

# **INFORME DE LA EXPERIENCIA DEL USUARIO Y SU FAMILIA CON LA ATENCION RECIBIDA**

## **CUARTO TRIMESTRE 2022**

### **HOSPITAL CIVIL DE IPIALES E.S.E**

### **INFORME TRIMESTRAL OCTUBRE, NOVIEMBRE Y DICIEMBRE 2022**

**Elaborado por**  
**Ps. Lorena Chamorro Arteaga**  
**Coordinadora Atención al Usuario HCI**

## APLICACION DE EXPERIENCIA DEL USUARIO Y SU FAMILIA CON LA ATENCION RECIBIDA

La aplicación de la Encuesta de la experiencia del usuario y su familia con la atención recibida es importante en el sentido que permite conocer la percepción de satisfacción elemento esencial para la prestación de servicios con calidad, para el usuario, la calidad depende de la interacción con el personal de salud e influirá en su comportamiento, es decir, de esto depende que si el usuario vuelve a recibir los servicios en la institución y la proyecte a la comunidad de manera positiva.

El proceso del Sistema Integrado de Atención al Usuario, dentro de sus subprocesos realiza la aplicación y análisis de los resultados de la Encuestas de la Experiencia del Usuario y su familia por la atención recibida, de los meses Octubre, Noviembre y Diciembre se realizó la aplicación de la encuesta FO-2321 Versión 1, realizando un consolidado del CUARTO TRIMESTRE 2022.

La Encuesta de Satisfacción cuenta con preguntas cerradas con opciones de respuesta 1 Pregunta con escala de respuesta 1) Muy Buena 2) Buena 3) Regular 4) Mala 5) Muy mala 6) No Informa y otras 1) Excelente 2) Muy Bueno 3) Bueno 4) Regular 5) Malo 6) No Informa; 1 Pregunta con escala de respuesta 1) Definitivamente Si 2) Probablemente Si 3) Probablemente No 4) Definitivamente No 5) No Informa y 2 preguntas con posibilidades de respuesta múltiple. Los criterios de elegibilidad para determinar satisfacción son las puntuaciones que oscilan en Respuesta Excelente, Muy Bueno y Bueno.

La Muestra seleccionada para la aplicación cuenta con los parámetros estadísticos establecidos.

Teniendo en cuenta lo anterior para este periodo CUARTO TRIMESTRE 2022 de evaluación se aplicó las siguientes encuestas en cada uno de los procesos:

| PROCESO                 | N. ENCUESTAS APLICADAS |
|-------------------------|------------------------|
| Laboratorio             | 90                     |
| Imagenología            | 60                     |
| Rehabilitación          | 45                     |
| Consulta externa        | 45                     |
| Quirúrgicas             | 30                     |
| Cirugía Ambulatoria     | 30                     |
| Urgencias               | 30                     |
| UCIN                    | 30                     |
| UCI                     | 30                     |
| Ginecología             | 30                     |
| Hospitalización General | 30                     |
| Medicina Interna        | 30                     |

|                        |            |
|------------------------|------------|
| Pediatría              | 30         |
| Gastroenterología      | 60         |
| <b>Total Encuestas</b> | <b>570</b> |

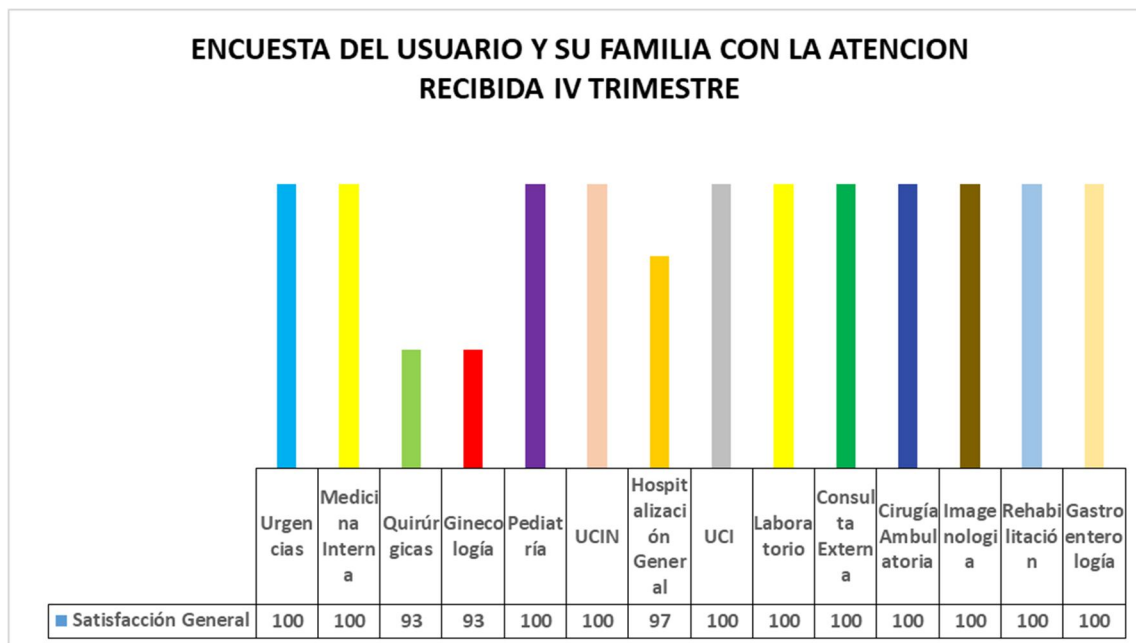
## CRITERIOS DE EVALUACION

### ❖ Satisfacción con el servicio recibido

| PROCESO                   | Satisfacción General | Meta       |
|---------------------------|----------------------|------------|
| Urgencias                 | 97                   | <b>95%</b> |
| Medicina Interna          | 100                  |            |
| Quirúrgicas               | 93                   |            |
| Ginecología               | 93                   |            |
| Pediatría                 | 100                  |            |
| UCIN                      | 100                  |            |
| Hospitalización General   | 97                   |            |
| UCI                       | 100                  |            |
| Laboratorio               | 100                  |            |
| Consulta Externa          | 100                  |            |
| Cirugía Ambulatoria       | 100                  |            |
| Imagenología              | 100                  |            |
| Rehabilitación            | 100                  |            |
| Gastroenterología         | 100                  |            |
| <b>TOTAL SATISFACCIÓN</b> | <b>98%</b>           |            |


En el Hospital Civil de Ipiales dentro de la Experiencia del Usuario y su familia con la atención recibida, se ha proyectado para el Cuarto Trimestre 2022 la meta del 95%. La satisfacción total para éste trimestre corresponde al 98% cabe anotar que realizando estudio de los porcentajes se observa que las diferentes áreas asistenciales han asumido un compromiso total.

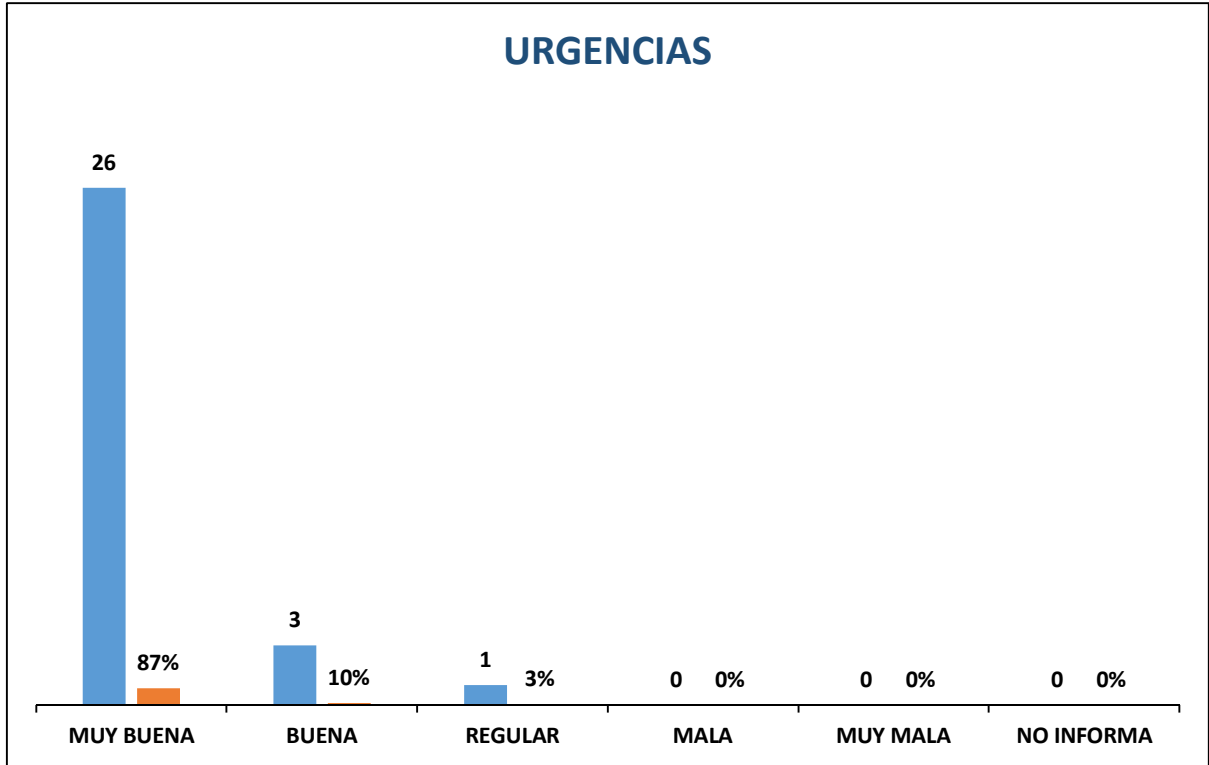
Se resalta los procesos que si alcanzaron y sobrepasaron la meta proyectada, los procesos son los siguientes: Urgencias 97%, Medicina Interna 100%, Pediatría 100%, UCIN 100%, UCI 100% Laboratorio 100%, Consulta Externa 100%, Cirugía Ambulatoria 100%, Imagenología 100% ,Rehabilitación 100%, Hospitalización General 97%,Gastroenterología 100%.



Por lo cual podemos concluir que: En el Cuarto Trimestre del año podemos observar que los diferentes procesos han mejorado, se debe procurar la articulación de los diferentes actores como líderes de procesos y colaboradores para que acojan las sugerencias plasmadas en los diferentes reportes mensuales y Planes de Mejora Internos; se debe seguir realizando seguimiento constante de éstos para lograr óptimos resultados.

A continuación se detallan el consolidado del CUARTO TRIMESTRE DEL AÑO 2022, Por cada proceso y las observaciones acumuladas, realizadas por los usuarios:

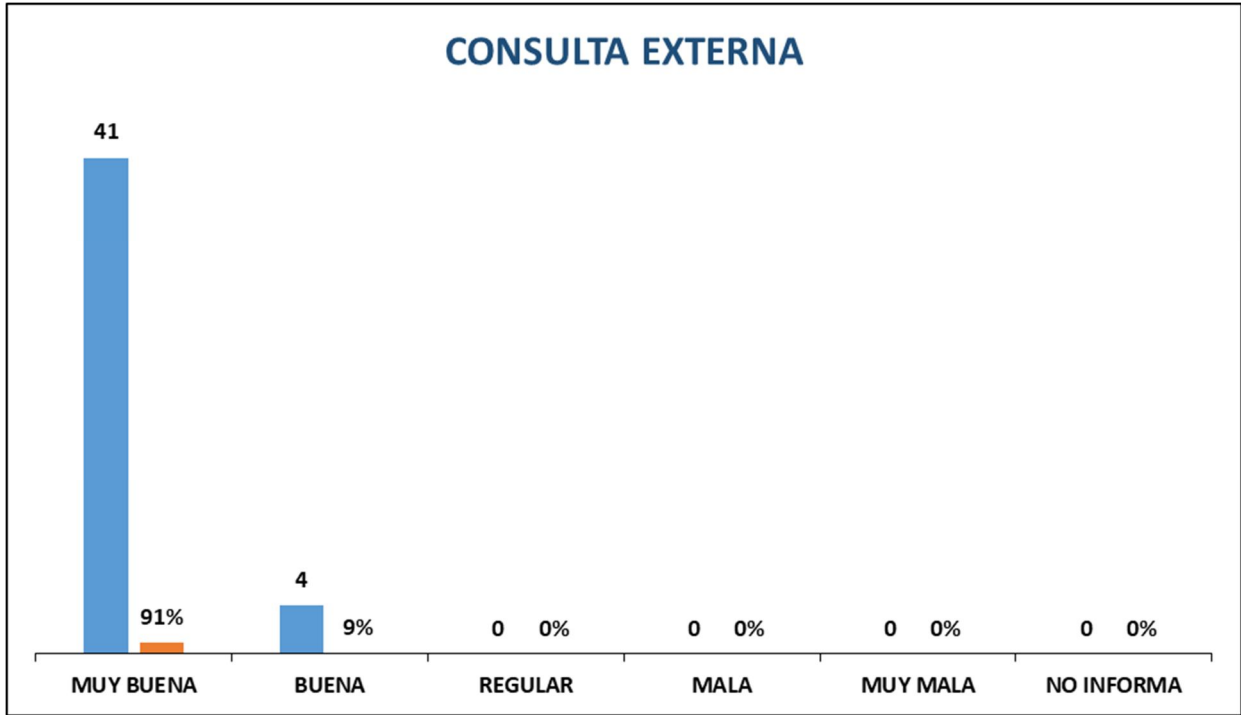
|    |   | TABULACIÓN DE ENCUESTA DE EXPERIENCIA DEL USUARIO CON LA ATENCIÓN RECIBIDA |                  |                  |                    | FO- 2321   |                        |                |
|---|---|--|------------------|------------------|--------------------|------------|------------------------|----------------|
|   |   |  |                  |                  |                    | Versión: 1 | Vigencia<br>16/07/2021 |                |
|   |   | <b>URGENCIAS</b>   |                  |                  |                    |            |                        |                |
|   |   | <b>No. ENCUESTAS 30</b>  |                  |                  |                    |            |                        |                |
| ITEM EVALUADO EN LA ENCUESTA  |   | CRITERIOS DE CALIFICACION  |                  |                  |                    |            |                        |                |
| 1. ¿Cómo calificaría su experiencia respecto a los servicios de salud recibidos en la institución?  | N/A   | MUY BUENA  | BUENA            | REGULAR          | MALA               | MUY MALA   | NO INFORMA             | TOTAL PROMEDIO |
|   |   | 26<br>87%  | 3<br>10%         | 1<br>3%          | 0<br>0%            | 0<br>0%    | 0<br>0%                | 97%            |
|   |   | EXCELENTE  | MUY BUENO        | BUENO            | REGULAR            | MALO       | NO INFORMA             | TOTAL PROMEDIO |
| 2. Pensando en su experiencia general con la atención en la salud brindada en esta institución ¿ Como calificaría los siguientes ítems?       | a. El profesional de salud saluda y presenta su presentación?   | 11<br>37%  | 16<br>53%        | 3<br>10%         | 0<br>0%            | 0<br>0%    | 0<br>0%                | 100%           |
|   | b. Atención amable y trato respetuoso   | 2<br>7%  | 24<br>80%        | 4<br>13%         | 0<br>0%            | 0<br>0%    | 0<br>0%                | 100%           |
|   | c. Privacidad y confidencialidad  | 2<br>7%  | 24<br>80%        | 4<br>13%         | 0<br>0%            | 0<br>0%    | 0<br>0%                | 100%           |
|   | d. Oportunidad en la atención teniendo en cuenta los tiempos de espera informados                           | 2<br>7%  | 19<br>63%        | 9<br>30%         | 0<br>0%            | 0<br>0%    | 0<br>0%                | 100%           |
|   | e. Limpieza y desinfección general de las instalaciones   | 2<br>7%  | 23<br>77%        | 5<br>17%         | 0<br>0%            | 0<br>0%    | 0<br>0%                | 100%           |
|   | f. Bienestar y comodidad física general de las instalaciones  | 2<br>7%  | 24<br>80%        | 4<br>13%         | 0<br>0%            | 0<br>0%    | 0<br>0%                | 100%           |
|   | g. Seguridad en la atención brindada en salud por la institución  | 2<br>7%  | 24<br>80%        | 4<br>13%         | 0<br>0%            | 0<br>0%    | 0<br>0%                | 100%           |
|   | h. Acceso a cita médica o ingreso por urgencias   | 2<br>7%  | 14<br>47%        | 13<br>43%        | 1<br>3%            | 0<br>0%    | 0<br>0%                | 97%            |
|   | i. Disponibilidad de elementos necesarios para mi atención (ropa, nutrición, aseo, entre otros)             | 2<br>7%  | 24<br>80%        | 4<br>13%         | 0<br>0%            | 0<br>0%    | 0<br>0%                | 100%           |
|   | j. Disponibilidad de medicamentos y/o dispositivos y equipos médicos para mi atención                       | 2<br>7%  | 24<br>80%        | 4<br>13%         | 0<br>0%            | 0<br>0%    | 0<br>0%                | 100%           |
|   |   | EXCELENTE  | MUY BUENO        | BUENO            | REGULAR            | MALO       | NO INFORMA             | TOTAL PROMEDIO |
| 3. Pensando en el o los profesionales de salud que le brindaron la atención médica. Califique su experiencia según los siguientes enunciados: | a. La explicación sobre su estado de salud diagnóstico y tratamiento fue clara y comprensible?              | 2<br>7%  | 24<br>80%        | 4<br>13%         | 0<br>0%            | 0<br>0%    | 0<br>0%                | 100%           |
|   | b. Escucha sus inquietudes  | 2<br>7%  | 24<br>80%        | 4<br>13%         | 0<br>0%            | 0<br>0%    | 0<br>0%                | 100%           |
|   | c. Habla usando un lenguaje que usted comprende   | 2<br>7%  | 24<br>80%        | 4<br>13%         | 0<br>0%            | 0<br>0%    | 0<br>0%                | 100%           |
|   | d. Le explica los procedimientos a realizar y su finalidad?   | 2<br>7%  | 24<br>80%        | 4<br>13%         | 0<br>0%            | 0<br>0%    | 0<br>0%                | 100%           |
|   | e. Lo trata con dignidad y respeto  | 2<br>7%  | 24<br>80%        | 4<br>13%         | 0<br>0%            | 0<br>0%    | 0<br>0%                | 100%           |
|   | f. Le brindó información sobre el consentimiento informado antes del procedimiento?                         | 2<br>7%  | 24<br>80%        | 4<br>13%         | 0<br>0%            | 0<br>0%    | 0<br>0%                | 100%           |
|   | g. La información suministrada sobre los trámites posteriores a su atención es clara y entendida por usted? | 2<br>7%  | 24<br>80%        | 4<br>13%         | 0<br>0%            | 0<br>0%    | 0<br>0%                | 100%           |
|   | h. Su experiencia general al hablar con el o los profesionales de salud fue:                                | 2<br>7%  | 24<br>80%        | 4<br>13%         | 0<br>0%            | 0<br>0%    | 0<br>0%                | 100%           |
| 4. ¿Teniendo en cuenta su experiencia en el HCI, recomendaría nuestros servicios a sus familiares, amigos o a otras personas??                |   | DEFINITIVAMENTE SI   | PROBABLEMENTE SI | PROBABLEMENTE NO | DEFINITIVAMENTE NO | NO INFORMA |                        | TOTAL PROMEDIO |
|   |   | 28<br>93%  | 2<br>7%          | 0<br>0%          | 0<br>0%            | 0<br>0%    | 0<br>0%                | 100%           |



| <b>OBSERVACIONES DE PACIENTES ACOMPAÑANTES O FAMILIARES</b>        |   |
|--|---|
| <b>a. QUE PODRIA DESTACAR EN LA ATENCIÓN BRINDADA</b>              | <b>b. COSAS QUE PODRÍA MEJORARSE:</b>   |
| 1.La Atención es muy buena<br>2.Usuario refiere Muy buena atención | 1.Usuario refiere Mejorar la coordinación para la cirugía de mi familiar, está en ayuno desde ayer y no nos dicen a qué hora la pasan a quirófano<br>2.Usuaría refiere que sea más rápida la atención para la valoración médica<br>3.Usuaría refiere que las auxiliares sepan canalizar las venas<br>4.Usuaría refiere que el personal de salud sea más humano y ayude en el aseo del paciente que esta fracturado<br>5.Usuario refiere que el especialista tratante debería pasar más rápido a revisar a los pacientes para definir el paso a seguir en mi caso si es de cirugía o de enyesarme<br>6.Usuario refiere que deben mejorar los tiempos de espera en sala<br>7.Usuario recomienda mejorar los tiempos de espera en sala |

|   |   |                 |                        |
|---|---|-----------------|------------------------|
|  | <b>TABULACIÓN DE ENCUESTA DE EXPERIENCIA DEL USUARIO CON LA ATENCIÓN RECIBIDA</b> | <b>FO- 2321</b> |                        |
|   |   | Versión: 1      | Vigencia<br>16/07/2021 |

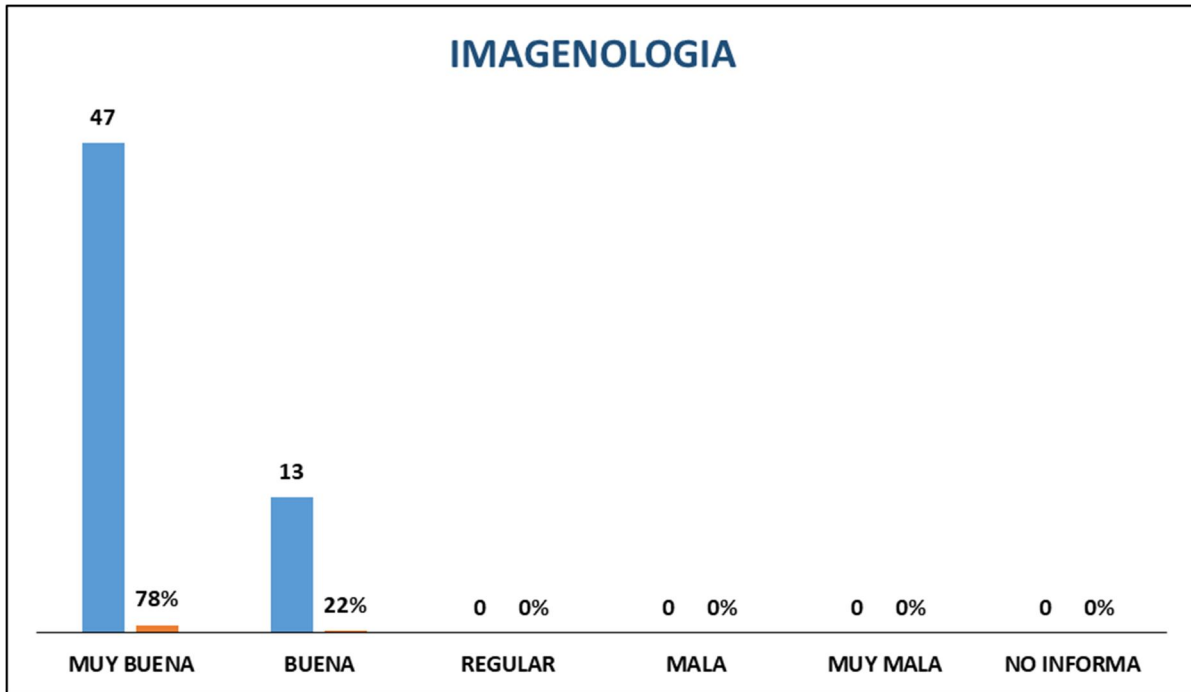
| ITEM EVALUADO EN LA ENCUESTA  |  | CONSULTA EXTERNA          |                  |                  |                    |            |            | TOTAL PROMEDIO |
|---|--|---------------------------|------------------|------------------|--------------------|------------|------------|----------------|
|   |  | No. ENCUESTAS 45          |                  |                  |                    |            |            |                |
| 1. ¿Cómo calificaría su experiencia respecto a los servicios de salud recibidos en la institución?  |  | CRITERIOS DE CALIFICACION |                  |                  |                    |            |            |                |
|   |  | MUY BUENA                 | BUENA            | REGULAR          | MALA               | MUY MALA   | NO INFORMA | TOTAL PROMEDIO |
| N/A   |  | 41                        | 4                | 0                | 0                  | 0          | 0          | 100%           |
|   |  | 91%                       | 9%               | 0%               | 0%                 | 0%         | 0%         |                |
| 2. Pensando en su experiencia general con la atención en la salud brindada en esta institución ¿ Como calificaría los siguientes ítems?       |  | EXCELENTE                 | MUY BUENO        | BUENO            | REGULAR            | MALO       | NO INFORMA | TOTAL PROMEDIO |
|   |  | 8                         | 33               | 3                | 1                  | 0          | 0          | 98%            |
| a. El profesional de salud saluda y presenta su presentación?   |  | 18%                       | 73%              | 7%               | 2%                 | 0%         | 0%         |                |
| b. Atención amable y trato respetuoso   |  | 18%                       | 73%              | 7%               | 2%                 | 0%         | 0%         | 98%            |
| c. Privacidad y confidencialidad  |  | 18%                       | 71%              | 11%              | 0%                 | 0%         | 0%         | 100%           |
| d. Oportunidad en la atención teniendo en cuenta los tiempos de espera informados   |  | 5                         | 23               | 17               | 0                  | 0          | 0          | 100%           |
| e. Limpieza y desinfección general de las instalaciones   |  | 11%                       | 51%              | 38%              | 0%                 | 0%         | 0%         | 100%           |
| f. Bienestar y comodidad física general de las instalaciones  |  | 8                         | 33               | 4                | 0                  | 0          | 0          | 100%           |
| g. Seguridad en la atención brindada en salud por la institución  |  | 18%                       | 73%              | 9%               | 0%                 | 0%         | 0%         | 100%           |
| h. Acceso a cita médica o ingreso por urgencias   |  | 8                         | 33               | 3                | 1                  | 0          | 0          | 98%            |
| i. Disponibilidad de elementos necesarios para mi atención (ropa, nutrición, aseo, entre otros)   |  | 18%                       | 73%              | 7%               | 2%                 | 0%         | 0%         | 100%           |
| j. Disponibilidad de medicamentos y/o dispositivos y equipos médicos para mi atención.  |  | 15                        | 20               | 10               | 0                  | 0          | 0          | 100%           |
|   |  | 33%                       | 44%              | 22%              | 0%                 | 0%         | 0%         |                |
|   |  | 8                         | 33               | 4                | 0                  | 0          | 0          | 100%           |
|   |  | 18%                       | 73%              | 9%               | 0%                 | 0%         | 0%         |                |
|   |  | 8                         | 33               | 4                | 0                  | 0          | 0          | 100%           |
|   |  | 18%                       | 73%              | 9%               | 0%                 | 0%         | 0%         |                |
| 3. Pensando en el o los profesionales de salud que le brindaron la atención medica. Califíque su experiencia según los siguientes enunciados: |  | EXCELENTE                 | MUY BUENO        | BUENO            | REGULAR            | MALO       | NO INFORMA | TOTAL PROMEDIO |
|   |  | 8                         | 33               | 3                | 1                  | 0          | 0          | 98%            |
| a. La explicación sobre su estado de salud diagnóstico y tratamiento fue clara y comprensible?  |  | 18%                       | 73%              | 7%               | 2%                 | 0%         | 0%         |                |
| b. Escucha sus inquietudes  |  | 18%                       | 73%              | 7%               | 2%                 | 0%         | 0%         | 98%            |
| c. Habla usando un lenguaje que usted comprende   |  | 18%                       | 73%              | 7%               | 2%                 | 0%         | 0%         | 98%            |
| d. Le explica los procedimientos a realizar y su finalidad?   |  | 18%                       | 73%              | 7%               | 2%                 | 0%         | 0%         | 98%            |
| e. Lo trata con dignidad y respeto  |  | 18%                       | 73%              | 7%               | 2%                 | 0%         | 0%         | 98%            |
| f. Le brindó información sobre el consentimiento informado antes del procedimiento?   |  | 8                         | 33               | 3                | 1                  | 0          | 0          | 98%            |
| g. La información suministrada sobre los trámites posteriores a su atención es clara y entendida por usted?                                   |  | 18%                       | 73%              | 7%               | 2%                 | 0%         | 0%         | 100%           |
| h. Su experiencia general al hablar con el o los profesionales de salud fue:  |  | 8                         | 33               | 3                | 1                  | 0          | 0          | 98%            |
|   |  | 18%                       | 73%              | 7%               | 2%                 | 0%         | 0%         |                |
| 4. ¿Teniendo en cuenta su experiencia en el HCI, recomendaría nuestros servicios a sus familiares, amigos o a otras personas??                |  | DEFINITIVAMENTE SI        | PROBABLEMENTE SI | PROBABLEMENTE NO | DEFINITIVAMENTE NO | NO INFORMA |            | TOTAL PROMEDIO |
|   |  | 44                        | 1                | 0                | 0                  | 0          | 0          | 100%           |
|   |  | 98%                       | 2%               | 0%               | 0%                 | 0%         | 0%         |                |



| <b>a. QUE PODRIA DESTACAR EN LA ATENCIÓN BRINDADA</b>   | <b>b. COSAS QUE PODRÍA MEJORARSE:</b>   |
|---|---|
| <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Usuario refiere que muy buena atencion</li> <li>2. Usuario refiere que recibio excelente atencion para su familiar, todos amables</li> <li>3. Usuario refiere que muy amable el personal, agradecido con la atencion</li> <li>4. Usuaria refiere que el medico muy amable, agradecida con la atencion</li> <li>5. Usuaria refiere que recibio muy buena atencion</li> <li>6. Usuaria refiere que recibio una muy buena atencion por prte del especialista tratante</li> </ol> | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Usuaria refiere que haya más accesibilidad para citas médicas en agendas de los especialistas</li> <li>2. Usuaria refiere Mejorar en la disponibilidad y asignacion de citas médicas</li> <li>3. Usuario refiere que haya mas agilidad para facturar</li> <li>*. Usuario recomienda más agilidad al momento de facturar</li> <li>4. Usuario refiere que haya más agilidad al momento de facturar la cita medica</li> <li>5. Usuario recomienda mejorar en los tiempos de facturar la cita médica</li> <li>6. Usuario refiere mejorar la oportunidad de facturación</li> <li>7. Usuario refiere un poco demorada la facturación</li> <li>8. Usuaria refiere que el ginecólogo muy grosero, déspota y no explico nada acerca de su estado de salud , solo regañones</li> <li>9. Usuaria recomienda más paciencia y amabilidad por parte del especialista</li> </ol> |

|   |   |                 |                     |
|---|---|-----------------|---------------------|
|  | <b>TABULACIÓN DE ENCUESTA DE EXPERIENCIA DEL USUARIO CON LA ATENCIÓN RECIBIDA</b> | <b>FO- 2321</b> |                     |
|   |   | Versión: 1      | Vigencia 16/07/2021 |

| ITEM EVALUADO EN LA ENCUESTA  |  | IMAGENOLOGIA              |                  |                  |                    |            |                |                |
|---|--|---------------------------|------------------|------------------|--------------------|------------|----------------|----------------|
|   |  | No. ENCUESTAS 60          |                  |                  |                    |            |                |                |
| 1. ¿Cómo calificaría su experiencia respecto a los servicios de salud recibidos en la institución?  |  | CRITERIOS DE CALIFICACION |                  |                  |                    |            |                | TOTAL PROMEDIO |
|   |  | MUY BUENA                 | BUENA            | REGULAR          | MALA               | MUY MALA   | NO INFORMA     |                |
| N/A   |  | 47                        | 13               | 0                | 0                  | 0          | 0              | 100%           |
|   |  | 78%                       | 22%              | 0%               | 0%                 | 0%         | 0%             |                |
| 2. Pensando en su experiencia general con la atención en la salud brindada en esta institución ¿ Como calificaría los siguientes ítems?       |  | EXCELENTE                 | MUY BUENO        | BUENO            | REGULAR            | MALO       | NO INFORMA     | TOTAL PROMEDIO |
|   |  | 22                        | 30               | 8                | 0                  | 0          | 0              | 100%           |
| a. El profesional de salud saluda y presenta su presentación?   |  | 37%                       | 50%              | 13%              | 0%                 | 0%         | 0%             | 100%           |
| b. Atención amable y trato respetuoso   |  | 22                        | 30               | 8                | 0                  | 0          | 0              | 100%           |
|   |  | 37%                       | 50%              | 13%              | 0%                 | 0%         | 0%             | 100%           |
| c. Privacidad y confidencialidad  |  | 22                        | 30               | 8                | 0                  | 0          | 0              | 100%           |
|   |  | 37%                       | 50%              | 13%              | 0%                 | 0%         | 0%             | 100%           |
| d. Oportunidad en la atención teniendo en cuenta los tiempos de espera informados   |  | 20                        | 22               | 18               | 0                  | 0          | 0              | 100%           |
|   |  | 33%                       | 37%              | 30%              | 0%                 | 0%         | 0%             | 100%           |
| e. Limpieza y desinfección general de las instalaciones   |  | 22                        | 30               | 8                | 0                  | 0          | 0              | 100%           |
|   |  | 37%                       | 50%              | 13%              | 0%                 | 0%         | 0%             | 100%           |
| f. Bienestar y comodidad física general de las instalaciones  |  | 22                        | 30               | 8                | 0                  | 0          | 0              | 100%           |
|   |  | 37%                       | 50%              | 13%              | 0%                 | 0%         | 0%             | 100%           |
| g. Seguridad en la atención brindada en salud por la institución  |  | 22                        | 30               | 8                | 0                  | 0          | 0              | 100%           |
|   |  | 37%                       | 50%              | 13%              | 0%                 | 0%         | 0%             | 100%           |
| h. Acceso a cita médica o ingreso por urgencias   |  | 22                        | 30               | 8                | 0                  | 0          | 0              | 100%           |
|   |  | 37%                       | 50%              | 13%              | 0%                 | 0%         | 0%             | 100%           |
| i. Disponibilidad de elementos necesarios para mi atención (ropa, nutrición, aseo, entre otros)   |  | 22                        | 30               | 8                | 0                  | 0          | 0              | 100%           |
|   |  | 37%                       | 50%              | 13%              | 0%                 | 0%         | 0%             | 100%           |
| j. Disponibilidad de medicamentos y/o dispositivos y equipos médicos para mi atención.  |  | 22                        | 30               | 8                | 0                  | 0          | 0              | 100%           |
|   |  | 37%                       | 50%              | 13%              | 0%                 | 0%         | 0%             | 100%           |
| 3. Pensando en el o los profesionales de salud que le brindaron la atención médica. Califique su experiencia según los siguientes enunciados: |  | EXCELENTE                 | MUY BUENO        | BUENO            | REGULAR            | MALO       | NO INFORMA     | TOTAL PROMEDIO |
|   |  | 7                         | 41               | 12               | 0                  | 0          | 0              | 100%           |
| a. La explicación sobre su estado de salud diagnóstico y tratamiento fue clara y comprensible?  |  | 12%                       | 68%              | 20%              | 0%                 | 0%         | 0%             | 100%           |
| b. Escucha sus inquietudes  |  | 7                         | 41               | 12               | 0                  | 0          | 0              | 100%           |
|   |  | 12%                       | 68%              | 20%              | 0%                 | 0%         | 0%             | 100%           |
| c. Habla usando un lenguaje que usted comprende   |  | 7                         | 41               | 12               | 0                  | 0          | 0              | 100%           |
|   |  | 12%                       | 68%              | 20%              | 0%                 | 0%         | 0%             | 100%           |
| d. Le explica los procedimientos a realizar y su finalidad?   |  | 7                         | 41               | 12               | 0                  | 0          | 0              | 100%           |
|   |  | 12%                       | 68%              | 20%              | 0%                 | 0%         | 0%             | 100%           |
| e. Lo trata con dignidad y respeto  |  | 7                         | 41               | 12               | 0                  | 0          | 0              | 100%           |
|   |  | 12%                       | 68%              | 20%              | 0%                 | 0%         | 0%             | 100%           |
| f. Le brindó información sobre el consentimiento informado antes del procedimiento?   |  | 7                         | 41               | 12               | 0                  | 0          | 0              | 100%           |
|   |  | 12%                       | 68%              | 20%              | 0%                 | 0%         | 0%             | 100%           |
| g. La información suministrada sobre los trámites posteriores a su atención es clara y entendida por usted?                                   |  | 7                         | 41               | 12               | 0                  | 0          | 0              | 100%           |
|   |  | 12%                       | 68%              | 20%              | 0%                 | 0%         | 0%             | 100%           |
| h. Su experiencia general al hablar con el o los profesionales de salud fue:  |  | 6                         | 42               | 12               | 0                  | 0          | 0              | 100%           |
|   |  | 10%                       | 70%              | 20%              | 0%                 | 0%         | 0%             | 100%           |
| 4. ¿Teniendo en cuenta su experiencia en el HCI, recomendaría nuestros servicios a sus familiares, amigos o a otras personas??                |  | DEFINITIVAMENTE SI        | PROBABLEMENTE SI | PROBABLEMENTE NO | DEFINITIVAMENTE NO | NO INFORMA | TOTAL PROMEDIO |                |
|   |  | 60                        | 0                | 0                | 0                  | 0          | 100%           |                |
|   |  | 100%                      | 0%               | 0%               | 0%                 | 0%         | 100%           |                |

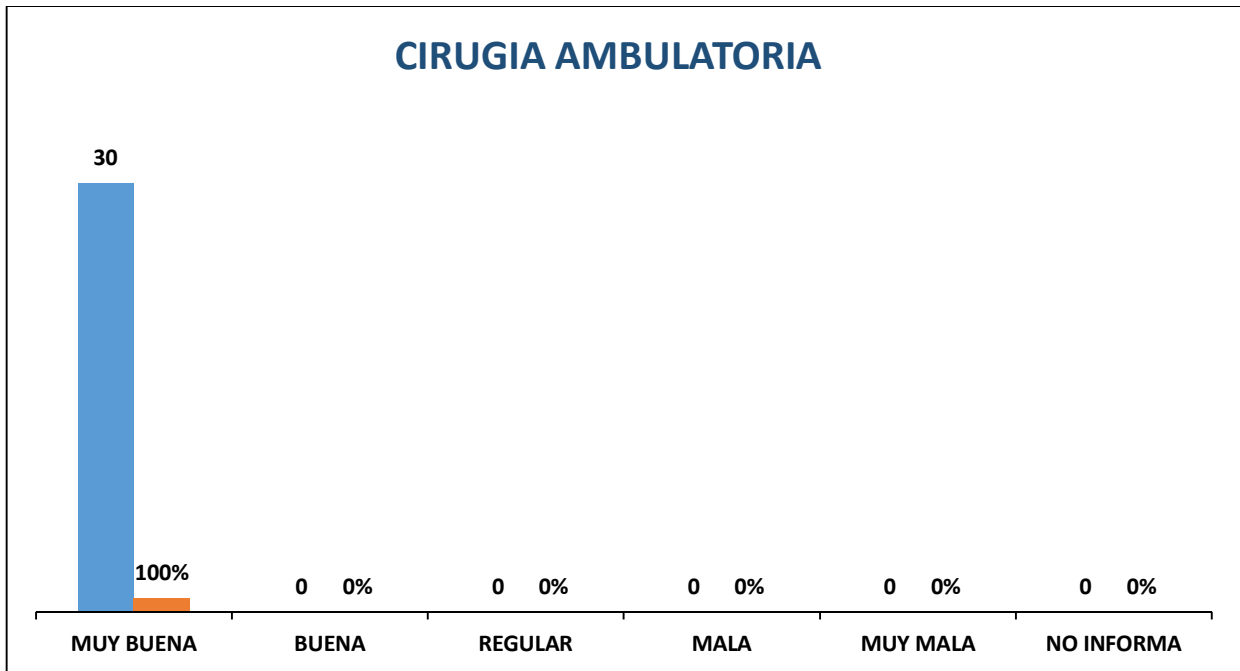


## OBSERVACIONES DE PACIENTES ACOMPAÑANTES O FAMILIARES

| a. QUE PODRIA DESTACAR EN LA ATENCIÓN BRINDADA   | b. COSAS QUE PODRÍA MEJORARSE  |
|--|--|
| <p>1.Usuaría refiere muy buena atención</p> <p>2.Usuaría refiere muy buena atención</p> <p>3..Usuaría refiere que ha recibido una buena atención</p> <p>4.Usuaría refiere que han sido todos amables en la atención</p> <p>5.Usuaría refiere que han sido todos amables en la atención</p> <p>6.Usuaría refiere muy buena atención, todos fueron amables</p> <p>7.Usuario refiere que recibió una excelente atención, el especialista muy amable y muy claro en la explicación</p> | <p>1.1.Un poco demorada la atención</p> <p>2.Mejorar en los tiempos de espera</p> <p>3.Demora en la atención</p> <p>4.Usuaría refiere que haya más agilidad al momento de recibir los papeles y facturar</p> |

|   |   |                 |                     |
|---|---|-----------------|---------------------|
|  | <b>TABULACIÓN DE ENCUESTA DE EXPERIENCIA DEL USUARIO CON LA ATENCIÓN RECIBIDA</b> | <b>FO- 2321</b> |                     |
|   |   | Versión: 1      | Vigencia 16/07/2021 |

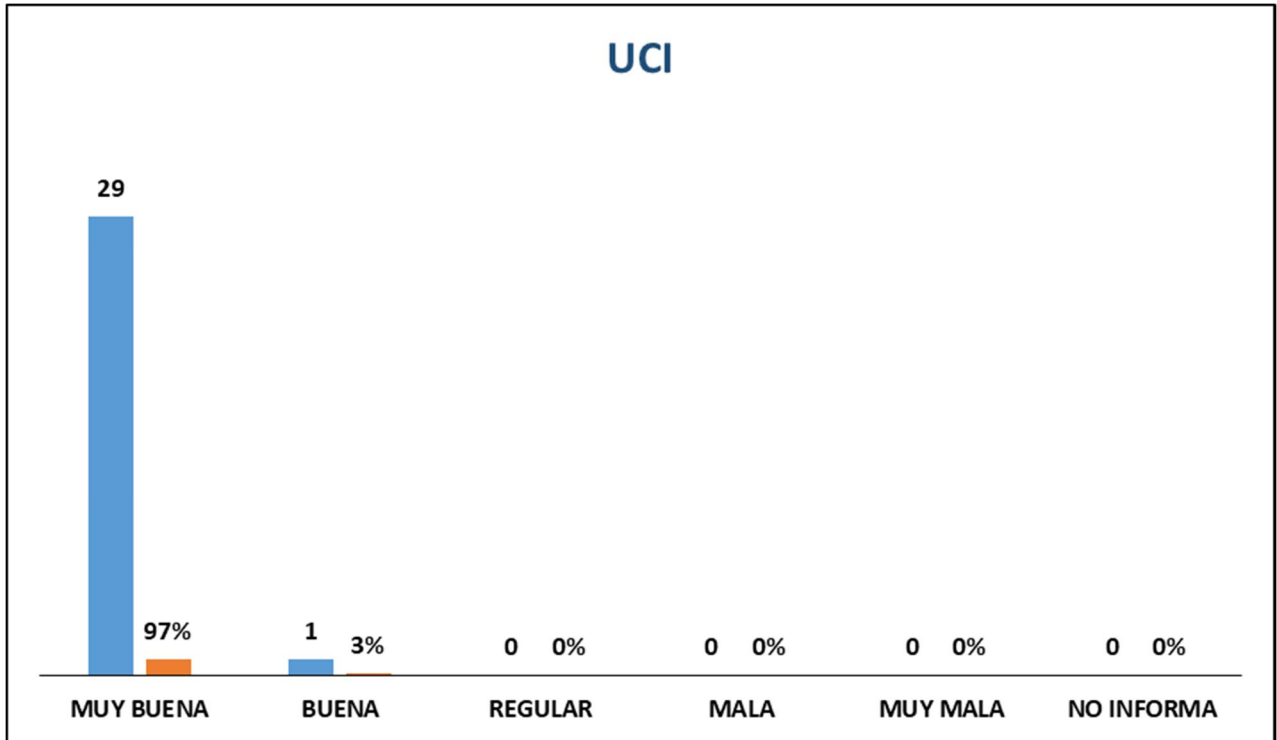
| ITEM EVALUADO EN LA ENCUESTA  |  | CIRUGIA AMBULATORIA       |                  |                  |                    |            |            |                |
|---|--|---------------------------|------------------|------------------|--------------------|------------|------------|----------------|
|   |  | No. ENCUESTAS 30          |                  |                  |                    |            |            |                |
| 1. ¿Cómo calificaría su experiencia respecto a los servicios de salud recibidos en la institución?  |  | CRITERIOS DE CALIFICACION |                  |                  |                    |            |            |                |
|   |  | MUY BUENA                 | BUENA            | REGULAR          | MALA               | MUY MALA   | NO INFORMA | TOTAL PROMEDIO |
| N/A   |  | 30                        | 0                | 0                | 0                  | 0          | 0          | 100%           |
|   |  | 100%                      | 0%               | 0%               | 0%                 | 0%         | 0%         |                |
|   |  | EXCELENTE                 | MUY BUENO        | BUENO            | REGULAR            | MALO       | NO INFORMA | TOTAL PROMEDIO |
| 2. Pensando en su experiencia general con la atención en la salud brindada en esta institución ¿ Como calificaría los siguientes ítems?       | a. El profesional de salud saluda y presenta su presentación?                                  | 9                         | 21               | 0                | 0                  | 0          | 0          | 100%           |
|   |  | 30%                       | 70%              | 0%               | 0%                 | 0%         | 0%         |                |
|   | b. Atención amable y trato respetuoso  | 9                         | 21               | 0                | 0                  | 0          | 0          | 100%           |
|   |  | 30%                       | 70%              | 0%               | 0%                 | 0%         | 0%         |                |
|   | c. Privacidad y confidencialidad   | 9                         | 21               | 0                | 0                  | 0          | 0          | 100%           |
|   |  | 30%                       | 70%              | 0%               | 0%                 | 0%         | 0%         |                |
|   | d. Oportunidad en la atención teniendo en cuenta los tiempos de espera informados              | 9                         | 21               | 0                | 0                  | 0          | 0          | 100%           |
|   |  | 30%                       | 70%              | 0%               | 0%                 | 0%         | 0%         |                |
|   | e. Limpieza y desinfección general de las instalaciones  | 9                         | 21               | 0                | 0                  | 0          | 0          | 100%           |
|   |  | 30%                       | 70%              | 0%               | 0%                 | 0%         | 0%         |                |
| f. Bienestar y comodidad física general de las instalaciones  | 9  | 21                        | 0                | 0                | 0                  | 0          | 100%       |                |
|   | 30%  | 70%                       | 0%               | 0%               | 0%                 | 0%         |            |                |
| g. Seguridad en la atención brindada en salud por la institución  | 9  | 21                        | 0                | 0                | 0                  | 0          | 100%       |                |
|   | 30%  | 70%                       | 0%               | 0%               | 0%                 | 0%         |            |                |
| h. Acceso a cita médica o ingreso por urgencias   | 9  | 21                        | 0                | 0                | 0                  | 0          | 100%       |                |
|   | 30%  | 70%                       | 0%               | 0%               | 0%                 | 0%         |            |                |
| i. Disponibilidad de elementos necesarios para mi atención (ropa, nutrición, aseo, entre otros)   | 9  | 21                        | 0                | 0                | 0                  | 0          | 100%       |                |
|   | 30%  | 70%                       | 0%               | 0%               | 0%                 | 0%         |            |                |
| j. Disponibilidad de medicamentos y/o dispositivos y equipos médicos para mi atención.  | 9  | 21                        | 0                | 0                | 0                  | 0          | 100%       |                |
|   | 30%  | 70%                       | 0%               | 0%               | 0%                 | 0%         |            |                |
|   |  | EXCELENTE                 | MUY BUENO        | BUENO            | REGULAR            | MALO       | NO INFORMA | TOTAL PROMEDIO |
| 3. Pensando en el o los profesionales de salud que le brindaron la atención médica. Califique su experiencia según los siguientes enunciados: | a. La explicación sobre su estado de salud diagnóstico y tratamiento fue clara y comprensible? | 9                         | 21               | 0                | 0                  | 0          | 0          | 100%           |
|   |  | 30%                       | 70%              | 0%               | 0%                 | 0%         | 0%         |                |
|   | b. Escucha sus inquietudes   | 9                         | 21               | 0                | 0                  | 0          | 0          | 100%           |
|   |  | 30%                       | 70%              | 0%               | 0%                 | 0%         | 0%         |                |
|   | c. Habla usando un lenguaje que usted comprende  | 9                         | 21               | 0                | 0                  | 0          | 0          | 100%           |
|   |  | 30%                       | 70%              | 0%               | 0%                 | 0%         | 0%         |                |
|   | d. Le explica los procedimientos a realizar y su finalidad?                                    | 9                         | 21               | 0                | 0                  | 0          | 0          | 100%           |
|   |  | 30%                       | 70%              | 0%               | 0%                 | 0%         | 0%         |                |
|   | e. Lo trata con dignidad y respeto   | 9                         | 21               | 0                | 0                  | 0          | 0          | 100%           |
|   |  | 30%                       | 70%              | 0%               | 0%                 | 0%         | 0%         |                |
| f. Le brindó información sobre el consentimiento informado antes del procedimiento?   | 9  | 21                        | 0                | 0                | 0                  | 0          | 100%       |                |
|   | 30%  | 70%                       | 0%               | 0%               | 0%                 | 0%         |            |                |
| g. La información suministrada sobre los trámites posteriores a su atención es clara y entendida por usted?                                   | 9  | 21                        | 0                | 0                | 0                  | 0          | 100%       |                |
|   | 30%  | 70%                       | 0%               | 0%               | 0%                 | 0%         |            |                |
| h. Su experiencia general al hablar con el o los profesionales de salud fue:  | 9  | 21                        | 0                | 0                | 0                  | 0          | 100%       |                |
|   | 30%  | 70%                       | 0%               | 0%               | 0%                 | 0%         |            |                |
|   |  | DEFINITIVAMENTE SI        | PROBABLEMENTE SI | PROBABLEMENTE NO | DEFINITIVAMENTE NO | NO INFORMA |            | TOTAL PROMEDIO |
|   |  | 30                        | 0                | 0                | 0                  | 0          | 0          | 100%           |
|   |  | 100%                      | 0%               | 0%               | 0%                 | 0%         | 0%         |                |



| <b>OBSERVACIONES DE PACIENTES ACOMPAÑANTES O FAMILIARES</b>  |                                      |
|--|--------------------------------------|
| <b>b. QUE PODRIA DESTACAR EN LA ATENCIÓN BRINDADA</b>  | <b>b. COSAS QUE PODRÍA MEJORARSE</b> |
| 1-Usuaría refiere muy buena atención, todos fueron amables<br>2.2. Usuario refiere que recibió una excelente atención, el especialista muy amable y muy claro en la explicación<br>3. Usuaría refiere muy amables todo es personal y el especialista excelente<br>4. Usuario refiere gracias por la atención<br>5. Usuario refiere que recibió una excelente atención, el especialista muy amable y muy claro en la explicación. |                                      |

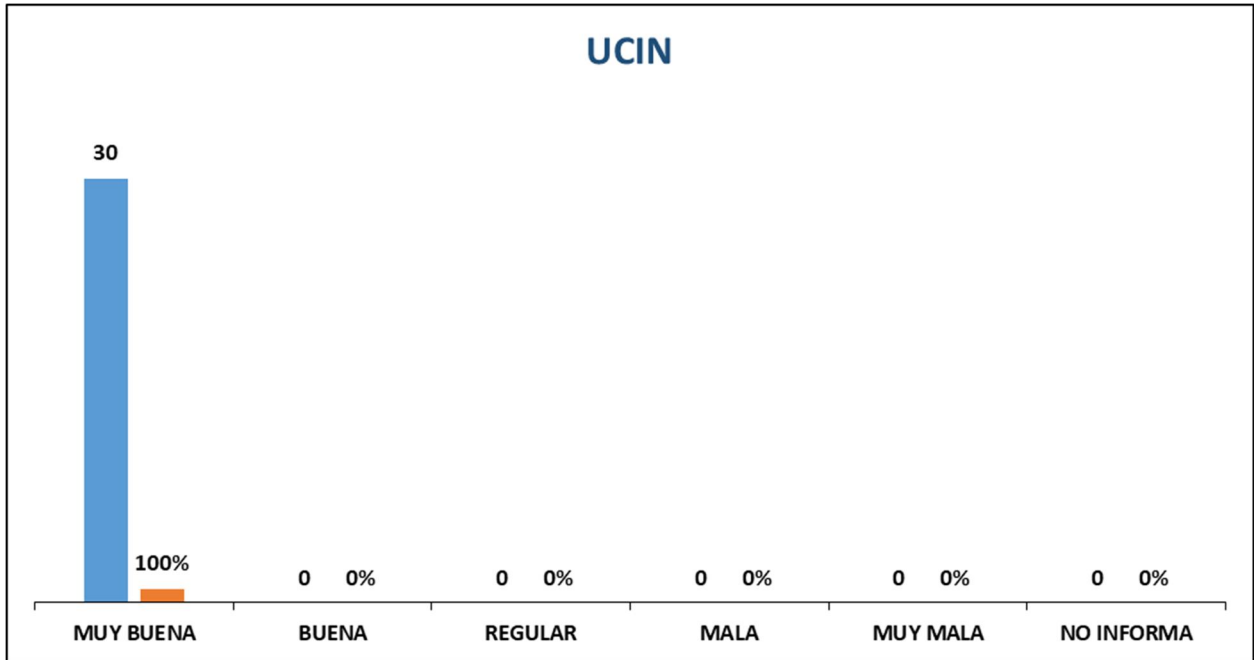
|   |   |                 |                     |
|---|---|-----------------|---------------------|
|  | <b>TABULACIÓN DE ENCUESTA DE EXPERIENCIA DEL USUARIO CON LA ATENCIÓN RECIBIDA</b> | <b>FO- 2321</b> |                     |
|   |   | Versión: 1      | Vigencia 16/07/2021 |

| ITEM EVALUADO EN LA ENCUESTA  |  | UCI                       |                  |                  |                    |            |            | No. ENCUESTAS 30 |  |
|---|--|---------------------------|------------------|------------------|--------------------|------------|------------|------------------|--|
|   |  | CRITERIOS DE CALIFICACION |                  |                  |                    |            |            |                  |  |
| 1. ¿Cómo calificaría su experiencia respecto a los servicios de salud recibidos en la institución?  |  | MUY BUENA                 | BUENA            | REGULAR          | MALA               | MUY MALA   | NO INFORMA | TOTAL PROMEDIO   |  |
| N/A   |  | 29                        | 1                | 0                | 0                  | 0          | 0          | 100%             |  |
|   |  | 97%                       | 3%               | 0%               | 0%                 | 0%         | 0%         |                  |  |
|   |  | EXCELENTE                 | MUY BUENO        | BUENO            | REGULAR            | MALO       | NO INFORMA | TOTAL PROMEDIO   |  |
| 2. Pensando en su experiencia general con la atención en la salud brindada en esta institución ¿ Como calificaría los siguientes ítems?       | a. El profesional de salud saluda y presenta su presentación?                                  | 4                         | 25               | 1                | 0                  | 0          | 0          | 100%             |  |
|   |  | 13%                       | 83%              | 3%               | 0%                 | 0%         | 0%         |                  |  |
|   | b. Atención amable y trato respetuoso  | 4                         | 25               | 1                | 0                  | 0          | 0          | 100%             |  |
|   |  | 13%                       | 83%              | 3%               | 0%                 | 0%         | 0%         |                  |  |
|   | c. Privacidad y confidencialidad   | 4                         | 25               | 1                | 0                  | 0          | 0          | 100%             |  |
|   |  | 13%                       | 83%              | 3%               | 0%                 | 0%         | 0%         |                  |  |
|   | d. Oportunidad en la atención teniendo en cuenta los tiempos de espera informados              | 4                         | 25               | 1                | 0                  | 0          | 0          | 100%             |  |
|   |  | 13%                       | 83%              | 3%               | 0%                 | 0%         | 0%         |                  |  |
|   | e. Limpieza y desinfección general de las instalaciones  | 4                         | 25               | 1                | 0                  | 0          | 0          | 100%             |  |
|   |  | 13%                       | 83%              | 3%               | 0%                 | 0%         | 0%         |                  |  |
| f. Bienestar y comodidad física general de las instalaciones  | 4  | 25                        | 1                | 0                | 0                  | 0          | 100%       |                  |  |
|   | 13%  | 83%                       | 3%               | 0%               | 0%                 | 0%         |            |                  |  |
| g. Seguridad en la atención brindada en salud por la institución  | 4  | 25                        | 1                | 0                | 0                  | 0          | 100%       |                  |  |
|   | 13%  | 83%                       | 3%               | 0%               | 0%                 | 0%         |            |                  |  |
| h. Acceso a cita médica o ingreso por urgencias   | 4  | 25                        | 1                | 0                | 0                  | 0          | 100%       |                  |  |
|   | 13%  | 83%                       | 3%               | 0%               | 0%                 | 0%         |            |                  |  |
| i. Disponibilidad de elementos necesarios para mi atención (ropa, nutrición, aseo, entre otros)   | 4  | 25                        | 1                | 0                | 0                  | 0          | 100%       |                  |  |
|   | 13%  | 83%                       | 3%               | 0%               | 0%                 | 0%         |            |                  |  |
| j. Disponibilidad de medicamentos y/o dispositivos y equipos médicos para mi atención.  | 4  | 25                        | 1                | 0                | 0                  | 0          | 100%       |                  |  |
|   | 13%  | 83%                       | 3%               | 0%               | 0%                 | 0%         |            |                  |  |
|   |  | EXCELENTE                 | MUY BUENO        | BUENO            | REGULAR            | MALO       | NO INFORMA | TOTAL PROMEDIO   |  |
| 3. Pensando en el o los profesionales de salud que le brindaron la atención médica. Califique su experiencia según los siguientes enunciados: | a. La explicación sobre su estado de salud diagnóstico y tratamiento fue clara y comprensible? | 4                         | 25               | 1                | 0                  | 0          | 0          | 100%             |  |
|   |  | 13%                       | 83%              | 3%               | 0%                 | 0%         | 0%         |                  |  |
|   | b. Escucha sus inquietudes   | 4                         | 25               | 1                | 0                  | 0          | 0          | 100%             |  |
|   |  | 13%                       | 83%              | 3%               | 0%                 | 0%         | 0%         |                  |  |
|   | c. Habla usando un lenguaje que usted comprende  | 4                         | 25               | 1                | 0                  | 0          | 0          | 100%             |  |
|   |  | 13%                       | 83%              | 3%               | 0%                 | 0%         | 0%         |                  |  |
|   | d. Le explica los procedimientos a realizar y su finalidad?                                    | 4                         | 25               | 1                | 0                  | 0          | 0          | 100%             |  |
|   |  | 13%                       | 83%              | 3%               | 0%                 | 0%         | 0%         |                  |  |
|   | e. Lo trata con dignidad y respeto   | 4                         | 25               | 1                | 0                  | 0          | 0          | 100%             |  |
|   |  | 13%                       | 83%              | 3%               | 0%                 | 0%         | 0%         |                  |  |
| f. Le brindó información sobre el consentimiento informado antes del procedimiento?   | 4  | 25                        | 1                | 0                | 0                  | 0          | 100%       |                  |  |
|   | 13%  | 83%                       | 3%               | 0%               | 0%                 | 0%         |            |                  |  |
| g. La información suministrada sobre los trámites posteriores a su atención es clara y entendida por usted?                                   | 4  | 25                        | 1                | 0                | 0                  | 0          | 100%       |                  |  |
|   | 13%  | 83%                       | 3%               | 0%               | 0%                 | 0%         |            |                  |  |
| h. Su experiencia general al hablar con el o los profesionales de salud fue:  | 4  | 25                        | 1                | 0                | 0                  | 0          | 100%       |                  |  |
|   | 13%  | 83%                       | 3%               | 0%               | 0%                 | 0%         |            |                  |  |
| 4. ¿Teniendo en cuenta su experiencia en el HCI, recomendaría nuestros servicios a sus familiares, amigos o a otras personas??                |  | DEFINITIVAMENTE SI        | PROBABLEMENTE SI | PROBABLEMENTE NO | DEFINITIVAMENTE NO | NO INFORMA |            | TOTAL PROMEDIO   |  |
|   |  | 30                        | 0                | 0                | 0                  | 0          | 0          | 100%             |  |
|   |  | 100%                      | 0%               | 0%               | 0%                 | 0%         | 0%         |                  |  |



| <b>OBSERVACIONES DE PACIENTES ACOMPAÑANTES O FAMILIARES</b>  |  |
|--|--|
| <b>a. QUE PODRIA DESTACAR EN LA ATENCIÓN BRINDADA</b>  | <b>b. COSAS QUE PODRÍA MEJORARSE</b>   |
| <p>1.1.Usuaría refiere que recibió una excelente atención</p> <p>2.Usuaría refiere que está muy agradecida con el personal de salud por la atención brindada a su familiar</p> <p>3.Usuaría Refiere que su familiar recibió muy buena atención, agradece a todo el personal}</p> <p>4.Usuaría refiere gracias a todo el personal de UCI por la atención a su hija</p> <p>5.Usuaría refiere gracias a todo el personal por la atención brindada a su familiar</p> | <p>1.Usuaría refiere que en el servicio de UCI especialmente en horas de la noche el personal de salud reduce el volumen de sus risas a carcajadas por respeto a los pacientes</p> |

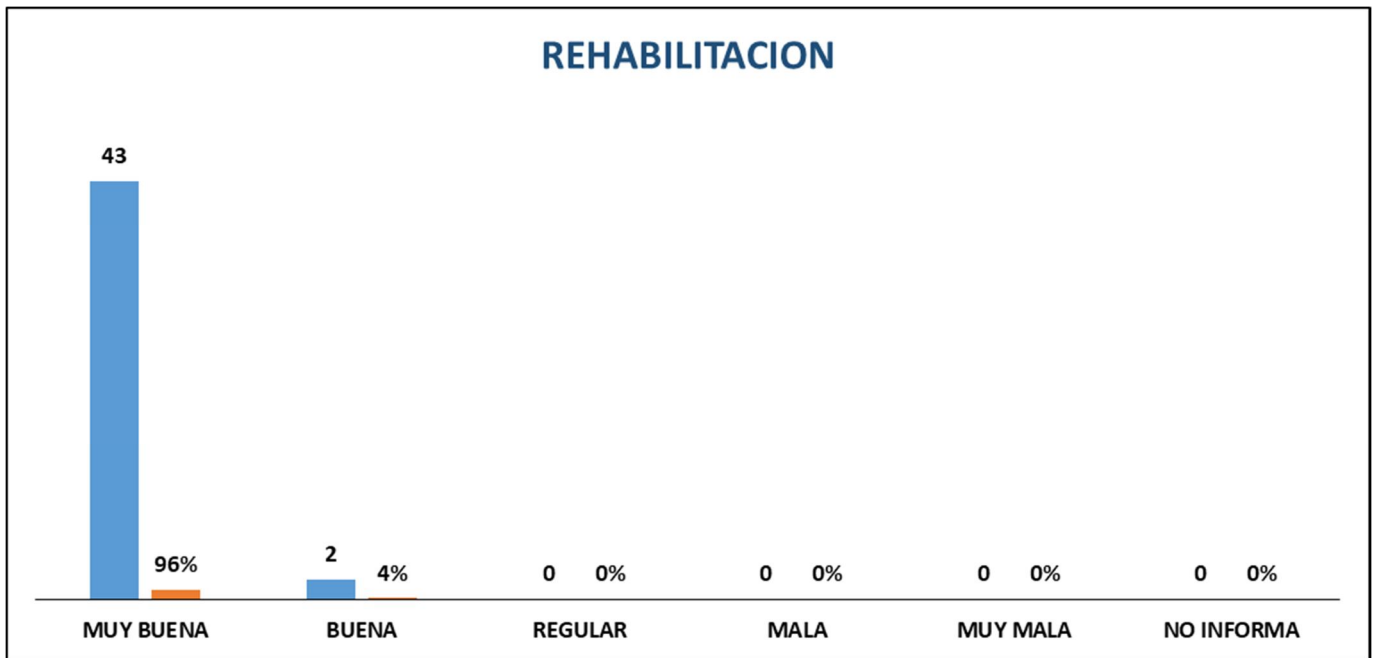
|    |  | TABULACIÓN DE ENCUESTA DE EXPERIENCIA DEL USUARIO CON LA ATENCIÓN RECIBIDA |                  |                    |            | FO- 2321   |                     |                |
|---|--|--|------------------|--------------------|------------|------------|---------------------|----------------|
|   |  |  |                  |                    |            | Versión: 1 | Vigencia 16/07/2021 |                |
|   |  | <b>UCIN</b>  |                  |                    |            |            |                     |                |
|   |  | <b>No. ENCUESTAS 30</b>  |                  |                    |            |            |                     |                |
| ITEM EVALUADO EN LA ENCUESTA  |  | CRITERIOS DE CALIFICACION  |                  |                    |            |            |                     |                |
| 1. ¿Cómo calificaría su experiencia respecto a los servicios de salud recibidos en la institución?  | N/A  | MUY BUENA  | BUENA            | REGULAR            | MALA       | MUY MALA   | NO INFORMA          | TOTAL PROMEDIO |
|   |  | 30   | 0                | 0                  | 0          | 0          | 0                   | 100%           |
|   |  | 100%   | 0%               | 0%                 | 0%         | 0%         | 0%                  |                |
|   |  | EXCELENTE  | MUY BUENO        | BUENO              | REGULAR    | MALO       | NO INFORMA          | TOTAL PROMEDIO |
|   |  | 12   | 18               | 0                  | 0          | 0          | 0                   | 100%           |
|   |  | 40%  | 60%              | 0%                 | 0%         | 0%         | 0%                  |                |
| 2. Pensando en su experiencia general con la atención en la salud brindada en esta institución ¿ Como calificaría los siguientes ítems?       | a. El profesional de salud saluda y presenta su presentación?                                  | 12   | 18               | 0                  | 0          | 0          | 0                   | 100%           |
|   |  | 40%  | 60%              | 0%                 | 0%         | 0%         | 0%                  |                |
|   | b. Atención amable y trato respetuoso  | 12   | 18               | 0                  | 0          | 0          | 0                   | 100%           |
|   |  | 40%  | 60%              | 0%                 | 0%         | 0%         | 0%                  |                |
|   | c. Privacidad y confidencialidad   | 12   | 18               | 0                  | 0          | 0          | 0                   | 100%           |
|   |  | 40%  | 60%              | 0%                 | 0%         | 0%         | 0%                  |                |
|   | d. Oportunidad en la atención teniendo en cuenta los tiempos de espera informados              | 12   | 18               | 0                  | 0          | 0          | 0                   | 100%           |
|   |  | 40%  | 60%              | 0%                 | 0%         | 0%         | 0%                  |                |
|   | e. Limpieza y desinfección general de las instalaciones  | 12   | 18               | 0                  | 0          | 0          | 0                   | 100%           |
|   |  | 40%  | 60%              | 0%                 | 0%         | 0%         | 0%                  |                |
| f. Bienestar y comodidad física general de las instalaciones  | 12   | 18   | 0                | 0                  | 0          | 0          | 100%                |                |
|   | 40%  | 60%  | 0%               | 0%                 | 0%         | 0%         |                     |                |
| g. Seguridad en la atención brindada en salud por la institución  | 12   | 18   | 0                | 0                  | 0          | 0          | 100%                |                |
|   | 40%  | 60%  | 0%               | 0%                 | 0%         | 0%         |                     |                |
| h. Acceso a cita médica o ingreso por urgencias   | 12   | 18   | 0                | 0                  | 0          | 0          | 100%                |                |
|   | 40%  | 60%  | 0%               | 0%                 | 0%         | 0%         |                     |                |
| i. Disponibilidad de elementos necesarios para mi atención (ropa, nutrición, aseo, entre otros)   | 12   | 18   | 0                | 0                  | 0          | 0          | 100%                |                |
|   | 40%  | 60%  | 0%               | 0%                 | 0%         | 0%         |                     |                |
| j. Disponibilidad de medicamentos y/o dispositivos y equipos médicos para mi atención.  | 12   | 18   | 0                | 0                  | 0          | 0          | 100%                |                |
|   | 40%  | 60%  | 0%               | 0%                 | 0%         | 0%         |                     |                |
|   |  | EXCELENTE  | MUY BUENO        | BUENO              | REGULAR    | MALO       | NO INFORMA          | TOTAL PROMEDIO |
|   |  | 12   | 18               | 0                  | 0          | 0          | 0                   | 100%           |
|   |  | 40%  | 60%              | 0%                 | 0%         | 0%         | 0%                  |                |
| 3. Pensando en el o los profesionales de salud que le brindaron la atención medica. Califique su experiencia según los siguientes enunciados: | a. La explicación sobre su estado de salud diagnostico y tratamiento fue clara y comprensible? | 12   | 18               | 0                  | 0          | 0          | 0                   | 100%           |
|   |  | 40%  | 60%              | 0%                 | 0%         | 0%         | 0%                  |                |
|   | b. Escucha sus inquietudes   | 12   | 18               | 0                  | 0          | 0          | 0                   | 100%           |
|   |  | 40%  | 60%              | 0%                 | 0%         | 0%         | 0%                  |                |
|   | c. Habla usando un lenguaje que usted comprende  | 12   | 18               | 0                  | 0          | 0          | 0                   | 100%           |
|   |  | 40%  | 60%              | 0%                 | 0%         | 0%         | 0%                  |                |
|   | d. Le explica los procedimientos a realizar y su finalidad?                                    | 12   | 18               | 0                  | 0          | 0          | 0                   | 100%           |
|   |  | 40%  | 60%              | 0%                 | 0%         | 0%         | 0%                  |                |
| e. Lo trata con dignidad y respeto  | 12   | 18   | 0                | 0                  | 0          | 0          | 100%                |                |
|   | 40%  | 60%  | 0%               | 0%                 | 0%         | 0%         |                     |                |
| f. Le brindó información sobre el consentimiento informado antes del procedimiento?   | 12   | 18   | 0                | 0                  | 0          | 0          | 100%                |                |
|   | 40%  | 60%  | 0%               | 0%                 | 0%         | 0%         |                     |                |
| g. La información suministrada sobre los trámites posteriores a su atención es clara y entendida por usted?                                   | 12   | 18   | 0                | 0                  | 0          | 0          | 100%                |                |
|   | 40%  | 60%  | 0%               | 0%                 | 0%         | 0%         |                     |                |
| h. Su experiencia general al hablar con el o los profesionales de salud fue:  | 12   | 18   | 0                | 0                  | 0          | 0          | 100%                |                |
|   | 40%  | 60%  | 0%               | 0%                 | 0%         | 0%         |                     |                |
| 4. ¿Teniendo en cuenta su experiencia en el HCI, recomendaría nuestros servicios a sus familiares, amigos o a otras personas??                | DEFINITIVAMENTE SI   | PROBABLEMENTE SI   | PROBABLEMENTE NO | DEFINITIVAMENTE NO | NO INFORMA |            | TOTAL PROMEDIO      |                |
|   | 30   | 0  | 0                | 0                  | 0          | 0          | 100%                |                |
|   |  | 100%   | 0%               | 0%                 | 0%         | 0%         |                     |                |



| <b>OBSERVACIONES DE PACIENTES ACOMPAÑANTES O FAMILIARES</b>   |                                      |
|---|--------------------------------------|
| <b>a. QUE PODRIA DESTACAR EN LA ATENCIÓN BRINDADA</b>   | <b>b. COSAS QUE PODRÍA MEJORARSE</b> |
| 1.Usuaría refiere excelente atención a su bebe<br>2.Usuario refiere que su familiar recibió una excelente atención<br>3.Usuaría refiere Muy buena atención para su bebe, gracias a todo el personal<br>4.Usuaría refiere estar agradecida con todos por la atención |                                      |

|  |   |                 |                     |
|--|---|-----------------|---------------------|
|  | <b>TABULACIÓN DE ENCUESTA DE EXPERIENCIA DEL USUARIO CON LA ATENCIÓN RECIBIDA</b> | <b>FO- 2321</b> |                     |
|  |   | Versión: 1      | Vigencia 16/07/2021 |

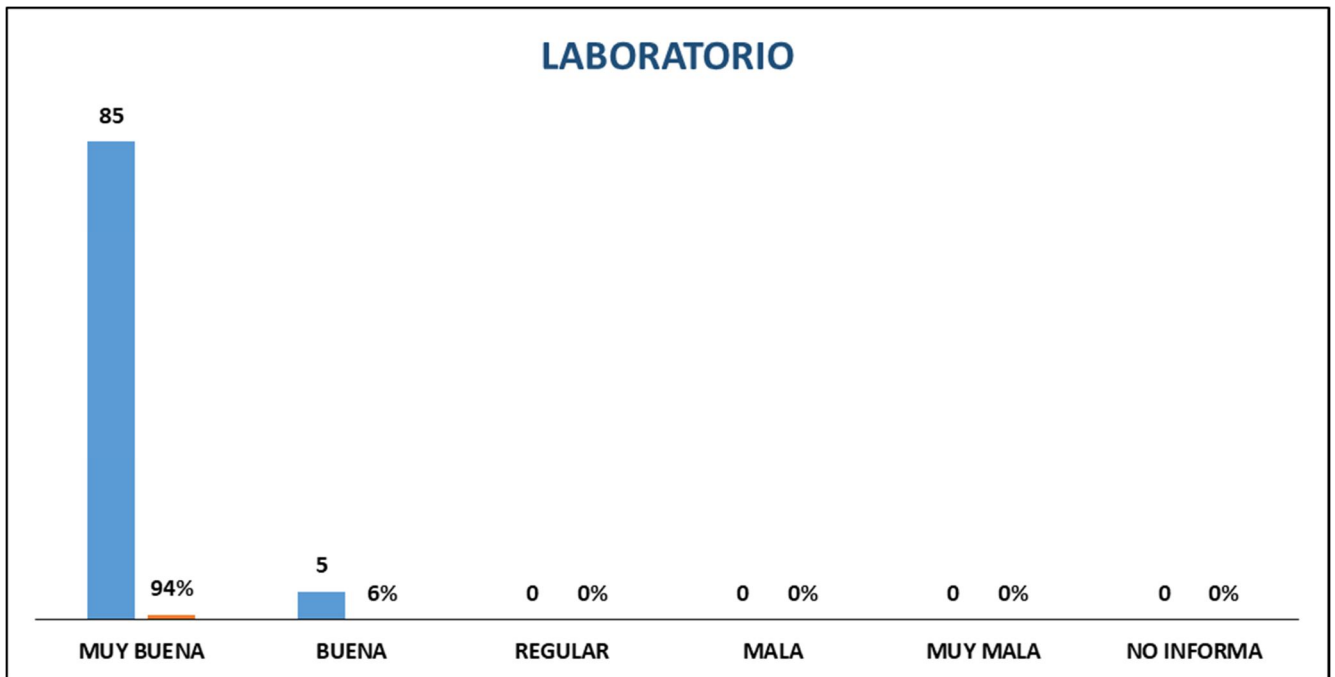
| ITEM EVALUADO EN LA ENCUESTA  |  | REHABILITACION<br>No. ENCUESTAS 45 |                  |                  |                    |            |            |                |
|---|--|------------------------------------|------------------|------------------|--------------------|------------|------------|----------------|
| 1. ¿Cómo calificaría su experiencia respecto a los servicios de salud recibidos en la institución?  |  | CRITERIOS DE CALIFICACION          |                  |                  |                    |            |            |                |
| N/A   |  | MUY BUENA                          | BUENA            | REGULAR          | MALA               | MUY MALA   | NO INFORMA | TOTAL PROMEDIO |
|   |  | 43                                 | 2                | 0                | 0                  | 0          | 0          | 100%           |
|   |  | 96%                                | 4%               | 0%               | 0%                 | 0%         | 0%         |                |
|   |  | EXCELENTE                          | MUY BUENO        | BUENO            | REGULAR            | MALO       | NO INFORMA | TOTAL PROMEDIO |
| 2. Pensando en su experiencia general con la atención en esta institución ¿Cómo calificaría los siguientes ítems?                             | a. El profesional de salud salud y presenta su presentación?                                   | 9                                  | 34               | 2                | 0                  | 0          | 0          | 100%           |
|   |  | 20%                                | 76%              | 4%               | 0%                 | 0%         | 0%         |                |
|   | b. Atención amable y trato respetuoso  | 9                                  | 34               | 2                | 0                  | 0          | 0          | 100%           |
|   |  | 20%                                | 76%              | 4%               | 0%                 | 0%         | 0%         |                |
|   | c. Privacidad y confidencialidad   | 9                                  | 34               | 2                | 0                  | 0          | 0          | 100%           |
|   |  | 20%                                | 76%              | 4%               | 0%                 | 0%         | 0%         |                |
|   | d. Oportunidad en la atención teniendo en cuenta los tiempos de espera informados              | 9                                  | 34               | 2                | 0                  | 0          | 0          | 100%           |
|   |  | 20%                                | 76%              | 4%               | 0%                 | 0%         | 0%         |                |
|   | e. Limpieza y desinfección general de las instalaciones  | 9                                  | 34               | 2                | 0                  | 0          | 0          | 100%           |
|   |  | 20%                                | 76%              | 4%               | 0%                 | 0%         | 0%         |                |
| f. Bienestar y comodidad física general de las instalaciones  | 9  | 34                                 | 2                | 0                | 0                  | 0          | 100%       |                |
|   | 20%  | 76%                                | 4%               | 0%               | 0%                 | 0%         |            |                |
| g. Seguridad en la atención brindada en salud por la institución  | 9  | 34                                 | 2                | 0                | 0                  | 0          | 100%       |                |
|   | 20%  | 76%                                | 4%               | 0%               | 0%                 | 0%         |            |                |
| h. Acceso a cita médica o ingreso por urgencias   | 9  | 34                                 | 2                | 0                | 0                  | 0          | 100%       |                |
|   | 20%  | 76%                                | 4%               | 0%               | 0%                 | 0%         |            |                |
| i. Disponibilidad de elementos necesarios para mi atención (ropa, nutrición, aseo, entre otros)   | 9  | 34                                 | 2                | 0                | 0                  | 0          | 100%       |                |
|   | 20%  | 76%                                | 4%               | 0%               | 0%                 | 0%         |            |                |
| j. Disponibilidad de medicamentos y/o dispositivos y equipos médicos para mi atención.  | 9  | 34                                 | 2                | 0                | 0                  | 0          | 100%       |                |
|   | 20%  | 76%                                | 4%               | 0%               | 0%                 | 0%         |            |                |
|   |  | EXCELENTE                          | MUY BUENO        | BUENO            | REGULAR            | MALO       | NO INFORMA | TOTAL PROMEDIO |
| 3. Pensando en el o los profesionales de salud que le brindaron la atención médica. Califíque su experiencia según los siguientes enunciados: | a. La explicación sobre su estado de salud diagnóstico y tratamiento fue clara y comprensible? | 9                                  | 34               | 2                | 0                  | 0          | 0          | 100%           |
|   |  | 20%                                | 76%              | 4%               | 0%                 | 0%         | 0%         |                |
|   | b. Escucha sus inquietudes   | 9                                  | 34               | 2                | 0                  | 0          | 0          | 100%           |
|   |  | 20%                                | 76%              | 4%               | 0%                 | 0%         | 0%         |                |
|   | c. Habla usando un lenguaje que usted comprende  | 9                                  | 34               | 2                | 0                  | 0          | 0          | 100%           |
|   |  | 20%                                | 76%              | 4%               | 0%                 | 0%         | 0%         |                |
|   | d. Le explica los procedimientos a realizar y su finalidad?                                    | 9                                  | 34               | 2                | 0                  | 0          | 0          | 100%           |
|   |  | 20%                                | 76%              | 4%               | 0%                 | 0%         | 0%         |                |
|   | e. Lo trata con dignidad y respeto   | 9                                  | 34               | 2                | 0                  | 0          | 0          | 100%           |
|   |  | 20%                                | 76%              | 4%               | 0%                 | 0%         | 0%         |                |
| f. Le brindó información sobre el consentimiento informado antes del procedimiento?   | 9  | 34                                 | 2                | 0                | 0                  | 0          | 100%       |                |
|   | 20%  | 76%                                | 4%               | 0%               | 0%                 | 0%         |            |                |
| g. La información suministrada sobre los trámites posteriores a su atención es clara y entendida por usted?                                   | 9  | 34                                 | 2                | 0                | 0                  | 0          | 100%       |                |
|   | 20%  | 76%                                | 4%               | 0%               | 0%                 | 0%         |            |                |
| h. Su experiencia general al hablar con el o los profesionales de salud fue:  | 9  | 34                                 | 2                | 0                | 0                  | 0          | 100%       |                |
|   | 20%  | 76%                                | 4%               | 0%               | 0%                 | 0%         |            |                |
|   |  | DEFINITIVAMENTE SI                 | PROBABLEMENTE SI | PROBABLEMENTE NO | DEFINITIVAMENTE NO | NO INFORMA |            | TOTAL PROMEDIO |
|   |  | 44                                 | 1                | 0                | 0                  | 0          | 0          | 100%           |
|   |  | 98%                                | 2%               | 0%               | 0%                 | 0%         |            |                |




| <b>OBSERVACIONES DE PACIENTES ACOMPAÑANTES O FAMILIARES</b>   |   |
|---|---|
| <b>a. QUE PODRIA DESTACAR EN LA ATENCIÓN BRINDADA</b>   | <b>b. COSAS QUE PODRÍA MEJORARSE</b>  |
| <ol style="list-style-type: none"><li>1. Usuario refiere son Muy amables</li><li>2. Usuaría refiere muy buena atención</li><li>3. Usuaría refiere muy buena atención, son amables</li><li>4. Usuario refiere que es muy fácil sacar la cita para iniciar las terapias</li><li>5. Usuario refiere excelente atención, muy agradecido</li></ol> | <ol style="list-style-type: none"><li>1. Usuaría recomienda que el personal debe estar más pendiente del paciente al momento en que está realizando los ejercicios</li><li>2. Usuaría recomienda que el personal estén más pendientes al momento de realizar los ejercicios</li><li>3. Usuario sugiere que la atención sea más personalizada</li><li>4. Usuario recomienda que el personal este más pendientes al momento de realizar los ejercicios</li><li>5. Usuaría refiere que debería ser la atención más personalizada</li><li>6. Usuario recomienda que la doctora este más pendiente del paciente al momento que se está realizando la terapia</li><li>7. Usuario solicita que haya más agilidad y facilidad al momento de autorizar las terapias y poder facturar</li></ol> |

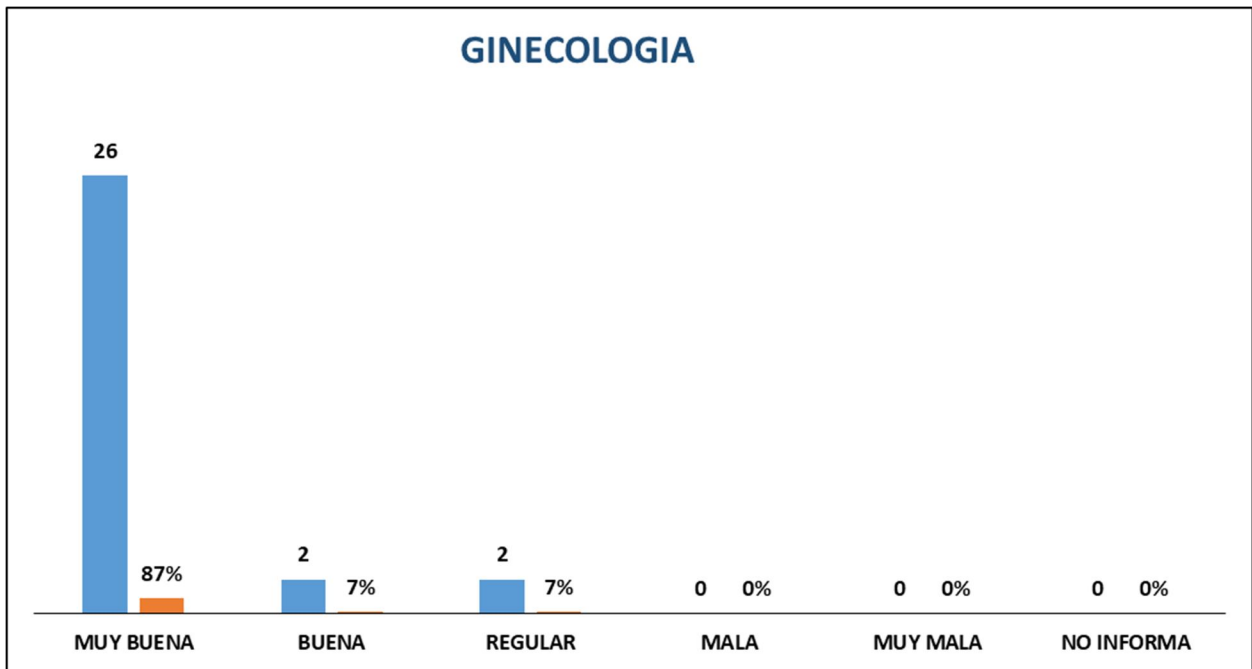
|  |   |                 |                     |
|--|---|-----------------|---------------------|
|  | <b>TABULACIÓN DE ENCUESTA DE EXPERIENCIA DEL USUARIO CON LA ATENCIÓN RECIBIDA</b> | <b>FO- 2321</b> |                     |
|  |   | Versión: 1      | Vigencia 16/07/2021 |

| ITEM EVALUADO EN LA ENCUESTA  |  | LABORATORIO               |                  |                  |                    |            |            |                |
|---|--|---------------------------|------------------|------------------|--------------------|------------|------------|----------------|
|   |  | No. ENCUESTAS 90          |                  |                  |                    |            |            |                |
| 1. ¿Cómo calificaría su experiencia respecto a los servicios de salud recibidos en la institución?  |  | CRITERIOS DE CALIFICACION |                  |                  |                    |            |            |                |
|   |  | MUY BUENA                 | BUENA            | REGULAR          | MALA               | MUY MALA   | NO INFORMA | TOTAL PROMEDIO |
| N/A   |  | 85                        | 5                | 0                | 0                  | 0          | 0          | 100%           |
|   |  | 94%                       | 6%               | 0%               | 0%                 | 0%         | 0%         |                |
| 2. Pensando en su experiencia general con la atención en la salud brindada en esta institución ¿ Como calificaría los siguientes ítems?       |  | EXCELENTE                 | MUY BUENO        | BUENO            | REGULAR            | MALO       | NO INFORMA | TOTAL PROMEDIO |
|   |  | 29                        | 60               | 1                | 0                  | 0          | 0          | 100%           |
| a. El profesional de salud saluda y presenta su presentación?   |  | 32%                       | 67%              | 1%               | 0%                 | 0%         | 0%         |                |
| b. Atención amable y trato respetuoso   |  | 32%                       | 67%              | 1%               | 0%                 | 0%         | 0%         | 100%           |
| c. Privacidad y confidencialidad  |  | 32%                       | 67%              | 1%               | 0%                 | 0%         | 0%         | 100%           |
| d. Oportunidad en la atención teniendo en cuenta los tiempos de espera informados   |  | 27                        | 56               | 5                | 1                  | 1          | 0          | 98%            |
| e. Limpieza y desinfección general de las instalaciones   |  | 30                        | 59               | 1                | 0                  | 0          | 0          | 100%           |
| f. Disponibilidad de elementos necesarios para mi atención (ropa, nutrición, aseo, entre otros)   |  | 33%                       | 66%              | 1%               | 0%                 | 0%         | 0%         |                |
| f. Bienestar y comodidad física general de las instalaciones  |  | 29                        | 60               | 1                | 0                  | 0          | 0          | 100%           |
| g. Seguridad en la atención brindada en salud por la institución  |  | 32%                       | 67%              | 1%               | 0%                 | 0%         | 0%         | 100%           |
| h. Acceso a cita médica o ingreso por urgencias   |  | 29                        | 60               | 1                | 0                  | 0          | 0          | 100%           |
| i. Disponibilidad de elementos necesarios para mi atención (ropa, nutrición, aseo, entre otros)   |  | 32%                       | 67%              | 1%               | 0%                 | 0%         | 0%         | 100%           |
| j. Disponibilidad de medicamentos y/o dispositivos y equipos médicos para mi atención.  |  | 29                        | 60               | 1                | 0                  | 0          | 0          | 100%           |
|   |  | 32%                       | 67%              | 1%               | 0%                 | 0%         | 0%         |                |
| 3. Pensando en el o los profesionales de salud que le brindaron la atención medica. Califique su experiencia según los siguientes enunciados: |  | EXCELENTE                 | MUY BUENO        | BUENO            | REGULAR            | MALO       | NO INFORMA | TOTAL PROMEDIO |
|   |  | 30                        | 59               | 1                | 0                  | 0          | 0          | 100%           |
| a. La explicación sobre su estado de salud diagnostico y tratamiento fue clara y comprensible?  |  | 33%                       | 66%              | 1%               | 0%                 | 0%         | 0%         |                |
| b. Escucha sus inquietudes  |  | 29                        | 59               | 1                | 1                  | 0          | 0          | 99%            |
| c. Habla usando un lenguaje que usted comprende   |  | 32%                       | 66%              | 1%               | 1%                 | 0%         | 0%         |                |
| d. Le explica los procedimientos a realizar y su finalidad?   |  | 30                        | 59               | 1                | 0                  | 0          | 0          | 100%           |
| e. Lo trata con dignidad y respeto  |  | 33%                       | 66%              | 1%               | 0%                 | 0%         | 0%         |                |
| f. Le brindó información sobre el consentimiento informado antes del procedimiento?   |  | 33                        | 56               | 1                | 0                  | 0          | 0          | 100%           |
| g. La información suministrada sobre los trámites posteriores a su atención es clara y entendida por usted?                                   |  | 37%                       | 62%              | 1%               | 0%                 | 0%         | 0%         |                |
| h. Su experiencia general al hablar con el o los profesionales de salud fue:  |  | 31                        | 58               | 1                | 0                  | 0          | 0          | 100%           |
|   |  | 34%                       | 64%              | 1%               | 0%                 | 0%         | 0%         |                |
|   |  | 30                        | 59               | 1                | 0                  | 0          | 0          | 100%           |
|   |  | 33%                       | 66%              | 1%               | 0%                 | 0%         | 0%         |                |
|   |  | 30                        | 59               | 1                | 0                  | 0          | 0          | 100%           |
|   |  | 33%                       | 66%              | 1%               | 0%                 | 0%         | 0%         |                |
|   |  | 29                        | 59               | 2                | 0                  | 0          | 0          | 100%           |
|   |  | 32%                       | 66%              | 2%               | 0%                 | 0%         | 0%         |                |
| 4. ¿Teniendo en cuenta su experiencia en el HCl, recomendaría nuestros servicios a sus familiares, amigos o a otras personas??                |  | DEFINITIVAMENTE SI        | PROBABLEMENTE SI | PROBABLEMENTE NO | DEFINITIVAMENTE NO | NO INFORMA |            | TOTAL PROMEDIO |
|   |  | 90                        | 0                | 0                | 0                  | 0          | 0          | 100%           |
|   |  | 100%                      | 0%               | 0%               | 0%                 | 0%         |            |                |



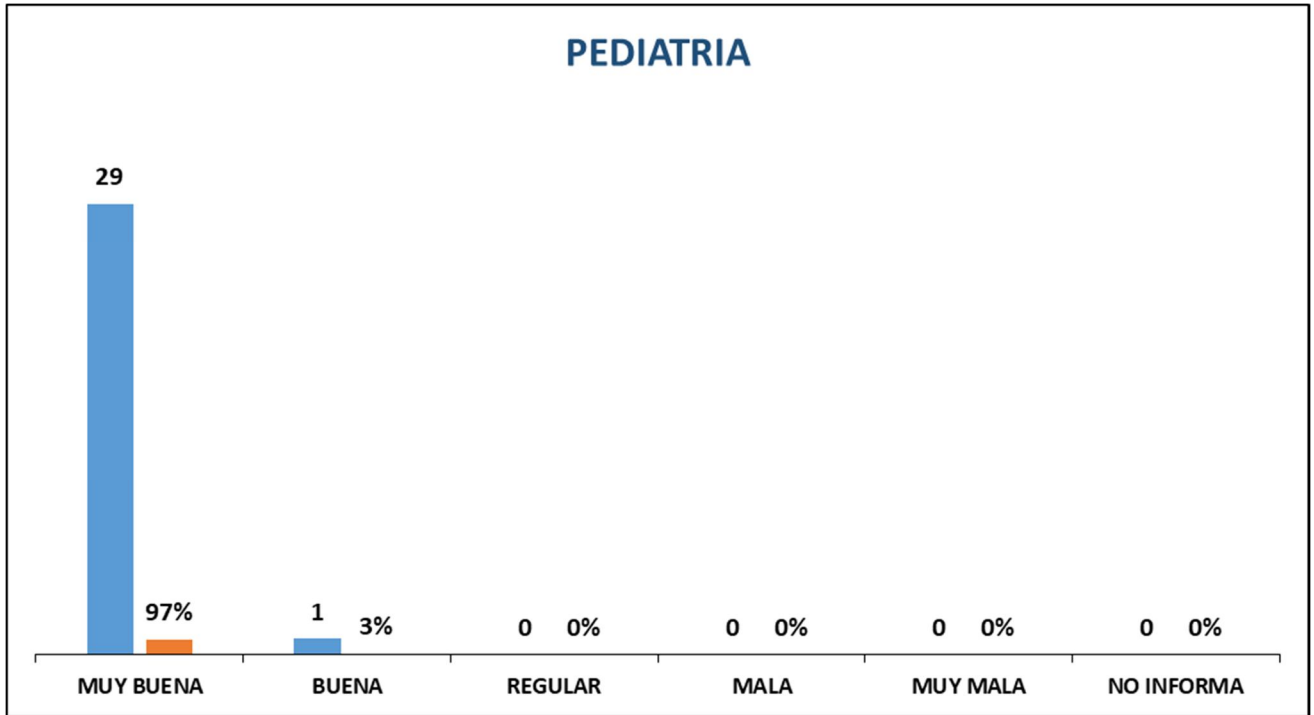
| <b>OBSERVACIONES DE PACIENTES ACOMPAÑANTES O FAMILIARES</b>   |  |
|---|--|
| <b>a. QUE PODRIA DESTACAR EN LA ATENCIÓN BRINDADA</b>   | <b>b. COSAS QUE PODRÍA MEJORARSE</b>   |
| <ol style="list-style-type: none"><li>1.Usuaría refiere muy buena atención</li><li>2.Usuario refiere excelente atención</li><li>3.Usuario refiere muy buena atención</li><li>4.Usuaría refiere muy buena atención</li><li>5.Usuario refiere excelente atención</li><li>6.Usuario refiere muy buena atención</li></ol> | <ol style="list-style-type: none"><li>1.Usuaría refiere mejorar el sistema o método de facturar</li><li>2.Usuario recomienda colocar el asiento en diagonal del laboratorio en diagonal ya que se está en una posición incómoda</li><li>3.Usuario refiere no lo atienden oportunamente y en cuanto a los ascensores hacerles mantenimiento</li><li>4.Usuario refiere la atención no fue oportuna, la atendieron después de mucho tiempo de espera casi de última</li></ol> |

|    |   | TABULACIÓN DE ENCUESTA DE EXPERIENCIA DEL USUARIO CON LA ATENCIÓN RECIBIDA |                  |                  |                    | FO- 2321   |                     |                |
|---|---|--|------------------|------------------|--------------------|------------|---------------------|----------------|
|   |   |  |                  |                  |                    | Versión: 1 | Vigencia 16/07/2021 |                |
|   |   | <b>GINECOLOGIA</b>   |                  |                  |                    |            |                     |                |
|   |   | <b>No. ENCUESTAS 30</b>  |                  |                  |                    |            |                     |                |
| ITEM EVALUADO EN LA ENCUESTA  |   | CRITERIOS DE CALIFICACION  |                  |                  |                    |            |                     |                |
| 1. ¿Cómo calificaría su experiencia respecto a los servicios de salud recibidos en la institución?  | N/A   | MUY BUENA  | BUENA            | REGULAR          | MALA               | MUY MALA   | NO INFORMA          | TOTAL PROMEDIO |
|   |   | 26<br>87%  | 2<br>7%          | 2<br>7%          | 0<br>0%            | 0<br>0%    | 0<br>0%             | 93%            |
|   |   | EXCELENTE  | MUY BUENO        | BUENO            | REGULAR            | MALO       | NO INFORMA          | TOTAL PROMEDIO |
| 2. Pensando en su experiencia general con la atención en la salud brindada en esta institución ¿ Como calificaría los siguientes ítems?       | a. El profesional de salud saluda y presenta su presentación?   | 9<br>30%   | 18<br>60%        | 3<br>10%         | 0<br>0%            | 0<br>0%    | 0<br>0%             | 100%           |
|   | b. Atención amable y trato respetuoso   | 9<br>30%   | 18<br>60%        | 3<br>10%         | 0<br>0%            | 0<br>0%    | 0<br>0%             | 100%           |
|   | c. Privacidad y confidencialidad  | 9<br>30%   | 18<br>60%        | 3<br>10%         | 0<br>0%            | 0<br>0%    | 0<br>0%             | 100%           |
|   | d. Oportunidad en la atención teniendo en cuenta los tiempos de espera informados                           | 9<br>30%   | 18<br>60%        | 2<br>7%          | 1<br>3%            | 0<br>0%    | 0<br>0%             | 97%            |
|   | e. Limpieza y desinfección general de las instalaciones   | 9<br>30%   | 19<br>63%        | 2<br>7%          | 0<br>0%            | 0<br>0%    | 0<br>0%             | 100%           |
|   | f. Bienestar y comodidad física general de las instalaciones  | 9<br>30%   | 19<br>63%        | 2<br>7%          | 0<br>0%            | 0<br>0%    | 0<br>0%             | 100%           |
|   | g. Seguridad en la atención brindada en salud por la institución  | 9<br>30%   | 18<br>60%        | 2<br>7%          | 1<br>3%            | 0<br>0%    | 0<br>0%             | 97%            |
|   | h. Acceso a cita médica o ingreso por urgencias   | 9<br>30%   | 17<br>57%        | 4<br>13%         | 0<br>0%            | 0<br>0%    | 0<br>0%             | 100%           |
|   | i. Disponibilidad de elementos necesarios para mi atención (ropa, nutrición, aseo, entre otros)             | 9<br>30%   | 20<br>67%        | 1<br>3%          | 0<br>0%            | 0<br>0%    | 0<br>0%             | 100%           |
|   | j. Disponibilidad de medicamentos y/o dispositivos y equipos médicos para mi atención                       | 9<br>30%   | 20<br>67%        | 1<br>3%          | 0<br>0%            | 0<br>0%    | 0<br>0%             | 100%           |
|   |   | EXCELENTE  | MUY BUENO        | BUENO            | REGULAR            | MALO       | NO INFORMA          | TOTAL PROMEDIO |
| 3. Pensando en el o los profesionales de salud que le brindaron la atención médica. Califique su experiencia según los siguientes enunciados: | a. La explicación sobre su estado de salud diagnóstico y tratamiento fue clara y comprensible?              | 9<br>30%   | 19<br>63%        | 2<br>7%          | 0<br>0%            | 0<br>0%    | 0<br>0%             | 100%           |
|   | b. Escucha sus inquietudes  | 9<br>30%   | 19<br>63%        | 2<br>7%          | 0<br>0%            | 0<br>0%    | 0<br>0%             | 100%           |
|   | c. Habla usando un lenguaje que usted comprende   | 9<br>30%   | 19<br>63%        | 2<br>7%          | 0<br>0%            | 0<br>0%    | 0<br>0%             | 100%           |
|   | d. Le explica los procedimientos a realizar y su finalidad?   | 9<br>30%   | 19<br>63%        | 2<br>7%          | 0<br>0%            | 0<br>0%    | 0<br>0%             | 100%           |
|   | e. Lo trata con dignidad y respeto  | 9<br>30%   | 18<br>60%        | 2<br>7%          | 1<br>3%            | 0<br>0%    | 0<br>0%             | 97%            |
|   | f. Le brindó información sobre el consentimiento informado antes del procedimiento?                         | 9<br>30%   | 19<br>63%        | 2<br>7%          | 0<br>0%            | 0<br>0%    | 0<br>0%             | 100%           |
|   | g. La información suministrada sobre los trámites posteriores a su atención es clara y entendida por usted? | 9<br>30%   | 19<br>63%        | 2<br>7%          | 0<br>0%            | 0<br>0%    | 0<br>0%             | 100%           |
|   | h. Su experiencia general al hablar con el o los profesionales de salud fue:                                | 8<br>27%   | 19<br>63%        | 2<br>7%          | 1<br>3%            | 0<br>0%    | 0<br>0%             | 97%            |
| 4. ¿Teniendo en cuenta su experiencia en el HCI, recomendaría nuestros servicios a sus familiares, amigos o a otras personas??                |   | DEFINITIVAMENTE SI   | PROBABLEMENTE SI | PROBABLEMENTE NO | DEFINITIVAMENTE NO | NO INFORMA |                     | TOTAL PROMEDIO |
|   |   | 28<br>93%  | 2<br>7%          | 0<br>0%          | 0<br>0%            | 0<br>0%    | 0<br>0%             | 100%           |



| <b>OBSERVACIONES DE PACIENTES ACOMPAÑANTES O FAMILIARES</b>  |   |
|--|---|
| <b>a. QUE PODRIA DESTACAR EN LA ATENCIÓN BRINDADA</b>  | <b>b. COSAS QUE PODRÍA MEJORARSE</b>  |
| <p>1. Usuaría refiere Muy buena atención, felicita al personal por su dedicación.<br/>2. Usuaría refiere excelente atención por parte del personal de salud<br/>3. Usuario refiere todos muy amables, excelente atención</p> | <p>1. Usuario refiere que el medio tratante sea más claro con la información y explicación respecto al estado de salud de su familiar<br/>2. Usuaría refiere que no es correcto que el personal de haga comentarios inapropiados hacia los pacientes, deben tratar a todos por igual, refiriéndose por su nombre sin importar el lugar de donde vengan<br/>3. Usuario refiere que no es clara la explicación de la salida o egreso de su familiar, tampoco les explican la cantidad de medicamento que debe recibir la paciente</p> |

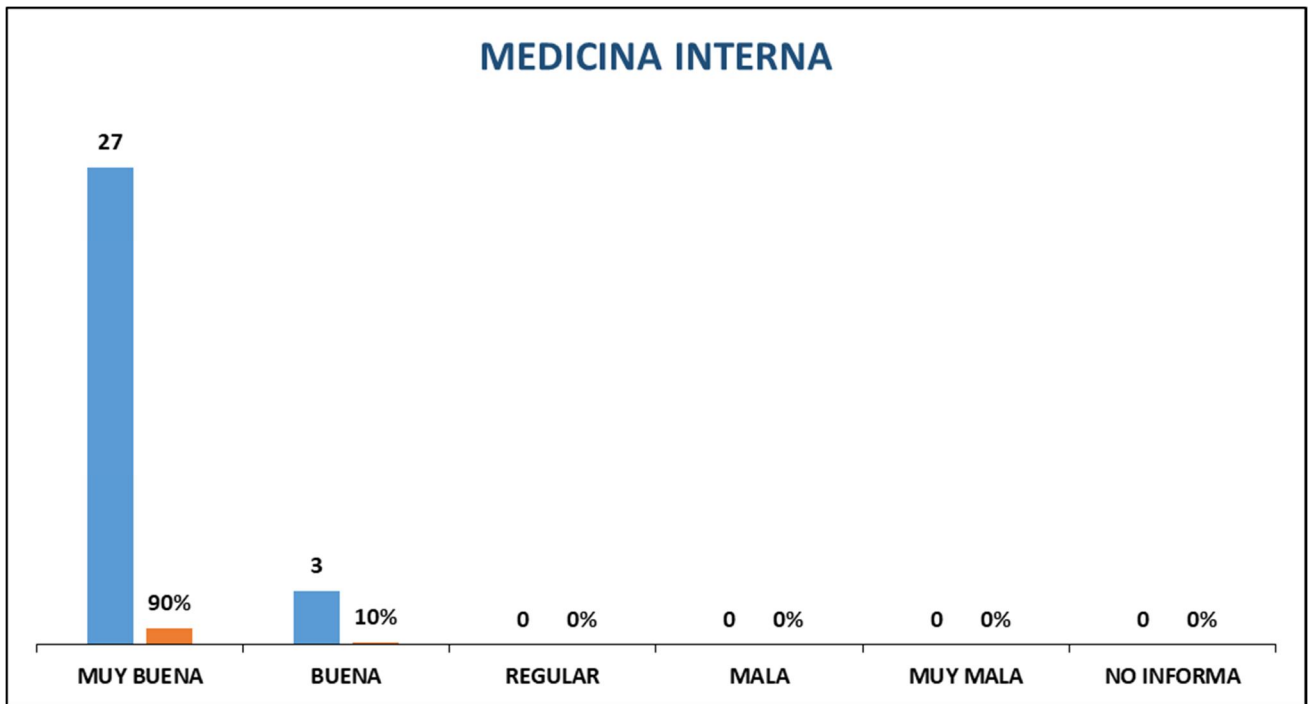
|   |   | <b>TABULACIÓN DE ENCUESTA DE EXPERIENCIA DEL USUARIO CON LA ATENCIÓN RECIBIDA</b> |                         |                         |                           | <b>FO- 2321</b>   |                        |                       |
|---|---|---|-------------------------|-------------------------|---------------------------|-------------------|------------------------|-----------------------|
|   |   |   |                         |                         |                           | Versión: 1        | Vigencia<br>16/07/2021 |                       |
|   |   | <b>PEDIATRIA</b>  |                         |                         |                           |                   |                        |                       |
|   |   | <b>No. ENCUESTAS 30</b>   |                         |                         |                           |                   |                        |                       |
| ITEM EVALUADO EN LA ENCUESTA  |   | CRITERIOS DE CALIFICACION   |                         |                         |                           |                   |                        |                       |
| 1. ¿Cómo calificaría su experiencia respecto a los servicios de salud recibidos en la institución?  | N/A   | <b>MUY BUENA</b>  | <b>BUENA</b>            | <b>REGULAR</b>          | <b>MALA</b>               | <b>MUY MALA</b>   | <b>NO INFORMA</b>      | <b>TOTAL PROMEDIO</b> |
|   |   | 29<br>97%   | 1<br>3%                 | 0<br>0%                 | 0<br>0%                   | 0<br>0%           | 0<br>0%                | 100%                  |
|   |   | <b>EXCELENTE</b>  | <b>MUY BUENO</b>        | <b>BUENO</b>            | <b>REGULAR</b>            | <b>MALO</b>       | <b>NO INFORMA</b>      | <b>TOTAL PROMEDIO</b> |
| 2. Pensando en su experiencia general con la atención en la salud brindada en esta institución ¿ Como calificaría los siguientes items?       | a. El profesional de salud saluda y presenta su presentación?   | 9<br>30%  | 21<br>70%               | 0<br>0%                 | 0<br>0%                   | 0<br>0%           | 0<br>0%                | 100%                  |
|   | b. Atención amable y trato respetuoso   | 9<br>30%  | 21<br>70%               | 0<br>0%                 | 0<br>0%                   | 0<br>0%           | 0<br>0%                | 100%                  |
|   | c. Privacidad y confidencialidad  | 9<br>30%  | 21<br>70%               | 0<br>0%                 | 0<br>0%                   | 0<br>0%           | 0<br>0%                | 100%                  |
|   | d. Oportunidad en la atención teniendo en cuenta los tiempos de espera informados                           | 8<br>27%  | 20<br>67%               | 2<br>7%                 | 0<br>0%                   | 0<br>0%           | 0<br>0%                | 100%                  |
|   | e. Limpieza y desinfección general de las instalaciones   | 9<br>30%  | 21<br>70%               | 0<br>0%                 | 0<br>0%                   | 0<br>0%           | 0<br>0%                | 100%                  |
|   | f. Bienestar y comodidad física general de las instalaciones  | 9<br>30%  | 21<br>70%               | 0<br>0%                 | 0<br>0%                   | 0<br>0%           | 0<br>0%                | 100%                  |
|   | g. Seguridad en la atención brindada en salud por la institución  | 9<br>30%  | 21<br>70%               | 0<br>0%                 | 0<br>0%                   | 0<br>0%           | 0<br>0%                | 100%                  |
|   | h. Acceso a cita médica o ingreso por urgencias   | 9<br>30%  | 18<br>60%               | 3<br>10%                | 0<br>0%                   | 0<br>0%           | 0<br>0%                | 100%                  |
|   | i. Disponibilidad de elementos necesarios para mi atención (ropa, nutrición, aseo, entre otros)             | 9<br>30%  | 21<br>70%               | 0<br>0%                 | 0<br>0%                   | 0<br>0%           | 0<br>0%                | 100%                  |
|   | j. Disponibilidad de medicamentos y/o dispositivos y equipos médicos para mi atención                       | 9<br>30%  | 21<br>70%               | 0<br>0%                 | 0<br>0%                   | 0<br>0%           | 0<br>0%                | 100%                  |
|   |   | <b>EXCELENTE</b>  | <b>MUY BUENO</b>        | <b>BUENO</b>            | <b>REGULAR</b>            | <b>MALO</b>       | <b>NO INFORMA</b>      | <b>TOTAL PROMEDIO</b> |
| 3. Pensando en el o los profesionales de salud que le brindaron la atención médica. Califique su experiencia según los siguientes enunciados: | a. La explicación sobre su estado de salud diagnóstico y tratamiento fue clara y comprensible?              | 9<br>30%  | 21<br>70%               | 0<br>0%                 | 0<br>0%                   | 0<br>0%           | 0<br>0%                | 100%                  |
|   | b. Escucha sus inquietudes  | 9<br>30%  | 21<br>70%               | 0<br>0%                 | 0<br>0%                   | 0<br>0%           | 0<br>0%                | 100%                  |
|   | c. Habla usando un lenguaje que usted comprende   | 9<br>30%  | 21<br>70%               | 0<br>0%                 | 0<br>0%                   | 0<br>0%           | 0<br>0%                | 100%                  |
|   | d. Le explica los procedimientos a realizar y su finalidad?   | 9<br>30%  | 21<br>70%               | 0<br>0%                 | 0<br>0%                   | 0<br>0%           | 0<br>0%                | 100%                  |
|   | e. Lo trata con dignidad y respeto  | 9<br>30%  | 21<br>70%               | 0<br>0%                 | 0<br>0%                   | 0<br>0%           | 0<br>0%                | 100%                  |
|   | f. Le brindó información sobre el consentimiento informado antes del procedimiento?                         | 9<br>30%  | 21<br>70%               | 0<br>0%                 | 0<br>0%                   | 0<br>0%           | 0<br>0%                | 100%                  |
|   | g. La información suministrada sobre los trámites posteriores a su atención es clara y entendida por usted? | 9<br>30%  | 21<br>70%               | 0<br>0%                 | 0<br>0%                   | 0<br>0%           | 0<br>0%                | 100%                  |
|   | h. Su experiencia general al hablar con el o los profesionales de salud fue:                                | 9<br>30%  | 21<br>70%               | 0<br>0%                 | 0<br>0%                   | 0<br>0%           | 0<br>0%                | 100%                  |
| 4. ¿Teniendo en cuenta su experiencia en el HCI, recomendaría nuestros servicios a sus familiares, amigos o a otras personas??                |   | <b>DEFINITIVAMENTE SI</b>   | <b>PROBABLEMENTE SI</b> | <b>PROBABLEMENTE NO</b> | <b>DEFINITIVAMENTE NO</b> | <b>NO INFORMA</b> |                        | <b>TOTAL PROMEDIO</b> |
|   |   | 30<br>100%  | 0<br>0%                 | 0<br>0%                 | 0<br>0%                   | 0<br>0%           | 0<br>0%                | 100%                  |



| <b>OBSERVACIONES DE PACIENTES ACOMPAÑANTES O FAMILIARES</b>   |   |
|---|---|
| <b>a. QUE PODRIA DESTACAR EN LA ATENCIÓN BRINDADA</b>   | <b>b. COSAS QUE PODRÍA MEJORARSE</b>  |
| 1.Usuria refiere muy buena atencion para su hijo<br>2.Usuaría refiere muy agradecida con la atencion prestada | 1.Usuario recomienda que los platos de almuerzo, las auxiliares no los dejen en el lava manos y menos todos los de las demás habitaciones<br>2. Algunas enfermeras no son tan amables se les recomienda más humanización. |

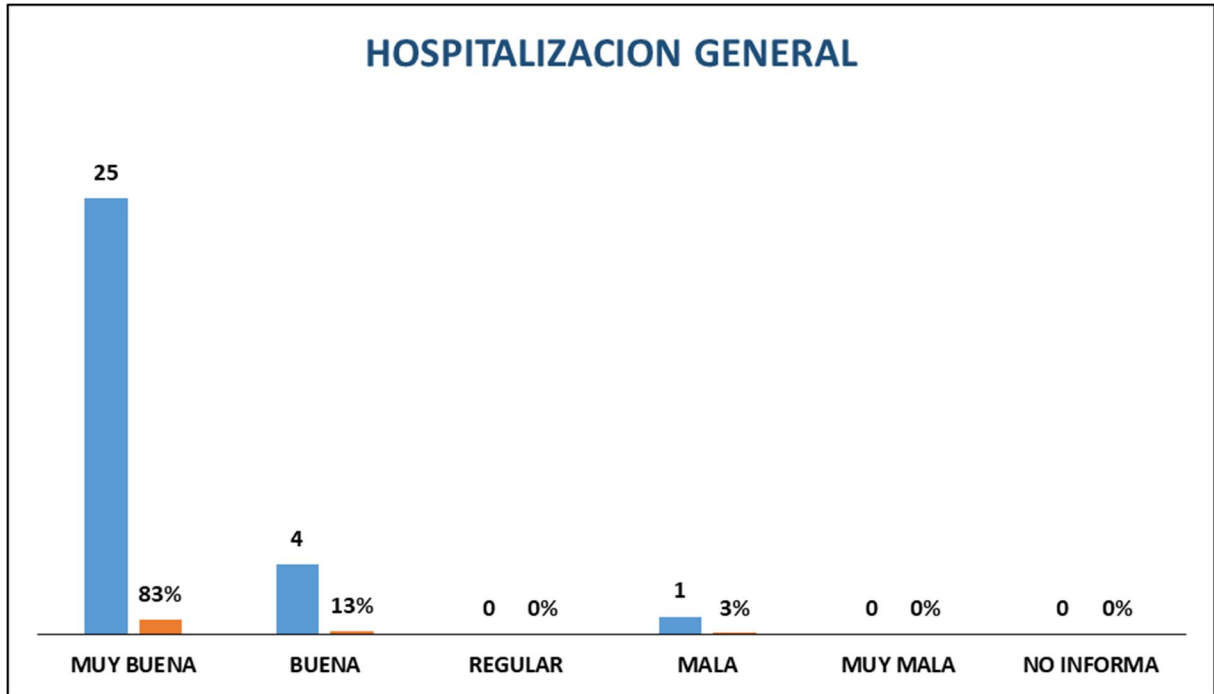
|   |   |                 |                     |
|---|---|-----------------|---------------------|
|  | <b>TABULACIÓN DE ENCUESTA DE EXPERIENCIA DEL USUARIO CON LA ATENCIÓN RECIBIDA</b> | <b>FO- 2321</b> |                     |
|   |   | Versión: 1      | Vigencia 16/07/2021 |

| ITEM EVALUADO EN LA ENCUESTA  |  | <b>MEDICINA INTERNA</b><br><b>No. ENCUESTAS 30</b> |                  |                  |                    |            |            |                |   |
|---|--|--|------------------|------------------|--------------------|------------|------------|----------------|---|
|   |  | CRITERIOS DE CALIFICACION                          |                  |                  |                    |            |            |                |   |
| 1. ¿Cómo calificaría su experiencia respecto a los servicios de salud recibidos en la institución?  | N/A  | MUY BUENA  | BUENA            | REGULAR          | MALA               | MUY MALA   | NO INFORMA | TOTAL PROMEDIO |   |
|   |  |  |                  | 27               | 3                  | 0          | 0          | 0              | 0 |
|   |  | 90%  | 10%              | 0%               | 0%                 | 0%         | 0%         |                |   |
|   |  | EXCELENTE  | MUY BUENO        | BUENO            | REGULAR            | MALO       | NO INFORMA | TOTAL PROMEDIO |   |
| 2. Pensando en su experiencia general con la atención en la salud brindada en esta institución ¿Cómo calificaría los siguientes ítems?        | a. El profesional de salud saluda y presenta su presentación?                                  | 10   | 18               | 2                | 0                  | 0          | 0          | 100%           |   |
|   |  |  | 33%              | 60%              | 7%                 | 0%         | 0%         | 0%             |   |
|   | b. Atención amable y trato respetuoso  | 11   | 17               | 2                | 0                  | 0          | 0          | 100%           |   |
|   |  |  | 37%              | 57%              | 7%                 | 0%         | 0%         | 0%             |   |
|   | c. Privacidad y confidencialidad   | 11   | 17               | 2                | 0                  | 0          | 0          | 100%           |   |
|   |  |  | 37%              | 57%              | 7%                 | 0%         | 0%         | 0%             |   |
|   | d. Oportunidad en la atención teniendo en cuenta los tiempos de espera informados              | 11   | 17               | 2                | 0                  | 0          | 0          | 100%           |   |
|   |  |  | 37%              | 57%              | 7%                 | 0%         | 0%         | 0%             |   |
|   | e. Limpieza y desinfección general de las instalaciones  | 11   | 17               | 2                | 0                  | 0          | 0          | 100%           |   |
|   |  |  | 37%              | 57%              | 7%                 | 0%         | 0%         | 0%             |   |
| f. Bienestar y comodidad física general de las instalaciones  | 11   | 17   | 2                | 0                | 0                  | 0          | 100%       |                |   |
|   |  | 37%  | 57%              | 7%               | 0%                 | 0%         | 0%         |                |   |
| g. Seguridad en la atención brindada en salud por la institución  | 11   | 17   | 2                | 0                | 0                  | 0          | 100%       |                |   |
|   |  | 37%  | 57%              | 7%               | 0%                 | 0%         | 0%         |                |   |
| h. Acceso a cita médica o ingreso por urgencias   | 8  | 14   | 7                | 1                | 0                  | 0          | 97%        |                |   |
|   |  | 27%  | 47%              | 23%              | 3%                 | 0%         | 0%         |                |   |
| i. Disponibilidad de elementos necesarios para mi atención (ropa, nutrición, aseo, entre otros)   | 10   | 18   | 2                | 0                | 0                  | 0          | 100%       |                |   |
|   |  | 33%  | 60%              | 7%               | 0%                 | 0%         | 0%         |                |   |
| j. Disponibilidad de medicamentos y/o dispositivos y equipos médicos para mi atención.  | 10   | 18   | 2                | 0                | 0                  | 0          | 100%       |                |   |
|   |  | 33%  | 60%              | 7%               | 0%                 | 0%         | 0%         |                |   |
|   |  | EXCELENTE  | MUY BUENO        | BUENO            | REGULAR            | MALO       | NO INFORMA | TOTAL PROMEDIO |   |
| 3. Pensando en el o los profesionales de salud que le brindaron la atención médica. Califique su experiencia según los siguientes enunciados: | a. La explicación sobre su estado de salud diagnóstico y tratamiento fue clara y comprensible? | 10   | 18               | 2                | 0                  | 0          | 0          | 100%           |   |
|   |  |  | 33%              | 60%              | 7%                 | 0%         | 0%         | 0%             |   |
|   | b. Escucha sus inquietudes   | 10   | 18               | 2                | 0                  | 0          | 0          | 100%           |   |
|   |  |  | 33%              | 60%              | 7%                 | 0%         | 0%         | 0%             |   |
|   | c. Habla usando un lenguaje que usted comprende  | 9  | 18               | 3                | 0                  | 0          | 0          | 100%           |   |
|   |  |  | 30%              | 60%              | 10%                | 0%         | 0%         | 0%             |   |
|   | d. Le explica los procedimientos a realizar y su finalidad?                                    | 10   | 18               | 2                | 0                  | 0          | 0          | 100%           |   |
|   |  |  | 33%              | 60%              | 7%                 | 0%         | 0%         | 0%             |   |
|   | e. Lo trata con dignidad y respeto   | 10   | 18               | 2                | 0                  | 0          | 0          | 100%           |   |
|   |  |  | 33%              | 60%              | 7%                 | 0%         | 0%         | 0%             |   |
| f. Le brindó información sobre el consentimiento informado antes del procedimiento?   | 10   | 18   | 2                | 0                | 0                  | 0          | 100%       |                |   |
|   |  | 33%  | 60%              | 7%               | 0%                 | 0%         | 0%         |                |   |
| g. La información suministrada sobre los trámites posteriores a su atención es clara y entendida por usted?                                   | 10   | 18   | 2                | 0                | 0                  | 0          | 100%       |                |   |
|   |  | 33%  | 60%              | 7%               | 0%                 | 0%         | 0%         |                |   |
| h. Su experiencia general al hablar con el o los profesionales de salud fue:  | 10   | 18   | 2                | 0                | 0                  | 0          | 100%       |                |   |
|   |  | 33%  | 60%              | 7%               | 0%                 | 0%         | 0%         |                |   |
|   |  | DEFINITIVAMENTE SI                                 | PROBABLEMENTE SI | PROBABLEMENTE NO | DEFINITIVAMENTE NO | NO INFORMA |            | TOTAL PROMEDIO |   |
|   |  | 30   | 0                | 0                | 0                  | 0          | 0          | 100%           |   |
|   |  | 100%   | 0%               | 0%               | 0%                 | 0%         |            |                |   |



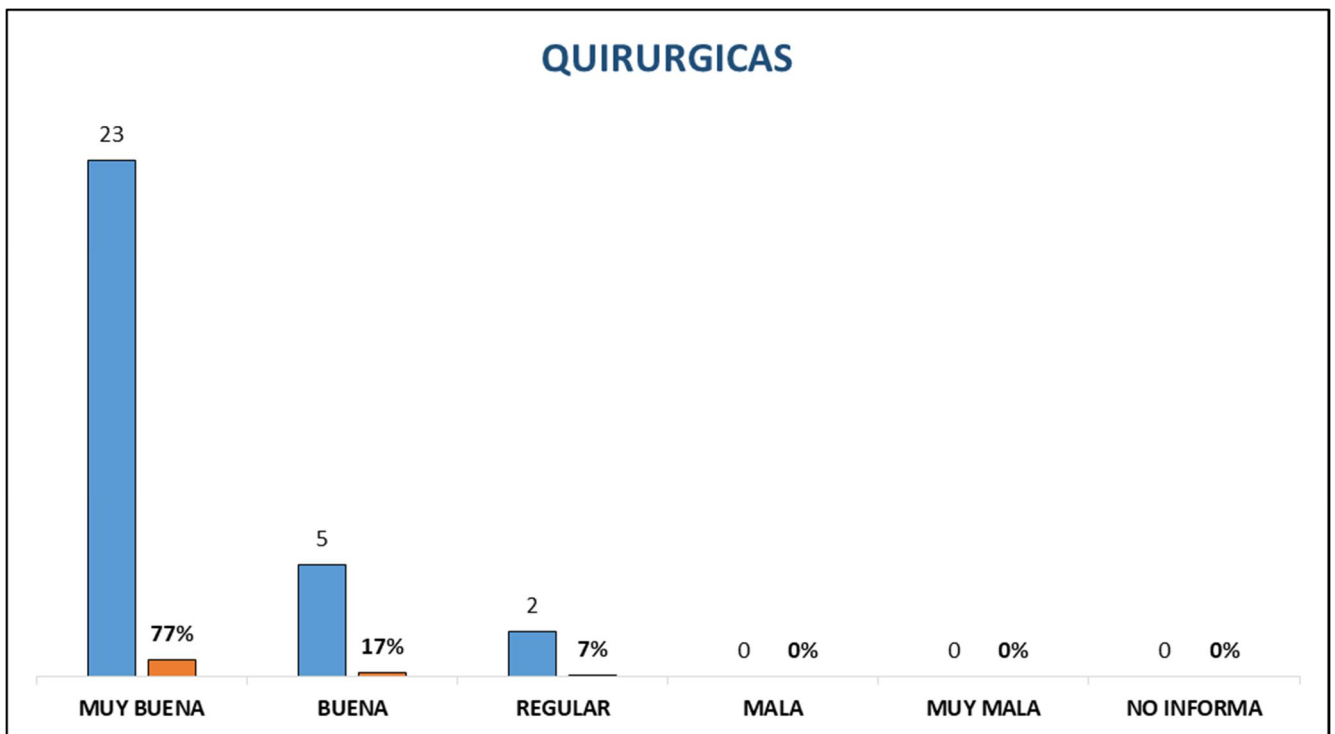
| <b>OBSERVACIONES DE PACIENTES ACOMPAÑANTES O FAMILIARES</b>   |  |
|---|--|
| <b>a. QUE PODRIA DESTACAR EN LA ATENCIÓN BRINDADA</b>   | <b>b. COSAS QUE PODRÍA MEJORARSE</b>   |
| <ol style="list-style-type: none"><li>1.Usuaría refiere muy amables todos, gracias</li><li>2.Usuario refiere Excelente atención</li><li>3.Usuario refiere estar agradecido por la atención</li><li>4.Usuaría refiere que está recibiendo una muy buena atención, son muy amables</li><li>5.Usuario refiere Todos son muy amables</li><li>6.Usuario refiere muy buena atención, agradecido con el personal que atiende</li></ol> | <ol style="list-style-type: none"><li>1.Usuaría recomienda que en horas de la noche el personal este más pendiente del paciente</li><li>2. La demora en el servicio de urgencias.</li><li>3.Usuaría refiere que deberían mejorar la alimentación</li><li>4.Usuario recomienda que el personal de salud este mas pendiente del paciente</li></ol> |

|    |   | TABULACIÓN DE ENCUESTA DE EXPERIENCIA DEL USUARIO CON LA ATENCIÓN RECIBIDA |                  |                  |                    | FO- 2321   |                     |                |
|---|---|--|------------------|------------------|--------------------|------------|---------------------|----------------|
|   |   |  |                  |                  |                    | Versión: 1 | Vigencia 16/07/2021 |                |
|   |   | <b>HOSPITALIZACION GENERAL</b>   |                  |                  |                    |            |                     |                |
|   |   | <b>No. ENCUESTAS 30</b>  |                  |                  |                    |            |                     |                |
| ITEM EVALUADO EN LA ENCUESTA  |   | CRITERIOS DE CALIFICACION  |                  |                  |                    |            |                     |                |
| 1. ¿Cómo calificaría su experiencia respecto a los servicios de salud recibidos en la institución?  | N/A   | MUY BUENA  | BUENA            | REGULAR          | MALA               | MUY MALA   | NO INFORMA          | TOTAL PROMEDIO |
|   |   | 25<br>83%  | 4<br>13%         | 0<br>0%          | 1<br>3%            | 0<br>0%    | 0<br>0%             | 97%            |
|   |   | EXCELENTE  | MUY BUENO        | BUENO            | REGULAR            | MALO       | NO INFORMA          | TOTAL PROMEDIO |
| 2. Pensando en su experiencia general con la atención en la salud brindada en esta institución ¿ Como calificaría los siguientes ítems?       | a. El profesional de salud saluda y presenta su presentación?   | 5<br>17%   | 21<br>70%        | 4<br>13%         | 0<br>0%            | 0<br>0%    | 0<br>0%             | 100%           |
|   | b. Atención amable y trato respetuoso   | 5<br>17%   | 21<br>70%        | 4<br>13%         | 0<br>0%            | 0<br>0%    | 0<br>0%             | 100%           |
|   | c. Privacidad y confidencialidad  | 5<br>17%   | 21<br>70%        | 4<br>13%         | 0<br>0%            | 0<br>0%    | 0<br>0%             | 100%           |
|   | d. Oportunidad en la atención teniendo en cuenta los tiempos de espera informados                           | 10<br>33%  | 14<br>47%        | 5<br>17%         | 1<br>3%            | 0<br>0%    | 0<br>0%             | 97%            |
|   | e. Limpieza y desinfección general de las instalaciones   | 5<br>17%   | 21<br>70%        | 4<br>13%         | 0<br>0%            | 0<br>0%    | 0<br>0%             | 100%           |
|   | f. Bienestar y comodidad física general de las instalaciones  | 5<br>17%   | 21<br>70%        | 4<br>13%         | 0<br>0%            | 0<br>0%    | 0<br>0%             | 100%           |
|   | g. Seguridad en la atención brindada en salud por la institución  | 5<br>17%   | 21<br>70%        | 3<br>10%         | 1<br>3%            | 0<br>0%    | 0<br>0%             | 97%            |
|   | h. Acceso a cita médica o ingreso por urgencias   | 9<br>30%   | 14<br>47%        | 7<br>23%         | 0<br>0%            | 0<br>0%    | 0<br>0%             | 100%           |
|   | i. Disponibilidad de elementos necesarios para mi atención (ropa, nutrición, aseo, entre otros)             | 5<br>17%   | 22<br>73%        | 3<br>10%         | 0<br>0%            | 0<br>0%    | 0<br>0%             | 100%           |
|   | j. Disponibilidad de medicamentos y/o dispositivos y equipos médicos para mi atención.                      | 5<br>17%   | 22<br>73%        | 3<br>10%         | 0<br>0%            | 0<br>0%    | 0<br>0%             | 100%           |
|   |   | EXCELENTE  | MUY BUENO        | BUENO            | REGULAR            | MALO       | NO INFORMA          | TOTAL PROMEDIO |
| 3. Pensando en el o los profesionales de salud que le brindaron la atención médica. Califique su experiencia según los siguientes enunciados: | a. La explicación sobre su estado de salud diagnóstico y tratamiento fue clara y comprensible?              | 5<br>17%   | 21<br>70%        | 4<br>13%         | 0<br>0%            | 0<br>0%    | 0<br>0%             | 100%           |
|   | b. Escucha sus inquietudes  | 5<br>17%   | 21<br>70%        | 4<br>13%         | 0<br>0%            | 0<br>0%    | 0<br>0%             | 100%           |
|   | c. Habla usando un lenguaje que usted comprende   | 5<br>17%   | 21<br>70%        | 4<br>13%         | 0<br>0%            | 0<br>0%    | 0<br>0%             | 100%           |
|   | d. Le explica los procedimientos a realizar y su finalidad?   | 5<br>17%   | 21<br>70%        | 4<br>13%         | 0<br>0%            | 0<br>0%    | 0<br>0%             | 100%           |
|   | e. Lo trata con dignidad y respeto  | 5<br>17%   | 21<br>70%        | 3<br>10%         | 1<br>3%            | 0<br>0%    | 0<br>0%             | 97%            |
|   | f. Le brindó información sobre el consentimiento informado antes del procedimiento?                         | 5<br>17%   | 21<br>70%        | 4<br>13%         | 0<br>0%            | 0<br>0%    | 0<br>0%             | 100%           |
|   | g. La información suministrada sobre los trámites posteriores a su atención es clara y entendida por usted? | 5<br>17%   | 21<br>70%        | 4<br>13%         | 0<br>0%            | 0<br>0%    | 0<br>0%             | 100%           |
|   | h. Su experiencia general al hablar con el o los profesionales de salud fue:                                | 5<br>17%   | 21<br>70%        | 4<br>13%         | 0<br>0%            | 0<br>0%    | 0<br>0%             | 100%           |
| 4. ¿Teniendo en cuenta su experiencia en el HCI, recomendaría nuestros servicios a sus familiares, amigos o a otras personas??                |   | DEFINITIVAMENTE SI   | PROBABLEMENTE SI | PROBABLEMENTE NO | DEFINITIVAMENTE NO | NO INFORMA |                     | TOTAL PROMEDIO |
|   |   | 29<br>97%  | 1<br>3%          | 0<br>0%          | 0<br>0%            | 0<br>0%    | 0<br>0%             | 100%           |



| <b>OBSERVACIONES DE PACIENTES ACOMPAÑANTES O FAMILIARES</b>   |  |
|---|--|
| <b>a. QUE PODRIA DESTACAR EN LA ATENCIÓN BRINDADA</b>   | <b>b. COSAS QUE PODRÍA MEJORARSE</b>   |
| <p>1.1. Usuario refiere muy buena atención<br/>2. Usuaría refiere muy buena atención brindada por el personal de salud<br/>3. Usuaría refiere el personal muy amable, muchas gracias por la atención brindada</p> | <p>1. Usuaría solicita que el personal de salud le dé a su familiar un trato digno, con respeto, sin discriminar ni hacer diferencias, no referirse de forma descalificativa<br/>2. Usuaría recomienda que el personal de enfermería esté más pendiente de la paciente</p> |

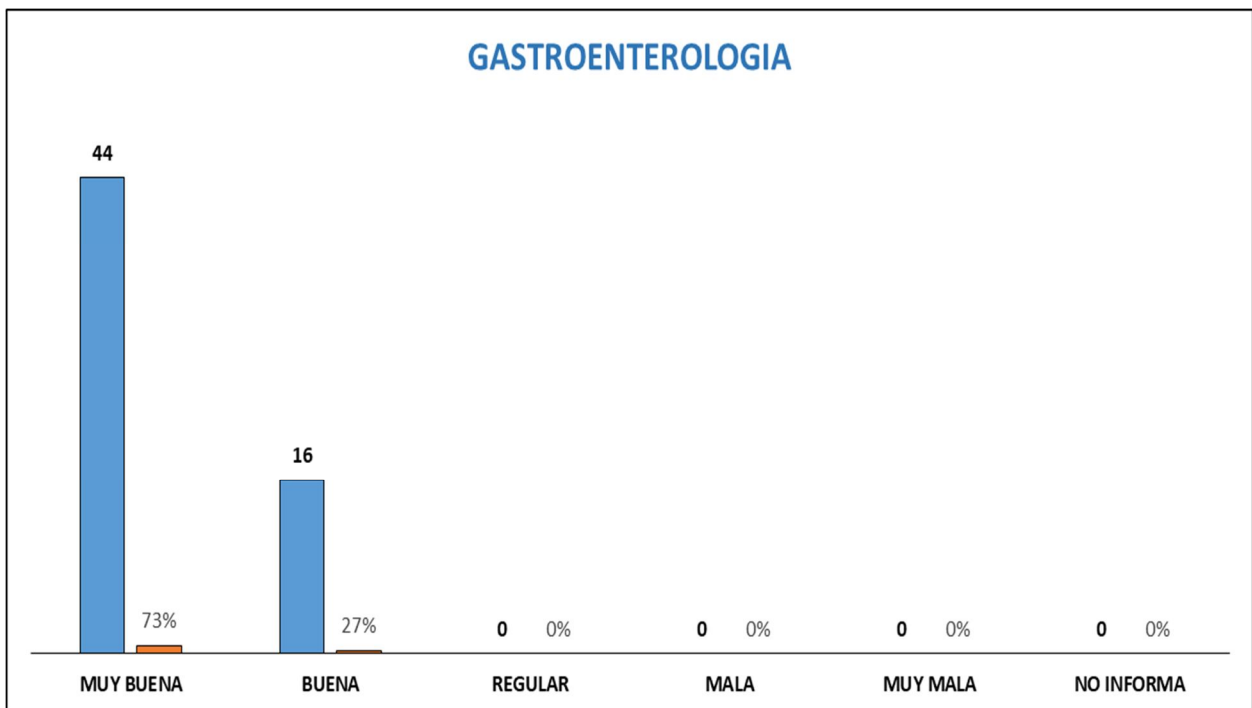




| <b>OBSERVACIONES DE PACIENTES ACOMPAÑANTES O FAMILIARES</b>   |   |
|---|---|
| <b>a. QUE PODRIA DESTACAR EN LA ATENCIÓN BRINDADA</b>   | <b>b. COSAS QUE PODRÍA MEJORARSE</b>  |
| <p>1. Usuario refiere muy buena atención ,gracias</p> <p>2. Usuario refiere muy buena atención con su familiar</p> <p>3. Usuario refiere muy buena atención recibida</p> <p>4. Usuaría refiere que el personal de salud es muy amable</p> <p>5. Usuario refiere que el personal de salud es muy amable, atento y están pendientes de él</p> | <p>1. Usuaría refiere que por favor haya toallas desechables para manos en el baño de la habitación</p> <p>2. Usuaría refiere que en cuanto a las enfermeras a veces la atención no es muy amable, al momento de los médicos pasar revista no dejan que el acompañante se quede a escuchar las recomendaciones. Se sugiere que dejen que tanto el usuario como el acompañante escuchen para así estar más enterados y pendientes de la atención.</p> <p>3. La atención en urgencias fue muy mala, usuaría refiere que tuvo una mala experiencia, y debido a la mala atención se ha retardado la cirugía que tiene programado, se recomienda que el personal sea más humano en cuanto a la atención ya que todos merecemos respeto y atención. Mejor atención y amabilidad</p> <p>4. Usuaría refiere que el personal de salud Jefe y auxiliares de enfermería deben tratar con respeto al paciente y su familiar y atender al llamado cuando se lo requiera porque se está solo en la habitación</p> <p>5. Se recomienda al personal más humanización.</p> <p>6. Usuario refiere que es muy demorado un resultado de un Tac, el necesita saber cuál es el resultado desde el día 04 le dijeron que son 12 horas y no le han dado ninguna información.</p> <p>7. Usuario refiere que debe ser más clara y amplia la explicación y cuando acuda el cirujano plástico para valoración</p> <p>8. Usuario recomienda que no sea tan demorado el reporte de Tac de tórax que le tomaron para que el especialista defina el procedimiento</p> |

|  |   |                 |                     |
|--|---|-----------------|---------------------|
|  | <b>TABULACIÓN DE ENCUESTA DE EXPERIENCIA DEL USUARIO CON LA ATENCIÓN RECIBIDA</b> | <b>FO- 2321</b> |                     |
|  |   | Versión: 1      | Vigencia 16/07/2021 |

| ITEM EVALUADO EN LA ENCUESTA  |   | CONSULTA EXTERNA GASTROENTEROLOGIA |                  |                  |                    |            |            |                |
|---|---|------------------------------------|------------------|------------------|--------------------|------------|------------|----------------|
|   |   | No. ENCUESTAS 60                   |                  |                  |                    |            |            |                |
| 1. ¿Cómo calificaría su experiencia respecto a los servicios de salud recibidos en la institución?  | N/A   | MUY BUENA                          | BUENA            | REGULAR          | MALA               | MUY MALA   | NO INFORMA | TOTAL PROMEDIO |
|   |   | 44                                 | 16               | 0                | 0                  | 0          | 0          | 100%           |
|   |   | 73%                                | 27%              | 0%               | 0%                 | 0%         | 0%         |                |
|   |   | EXCELENTE                          | MUY BUENO        | BUENO            | REGULAR            | MALO       | NO INFORMA | TOTAL PROMEDIO |
| 2. Pensando en su experiencia general con la atención en la salud brindada en esta institución ¿ Como calificaría los siguientes ítems?       |   | 12                                 | 33               | 15               | 0                  | 0          | 0          | 100%           |
|   | a. El profesional de salud saluda y presenta su presentación?   | 20%                                | 55%              | 25%              | 0%                 | 0%         | 0%         |                |
|   | b. Atención amable y trato respetuoso   | 12                                 | 33               | 15               | 0                  | 0          | 0          | 100%           |
|   |   | 20%                                | 55%              | 25%              | 0%                 | 0%         | 0%         |                |
|   | c. Privacidad y confidencialidad  | 12                                 | 33               | 15               | 0                  | 0          | 0          | 100%           |
|   |   | 20%                                | 55%              | 25%              | 0%                 | 0%         | 0%         |                |
|   | d. Oportunidad en la atención teniendo en cuenta los tiempos de espera informados                           | 8                                  | 26               | 23               | 3                  | 0          | 0          | 95%            |
|   |   | 13%                                | 43%              | 38%              | 5%                 | 0%         | 0%         |                |
|   | e. Limpieza y desinfección general de las instalaciones   | 12                                 | 33               | 15               | 0                  | 0          | 0          | 100%           |
|   |   | 20%                                | 55%              | 25%              | 0%                 | 0%         | 0%         |                |
|   | f. Bienestar y comodidad física general de las instalaciones  | 12                                 | 33               | 15               | 0                  | 0          | 0          | 100%           |
|   |   | 20%                                | 55%              | 25%              | 0%                 | 0%         | 0%         |                |
|   | g. Seguridad en la atención brindada en salud por la institución  | 12                                 | 33               | 14               | 1                  | 0          | 0          | 98%            |
|   |   | 20%                                | 55%              | 23%              | 2%                 | 0%         | 0%         |                |
|   | h. Acceso a cita médica o ingresos por urgencias  | 3                                  | 7                | 18               | 32                 | 0          | 0          | 47%            |
|   |   | 5%                                 | 12%              | 30%              | 53%                | 0%         | 0%         |                |
|   | i. Disponibilidad de elementos necesarios para mi atención (ropa, nutrición, aseo, entre otros)             | 13                                 | 32               | 15               | 0                  | 0          | 0          | 100%           |
|   |   | 22%                                | 53%              | 25%              | 0%                 | 0%         | 0%         |                |
|   | j. Disponibilidad de medicamentos y/o dispositivos y equipos médicos para mi atención                       | 12                                 | 33               | 15               | 0                  | 0          | 0          | 100%           |
|   |   | 20%                                | 55%              | 25%              | 0%                 | 0%         | 0%         |                |
|   |   | EXCELENTE                          | MUY BUENO        | BUENO            | REGULAR            | MALO       | NO INFORMA | TOTAL PROMEDIO |
| 3. Pensando en el o los profesionales de salud que le brindaron la atención médica. Califique su experiencia según los siguientes enunciados: |   | 12                                 | 33               | 15               | 0                  | 0          | 0          | 100%           |
|   | a. La explicación sobre su estado de salud diagnóstico y tratamiento fue clara y comprensible?              | 20%                                | 55%              | 25%              | 0%                 | 0%         | 0%         |                |
|   | b. Escucha sus inquietudes  | 12                                 | 33               | 15               | 0                  | 0          | 0          | 100%           |
|   |   | 20%                                | 55%              | 25%              | 0%                 | 0%         | 0%         |                |
|   | c. Habla usando un lenguaje que usted comprende   | 12                                 | 33               | 15               | 0                  | 0          | 0          | 100%           |
|   |   | 20%                                | 55%              | 25%              | 0%                 | 0%         | 0%         |                |
|   | d. Le explica los procedimientos a realizar y su finalidad?   | 12                                 | 33               | 15               | 0                  | 0          | 0          | 100%           |
|   |   | 20%                                | 55%              | 25%              | 0%                 | 0%         | 0%         |                |
|   | e. Lo trata con dignidad y respeto  | 12                                 | 33               | 15               | 0                  | 0          | 0          | 100%           |
|   |   | 20%                                | 55%              | 25%              | 0%                 | 0%         | 0%         |                |
|   | f. Le brindó información sobre el consentimiento informado antes del procedimiento?                         | 12                                 | 33               | 15               | 0                  | 0          | 0          | 100%           |
|   |   | 20%                                | 55%              | 25%              | 0%                 | 0%         | 0%         |                |
|   | g. La información suministrada sobre los trámites posteriores a su atención es clara y entendida por usted? | 12                                 | 33               | 15               | 0                  | 0          | 0          | 100%           |
|   |   | 20%                                | 55%              | 25%              | 0%                 | 0%         | 0%         |                |
|   | h. Su experiencia general al hablar con el o los profesionales de salud fue:                                | 11                                 | 34               | 15               | 0                  | 0          | 0          | 100%           |
|   |   | 18%                                | 57%              | 25%              | 0%                 | 0%         | 0%         |                |
| 4. ¿Teniendo en cuenta su experiencia en el HCl, recomendaría nuestros servicios a sus familiares, amigos o a otras personas??                |   | DEFINITIVAMENTE SI                 | PROBABLEMENTE SI | PROBABLEMENTE NO | DEFINITIVAMENTE NO | NO INFORMA |            | TOTAL PROMEDIO |
|   |   | 59                                 | 1                | 0                | 0                  | 0          | 0          | 100%           |
|   |   | 98%                                | 2%               | 0%               | 0%                 | 0%         | 0%         |                |



| <b>OBSERVACIONES DE PACIENTES ACOMPAÑANTES O FAMILIARES</b>  |  |
|--|--|
| <b>a. QUE PODRIA DESTACAR EN LA ATENCIÓN BRINDADA</b>  | <b>b. COSAS QUE PODRÍA MEJORARSE</b>   |
| <p>1.Usuaría refiere que muy buena la atención<br/>2.Usuaría refiere excelente atención recibida</p> | <p>1. Usuario refiere muy demorado para sacar la cita, deben mejorar en los tiempos para la asignación de citas<br/>2.Usuaría refiere que se debe mejorar el tiempo para la asignación de citas<br/>3. Usuario refiere que se debe mejorar la disponibilidad de la agenda para esta especialidad ya que para sacar cita es muy prolongado el tiempo de espera<br/>4.Usuaría refiere que den más rápido las citas para el especialista<br/>5.Usuaría refiere mejorar la asignación de citas médicas<br/>6.Usuaría refiere que debe Mejorar en la agenda de citas<br/>7.Usuaría refiere que se mejore la asignación de citas medicas<br/>8.Usuaría refiere que deben mejorar en la asignación de citas<br/>9.Usuaría refiere que se debe mejorar en la asignación de citas para la especialidad ya que es muy largo el tiempo de espera<br/>10.Usuaría refiere que deben mejorar en la asignación de citas<br/>11. Usuario refiere que deben mejorar la asignación de citas para la especialidad<br/>12.Usuaría refiere que haya disponibilidad amplia de la agenda del especialista para una pronta asignación de cita<br/>13. Usuaría refiere que deben mejorar el tiempo en la asignación de citas que haya más disponibilidad.<br/>14.Usuaría refiere que mejoren la asignación de citas para esta especialidad<br/>15..Usuario refiere mejorar en la disponibilidad de agenda para la especialidad<br/>16.Usuaría refiere mejorar en la asignación de citas<br/>17, Usuario refiere mejorar la disponibilidad en la asignación de citas<br/>18.Usuaría refiere que se debe mejorar la asignación de citas para esta especialidad<br/>19. Usuario refiere que es muy larga la lista de espera para la asignación de citas<br/>20.Usuaría refiere que se debe mejorar la asignación de citas<br/>21.Usuaría refiere que la asignación de citas sea más rápido<br/>22. Usuario refiere que mejore la asignación de citas y contesten los números que dan para llamar a solicitar las citas<br/>23. Usuario refiere que mejore la asignación de citas</p> |

|   |     |
|---|-----|
| <b>Numerador (número de encuestas satisfactorias)</b> | 564 |
| <b>Denominador (total de encuestas aplicadas)</b>     | 570 |

|              |            |
|--------------|------------|
| <b>Total</b> | <b>98%</b> |
|--------------|------------|

| <b>Tasa de satisfacción General HCI</b>                     | <b>Meta: 95%</b> |
|---|------------------|
| <b>CUARTO TRIMESTRE: OCTUBRE,NOVIEMBRE Y DICIEMBRE 2022</b> | <b>98%</b>       |