCELENTE ☐ BUENA ☐ REGULAR ☐ MALA

7. EN SU OPINIÓN, EL SERVICIO QUE RECIBIÓ FUE:

☒ EXCELENTE ☐ BUENO ☐ REGULAR ☐ MALO

6. COMO CALIFICA SU EXPERIENCIA GLOBAL RESPETO A LOS SERVICIOS DE SALUD QUE HA RECIBIDO A TRAVES DE SU IPS.

☒ MUY BUENA ☐ BUENA ☐ REGULAER ☐ MALA

¿QUE SUGERENCIAS HARIA USTED PARA MEJORAR ESTE SERVICIO?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



## ENCUESTA DE SATISFACCIÓN VACUNACIÓN

GRACIAS POR RESPONDER ESTA ENCUESTA. SU OPINIÓN CONTRIBUYE A QUE PODAMOS PRESTARLE UN MEJOR SERVICIO. POR FAVOR MARQUE CON UNA EQUIV (X) LA RESPUESTA QUE ESCOJA.

FECHA: 01/11/2022

PROCEDENCIA: ☒ URBANA ☐ RURAL

¿CUAL ES SU E.P.S.?

☐ NUEVA EPS ☐ SUMIMEDICAL ☒ SAVIA SALUD ☐ OTRA. CUAL \_\_\_\_\_

1. ¿DESPUES DE PRESENTAR EL CARNET, CUANTO TIEMPO ESPERO PARA LA VACUNACIÓN? \_\_\_\_\_

2. ¿COMO LE PARECIÓ LA INFORMACIÓN RECIBIDA DURANTE LA ATENCIÓN?

☐ EXCELENTE ☒ BUENO ☐ REGULAR ☐ MALO

3. ¿QUEDÓ SATISFECHO CON LA ATENCIÓN QUE SE LE DIO?

☒ SI ☐ NO

4. COMO LE PARECIÓ EL TRATO RECIBIDO:

☒ AMABLE ☐ DESCORTÉS

5. COMO LE PARECIÓ LA COMODIDAD Y LIMPIEZA DEL SERVICIO:

☒ EXCELENTE ☐ BUENO ☐ REGULAR ☐ MALO

6. COMO LE PARECIÓ LA PRIVACIDAD DURANTE LA ATENCIÓN

☒ EXCELENTE ☐ BUENA ☐ REGULAR ☐ MALA

7. EN SU OPINIÓN, EL SERVICIO QUE RECIBÍO FUE:

☒ EXCELENTE ☐ BUENO ☐ REGULAR ☐ MALO

6. COMO CALIFICA SU EXPERIENCIA GLOBAL RESPETO A LOS SERVICIOS DE SALUD QUE HA RECIBIDO A TRAVES DE SU IPS.

☐ MUY BUENA ☒ BUENA ☐ REGULAER ☐ MALA

¿QUE SUGERENCIAS HARIA USTED PARA MEJORAR ESTE SERVICIO?

---

---

---





## ENCUESTA DE SATISFACCIÓN VACUNACIÓN

GRACIAS POR RESPONDER ESTA ENCUESTA. SU OPINIÓN CONTRIBUYE A QUE PODAMOS PRESTARLE UN MEJOR SERVICIO. POR FAVOR MARQUE CON UNA EQUIS (X) LA RESPUESTA QUE ESCOJA.

FECHA: 04/11/2022

PROCEDENCIA: ☒ URBANA ☐ RURAL

¿CUAL ES SU E.P.S.?

☒ NUEVA EPS ☐ SUMIMEDICAL ☐ SAVIA SALUD ☐ OTRA. CUAL \_\_\_\_\_

1. ¿DESPUES DE PRESENTAR EL CARNET, CUANTO TIEMPO ESPERO PARA LA VACUNACIÓN? \_\_\_\_\_

2. ¿COMO LE PARECIÓ LA INFORMACIÓN RECIBIDA DURANTE LA ATENCIÓN?

☒ EXCELENTE ☐ BUENO ☐ REGULAR ☐ MALO

3. ¿QUEDÓ SATISFECHO CON LA ATENCIÓN QUE SE LE DIO?

☒ SI ☐ NO

4. COMO LE PARECIÓ EL TRATO RECIBIDO:

☒ AMABLE ☐ DESCORTÉS

5. COMO LE PARECIÓ LA COMODIDAD Y LIMPIEZA DEL SERVICIO:

☒ EXCELENTE ☐ BUENO ☐ REGULAR ☐ MALO

6. COMO LE PARECIÓ LA PRIVACIDAD DURANTE LA ATENCIÓN

☐ EXCELENTE ☒ BUENA ☐ REGULAR ☐ MALA

7. EN SU OPINIÓN, EL SERVICIO QUE RECIBÍÓ FUE:

☐ EXCELENTE ☒ BUENO ☐ REGULAR ☐ MALO

6. COMO CALIFICA SU EXPERIENCIA GLOBAL RESPETO A LOS SERVICIOS DE SALUD QUE HA RECINIDO A TRAVES DE SU IPS.

☐ MUY BUENA ☒ BUENA ☐ REGULAER ☐ MALA

¿QUE SUGERENCIAS HARIA USTED PARA MEJORAR ESTE SERVICIO?

---

---

---



## ENCUESTA DE SATISFACCIÓN VACUNACIÓN

GRACIAS POR RESPONDER ESTA ENCUESTA. SU OPINIÓN CONTRIBUYE A QUE PODAMOS PRESTARLE UN MEJOR SERVICIO. POR FAVOR MARQUE CON UNA EQUIB (X) LA RESPUESTA QUE ESCOJA.

FECHA: 08/77/2022

PROCEDENCIA: ☐ URBANA ☒ RURAL

¿CUAL ES SU E.P.S.?

☐ NUEVA EPS ☐ SUMIMEDICAL ☒ SAVIA SALUD ☐ OTRA. CUAL \_\_\_\_\_

1. ¿DESPUES DE PRESENTAR EL CARNET, CUANTO TIEMPO ESPERO PARA LA VACUNACIÓN? \_\_\_\_\_

2. ¿COMO LE PARECIÓ LA INFORMACIÓN RECIBIDA DURANTE LA ATENCIÓN?

☒ EXCELENTE ☐ BUENO ☐ REGULAR ☐ MALO

3. ¿QUEDÓ SATISFECHO CON LA ATENCIÓN QUE SE LE DIO?

☒ SI ☐ NO

4. COMO LE PARECIÓ EL TRATO RECIBIDO:

☒ AMABLE ☐ DESCORTÉS

5. COMO LE PARECIÓ LA COMODIDAD Y LIMPIEZA DEL SERVICIO:

☒ EXCELENTE ☐ BUENO ☐ REGULAR ☐ MALO

6. COMO LE PARECIÓ LA PRIVACIDAD DURANTE LA ATENCIÓN

☒ EXCELENTE ☐ BUENA ☐ REGULAR ☐ MALA

7. EN SU OPINIÓN, EL SERVICIO QUE RECIBIÓ FUE:

☒ EXCELENTE ☐ BUENO ☐ REGULAR ☐ MALO

6. COMO CALIFICA SU EXPERIENCIA GLOBAL RESPETO A LOS SERVICIOS DE SALUD QUE HA RECINIDO A TRAVES DE SU IPS.

☐ MUY BUENA ☒ BUENA ☐ REGULAER ☐ MALA

¿QUE SUGERENCIAS HARIA USTED PARA MEJORAR ESTE SERVICIO?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



## ENCUESTA DE SATISFACCIÓN VACUNACIÓN

GRACIAS POR RESPONDER ESTA ENCUESTA. SU OPINIÓN CONTRIBUYE A QUE PODAMOS PRESTARLE UN MEJOR SERVICIO. POR FAVOR MARQUE CON UNA EQUIP (X) LA RESPUESTA QUE ESCOJA.

FECHA: 05/11/2022

PROCEDENCIA: ☐ URBANA ☒ RURAL

¿CUAL ES SU E.P.S.?

☐ NUEVA EPS ☐ SUMIMEDICAL ☒ SAVIA SALUD ☐ OTRA. CUAL \_\_\_\_\_

1. ¿DESPUES DE PRESENTAR EL CARNET, CUANTO TIEMPO ESPERO PARA LA VACUNACIÓN? \_\_\_\_\_

2. ¿COMO LE PARECIÓ LA INFORMACIÓN RECIBIDA DURANTE LA ATENCIÓN?

☒ EXCELENTE ☐ BUENO ☐ REGULAR ☐ MALO

3. ¿QUEDÓ SATISFECHO CON LA ATENCIÓN QUE SE LE DIO?

☒ SI ☐ NO

4. COMO LE PARECIÓ EL TRATO RECIBIDO:

☒ AMABLE ☐ DESCORTÉS

5. COMO LE PARECIÓ LA COMODIDAD Y LIMPIEZA DEL SERVICIO:

☒ EXCELENTE ☐ BUENO ☐ REGULAR ☐ MALO

6. COMO LE PARECIÓ LA PRIVACIDAD DURANTE LA ATENCIÓN

☒ EXCELENTE ☐ BUENA ☐ REGULAR ☐ MALA

7. EN SU OPINIÓN, EL SERVICIO QUE RECIBÍÓ FUE:

☒ EXCELENTE ☐ BUENO ☐ REGULAR ☐ MALO

6. COMO CALIFICA SU EXPERIENCIA GLOBAL RESPETO A LOS SERVICIOS DE SALUD QUE HA RECINIDO A TRAVES DE SU IPS.

☒ MUY BUENA ☐ BUENA ☐ REGULAER ☐ MALA

¿QUE SUGERENCIAS HARIA USTED PARA MEJORAR ESTE SERVICIO?

---

---

---



## ENCUESTA DE SATISFACCIÓN VACUNACIÓN

GRACIAS POR RESPONDER ESTA ENCUESTA. SU OPINIÓN CONTRIBUYE A QUE PODAMOS PRESTARLE UN MEJOR SERVICIO. POR FAVOR MARQUE CON UNA EQUIS (X) LA RESPUESTA QUE ESCOJA.

FECHA: 08/11/2022

PROCEDENCIA: ☒ URBANA ☐ RURAL

¿CUAL ES SU E.P.S.?

☒ NUEVA EPS ☐ SUMIMEDICAL ☐ SAVIA SALUD ☐ OTRA. CUAL \_\_\_\_\_

1. ¿DESPUES DE PRESENTAR EL CARNET, CUANTO TIEMPO ESPERO PARA LA VACUNACIÓN? \_\_\_\_\_

2. ¿COMO LE PARECIÓ LA INFORMACIÓN RECIBIDA DURANTE LA ATENCIÓN?

☒ EXCELENTE ☐ BUENO ☐ REGULAR ☐ MALO

3. ¿QUEDÓ SATISFECHO CON LA ATENCIÓN QUE SE LE DIO?

☒ SI ☐ NO

4. COMO LE PARECIÓ EL TRATO RECIBIDO:

☒ AMABLE ☐ DESCORTÉS

5. COMO LE PARECIÓ LA COMODIDAD Y LIMPIEZA DEL SERVICIO:

☐ EXCELENTE ☒ BUENO ☐ REGULAR ☐ MALO

6. COMO LE PARECIÓ LA PRIVACIDAD DURANTE LA ATENCIÓN

☒ EXCELENTE ☐ BUENA ☐ REGULAR ☐ MALA

7. EN SU OPINIÓN, EL SERVICIO QUE RECIBÍO FUE:

☐ EXCELENTE ☒ BUENO ☐ REGULAR ☐ MALO

6. COMO CALIFICA SU EXPERIENCIA GLOBAL RESPETO A LOS SERVICIOS DE SALUD QUE HA RECINIDO A TRAVES DE SU IPS.

☐ MUY BUENA ☒ BUENA ☐ REGULAER ☐ MALA

¿QUE SUGERENCIAS HARIA USTED PARA MEJORAR ESTE SERVICIO?

---

---

---



## ENCUESTA DE SATISFACCIÓN VACUNACIÓN

GRACIAS POR RESPONDER ESTA ENCUESTA. SU OPINIÓN CONTRIBUYE A QUE PODAMOS PRESTARLE UN MEJOR SERVICIO. POR FAVOR MARQUE CON UNA EQUIS (X) LA RESPUESTA QUE ESCOJA.

FECHA: 15/11/2022

PROCEDENCIA: ☒ URBANA ☐ RURAL

¿CUAL ES SU E.P.S.?

☒ NUEVA EPS ☐ SUMIMEDICAL ☐ SAVIA SALUD ☐ OTRA. CUAL \_\_\_\_\_

1. ¿DESPUES DE PRESENTAR EL CARNET, CUANTO TIEMPO ESPERO PARA LA VACUNACIÓN? \_\_\_\_\_

2. ¿COMO LE PARECIÓ LA INFORMACIÓN RECIBIDA DURANTE LA ATENCIÓN?

☒ EXCELENTE ☐ BUENO ☐ REGULAR ☐ MALO

3. ¿QUEDÓ SATISFECHO CON LA ATENCIÓN QUE SE LE DIO?

☒ SI ☐ NO

4. COMO LE PARECIÓ EL TRATO RECIBIDO:

☒ AMABLE ☐ DESCORTÉS

5. COMO LE PARECIÓ LA COMODIDAD Y LIMPIEZA DEL SERVICIO:

☐ EXCELENTE ☒ BUENO ☐ REGULAR ☐ MALO

6. COMO LE PARECIÓ LA PRIVACIDAD DURANTE LA ATENCIÓN

☒ EXCELENTE ☐ BUENA ☐ REGULAR ☐ MALA

7. EN SU OPINIÓN, EL SERVICIO QUE RECIBIÓ FUE:

☐ EXCELENTE ☒ BUENO ☐ REGULAR ☐ MALO

6. COMO CALIFICA SU EXPERIENCIA GLOBAL RESPETO A LOS SERVICIOS DE SALUD QUE HA RECIBIDO A TRAVES DE SU IPS.

☐ MUY BUENA ☒ BUENA ☐ REGULAER ☐ MALA

¿QUE SUGERENCIAS HARIA USTED PARA MEJORAR ESTE SERVICIO?

---

---

---



GOBIERNO DE ANTIQUIA  
Secretaría de Salud  
Calle 100-40 000

## ENCUESTA DE SATISFACCIÓN VACUNACIÓN

GRACIAS POR RESPONDER ESTA ENCUESTA. SU OPINIÓN CONTRIBUYE A QUE PODAMOS PRESTARLE UN MEJOR SERVICIO. POR FAVOR MARQUE CON UNA EQUIS (X) LA RESPUESTA QUE ESCOJA.

FECHA: 28/11/2022

PROCEDENCIA: ☒ URBANA ☐ RURAL

¿CUAL ES SU E.P.S.?

☐ NUEVA EPS ☐ SUMIMEDICAL ☐ SAVIA SALUD ☒ OTRA. CUAL Salud Total

1. ¿DESPUES DE PRESENTAR EL CARNET, CUANTO TIEMPO ESPERO PARA LA VACUNACIÓN? \_\_\_\_\_

2. ¿COMO LE PARECIÓ LA INFORMACIÓN RECIBIDA DURANTE LA ATENCIÓN?

☒ EXCELENTE ☐ BUENO ☐ REGULAR ☐ MALO

3. ¿QUEDÓ SATISFECHO CON LA ATENCIÓN QUE SE LE DIO?

☒ SI ☐ NO

4. COMO LE PARECIÓ EL TRATO RECIBIDO:

☒ AMABLE ☐ DESCORTÉS

5. COMO LE PARECIÓ LA COMODIDAD Y LIMPIEZA DEL SERVICIO:

☒ EXCELENTE ☐ BUENO ☐ REGULAR ☐ MALO

6. COMO LE PARECIÓ LA PRIVACIDAD DURANTE LA ATENCIÓN

☒ EXCELENTE ☐ BUENA ☐ REGULAR ☐ MALA

7. EN SU OPINIÓN, EL SERVICIO QUE RECIBIÓ FUE:

☐ EXCELENTE ☒ BUENO ☐ REGULAR ☐ MALO

8. COMO CALIFICA SU EXPERIENCIA GLOBAL RESPETO A LOS SERVICIOS DE SALUD QUE HA RECIBIDO A TRAVES DE SU IPS.

☐ MUY BUENA ☒ BUENA ☐ REGULAR ☐ MALA

¿QUE SUGERENCIAS HARIA USTED PARA MEJORAR ESTE SERVICIO?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



## ENCUESTA DE SATISFACCIÓN VACUNACIÓN

GRACIAS POR RESPONDER ESTA ENCUESTA. SU OPINIÓN CONTRIBUYE A QUE PODAMOS PRESTARLE UN MEJOR SERVICIO. POR FAVOR MARQUE CON UNA EQUIS (X) LA RESPUESTA QUE ESCOJA.

FECHA: 18/2022

PROCEDENCIA: ☐ URBANA ☒ RURAL

¿CUAL ES SU E.P.S.?

☐ NUEVA EPS ☐ SUMIMEDICAL ☒ SAVIA SALUD ☐ OTRA. CUAL \_\_\_\_\_

1. ¿DESPUES DE PRESENTAR EL CARNET, CUANTO TIEMPO ESPERO PARA LA VACUNACIÓN? \_\_\_\_\_

2. ¿COMO LE PARECIÓ LA INFORMACIÓN RECIBIDA DURANTE LA ATENCIÓN?

☒ EXCELENTE ☐ BUENO ☐ REGULAR ☐ MALO

3. ¿QUEDÓ SATISFECHO CON LA ATENCIÓN QUE SE LE DIO?

☒ SI ☐ NO

4. COMO LE PARECIÓ EL TRATO RECIBIDO:

☒ AMABLE ☐ DESCORTÉS

5. COMO LE PARECIÓ LA COMODIDAD Y LIMPIEZA DEL SERVICIO:

☒ EXCELENTE ☐ BUENO ☐ REGULAR ☐ MALO

6. COMO LE PARECIÓ LA PRIVACIDAD DURANTE LA ATENCIÓN

☐ EXCELENTE ☒ BUENA ☐ REGULAR ☐ MALA

7. EN SU OPINIÓN, EL SERVICIO QUE RECIBIÓ FUE:

☐ EXCELENTE ☒ BUENO ☐ REGULAR ☐ MALO

6. COMO CALIFICA SU EXPERIENCIA GLOBAL RESPETO A LOS SERVICIOS DE SALUD QUE HA RECINIDO A TRAVES DE SU IPS.

☐ MUY BUENA ☒ BUENA ☐ REGULAER ☐ MALA

¿QUE SUGERENCIAS HARIA USTED PARA MEJORAR ESTE SERVICIO?

---

---

---



## ENCUESTA DE SATISFACCIÓN VACUNACIÓN

GRACIAS POR RESPONDER ESTA ENCUESTA. SU OPINIÓN CONTRIBUYE A QUE PODAMOS PRESTARLE UN MEJOR SERVICIO. POR FAVOR MARQUE CON UNA EQUIV (X) LA RESPUESTA QUE ESCOJA.

FECHA: 19/11/2022

PROCEDENCIA: ☐ URBANA ☒ RURAL

¿CUAL ES SU E.P.S.?

☒ NUEVA EPS ☐ SUMIMEDICAL ☐ SAVIA SALUD ☐ OTRA. CUAL \_\_\_\_\_

1. ¿DESPUES DE PRESENTAR EL CARNET, CUANTO TIEMPO ESPERO PARA LA VACUNACIÓN? \_\_\_\_\_

2. ¿COMO LE PARECIÓ LA INFORMACIÓN RECIBIDA DURANTE LA ATENCIÓN?

☐ EXCELENTE ☒ BUENO ☐ REGULAR ☐ MALO

3. ¿QUEDÓ SATISFECHO CON LA ATENCIÓN QUE SE LE DIO?

☒ SI ☐ NO

4. COMO LE PARECIÓ EL TRATO RECIBIDO:

☒ AMABLE ☐ DESCORTÉS

5. COMO LE PARECIÓ LA COMODIDAD Y LIMPIEZA DEL SERVICIO:

☒ EXCELENTE ☐ BUENO ☐ REGULAR ☐ MALO

6. COMO LE PARECIÓ LA PRIVACIDAD DURANTE LA ATENCIÓN

☒ EXCELENTE ☐ BUENA ☐ REGULAR ☐ MALA

7. EN SU OPINIÓN, EL SERVICIO QUE RECIBIÓ FUE:

☒ EXCELENTE ☐ BUENO ☐ REGULAR ☐ MALO

8. COMO CALIFICA SU EXPERIENCIA GLOBAL RESPETO A LOS SERVICIOS DE SALUD QUE HA RECIBIDO A TRAVES DE SU IPS.

☐ MUY BUENA ☒ BUENA ☐ REGULAR ☐ MALA

¿QUE SUGERENCIAS HARIA USTED PARA MEJORAR ESTE SERVICIO?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_





## ENCUESTA DE SATISFACCIÓN VACUNACIÓN

GRACIAS POR RESPONDER ESTA ENCUESTA. SU OPINIÓN CONTRIBUYE A QUE PODAMOS PRESTARLE UN MEJOR SERVICIO. POR FAVOR MARQUE CON UNA EQUI (X) LA RESPUESTA QUE ESCOJA.

FECHA: 19/11/2022

PROCEDENCIA: ☐ URBANA ☒ RURAL

¿CUAL ES SU E.P.S.?

☐ NUEVA EPS ☐ SUMIMEDICAL ☒ SAVIA SALUD ☐ OTRA. CUAL \_\_\_\_\_

1. ¿DESPUES DE PRESENTAR EL CARNET, CUANTO TIEMPO ESPERO PARA LA VACUNACIÓN? \_\_\_\_\_

2. ¿COMO LE PARECIÓ LA INFORMACIÓN RECIBIDA DURANTE LA ATENCIÓN?

☒ EXCELENTE ☐ BUENO ☐ REGULAR ☐ MALO

3. ¿QUEDÓ SATISFECHO CON LA ATENCIÓN QUE SE LE DIO?

☒ SI ☐ NO

4. COMO LE PARECIÓ EL TRATO RECIBIDO:

☒ AMABLE ☐ DESCORTÉS

5. COMO LE PARECIÓ LA COMODIDAD Y LIMPIEZA DEL SERVICIO:

☒ EXCELENTE ☐ BUENO ☐ REGULAR ☐ MALO

6. COMO LE PARECIÓ LA PRIVACIDAD DURANTE LA ATENCIÓN

☒ EXCELENTE ☐ BUENA ☐ REGULAR ☐ MALA

7. EN SU OPINIÓN, EL SERVICIO QUE RECIBIÓ FUE:

☐ EXCELENTE ☒ BUENO ☐ REGULAR ☐ MALO

6. COMO CALIFICA SU EXPERIENCIA GLOBAL RESPETO A LOS SERVICIOS DE SALUD QUE HA RECINIDO A TRAVES DE SU IPS.

☒ MUY BUENA ☐ BUENA ☐ REGULAER ☐ MALA

¿QUE SUGERENCIAS HARIA USTED PARA MEJORAR ESTE SERVICIO?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



## ENCUESTA DE SATISFACCIÓN VACUNACIÓN

GRACIAS POR RESPONDER ESTA ENCUESTA. SU OPINIÓN CONTRIBUYE A QUE PODAMOS PRESTARLE UN MEJOR SERVICIO. POR FAVOR MARQUE CON UNA EQUIV (X) LA RESPUESTA QUE ESCOJA.

FECHA: 22/11/2022

PROCEDENCIA: ☒ URBANA ☐ RURAL

¿CUAL ES SU E.P.S.?

☒ NUEVA EPS ☐ SUMIMEDICAL ☐ SAVIA SALUD ☐ OTRA. CUAL \_\_\_\_\_

1. ¿DESPUES DE PRESENTAR EL CARNET, CUANTO TIEMPO ESPERO PARA LA VACUNACIÓN? \_\_\_\_\_

2. ¿COMO LE PARECIÓ LA INFORMACIÓN RECIBIDA DURANTE LA ATENCIÓN?

☐ EXCELENTE ☒ BUENO ☐ REGULAR ☐ MALO

3. ¿QUEDÓ SATISFECHO CON LA ATENCIÓN QUE SE LE DIO?

☒ SI ☐ NO

4. COMO LE PARECIÓ EL TRATO RECIBIDO:

☒ AMABLE ☐ DESCORTÉS

5. COMO LE PARECIÓ LA COMODIDAD Y LIMPIEZA DEL SERVICIO:

☒ EXCELENTE ☐ BUENO ☐ REGULAR ☐ MALO

6. COMO LE PARECIÓ LA PRIVACIDAD DURANTE LA ATENCIÓN

☐ EXCELENTE ☒ BUENA ☐ REGULAR ☐ MALA

7. EN SU OPINIÓN, EL SERVICIO QUE RECIBIÓ FUE:

☒ EXCELENTE ☐ BUENO ☐ REGULAR ☐ MALO

8. COMO CALIFICA SU EXPERIENCIA GLOBAL RESPETO A LOS SERVICIOS DE SALUD QUE HA RECIBIDO A TRAVES DE SU IPS.

☐ MUY BUENA ☒ BUENA ☐ REGULAR ☐ MALA

¿QUE SUGERENCIAS HARIA USTED PARA MEJORAR ESTE SERVICIO?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



## ENCUESTA DE SATISFACCIÓN VACUNACIÓN

GRACIAS POR RESPONDER ESTA ENCUESTA. SU OPINIÓN CONTRIBUYE A QUE PODAMOS PRESTARLE UN MEJOR SERVICIO. POR FAVOR MARQUE CON UNA EQUIP (X) LA RESPUESTA QUE ESCOJA.

FECHA: 21 / III / 2022

PROCEDENCIA: ☒ URBANA ☐ RURAL

¿CUAL ES SU E.P.S.?

☐ NUEVA EPS ☐ SUMIMEDICAL ☒ SAVIA SALUD ☐ OTRA. CUAL \_\_\_\_\_

1. ¿DESPUES DE PRESENTAR EL CARNET, CUANTO TIEMPO ESPERO PARA LA VACUNACIÓN? \_\_\_\_\_

2. ¿COMO LE PARECIÓ LA INFORMACIÓN RECIBIDA DURANTE LA ATENCIÓN?

☒ EXCELENTE ☐ BUENO ☐ REGULAR ☐ MALO

3. ¿QUEDÓ SATISFECHO CON LA ATENCIÓN QUE SE LE DIO?

☒ SI ☐ NO

4. COMO LE PARECIÓ EL TRATO RECIBIDO:

☒ AMABLE ☐ DESCORTÉS

5. COMO LE PARECIÓ LA COMODIDAD Y LIMPIEZA DEL SERVICIO:

☐ EXCELENTE ☒ BUENO ☐ REGULAR ☐ MALO

6. COMO LE PARECIÓ LA PRIVACIDAD DURANTE LA ATENCIÓN

☒ EXCELENTE ☐ BUENA ☐ REGULAR ☐ MALA

7. EN SU OPINIÓN, EL SERVICIO QUE RECIBIÓ FUE:

☒ EXCELENTE ☐ BUENO ☐ REGULAR ☐ MALO

6. COMO CALIFICA SU EXPERIENCIA GLOBAL RESPETO A LOS SERVICIOS DE SALUD QUE HA RECINIDO A TRAVES DE SU IPS.

☐ MUY BUENA ☒ BUENA ☐ REGULAER ☐ MALA

¿QUE SUGERENCIAS HARIA USTED PARA MEJORAR ESTE SERVICIO?

---

---

---



## ENCUESTA DE SATISFACCIÓN VACUNACIÓN

GRACIAS POR RESPONDER ESTA ENCUESTA. SU OPINIÓN CONTRIBUYE A QUE PODAMOS PRESTARLE UN MEJOR SERVICIO. POR FAVOR MARQUE CON UNA EQUIS (X) LA RESPUESTA QUE ESCOJA.

FECHA: 17/11/2022

PROCEDENCIA: ☒ URBANA ☐ RURAL

¿CUAL ES SU E.P.S.?

☐ NUEVA EPS ☐ SUMIMEDICAL ☐ SAVIA SALUD ☒ OTRA. CUAL SURA

1. ¿DESPUES DE PRESENTAR EL CARNET, CUANTO TIEMPO ESPERO PARA LA VACUNACIÓN? \_\_\_\_\_

2. ¿COMO LE PARECIÓ LA INFORMACIÓN RECIBIDA DURANTE LA ATENCIÓN?

☒ EXCELENTE ☐ BUENO ☐ REGULAR ☐ MALO

3. ¿QUEDÓ SATISFECHO CON LA ATENCIÓN QUE SE LE DIO?

☒ SI ☐ NO

4. COMO LE PARECIÓ EL TRATO RECIBIDO:

☒ AMABLE ☐ DESCORTÉS

5. COMO LE PARECIÓ LA COMODIDAD Y LIMPIEZA DEL SERVICIO:

☐ EXCELENTE ☒ BUENO ☐ REGULAR ☐ MALO

6. COMO LE PARECIÓ LA PRIVACIDAD DURANTE LA ATENCIÓN

☒ EXCELENTE ☐ BUENA ☐ REGULAR ☐ MALA

7. EN SU OPINIÓN, EL SERVICIO QUE RECIBIÓ FUE:

☐ EXCELENTE ☒ BUENO ☐ REGULAR ☐ MALO

8. COMO CALIFICA SU EXPERIENCIA GLOBAL RESPETO A LOS SERVICIOS DE SALUD QUE HA RECIBIDO A TRAVES DE SU IPS.

☐ MUY BUENA ☒ BUENA ☐ REGULAR ☐ MALA

¿QUE SUGERENCIAS HARIA USTED PARA MEJORAR ESTE SERVICIO?



## ENCUESTA DE SATISFACCIÓN VACUNACIÓN

GRACIAS POR RESPONDER ESTA ENCUESTA. SU OPINIÓN CONTRIBUYE A QUE PODAMOS PRESTARLE UN MEJOR SERVICIO. POR FAVOR MARQUE CON UNA EQUIS (X) LA RESPUESTA QUE ESCOJA.

FECHA: 24/11/2022

PROCEDENCIA: ☐ URBANA ☐ RURAL

¿CUAL ES SU E.P.S.?

☐ NUEVA EPS ☐ SUMIMEDICAL ☒ SAVIA SALUD ☐ OTRA. CUAL \_\_\_\_\_

1. ¿DESPUES DE PRESENTAR EL CARNET, CUANTO TIEMPO ESPERO PARA LA VACUNACIÓN? \_\_\_\_\_

2. ¿COMO LE PARECIÓ LA INFORMACIÓN RECIBIDA DURANTE LA ATENCIÓN?

☐ EXCELENTE ☒ BUENO ☐ REGULAR ☐ MALO

3. ¿QUEDÓ SATISFECHO CON LA ATENCIÓN QUE SE LE DIO?

☒ SI ☐ NO

4. COMO LE PARECIÓ EL TRATO RECIBIDO:

☒ AMABLE ☐ DESCORTÉS

5. COMO LE PARECIÓ LA COMODIDAD Y LIMPIEZA DEL SERVICIO:

☐ EXCELENTE ☒ BUENO ☐ REGULAR ☐ MALO

6. COMO LE PARECIÓ LA PRIVACIDAD DURANTE LA ATENCIÓN

☒ EXCELENTE ☐ BUENA ☐ REGULAR ☐ MALA

7. EN SU OPINIÓN, EL SERVICIO QUE RECIBÍÓ FUE:

☐ EXCELENTE ☒ BUENO ☐ REGULAR ☐ MALO

6. COMO CALIFICA SU EXPERIENCIA GLOBAL RESPETO A LOS SERVICIOS DE SALUD QUE HA RECIBIDO A TRAVES DE SU IPS.

☒ MUY BUENA ☐ BUENA ☐ REGULAR ☐ MALA

¿QUE SUGERENCIAS HARIA USTED PARA MEJORAR ESTE SERVICIO?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



## ENCUESTA DE SATISFACCIÓN VACUNACIÓN

GRACIAS POR RESPONDER ESTA ENCUESTA. SU OPINIÓN CONTRIBUYE A QUE PODAMOS PRESTARLE UN MEJOR SERVICIO. POR FAVOR MARQUE CON UNA EQUIS (X) LA RESPUESTA QUE ESCOJA.

FECHA: 16/11/2022

PROCEDENCIA: ☒ URBANA ☐ RURAL

¿CUAL ES SU E.P.S.?

☐ NUEVA EPS ☒ SUMIMEDICAL ☐ SAVIA SALUD ☐ OTRA. CUAL \_\_\_\_\_

1. ¿DESPUES DE PRESENTAR EL CARNET, CUANTO TIEMPO ESPERO PARA LA VACUNACIÓN? \_\_\_\_\_

2. ¿COMO LE PARECIÓ LA INFORMACIÓN RECIBIDA DURANTE LA ATENCIÓN?

☒ EXCELENTE ☐ BUENO ☐ REGULAR ☐ MALO

3. ¿QUEDÓ SATISFECHO CON LA ATENCIÓN QUE SE LE DIO?

☒ SI ☐ NO

4. COMO LE PARECIÓ EL TRATO RECIBIDO:

☒ AMABLE ☐ DESCORTÉS

5. COMO LE PARECIÓ LA COMODIDAD Y LIMPIEZA DEL SERVICIO:

☒ EXCELENTE ☐ BUENO ☐ REGULAR ☐ MALO

6. COMO LE PARECIÓ LA PRIVACIDAD DURANTE LA ATENCIÓN

☒ EXCELENTE ☐ BUENA ☐ REGULAR ☐ MALA

7. EN SU OPINIÓN, EL SERVICIO QUE RECIBÍÓ FUE:

☒ EXCELENTE ☐ BUENO ☐ REGULAR ☐ MALO

6. COMO CALIFICA SU EXPERIENCIA GLOBAL RESPETO A LOS SERVICIOS DE SALUD QUE HA RECINIDO A TRAVES DE SU IPS.

☐ MUY BUENA ☒ BUENA ☐ REGULAER ☐ MALA

¿QUE SUGERENCIAS HARIA USTED PARA MEJORAR ESTE SERVICIO?

---

---

---



## ENCUESTA DE SATISFACCIÓN VACUNACIÓN

**GRACIAS POR RESPONDER ESTA ENCUESTA. SU OPINIÓN CONTRIBUYE A QUE PODAMOS PRESTARLE UN MEJOR SERVICIO. POR FAVOR MARQUE CON UNA EQUIS (X) LA RESPUESTA QUE ESCOJA.**

FECHA: 08/11/2022

PROCEDENCIA: ☒ URBANA ☐ RURAL

¿CUAL ES SU E.P.S.?

☐ NUEVA EPS ☐ SUMIMEDICAL ☒ SAVIA SALUD ☐ OTRA. CUAL \_\_\_\_\_

1. ¿DESPUES DE PRESENTAR EL CARNET, CUANTO TIEMPO ESPERO PARA LA VACUNACIÓN? \_\_\_\_\_

2. ¿COMO LE PARECIÓ LA INFORMACIÓN RECIBIDA DURANTE LA ATENCIÓN?

☒ EXCELENTE ☐ BUENO ☐ REGULAR ☐ MALO

3. ¿QUEDÓ SATISFECHO CON LA ATENCIÓN QUE SE LE DIO?

☒ SI ☐ NO

4. COMO LE PARECIÓ EL TRATO RECIBIDO:

☒ AMABLE ☐ DESCORTÉS

5. COMO LE PARECIÓ LA COMODIDAD Y LIMPIEZA DEL SERVICIO:

☒ EXCELENTE ☐ BUENO ☐ REGULAR ☐ MALO

6. COMO LE PARECIÓ LA PRIVACIDAD DURANTE LA ATENCIÓN

☒ EXCELENTE ☐ BUENA ☐ REGULAR ☐ MALA

7. EN SU OPINIÓN, EL SERVICIO QUE RECIBÍÓ FUE:

☒ EXCELENTE ☐ BUENO ☐ REGULAR ☐ MALO

6. COMO CALIFICA SU EXPERIENCIA GLOBAL RESPETO A LOS SERVICIOS DE SALUD QUE HA RECINIDO A TRAVES DE SU IPS.

☐ MUY BUENA ☒ BUENA ☐ REGULAER ☐ MALA

¿QUE SUGERENCIAS HARIA USTED PARA MEJORAR ESTE SERVICIO?

---

---

---



## ENCUESTA DE SATISFACCIÓN VACUNACIÓN

**GRACIAS POR RESPONDER ESTA ENCUESTA. SU OPINIÓN CONTRIBUYE A QUE PODAMOS PRESTARLE UN MEJOR SERVICIO. POR FAVOR MARQUE CON UNA EQUIVALENCIA (X) LA RESPUESTA QUE ESCOJA.**

FECHA: 17/11/2022

PROCEDENCIA: ☒ URBANA ☐ RURAL

¿CUAL ES SU E.P.S.?

☐ NUEVA EPS ☐ SUMIMEDICAL ☒ SAVIA SALUD ☐ OTRA. CUAL \_\_\_\_\_

1. ¿DESPUES DE PRESENTAR EL CARNET, CUANTO TIEMPO ESPERO PARA LA VACUNACIÓN? \_\_\_\_\_

2. ¿COMO LE PARECIÓ LA INFORMACIÓN RECIBIDA DURANTE LA ATENCIÓN?

☐ EXCELENTE ☒ BUENO ☐ REGULAR ☐ MALO

3. ¿QUEDÓ SATISFECHO CON LA ATENCIÓN QUE SE LE DIO?

☒ SI ☐ NO

4. COMO LE PARECIÓ EL TRATO RECIBIDO:

☒ AMABLE ☐ DESCORTÉS

5. COMO LE PARECIÓ LA COMODIDAD Y LIMPIEZA DEL SERVICIO:

☐ EXCELENTE ☒ BUENO ☐ REGULAR ☐ MALO

6. COMO LE PARECIÓ LA PRIVACIDAD DURANTE LA ATENCIÓN

☐ EXCELENTE ☒ BUENA ☐ REGULAR ☐ MALA

7. EN SU OPINIÓN, EL SERVICIO QUE RECIBÍÓ FUE:

☐ EXCELENTE ☒ BUENO ☐ REGULAR ☐ MALO

8. COMO CALIFICA SU EXPERIENCIA GLOBAL RESPETO A LOS SERVICIOS DE SALUD QUE HA RECIBIDO A TRAVES DE SU IPS.

☐ MUY BUENA ☒ BUENA ☐ REGULAR ☐ MALA

¿QUE SUGERENCIAS HARIA USTED PARA MEJORAR ESTE SERVICIO?

---

---

---





## ENCUESTA DE SATISFACCIÓN VACUNACIÓN

GRACIAS POR RESPONDER ESTA ENCUESTA. SU OPINIÓN CONTRIBUYE A QUE PODAMOS PRESTARLE UN MEJOR SERVICIO. POR FAVOR MARQUE CON UNA EQUIP (X) LA RESPUESTA QUE ESCOJA.

FECHA: 21/11/2022

PROCEDENCIA: ☐ URBANA ☒ RURAL

¿CUAL ES SU E.P.S.?

☐ NUEVA EPS ☐ SUMIMEDICAL ☒ SAVIA SALUD ☐ OTRA. CUAL \_\_\_\_\_

1. ¿DESPUES DE PRESENTAR EL CARNET, CUANTO TIEMPO ESPERO PARA LA VACUNACIÓN? \_\_\_\_\_

2. ¿COMO LE PARECIÓ LA INFORMACIÓN RECIBIDA DURANTE LA ATENCIÓN?

☒ EXCELENTE ☐ BUENO ☐ REGULAR ☐ MALO

3. ¿QUEDÓ SATISFECHO CON LA ATENCIÓN QUE SE LE DIO?

☒ SI ☐ NO

4. COMO LE PARECIÓ EL TRATO RECIBIDO:

☒ AMABLE ☐ DESCORTÉS

5. COMO LE PARECIÓ LA COMODIDAD Y LIMPIEZA DEL SERVICIO:

☒ EXCELENTE ☐ BUENO ☐ REGULAR ☐ MALO

6. COMO LE PARECIÓ LA PRIVACIDAD DURANTE LA ATENCIÓN

☒ EXCELENTE ☐ BUENA ☐ REGULAR ☐ MALA

7. EN SU OPINIÓN, EL SERVICIO QUE RECIBÍÓ FUE:

☐ EXCELENTE ☒ BUENO ☐ REGULAR ☐ MALO

6. COMO CALIFICA SU EXPERIENCIA GLOBAL RESPETO A LOS SERVICIOS DE SALUD QUE HA RECINIDO A TRAVES DE SU IPS.

☒ MUY BUENA ☐ BUENA ☐ REGULAER ☐ MALA

¿QUE SUGERENCIAS HARIA USTED PARA MEJORAR ESTE SERVICIO?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



## ENCUESTA DE SATISFACCIÓN VACUNACIÓN

GRACIAS POR RESPONDER ESTA ENCUESTA. SU OPINIÓN CONTRIBUYE A QUE PODAMOS PRESTARLE UN MEJOR SERVICIO. POR FAVOR MARQUE CON UNA EQUIS (X) LA RESPUESTA QUE ESCOJA.

FECHA: 28/11/2022

PROCEDENCIA: ☒ URBANA ☐ RURAL

¿CUAL ES SU E.P.S.?

☒ NUEVA EPS ☐ SUMIMEDICAL ☐ SAVIA SALUD ☐ OTRA. CUAL \_\_\_\_\_

1. ¿DESPUES DE PRESENTAR EL CARNET, CUANTO TIEMPO ESPERO PARA LA VACUNACIÓN? \_\_\_\_\_

2. ¿COMO LE PARECIÓ LA INFORMACIÓN RECIBIDA DURANTE LA ATENCIÓN?

☒ EXCELENTE ☐ BUENO ☐ REGULAR ☐ MALO

3. ¿QUEDÓ SATISFECHO CON LA ATENCIÓN QUE SE LE DIO?

☒ SI ☐ NO

4. COMO LE PARECIÓ EL TRATO RECIBIDO:

☒ AMABLE ☐ DESCORTÉS

5. COMO LE PARECIÓ LA COMODIDAD Y LIMPIEZA DEL SERVICIO:

☐ EXCELENTE ☒ BUENO ☐ REGULAR ☐ MALO

6. COMO LE PARECIÓ LA PRIVACIDAD DURANTE LA ATENCIÓN

☐ EXCELENTE ☒ BUENA ☐ REGULAR ☐ MALA

7. EN SU OPINIÓN, EL SERVICIO QUE RECIBIÓ FUE:

☒ EXCELENTE ☐ BUENO ☐ REGULAR ☐ MALO

6. COMO CALIFICA SU EXPERIENCIA GLOBAL RESPETO A LOS SERVICIOS DE SALUD QUE HA RECINIDO A TRAVES DE SU IPS.

☐ MUY BUENA ☒ BUENA ☐ REGULAER ☐ MALA

¿QUE SUGERENCIAS HARIA USTED PARA MEJORAR ESTE SERVICIO?

---

---

---



## ENCUESTA DE SATISFACCIÓN VACUNACIÓN

GRACIAS POR RESPONDER ESTA ENCUESTA. SU OPINIÓN CONTRIBUYE A QUE PODAMOS PRESTARLE UN MEJOR SERVICIO. POR FAVOR MARQUE CON UNA EQUIS (X) LA RESPUESTA QUE ESCOJA.

FECHA: 30/11/2022

PROCEDENCIA: ☒ URBANA ☐ RURAL

¿CUAL ES SU E.P.S.?

☐ NUEVA EPS ☐ SUMIMEDICAL ☒ SAVIA SALUD ☐ OTRA. CUAL \_\_\_\_\_

1. ¿DESPUES DE PRESENTAR EL CARNET, CUANTO TIEMPO ESPERO PARA LA VACUNACIÓN? \_\_\_\_\_

2. ¿COMO LE PARECIÓ LA INFORMACIÓN RECIBIDA DURANTE LA ATENCIÓN?

☒ EXCELENTE ☐ BUENO ☐ REGULAR ☐ MALO

3. ¿QUEDÓ SATISFECHO CON LA ATENCIÓN QUE SE LE DIO?

☒ SI ☐ NO

4. COMO LE PARECIÓ EL TRATO RECIBIDO:

☒ AMABLE ☐ DESCORTÉS

5. COMO LE PARECIÓ LA COMODIDAD Y LIMPIEZA DEL SERVICIO:

☒ EXCELENTE ☐ BUENO ☐ REGULAR ☐ MALO

6. COMO LE PARECIÓ LA PRIVACIDAD DURANTE LA ATENCIÓN

☒ EXCELENTE ☐ BUENA ☐ REGULAR ☐ MALA

7. EN SU OPINIÓN, EL SERVICIO QUE RECIBIÓ FUE:

☒ EXCELENTE ☐ BUENO ☐ REGULAR ☐ MALO

6. COMO CALIFICA SU EXPERIENCIA GLOBAL RESPETO A LOS SERVICIOS DE SALUD QUE HA RECIBIDO A TRAVES DE SU IPS.

☒ MUY BUENA ☐ BUENA ☐ REGULAER ☐ MALA

¿QUE SUGERENCIAS HARIA USTED PARA MEJORAR ESTE SERVICIO?

---

---

---



## ENCUESTA DE SATISFACCIÓN VACUNACIÓN

**GRACIAS POR RESPONDER ESTA ENCUESTA. SU OPINIÓN CONTRIBUYE A QUE PODAMOS PRESTARLE UN MEJOR SERVICIO. POR FAVOR MARQUE CON UNA EQUIS (X) LA RESPUESTA QUE ESCOJA.**

FECHA: 01/10/2022

PROCEDENCIA: ☒ URBANA ☐ RURAL

¿CUAL ES SU E.P.S.?

☐ NUEVA EPS ☐ SUMIMEDICAL ☒ SAVIA SALUD ☐ OTRA. CUAL \_\_\_\_\_

1. ¿DESPUES DE PRESENTAR EL CARNET, CUANTO TIEMPO ESPERO PARA LA VACUNACIÓN? \_\_\_\_\_

2. ¿COMO LE PARECIÓ LA INFORMACIÓN RECIBIDA DURANTE LA ATENCIÓN?

☒ EXCELENTE ☐ BUENO ☐ REGULAR ☐ MALO

3. ¿QUEDÓ SATISFECHO CON LA ATENCIÓN QUE SE LE DIO?

☒ SI ☐ NO

4. COMO LE PARECIÓ EL TRATO RECIBIDO:

☒ AMABLE ☐ DESCORTÉS

5. COMO LE PARECIÓ LA COMODIDAD Y LIMPIEZA DEL SERVICIO:

☒ EXCELENTE ☐ BUENO ☐ REGULAR ☐ MALO

6. COMO LE PARECIÓ LA PRIVACIDAD DURANTE LA ATENCIÓN

☒ EXCELENTE ☐ BUENA ☐ REGULAR ☐ MALA

7. EN SU OPINIÓN, EL SERVICIO QUE RECIBIÓ FUE:

☐ EXCELENTE ☒ BUENO ☐ REGULAR ☐ MALO

6. COMO CALIFICA SU EXPERIENCIA GLOBAL RESPETO A LOS SERVICIOS DE SALUD QUE HA RECINIDO A TRAVES DE SU IPS.

☐ MUY BUENA ☒ BUENA ☐ REGULAER ☐ MALA

¿QUE SUGERENCIAS HARIA USTED PARA MEJORAR ESTE SERVICIO?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



## ENCUESTA DE SATISFACCIÓN VACUNACIÓN

GRACIAS POR RESPONDER ESTA ENCUESTA. SU OPINIÓN CONTRIBUYE A QUE PODAMOS PRESTARLE UN MEJOR SERVICIO. POR FAVOR MARQUE CON UNA EQUIP (X) LA RESPUESTA QUE ESCOJA.

FECHA: 01/10/2022

PROCEDENCIA: ☐ URBANA ☒ RURAL

¿CUAL ES SU E.P.S.?

☐ NUEVA EPS ☐ SUMIMEDICAL ☒ SAVIA SALUD ☐ OTRA. CUAL \_\_\_\_\_

1. ¿DESPUES DE PRESENTAR EL CARNET, CUANTO TIEMPO ESPERO PARA LA VACUNACIÓN? \_\_\_\_\_

2. ¿COMO LE PARECIÓ LA INFORMACIÓN RECIBIDA DURANTE LA ATENCIÓN?

☒ EXCELENTE ☐ BUENO ☐ REGULAR ☐ MALO

3. ¿QUEDÓ SATISFECHO CON LA ATENCIÓN QUE SE LE DIO?

☒ SI ☐ NO

4. COMO LE PARECIÓ EL TRATO RECIBIDO:

☒ AMABLE ☐ DESCORTÉS

5. COMO LE PARECIÓ LA COMODIDAD Y LIMPIEZA DEL SERVICIO:

☒ EXCELENTE ☐ BUENO ☐ REGULAR ☐ MALO

6. COMO LE PARECIÓ LA PRIVACIDAD DURANTE LA ATENCIÓN

☒ EXCELENTE ☐ BUENA ☐ REGULAR ☐ MALA

7. EN SU OPINIÓN, EL SERVICIO QUE RECIBIÓ FUE:

☒ EXCELENTE ☐ BUENO ☐ REGULAR ☐ MALO

8. COMO CALIFICA SU EXPERIENCIA GLOBAL RESPETO A LOS SERVICIOS DE SALUD QUE HA RECIBIDO A TRAVES DE SU IPS.

☐ MUY BUENA ☒ BUENA ☐ REGULAR ☐ MALA

¿QUE SUGERENCIAS HARIA USTED PARA MEJORAR ESTE SERVICIO?

---

---

---



## ENCUESTA DE SATISFACCIÓN VACUNACIÓN

GRACIAS POR RESPONDER ESTA ENCUESTA. SU OPINIÓN CONTRIBUYE A QUE PODAMOS PRESTARLE UN MEJOR SERVICIO. POR FAVOR MARQUE CON UNA EQUIS (X) LA RESPUESTA QUE ESCOJA.

FECHA: 01/10/2022

PROCEDENCIA: ☐ URBANA ☒ RURAL

¿CUAL ES SU E.P.S.?

☐ NUEVA EPS ☐ SUMIMEDICAL ☒ SAVIA SALUD ☐ OTRA. CUAL \_\_\_\_\_

1. ¿DESPUES DE PRESENTAR EL CARNET, CUANTO TIEMPO ESPERO PARA LA VACUNACIÓN? \_\_\_\_\_

2. ¿COMO LE PARECIÓ LA INFORMACIÓN RECIBIDA DURANTE LA ATENCIÓN?

☒ EXCELENTE ☐ BUENO ☐ REGULAR ☐ MALO

3. ¿QUEDÓ SATISFECHO CON LA ATENCIÓN QUE SE LE DIO?

☒ SI ☐ NO

4. COMO LE PARECIÓ EL TRATO RECIBIDO:

☒ AMABLE ☐ DESCORTÉS

5. COMO LE PARECIÓ LA COMODIDAD Y LIMPIEZA DEL SERVICIO:

☒ EXCELENTE ☐ BUENO ☐ REGULAR ☐ MALO

6. COMO LE PARECIÓ LA PRIVACIDAD DURANTE LA ATENCIÓN

☒ EXCELENTE ☐ BUENA ☐ REGULAR ☐ MALA

7. EN SU OPINIÓN, EL SERVICIO QUE RECIBIÓ FUE:

☒ EXCELENTE ☐ BUENO ☐ REGULAR ☐ MALO

6. COMO CALIFICA SU EXPERIENCIA GLOBAL RESPETO A LOS SERVICIOS DE SALUD QUE HA RECINIDO A TRAVES DE SU IPS.

☐ MUY BUENA ☒ BUENA ☐ REGULAER ☐ MALA

¿QUE SUGERENCIAS HARIA USTED PARA MEJORAR ESTE SERVICIO?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



## ENCUESTA DE SATISFACCIÓN VACUNACIÓN

GRACIAS POR RESPONDER ESTA ENCUESTA. SU OPINIÓN CONTRIBUYE A QUE PODAMOS PRESTARLE UN MEJOR SERVICIO. POR FAVOR MARQUE CON UNA EQUIS (X) LA RESPUESTA QUE ESCOJA.

FECHA: 07/10/2022

PROCEDENCIA: ☐ URBANA ☒ RURAL

¿CUAL ES SU E.P.S.?

☐ NUEVA EPS ☐ SUMIMEDICAL ☒ SAVIA SALUD ☐ OTRA. CUAL \_\_\_\_\_

1. ¿DESPUES DE PRESENTAR EL CARNET, CUANTO TIEMPO ESPERO PARA LA VACUNACIÓN? \_\_\_\_\_

2. ¿COMO LE PARECIÓ LA INFORMACIÓN RECIBIDA DURANTE LA ATENCIÓN?

☐ EXCELENTE ☒ BUENO ☐ REGULAR ☐ MALO

3. ¿QUEDÓ SATISFECHO CON LA ATENCIÓN QUE SE LE DIO?

☒ SI ☐ NO

4. COMO LE PARECIÓ EL TRATO RECIBIDO:

☒ AMABLE ☐ DESCORTÉS

5. COMO LE PARECIÓ LA COMODIDAD Y LIMPIEZA DEL SERVICIO:

☐ EXCELENTE ☒ BUENO ☐ REGULAR ☐ MALO

6. COMO LE PARECIÓ LA PRIVACIDAD DURANTE LA ATENCIÓN

☐ EXCELENTE ☒ BUENA ☐ REGULAR ☐ MALA

7. EN SU OPINIÓN, EL SERVICIO QUE RECIBIÓ FUE:

☐ EXCELENTE ☒ BUENO ☐ REGULAR ☐ MALO

6. COMO CALIFICA SU EXPERIENCIA GLOBAL RESPETO A LOS SERVICIOS DE SALUD QUE HA RECINIDO A TRAVES DE SU IPS.

☐ MUY BUENA ☒ BUENA ☐ REGULAER ☐ MALA

¿QUE SUGERENCIAS HARIA USTED PARA MEJORAR ESTE SERVICIO?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



## ENCUESTA DE SATISFACCIÓN VACUNACIÓN

GRACIAS POR RESPONDER ESTA ENCUESTA. SU OPINIÓN CONTRIBUYE A QUE PODAMOS PRESTARLE UN MEJOR SERVICIO. POR FAVOR MARQUE CON UNA EQUIS (X) LA RESPUESTA QUE ESCOJA.

FECHA: 07/10/2022

PROCEDENCIA: ☐ URBANA ☒ RURAL

¿CUAL ES SU E.P.S.?

☐ NUEVA EPS ☐ SUMIMEDICAL ☒ SAVIA SALUD ☐ OTRA. CUAL \_\_\_\_\_

1. ¿DESPUES DE PRESENTAR EL CARNET, CUANTO TIEMPO ESPERO PARA LA VACUNACIÓN? \_\_\_\_\_

2. ¿COMO LE PARECIÓ LA INFORMACIÓN RECIBIDA DURANTE LA ATENCIÓN?

☐ EXCELENTE ☒ BUENO ☐ REGULAR ☐ MALO

3. ¿QUEDÓ SATISFECHO CON LA ATENCIÓN QUE SE LE DIO?

☒ SI ☐ NO

4. COMO LE PARECIÓ EL TRATO RECIBIDO:

☒ AMABLE ☐ DESCORTÉS

5. COMO LE PARECIÓ LA COMODIDAD Y LIMPIEZA DEL SERVICIO:

☒ EXCELENTE ☐ BUENO ☐ REGULAR ☐ MALO

6. COMO LE PARECIÓ LA PRIVACIDAD DURANTE LA ATENCIÓN

☒ EXCELENTE ☐ BUENA ☐ REGULAR ☐ MALA

7. EN SU OPINIÓN, EL SERVICIO QUE RECIBIÓ FUE:

☒ EXCELENTE ☐ BUENO ☐ REGULAR ☐ MALO

8. COMO CALIFICA SU EXPERIENCIA GLOBAL RESPETO A LOS SERVICIOS DE SALUD QUE HA RECIBIDO A TRAVES DE SU IPS.

☒ MUY BUENA ☐ BUENA ☐ REGULAR ☐ MALA

¿QUE SUGERENCIAS HARIA USTED PARA MEJORAR ESTE SERVICIO?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_





## ENCUESTA DE SATISFACCIÓN VACUNACIÓN

GRACIAS POR RESPONDER ESTA ENCUESTA. SU OPINIÓN CONTRIBUYE A QUE PODAMOS PRESTARLE UN MEJOR SERVICIO. POR FAVOR MARQUE CON UNA EQUIS (X) LA RESPUESTA QUE ESCOJA.

FECHA: 07/10/2022

PROCEDENCIA: ☒ URBANA ☐ RURAL

¿CUAL ES SU E.P.S.?

☒ NUEVA EPS ☐ SUMIMEDICAL ☐ SAVIA SALUD ☐ OTRA. CUAL \_\_\_\_\_

1. ¿DESPUES DE PRESENTAR EL CARNET, CUANTO TIEMPO ESPERO PARA LA VACUNACIÓN? \_\_\_\_\_

2. ¿COMO LE PARECIÓ LA INFORMACIÓN RECIBIDA DURANTE LA ATENCIÓN?

☐ EXCELENTE ☒ BUENO ☐ REGULAR ☐ MALO

3. ¿QUEDÓ SATISFECHO CON LA ATENCIÓN QUE SE LE DIO?

☒ SI ☐ NO

4. COMO LE PARECIÓ EL TRATO RECIBIDO:

☒ AMABLE ☐ DESCORTÉS

5. COMO LE PARECIÓ LA COMODIDAD Y LIMPIEZA DEL SERVICIO:

☒ EXCELENTE ☐ BUENO ☐ REGULAR ☐ MALO

6. COMO LE PARECIÓ LA PRIVACIDAD DURANTE LA ATENCIÓN

☐ EXCELENTE ☒ BUENA ☐ REGULAR ☐ MALA

7. EN SU OPINIÓN, EL SERVICIO QUE RECIBIÓ FUE:

☐ EXCELENTE ☒ BUENO ☐ REGULAR ☐ MALO

8. COMO CALIFICA SU EXPERIENCIA GLOBAL RESPETO A LOS SERVICIOS DE SALUD QUE HA RECIBIDO A TRAVES DE SU IPS.

☐ MUY BUENA ☒ BUENA ☐ REGULAR ☐ MALA

¿QUE SUGERENCIAS HARIA USTED PARA MEJORAR ESTE SERVICIO?

---

---

---



## ENCUESTA DE SATISFACCIÓN VACUNACIÓN

GRACIAS POR RESPONDER ESTA ENCUESTA. SU OPINIÓN CONTRIBUYE A QUE PODAMOS PRESTARLE UN MEJOR SERVICIO. POR FAVOR MARQUE CON UNA EQUIS (X) LA RESPUESTA QUE ESCOJA.

FECHA: 04/10/2022

PROCEDENCIA: ☒ URBANA ☐ RURAL

¿CUAL ES SU E.P.S.?

☐ NUEVA EPS ☐ SUMIMEDICAL ☐ SAVIA SALUD ☒ OTRA. CUAL SOLA

1. ¿DESPUES DE PRESENTAR EL CARNET, CUANTO TIEMPO ESPERO PARA LA VACUNACIÓN? \_\_\_\_\_

2. ¿COMO LE PARECIÓ LA INFORMACIÓN RECIBIDA DURANTE LA ATENCIÓN?

☐ EXCELENTE ☒ BUENO ☐ REGULAR ☐ MALO

3. ¿QUEDÓ SATISFECHO CON LA ATENCIÓN QUE SE LE DIO?

☒ SI ☐ NO

4. COMO LE PARECIÓ EL TRATO RECIBIDO:

☒ AMABLE ☐ DESCORTÉS

5. COMO LE PARECIÓ LA COMODIDAD Y LIMPIEZA DEL SERVICIO:

☒ EXCELENTE ☐ BUENO ☐ REGULAR ☐ MALO

6. COMO LE PARECIÓ LA PRIVACIDAD DURANTE LA ATENCIÓN

☒ EXCELENTE ☐ BUENA ☐ REGULAR ☐ MALA

7. EN SU OPINIÓN, EL SERVICIO QUE RECIBIÓ FUE:

☐ EXCELENTE ☒ BUENO ☐ REGULAR ☐ MALO

6. COMO CALIFICA SU EXPERIENCIA GLOBAL RESPETO A LOS SERVICIOS DE SALUD QUE HA RECINIDO A TRAVES DE SU IPS.

☒ MUY BUENA ☐ BUENA ☐ REGULAER ☐ MALA

¿QUE SUGERENCIAS HARIA USTED PARA MEJORAR ESTE SERVICIO?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



## ENCUESTA DE SATISFACCIÓN VACUNACIÓN

GRACIAS POR RESPONDER ESTA ENCUESTA. SU OPINIÓN CONTRIBUYE A QUE PODAMOS PRESTARLE UN MEJOR SERVICIO. POR FAVOR MARQUE CON UNA EQUIS (X) LA RESPUESTA QUE ESCOJA.

FECHA: 07/10/2022

PROCEDENCIA: ☒ URBANA ☐ RURAL

¿CUAL ES SU E.P.S.?

☒ NUEVA EPS ☐ SUMIMEDICAL ☐ SAVIA SALUD ☐ OTRA. CUAL \_\_\_\_\_

1. ¿DESPUES DE PRESENTAR EL CARNET, CUANTO TIEMPO ESPERO PARA LA VACUNACIÓN? \_\_\_\_\_

2. ¿COMO LE PARECIÓ LA INFORMACIÓN RECIBIDA DURANTE LA ATENCIÓN?

☐ EXCELENTE ☒ BUENO ☐ REGULAR ☐ MALO

3. ¿QUEDÓ SATISFECHO CON LA ATENCIÓN QUE SE LE DIO?

☒ SI ☐ NO

4. COMO LE PARECIÓ EL TRATO RECIBIDO:

☒ AMABLE ☐ DESCORTÉS

5. COMO LE PARECIÓ LA COMODIDAD Y LIMPIEZA DEL SERVICIO:

☒ EXCELENTE ☐ BUENO ☐ REGULAR ☐ MALO

6. COMO LE PARECIÓ LA PRIVACIDAD DURANTE LA ATENCIÓN

☒ EXCELENTE ☐ BUENA ☐ REGULAR ☐ MALA

7. EN SU OPINIÓN, EL SERVICIO QUE RECIBIÓ FUE:

☒ EXCELENTE ☐ BUENO ☐ REGULAR ☐ MALO

6. COMO CALIFICA SU EXPERIENCIA GLOBAL RESPETO A LOS SERVICIOS DE SALUD QUE HA RECINIDO A TRAVES DE SU IPS.

☐ MUY BUENA ☒ BUENA ☐ REGULAER ☐ MALA

¿QUE SUGERENCIAS HARIA USTED PARA MEJORAR ESTE SERVICIO?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



## ENCUESTA DE SATISFACCIÓN VACUNACIÓN

GRACIAS POR RESPONDER ESTA ENCUESTA. SU OPINIÓN CONTRIBUYE A QUE PODAMOS PRESTARLE UN MEJOR SERVICIO. POR FAVOR MARQUE CON UNA EQUIS (X) LA RESPUESTA QUE ESCOJA.

FECHA: 12/10/2022

PROCEDENCIA: ☒ URBANA ☐ RURAL

¿CUAL ES SU E.P.S.?

☐ NUEVA EPS ☐ SUMIMEDICAL ☒ SAVIA SALUD ☐ OTRA. CUAL \_\_\_\_\_

1. ¿DESPUES DE PRESENTAR EL CARNET, CUANTO TIEMPO ESPERO PARA LA VACUNACIÓN? \_\_\_\_\_

2. ¿COMO LE PARECIÓ LA INFORMACIÓN RECIBIDA DURANTE LA ATENCIÓN?

☒ EXCELENTE ☐ BUENO ☐ REGULAR ☐ MALO

3. ¿QUEDÓ SATISFECHO CON LA ATENCIÓN QUE SE LE DIO?

☒ SI ☐ NO

4. COMO LE PARECIÓ EL TRATO RECIBIDO:

☒ AMABLE ☐ DESCORTÉS

5. COMO LE PARECIÓ LA COMODIDAD Y LIMPIEZA DEL SERVICIO:

☒ EXCELENTE ☐ BUENO ☐ REGULAR ☐ MALO

6. COMO LE PARECIÓ LA PRIVACIDAD DURANTE LA ATENCIÓN

☒ EXCELENTE ☐ BUENA ☐ REGULAR ☐ MALA

7. EN SU OPINIÓN, EL SERVICIO QUE RECIBIÓ FUE:

☒ EXCELENTE ☐ BUENO ☐ REGULAR ☐ MALO

6. COMO CALIFICA SU EXPERIENCIA GLOBAL RESPETO A LOS SERVICIOS DE SALUD QUE HA RECINIDO A TRAVES DE SU IPS.

☐ MUY BUENA ☒ BUENA ☐ REGULAER ☐ MALA

¿QUE SUGERENCIAS HARIA USTED PARA MEJORAR ESTE SERVICIO?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



## ENCUESTA DE SATISFACCIÓN VACUNACIÓN

**GRACIAS POR RESPONDER ESTA ENCUESTA. SU OPINIÓN CONTRIBUYE A QUE PODAMOS PRESTARLE UN MEJOR SERVICIO. POR FAVOR MARQUE CON UNA EQUIS (X) LA RESPUESTA QUE ESCOJA.**

FECHA: 18/10/2022

PROCEDENCIA: ☐ URBANA ☒ RURAL

¿CUAL ES SU E.P.S.?

☐ NUEVA EPS ☐ SUMIMEDICAL ☒ SAVIA SALUD ☐ OTRA. CUAL \_\_\_\_\_

1. ¿DESPUES DE PRESENTAR EL CARNET, CUANTO TIEMPO ESPERO PARA LA VACUNACIÓN? \_\_\_\_\_

2. ¿COMO LE PARECIÓ LA INFORMACIÓN RECIBIDA DURANTE LA ATENCIÓN?

☒ EXCELENTE ☐ BUENO ☐ REGULAR ☐ MALO

3. ¿QUEDÓ SATISFECHO CON LA ATENCIÓN QUE SE LE DIO?

☒ SI ☐ NO

4. COMO LE PARECIÓ EL TRATO RECIBIDO:

☒ AMABLE ☐ DESCORTÉS

5. COMO LE PARECIÓ LA COMODIDAD Y LIMPIEZA DEL SERVICIO:

☒ EXCELENTE ☐ BUENO ☐ REGULAR ☐ MALO

6. COMO LE PARECIÓ LA PRIVACIDAD DURANTE LA ATENCIÓN

☐ EXCELENTE ☒ BUENA ☐ REGULAR ☐ MALA

7. EN SU OPINIÓN, EL SERVICIO QUE RECIBIÓ FUE:

☐ EXCELENTE ☒ BUENO ☐ REGULAR ☐ MALO

6. COMO CALIFICA SU EXPERIENCIA GLOBAL RESPETO A LOS SERVICIOS DE SALUD QUE HA RECINIDO A TRAVES DE SU IPS.

☐ MUY BUENA ☒ BUENA ☐ REGULAER ☐ MALA

¿QUE SUGERENCIAS HARIA USTED PARA MEJORAR ESTE SERVICIO?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



## ENCUESTA DE SATISFACCIÓN VACUNACIÓN

GRACIAS POR RESPONDER ESTA ENCUESTA. SU OPINIÓN CONTRIBUYE A QUE PODAMOS PRESTARLE UN MEJOR SERVICIO. POR FAVOR MARQUE CON UNA EQUIS (X) LA RESPUESTA QUE ESCOJA.

FECHA: 79/70/2022

PROCEDENCIA: ☒ URBANA ☐ RURAL

¿CUAL ES SU E.P.S.?

☐ NUEVA EPS ☒ SUMIMEDICAL ☐ SAVIA SALUD ☐ OTRA. CUAL \_\_\_\_\_

1. ¿DESPUES DE PRESENTAR EL CARNET, CUANTO TIEMPO ESPERO PARA LA VACUNACIÓN? \_\_\_\_\_

2. ¿COMO LE PARECIÓ LA INFORMACIÓN RECIBIDA DURANTE LA ATENCIÓN?

☒ EXCELENTE ☐ BUENO ☐ REGULAR ☐ MALO

3. ¿QUEDÓ SATISFECHO CON LA ATENCIÓN QUE SE LE DIO?

☒ SI ☐ NO

4. COMO LE PARECIÓ EL TRATO RECIBIDO:

☒ AMABLE ☐ DESCORTÉS

5. COMO LE PARECIÓ LA COMODIDAD Y LIMPIEZA DEL SERVICIO:

☒ EXCELENTE ☐ BUENO ☐ REGULAR ☐ MALO

6. COMO LE PARECIÓ LA PRIVACIDAD DURANTE LA ATENCIÓN

☒ EXCELENTE ☐ BUENA ☐ REGULAR ☐ MALA

7. EN SU OPINIÓN, EL SERVICIO QUE RECIBIÓ FUE:

☒ EXCELENTE ☐ BUENO ☐ REGULAR ☐ MALO

6. COMO CALIFICA SU EXPERIENCIA GLOBAL RESPETO A LOS SERVICIOS DE SALUD QUE HA RECINIDO A TRAVES DE SU IPS.

☐ MUY BUENA ☒ BUENA ☐ REGULAER ☐ MALA

¿QUE SUGERENCIAS HARIA USTED PARA MEJORAR ESTE SERVICIO?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



## ENCUESTA DE SATISFACCIÓN VACUNACIÓN

GRACIAS POR RESPONDER ESTA ENCUESTA. SU OPINIÓN CONTRIBUYE A QUE PODAMOS PRESTARLE UN MEJOR SERVICIO. POR FAVOR MARQUE CON UNA EQUIS (X) LA RESPUESTA QUE ESCOJA.

FECHA: 13/10/2022

PROCEDENCIA: ☒ URBANA ☐ RURAL

¿CUAL ES SU E.P.S.?

☐ NUEVA EPS ☐ SUMIMEDICAL ☒ SAVIA SALUD ☐ OTRA. CUAL \_\_\_\_\_

1. ¿DESPUES DE PRESENTAR EL CARNET, CUANTO TIEMPO ESPERO PARA LA VACUNACIÓN? \_\_\_\_\_

2. ¿COMO LE PARECIÓ LA INFORMACIÓN RECIBIDA DURANTE LA ATENCIÓN?

☒ EXCELENTE ☐ BUENO ☐ REGULAR ☐ MALO

3. ¿QUEDÓ SATISFECHO CON LA ATENCIÓN QUE SE LE DIO?

☒ SI ☐ NO

4. COMO LE PARECIÓ EL TRATO RECIBIDO:

☒ AMABLE ☐ DESCORTÉS

5. COMO LE PARECIÓ LA COMODIDAD Y LIMPIEZA DEL SERVICIO:

☐ EXCELENTE ☒ BUENO ☐ REGULAR ☐ MALO

6. COMO LE PARECIÓ LA PRIVACIDAD DURANTE LA ATENCIÓN

☒ EXCELENTE ☐ BUENA ☐ REGULAR ☐ MALA

7. EN SU OPINIÓN, EL SERVICIO QUE RECIBIÓ FUE:

☐ EXCELENTE ☒ BUENO ☐ REGULAR ☐ MALO

6. COMO CALIFICA SU EXPERIENCIA GLOBAL RESPETO A LOS SERVICIOS DE SALUD QUE HA RECIBIDO A TRAVES DE SU IPS.

☒ MUY BUENA ☐ BUENA ☐ REGULAER ☐ MALA

¿QUE SUGERENCIAS HARIA USTED PARA MEJORAR ESTE SERVICIO?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



## ENCUESTA DE SATISFACCIÓN VACUNACIÓN

GRACIAS POR RESPONDER ESTA ENCUESTA. SU OPINIÓN CONTRIBUYE A QUE PODAMOS PRESTARLE UN MEJOR SERVICIO. POR FAVOR MARQUE CON UNA EQUIS (X) LA RESPUESTA QUE ESCOJA.

FECHA: 15/10/2022

PROCEDENCIA: ☐ URBANA ☒ RURAL

¿CUAL ES SU E.P.S.?

☐ NUEVA EPS ☐ SUMIMEDICAL ☒ SAVIA SALUD ☐ OTRA. CUAL \_\_\_\_\_

1. ¿DESPUES DE PRESENTAR EL CARNET, CUANTO TIEMPO ESPERO PARA LA VACUNACIÓN? \_\_\_\_\_

2. ¿COMO LE PARECIÓ LA INFORMACIÓN RECIBIDA DURANTE LA ATENCIÓN?

☒ EXCELENTE ☐ BUENO ☐ REGULAR ☐ MALO

3. ¿QUEDÓ SATISFECHO CON LA ATENCIÓN QUE SE LE DIO?

☒ SI ☐ NO

4. COMO LE PARECIÓ EL TRATO RECIBIDO:

☒ AMABLE ☐ DESCORTÉS

5. COMO LE PARECIÓ LA COMODIDAD Y LIMPIEZA DEL SERVICIO:

☒ EXCELENTE ☐ BUENO ☐ REGULAR ☐ MALO

6. COMO LE PARECIÓ LA PRIVACIDAD DURANTE LA ATENCIÓN

☒ EXCELENTE ☐ BUENA ☐ REGULAR ☐ MALA

7. EN SU OPINIÓN, EL SERVICIO QUE RECIBIÓ FUE:

☒ EXCELENTE ☐ BUENO ☐ REGULAR ☐ MALO

8. COMO CALIFICA SU EXPERIENCIA GLOBAL RESPETO A LOS SERVICIOS DE SALUD QUE HA RECIBIDO A TRAVES DE SU IPS.

☒ MUY BUENA ☐ BUENA ☐ REGULAR ☐ MALA

¿QUE SUGERENCIAS HARIA USTED PARA MEJORAR ESTE SERVICIO?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_





## ENCUESTA DE SATISFACCIÓN VACUNACIÓN

GRACIAS POR RESPONDER ESTA ENCUESTA. SU OPINIÓN CONTRIBUYE A QUE PODAMOS PRESTARLE UN MEJOR SERVICIO. POR FAVOR MARQUE CON UNA EQUIS (X) LA RESPUESTA QUE ESCOJA.

FECHA: 24/10/2022

PROCEDENCIA: ☒ URBANA ☐ RURAL

¿CUAL ES SU E.P.S.?

☒ NUEVA EPS ☐ SUMIMEDICAL ☐ SAVIA SALUD ☐ OTRA. CUAL \_\_\_\_\_

1. ¿DESPUES DE PRESENTAR EL CARNET, CUANTO TIEMPO ESPERO PARA LA VACUNACIÓN? \_\_\_\_\_

2. ¿COMO LE PARECIÓ LA INFORMACIÓN RECIBIDA DURANTE LA ATENCIÓN?

☒ EXCELENTE ☐ BUENO ☐ REGULAR ☐ MALO

3. ¿QUEDÓ SATISFECHO CON LA ATENCIÓN QUE SE LE DIO?

☒ SI ☐ NO

4. COMO LE PARECIÓ EL TRATO RECIBIDO:

☒ AMABLE ☐ DESCORTÉS

5. COMO LE PARECIÓ LA COMODIDAD Y LIMPIEZA DEL SERVICIO:

☐ EXCELENTE ☒ BUENO ☐ REGULAR ☐ MALO

6. COMO LE PARECIÓ LA PRIVACIDAD DURANTE LA ATENCIÓN

☒ EXCELENTE ☐ BUENA ☐ REGULAR ☐ MALA

7. EN SU OPINIÓN, EL SERVICIO QUE RECIBIÓ FUE:

☐ EXCELENTE ☒ BUENO ☐ REGULAR ☐ MALO

6. COMO CALIFICA SU EXPERIENCIA GLOBAL RESPETO A LOS SERVICIOS DE SALUD QUE HA RECINIDO A TRAVES DE SU IPS.

☐ MUY BUENA ☒ BUENA ☐ REGULAER ☐ MALA

¿QUE SUGERENCIAS HARIA USTED PARA MEJORAR ESTE SERVICIO?

---

---

---



## ENCUESTA DE SATISFACCIÓN VACUNACIÓN

GRACIAS POR RESPONDER ESTA ENCUESTA. SU OPINIÓN CONTRIBUYE A QUE PODAMOS PRESTARLE UN MEJOR SERVICIO. POR FAVOR MARQUE CON UNA EQUIS (X) LA RESPUESTA QUE ESCOJA.

FECHA: 19/10/2022

PROCEDENCIA: ☒ URBANA ☐ RURAL

¿CUAL ES SU E.P.S.?

☐ NUEVA EPS ☐ SUMIMEDICAL ☒ SAVIA SALUD ☐ OTRA. CUAL \_\_\_\_\_

1. ¿DESPUES DE PRESENTAR EL CARNET, CUANTO TIEMPO ESPERO PARA LA VACUNACIÓN? \_\_\_\_\_

2. ¿COMO LE PARECIÓ LA INFORMACIÓN RECIBIDA DURANTE LA ATENCIÓN?

☐ EXCELENTE ☒ BUENO ☐ REGULAR ☐ MALO

3. ¿QUEDÓ SATISFECHO CON LA ATENCIÓN QUE SE LE DIO?

☒ SI ☐ NO

4. COMO LE PARECIÓ EL TRATO RECIBIDO:

☒ AMABLE ☐ DESCORTÉS

5. COMO LE PARECIÓ LA COMODIDAD Y LIMPIEZA DEL SERVICIO:

☐ EXCELENTE ☒ BUENO ☐ REGULAR ☐ MALO

6. COMO LE PARECIÓ LA PRIVACIDAD DURANTE LA ATENCIÓN

☐ EXCELENTE ☒ BUENA ☐ REGULAR ☐ MALA

7. EN SU OPINIÓN, EL SERVICIO QUE RECIBÍÓ FUE:

☒ EXCELENTE ☐ BUENO ☐ REGULAR ☐ MALO

6. COMO CALIFICA SU EXPERIENCIA GLOBAL RESPETO A LOS SERVICIOS DE SALUD QUE HA RECIBIDO A TRAVES DE SU IPS.

☒ MUY BUENA ☐ BUENA ☐ REGULAR ☐ MALA

¿QUE SUGERENCIAS HARIA USTED PARA MEJORAR ESTE SERVICIO?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



## ENCUESTA DE SATISFACCIÓN VACUNACIÓN

GRACIAS POR RESPONDER ESTA ENCUESTA. SU OPINIÓN CONTRIBUYE A QUE PODAMOS PRESTARLE UN MEJOR SERVICIO. POR FAVOR MARQUE CON UNA EQUIS (X) LA RESPUESTA QUE ESCOJA.

FECHA: 27/10/2022

PROCEDENCIA: ☒ URBANA ☐ RURAL

¿CUAL ES SU E.P.S.?

☐ NUEVA EPS ☒ SUMIMEDICAL ☐ SAVIA SALUD ☐ OTRA. CUAL \_\_\_\_\_

1. ¿DESPUES DE PRESENTAR EL CARNET, CUANTO TIEMPO ESPERO PARA LA VACUNACIÓN? \_\_\_\_\_

2. ¿COMO LE PARECIÓ LA INFORMACIÓN RECIBIDA DURANTE LA ATENCIÓN?

☒ EXCELENTE ☐ BUENO ☐ REGULAR ☐ MALO

3. ¿QUEDÓ SATISFECHO CON LA ATENCIÓN QUE SE LE DIO?

☒ SI ☐ NO

4. COMO LE PARECIÓ EL TRATO RECIBIDO:

☒ AMABLE ☐ DESCORTÉS

5. COMO LE PARECIÓ LA COMODIDAD Y LIMPIEZA DEL SERVICIO:

☐ EXCELENTE ☒ BUENO ☐ REGULAR ☐ MALO

6. COMO LE PARECIÓ LA PRIVACIDAD DURANTE LA ATENCIÓN

☒ EXCELENTE ☐ BUENA ☐ REGULAR ☐ MALA

7. EN SU OPINIÓN, EL SERVICIO QUE RECIBIÓ FUE:

☒ EXCELENTE ☐ BUENO ☐ REGULAR ☐ MALO

6. COMO CALIFICA SU EXPERIENCIA GLOBAL RESPETO A LOS SERVICIOS DE SALUD QUE HA RECINIDO A TRAVES DE SU IPS.

☒ MUY BUENA ☐ BUENA ☐ REGULAER ☐ MALA

¿QUE SUGERENCIAS HARIA USTED PARA MEJORAR ESTE SERVICIO?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



## ENCUESTA DE SATISFACCIÓN VACUNACIÓN

GRACIAS POR RESPONDER ESTA ENCUESTA. SU OPINIÓN CONTRIBUYE A QUE PODAMOS PRESTARLE UN MEJOR SERVICIO. POR FAVOR MARQUE CON UNA EQUIS (X) LA RESPUESTA QUE ESCOJA.

FECHA: 25/ 10/ 2022

PROCEDENCIA: ☒ URBANA ☐ RURAL

¿CUAL ES SU E.P.S.?

☒ NUEVA EPS ☐ SUMIMEDICAL ☐ SAVIA SALUD ☐ OTRA. CUAL \_\_\_\_\_

1. ¿DESPUES DE PRESENTAR EL CARNET, CUANTO TIEMPO ESPERO PARA LA VACUNACIÓN? \_\_\_\_\_

2. ¿COMO LE PARECIÓ LA INFORMACIÓN RECIBIDA DURANTE LA ATENCIÓN?

☒ EXCELENTE ☐ BUENO ☐ REGULAR ☐ MALO

3. ¿QUEDÓ SATISFECHO CON LA ATENCIÓN QUE SE LE DIO?

☒ SI ☐ NO

4. COMO LE PARECIÓ EL TRATO RECIBIDO:

☒ AMABLE ☐ DESCORTÉS

5. COMO LE PARECIÓ LA COMODIDAD Y LIMPIEZA DEL SERVICIO:

☐ EXCELENTE ☒ BUENO ☐ REGULAR ☐ MALO

6. COMO LE PARECIÓ LA PRIVACIDAD DURANTE LA ATENCIÓN

☒ EXCELENTE ☐ BUENA ☐ REGULAR ☐ MALA

7. EN SU OPINIÓN, EL SERVICIO QUE RECIBIÓ FUE:

☒ EXCELENTE ☐ BUENO ☐ REGULAR ☐ MALO

6. COMO CALIFICA SU EXPERIENCIA GLOBAL RESPETO A LOS SERVICIOS DE SALUD QUE HA RECINIDO A TRAVES DE SU IPS.

☐ MUY BUENA ☒ BUENA ☐ REGULAER ☐ MALA

¿QUE SUGERENCIAS HARIA USTED PARA MEJORAR ESTE SERVICIO?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



## ENCUESTA DE SATISFACCIÓN VACUNACIÓN

GRACIAS POR RESPONDER ESTA ENCUESTA. SU OPINIÓN CONTRIBUYE A QUE PODAMOS PRESTARLE UN MEJOR SERVICIO. POR FAVOR MARQUE CON UNA EQUIS (X) LA RESPUESTA QUE ESCOJA.

FECHA: 22/10/2022

PROCEDENCIA: ☐ URBANA ☒ RURAL

¿CUAL ES SU E.P.S.?

☐ NUEVA EPS ☐ SUMIMEDICAL ☒ SAVIA SALUD ☐ OTRA. CUAL \_\_\_\_\_

1. ¿DESPUES DE PRESENTAR EL CARNET, CUANTO TIEMPO ESPERO PARA LA VACUNACIÓN? \_\_\_\_\_

2. ¿COMO LE PARECIÓ LA INFORMACIÓN RECIBIDA DURANTE LA ATENCIÓN?

☒ EXCELENTE ☐ BUENO ☐ REGULAR ☐ MALO

3. ¿QUEDÓ SATISFECHO CON LA ATENCIÓN QUE SE LE DIO?

☒ SI ☐ NO

4. COMO LE PARECIÓ EL TRATO RECIBIDO:

☒ AMABLE ☐ DESCORTÉS

5. COMO LE PARECIÓ LA COMODIDAD Y LIMPIEZA DEL SERVICIO:

☒ EXCELENTE ☐ BUENO ☐ REGULAR ☐ MALO

6. COMO LE PARECIÓ LA PRIVACIDAD DURANTE LA ATENCIÓN

☒ EXCELENTE ☐ BUENA ☐ REGULAR ☐ MALA

7. EN SU OPINIÓN, EL SERVICIO QUE RECIBIÓ FUE:

☒ EXCELENTE ☐ BUENO ☐ REGULAR ☐ MALO

6. COMO CALIFICA SU EXPERIENCIA GLOBAL RESPETO A LOS SERVICIOS DE SALUD QUE HA RECINIDO A TRAVES DE SU IPS.

☒ MUY BUENA ☐ BUENA ☐ REGULAER ☐ MALA

¿QUE SUGERENCIAS HARIA USTED PARA MEJORAR ESTE SERVICIO?

---

---

---



## ENCUESTA DE SATISFACCIÓN VACUNACIÓN

GRACIAS POR RESPONDER ESTA ENCUESTA. SU OPINIÓN CONTRIBUYE A QUE PODAMOS PRESTARLE UN MEJOR SERVICIO. POR FAVOR MARQUE CON UNA EQUIS (X) LA RESPUESTA QUE ESCOJA.

FECHA: 22/10/2022

PROCEDENCIA: ☐ URBANA ☒ RURAL

¿CUAL ES SU E.P.S.?

☐ NUEVA EPS ☐ SUMIMEDICAL ☒ SAVIA SALUD ☐ OTRA. CUAL \_\_\_\_\_

1. ¿DESPUES DE PRESENTAR EL CARNET, CUANTO TIEMPO ESPERO PARA LA VACUNACIÓN? \_\_\_\_\_

2. ¿COMO LE PARECIÓ LA INFORMACIÓN RECIBIDA DURANTE LA ATENCIÓN?

☒ EXCELENTE ☐ BUENO ☐ REGULAR ☐ MALO

3. ¿QUEDÓ SATISFECHO CON LA ATENCIÓN QUE SE LE DIO?

☒ SI ☐ NO

4. COMO LE PARECIÓ EL TRATO RECIBIDO:

☒ AMABLE ☐ DESCORTÉS

5. COMO LE PARECIÓ LA COMODIDAD Y LIMPIEZA DEL SERVICIO:

☒ EXCELENTE ☐ BUENO ☐ REGULAR ☐ MALO

6. COMO LE PARECIÓ LA PRIVACIDAD DURANTE LA ATENCIÓN

☒ EXCELENTE ☐ BUENA ☐ REGULAR ☐ MALA

7. EN SU OPINIÓN, EL SERVICIO QUE RECIBIÓ FUE:

☒ EXCELENTE ☐ BUENO ☐ REGULAR ☐ MALO

6. COMO CALIFICA SU EXPERIENCIA GLOBAL RESPETO A LOS SERVICIOS DE SALUD QUE HA RECINIDO A TRAVES DE SU IPS.

☐ MUY BUENA ☒ BUENA ☐ REGULAER ☐ MALA

¿QUE SUGERENCIAS HARIA USTED PARA MEJORAR ESTE SERVICIO?

---

---

---



## ENCUESTA DE SATISFACCIÓN VACUNACIÓN

GRACIAS POR RESPONDER ESTA ENCUESTA. SU OPINIÓN CONTRIBUYE A QUE PODAMOS PRESTARLE UN MEJOR SERVICIO. POR FAVOR MARQUE CON UNA EQUI (X) LA RESPUESTA QUE ESCOJA.

FECHA: 22/10/2022

PROCEDENCIA: ☐ URBANA ☐ RURAL

¿CUAL ES SU E.P.S.?

☐ NUEVA EPS ☐ SUMIMEDICAL ☒ SAVIA SALUD ☐ OTRA. CUAL \_\_\_\_\_

1. ¿DESPUES DE PRESENTAR EL CARNET, CUANTO TIEMPO ESPERO PARA LA VACUNACIÓN? \_\_\_\_\_

2. ¿COMO LE PARECIÓ LA INFORMACIÓN RECIBIDA DURANTE LA ATENCIÓN?

☒ EXCELENTE ☐ BUENO ☐ REGULAR ☐ MALO

3. ¿QUEDÓ SATISFECHO CON LA ATENCIÓN QUE SE LE DIO?

☒ SI ☐ NO

4. COMO LE PARECIÓ EL TRATO RECIBIDO:

☒ AMABLE ☐ DESCORTÉS

5. COMO LE PARECIÓ LA COMODIDAD Y LIMPIEZA DEL SERVICIO:

☒ EXCELENTE ☐ BUENO ☐ REGULAR ☐ MALO

6. COMO LE PARECIÓ LA PRIVACIDAD DURANTE LA ATENCIÓN

☒ EXCELENTE ☐ BUENA ☐ REGULAR ☐ MALA

7. EN SU OPINIÓN, EL SERVICIO QUE RECIBIÓ FUE:

☒ EXCELENTE ☐ BUENO ☐ REGULAR ☐ MALO

6. COMO CALIFICA SU EXPERIENCIA GLOBAL RESPETO A LOS SERVICIOS DE SALUD QUE HA RECINIDO A TRAVES DE SU IPS.

☒ MUY BUENA ☐ BUENA ☐ REGULAER ☐ MALA

¿QUE SUGERENCIAS HARIA USTED PARA MEJORAR ESTE SERVICIO?

---

---

---