



NIT:892115010-5
COD: 4465000286

BUZON DE SUGERENCIA

MANIFESTACION SUGERENCIAS Y FELICITACIONES

ATENCION AL USUARIO

Código: AU -F- MSF -18

Versión:2.0

Vigencia:26/08/2021

Página 1 de 1

Su opinión es muy importante para nosotros, nos permite determinar las fortalezas o debilidades en los servicios ofrecidos, por lo que es necesario que usted indique en forma clara la opción que corresponde a su opinión.

1- Mencione el servicio recibido: _____

2- Como le pareció el servicio que le brindó la institución?

Excelente: ____ Bueno: ____ Regular: ____ Malo: ____ Muy Malo. ____

¿ Por Qué? _____

2. Considera Usted que el servicio ofrecido fue con Calidad y oportuno?

SI ____ NO ____

¿ Por Qué? _____

3.El trato y la calidez humana del personal que le brindo los servicios fue:

CARGO	EXCELENTE	BUENO	REGULAR	MALO
Especialista Responsable de la Atención				
Médico General del servicio				
Personal de Enfermería				
Servicio de medicamentos				
Auxiliar de Traslado (camillero)				
Personal de Vigilancia				
Personal de Facturación				
Trabajadora Social				

4. Señor Usuario. ¿Qué recomendaría usted para que la institución ESE Hospital San Rafael mejore la calidad del servicio? _____

5.Razones o hechos para presentar la manifestación, sugerencia, denuncias o felicitaciones: _____
