

Alejandro, 06 de Octubre del 2022

Señora:

**MARIA EVANGELINA MARTINEZ**

**SECRETARIA DE SALUD**

**Asunto:** Análisis de encuestas de satisfacción de farmacia

Con el objetivo de mejorar la calidad del servicio de farmacia; se realiza el análisis de la encuesta de satisfacción del **tercer trimestre** (Julio, agosto, septiembre,) del año en curso, donde se encontró lo siguiente:

- Se realizaron 60 encuestas a 60 personas salientes del servicio de farmacia donde cada una debía responder a 6 preguntas con opción múltiple de única respuesta.
- Según las respuestas a la **pregunta número 1** sobre el tiempo de espera para el despacho de sus medicamentos, los pacientes dan respuesta de manera satisfactoria ya que ninguno de los 60 encuestados, refirió una demora para su atención.
- Con respecto a la **pregunta número 2 y 3**; 60 pacientes encuestados respondieron que la información recibida fue buena y el trato por parte de la regente es de manera amable, ninguno de los pacientes refirió mala atención por lo que es satisfactorio el resultado en estas preguntas.
- En la **pregunta numero 4**; obtuvimos que 48 pacientes refirieron que fueron entregados todos los medicamentos mientras que 12 pacientes refieren que le quedaron pendiente la entrega de algunos medicamentos.
- Las respuestas a la **pregunta numero 5**; Es de manera satisfactoria, ya que los 60 pacientes encuestados refieren que su atención fue de una manera amable y cortés, lo que nos aporta positivamente que los pacientes se sientan a gusto en el servicio.
- En la **sesta pregunta** los pacientes dan una buena opinión sobre el servicio prestado por su ips, lo que nos motiva a continuar prestando un servicio donde le demos pronta solución o respuesta a las necesidades de los usuarios.

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

Estamos atentos a cualquier inquietud.

Cordialmente,

  
DORA GARCIA  
ENCARGADA DEL SIAU

E.S.E HOSPITAL PBRO LUIS FELIPE ARBELAEZ

-

-

# FARMACIA SEPTIEMBRE

PROMEDIO DE MINUTOS
2

Desde el momento en que le facturaron los medicamentos o insumos cuanto tiempo espero para

**PROMEDIO DE MINUTOS**

2

SUFICIENTE	INSUFICIENTE
20	0

La informacion recibida con respecto a sus medicamentos fue?

**Título del gráfico**

20

AMABLE	DESCORTEZ
20	

Como le parecio el trato recibido?

**Título del gráfico**

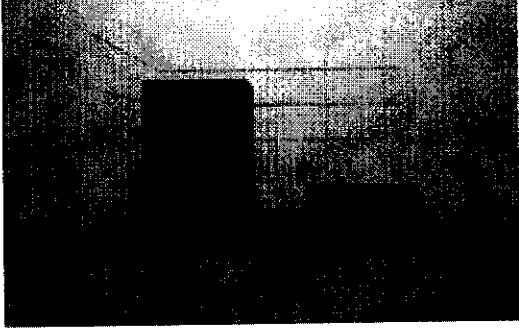
SI	NO
----	----

Le despacharon todos los

16	4
----	---

medicamentos ?

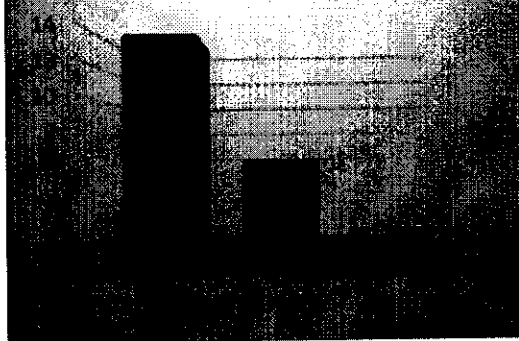
Título del gráfico



EXCELENTE	BUENO	REGULAR
14	6	0

En su opinion, el servicio que recibio fue?

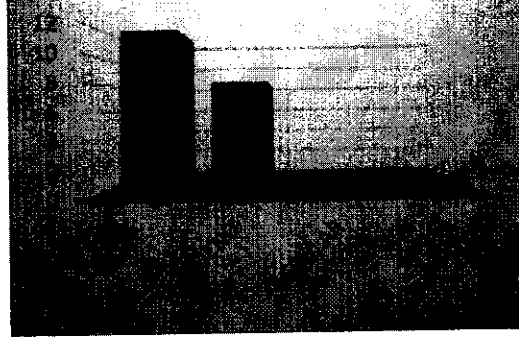
Título del gráfico



EXCELENTE	BUENO	REGULAR	MALO
12	8	0	0

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

Título del gráfico





## ENCUESTA DE SATISFACCIÓN FARMACIA

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

FECHA: 02/09/2022

PROCEDENCIA: ☒ URBANA ☐ RURAL

CUAL ES SU E.P.S.

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

1. DESDE EL MOMENTO EN QUE LE FACTURARON LOS MEDICAMENTOS O INSUMOS CUANTO TIEMPO ESPERO PARA SER ATENDIDO EN ESTE SERVICIO 0 MINUTOS

2. ¿LA INFORMACIÓN RECIBIDA CON RESPECTO A SUS MEDICAMENTOS FUE?  
☒ SUFICIENTE Y ADECUADA ☐ INSUFICIENTE E INADECUADA

3. COMO LE PARECIÓ EL TRATO RECIBIDO:  
☒ AMABLE ☐ DESCORTES

4. ¿LE DESPACHARON TODOS LOS MEDICAMENTOS FACTURADOS?:  
☒ SI ☐ NO

5. EN SU OPINIÓN, EL SERVICIO QUE RECIBÍ FUE:  
☐ EXCELENTE ☒ BUENO ☐ REGULAR ☐ MALO

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

☐ MUY BUENA ☒ BUENA ☐ MALA ☐ REGULAR

¿QUE SUGERENCIAS HARIA USTED PARA MEJORAR ESTE SERVICIO?

---

---

---

---



## ENCUESTA DE SATISFACCIÓN FARMACIA

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

FECHA: 14/09/2022

PROCEDENCIA: ☒ URBANA ☐ RURAL

CUAL ES SU E.P.S.

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

1. DESDE EL MOMENTO EN QUE LE FACTURARON LOS MEDICAMENTOS O INSUMOS CUANTO TIEMPO ESPERO PARA SER ATENDIDO EN ESTE SERVICIO 5 MINUTOS

2. ¿LA INFORMACIÓN RECIBIDA CON RESPECTO A SUS MEDICAMENTOS FUE?  
☒ SUFICIENTE Y ADECUADA ☐ INSUFICIENTE E INADECUADA

3. COMO LE PARECIÓ EL TRATO RECIBIDO:  
☒ AMABLE ☐ DESCORTES

4. ¿LE DESPACHARON TODOS LOS MEDICAMENTOS FACTURADOS?:  
☒ SI ☐ NO

5. EN SU OPINIÓN, EL SERVICIO QUE RECIBÍO FUE:  
☒ EXCELENTE ☐ BUENO ☐ REGULAR ☐ MALO

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

☐ MUY BUENA ☒ BUENA ☐ MALA ☐ REGULAR

¿QUE SUGERENCIAS HARIA USTED PARA MEJORAR ESTE SERVICIO?

---

---

---

---



## ENCUESTA DE SATISFACCIÓN FARMACIA

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

FECHA: 10/09/2022

PROCEDENCIA: ☐ URBANA ☒ RURAL

CUAL ES SU E.P.S.

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

1. DESDE EL MOMENTO EN QUE LE FACTURARON LOS MEDICAMENTOS O INSUMOS CUANTO TIEMPO ESPERO PARA SER ATENDIDO EN ESTE SERVICIO 2 MINUTOS

2. ¿LA INFORMACIÓN RECIBIDA CON RESPECTO A SUS MEDICAMENTOS FUE?  
☒ SUFICIENTE Y ADECUADA ☐ INSUFICIENTE E INADECUADA

3. COMO LE PARECIÓ EL TRATO RECIBIDO:  
☒ AMABLE ☐ DESCORTES

4. ¿LE DESPACHARON TODOS LOS MEDICAMENTOS FACTURADOS?:  
☒ SI ☐ NO

5. EN SU OPINIÓN, EL SERVICIO QUE RECIBÍO FUE:  
☐ EXCELENTE ☒ BUENO ☐ REGULAR ☐ MALO

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

☐ MUY BUENA ☒ BUENA ☐ MALA ☐ REGULAR

¿QUE SUGERENCIAS HARIA USTED PARA MEJORAR ESTE SERVICIO?

---

---

---

---



## ENCUESTA DE SATISFACCIÓN FARMACIA

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

FECHA: 13/09/2022

PROCEDENCIA: ☒ URBANA ☐ RURAL

CUAL ES SU E.P.S.

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

1. DESDE EL MOMENTO EN QUE LE FACTURARON LOS MEDICAMENTOS O INSUMOS CUANTO TIEMPO ESPERO PARA SER ATENDIDO EN ESTE SERVICIO 0 MINUTOS

2. ¿LA INFORMACIÓN RECIBIDA CON RESPECTO A SUS MEDICAMENTOS FUE?  
☒ SUFICIENTE Y ADECUADA ☐ INSUFICIENTE E INADECUADA

3. COMO LE PARECIÓ EL TRATO RECIBIDO:  
☒ AMABLE ☐ DESCORTES

4. ¿LE DESPACHARON TODOS LOS MEDICAMENTOS FACTURADOS?:  
☐ SI ☒ NO

5. EN SU OPINIÓN, EL SERVICIO QUE RECIBÍO FUE:  
☒ EXCELENTE ☐ BUENO ☐ REGULAR ☐ MALO

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

☐ MUY BUENA ☒ BUENA ☐ MALA ☐ REGULAR

¿QUE SUGERENCIAS HARIA USTED PARA MEJORAR ESTE SERVICIO?

---

---

---

---





## ENCUESTA DE SATISFACCIÓN FARMACIA

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

FECHA: 23/09/2022

PROCEDENCIA: ☒ URBANA ☐ RURAL

CUAL ES SU E.P.S.

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

1. DESDE EL MOMENTO EN QUE LE FACTURARON LOS MEDICAMENTOS O INSUMOS CUANTO TIEMPO ESPERO PARA SER ATENDIDO EN ESTE SERVICIO 0 MINUTOS

2. ¿LA INFORMACIÓN RECIBIDA CON RESPECTO A SUS MEDICAMENTOS FUE?  
☒ SUFICIENTE Y ADECUADA ☐ INSUFICIENTE E INADECUADA

3. COMO LE PARECIÓ EL TRATO RECIBIDO:  
☒ AMABLE ☐ DESCORTES

4. ¿LE DESPACHARON TODOS LOS MEDICAMENTOS FACTURADOS?:  
☒ SI ☐ NO

5. EN SU OPINIÓN, EL SERVICIO QUE RECIBIÓ FUE:  
☐ EXCELENTE ☒ BUENO ☐ REGULAR ☐ MALO

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

☐ MUY BUENA ☒ BUENA ☐ MALA ☐ REGULAR

¿QUE SUGERENCIAS HARIA USTED PARA MEJORAR ESTE SERVICIO?

---

---

---

---



## ENCUESTA DE SATISFACCIÓN FARMACIA

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

FECHA: 20/09/2022

PROCEDENCIA: ☒ URBANA ☐ RURAL

CUAL ES SU E.P.S.

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

1. DESDE EL MOMENTO EN QUE LE FACTURARON LOS MEDICAMENTOS O INSUMOS CUANTO TIEMPO ESPERO PARA SER ATENDIDO EN ESTE SERVICIO 0 MINUTOS

2. ¿LA INFORMACIÓN RECIBIDA CON RESPECTO A SUS MEDICAMENTOS FUE?  
☒ SUFICIENTE Y ADECUADA ☐ INSUFICIENTE E INADECUADA

3. COMO LE PARECIÓ EL TRATO RECIBIDO:  
☒ AMABLE ☐ DESCORTES

4. ¿LE DESPACHARON TODOS LOS MEDICAMENTOS FACTURADOS?:  
☐ SI ☒ NO

5. EN SU OPINIÓN, EL SERVICIO QUE RECIBÍO FUE:  
☒ EXCELENTE ☐ BUENO ☐ REGULAR ☐ MALO

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

☒ MUY BUENA ☐ BUENA ☐ MALA ☐ REGULAR

¿QUE SUGERENCIAS HARIA USTED PARA MEJORAR ESTE SERVICIO?

---

---

---

---



## ENCUESTA DE SATISFACCIÓN FARMACIA

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

FECHA: 13/09/2022

PROCEDENCIA: ☒ URBANA ☐ RURAL

CUAL ES SU E.P.S.

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

1. DESDE EL MOMENTO EN QUE LE FACTURARON LOS MEDICAMENTOS O INSUMOS CUANTO TIEMPO ESPERO PARA SER ATENDIDO EN ESTE SERVICIO 3 MINUTOS

2. ¿LA INFORMACIÓN RECIBIDA CON RESPECTO A SUS MEDICAMENTOS FUE?  
☒ SUFICIENTE Y ADECUADA ☐ INSUFICIENTE E INADECUADA

3. COMO LE PARECIÓ EL TRATO RECIBIDO:  
☒ AMABLE ☐ DESCORTES

4. ¿LE DESPACHARON TODOS LOS MEDICAMENTOS FACTURADOS?:  
☒ SI ☐ NO

5. EN SU OPINIÓN, EL SERVICIO QUE RECIBÍO FUE:  
☐ EXCELENTE ☒ BUENO ☐ REGULAR ☐ MALO

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

☐ MUY BUENA ☒ BUENA ☐ MALA ☐ REGULAR

¿QUE SUGERENCIAS HARIA USTED PARA MEJORAR ESTE SERVICIO?

---

---

---

---



## ENCUESTA DE SATISFACCIÓN FARMACIA

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

FECHA: 24/09/2022

PROCEDENCIA: ☐ URBANA ☒ RURAL

CUAL ES SU E.P.S.

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

1. DESDE EL MOMENTO EN QUE LE FACTURARON LOS MEDICAMENTOS O INSUMOS CUANTO TIEMPO ESPERO PARA SER ATENDIDO EN ESTE SERVICIO 5 MINUTOS

2. ¿LA INFORMACIÓN RECIBIDA CON RESPECTO A SUS MEDICAMENTOS FUE?  
☒ SUFICIENTE Y ADECUADA ☐ INSUFICIENTE E INADECUADA

3. COMO LE PARECIÓ EL TRATO RECIBIDO:  
☒ AMABLE ☐ DESCORTES

4. ¿LE DESPACHARON TODOS LOS MEDICAMENTOS FACTURADOS?:  
☒ SI ☐ NO

5. EN SU OPINIÓN, EL SERVICIO QUE RECIBÍO FUE:  
☒ EXCELENTE ☐ BUENO ☐ REGULAR ☐ MALO

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

☐ MUY BUENA ☒ BUENA ☐ MALA ☐ REGULAR

¿QUE SUGERENCIAS HARIA USTED PARA MEJORAR ESTE SERVICIO?

---

---

---

---



## ENCUESTA DE SATISFACCIÓN FARMACIA

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

FECHA:

19/09/2022

PROCEDENCIA:

☐

URBANA

☒

RURAL

CUAL ES SU E.P.S.

☐

NUEVA EPS

☐

SUMIMEDICAL

☒

SAVIA SALUD

☐

OTRA.

CUAL \_\_\_\_\_

1. DESDE EL MOMENTO EN QUE LE FACTURARON LOS MEDICAMENTOS O INSUMOS CUANTO TIEMPO ESPERO PARA SER ATENDIDO EN ESTE SERVICIO \_\_\_\_\_ MINUTOS

2. ¿LA INFORMACIÓN RECIBIDA CON RESPECTO A SUS MEDICAMENTOS FUE?

☒

SUFICIENTE Y ADECUADA

☐

INSUFICIENTE E INADECUADA

3. COMO LE PARECIÓ EL TRATO RECIBIDO:

☒

AMABLE

☐

DESCORTES

4. ¿LE DESPACHARON TODOS LOS MEDICAMENTOS FACTURADOS?:

☒

SI

☐

NO

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

☒

EXCELENTE

☐

BUENO

☐

REGULAR

☐

MALO

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

☐

MUY BUENA

☒

BUENA

☐

MALA

☐

REGULAR

¿QUE SUGERENCIAS HARIA USTED PARA MEJORAR ESTE SERVICIO?

---

---

---

---



## ENCUESTA DE SATISFACCIÓN FARMACIA

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

FECHA: 21/09/2022

PROCEDENCIA: ☒ URBANA ☐ RURAL

CUAL ES SU E.P.S.

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

1. DESDE EL MOMENTO EN QUE LE FACTURARON LOS MEDICAMENTOS O INSUMOS CUANTO TIEMPO ESPERO PARA SER ATENDIDO EN ESTE SERVICIO 2 MINUTOS

2. ¿LA INFORMACIÓN RECIBIDA CON RESPECTO A SUS MEDICAMENTOS FUE?  
☒ SUFICIENTE Y ADECUADA ☐ INSUFICIENTE E INADECUADA

3. COMO LE PARECIÓ EL TRATO RECIBIDO:  
☒ AMABLE ☐ DESCORTES

4. ¿LE DESPACHARON TODOS LOS MEDICAMENTOS FACTURADOS?:  
☒ SI ☐ NO

5. EN SU OPINIÓN, EL SERVICIO QUE RECIBIÓ FUE:  
☐ EXCELENTE ☒ BUENO ☐ REGULAR ☐ MALO

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

☐ MUY BUENA ☒ BUENA ☐ MALA ☐ REGULAR

¿QUE SUGERENCIAS HARIA USTED PARA MEJORAR ESTE SERVICIO?

---

---

---

---



## ENCUESTA DE SATISFACCIÓN FARMACIA

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

FECHA: 30/09/2022

PROCEDENCIA: ☒ URBANA ☐ RURAL

CUAL ES SU E.P.S.

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

1. DESDE EL MOMENTO EN QUE LE FACTURARON LOS MEDICAMENTOS O INSUMOS CUANTO TIEMPO ESPERO PARA SER ATENDIDO EN ESTE SERVICIO \_\_\_\_\_ MINUTOS

2. ¿LA INFORMACIÓN RECIBIDA CON RESPECTO A SUS MEDICAMENTOS FUE?  
☒ SUFICIENTE Y ADECUADA ☐ INSUFICIENTE E INADECUADA

3. COMO LE PARECIÓ EL TRATO RECIBIDO:  
☒ AMABLE ☐ DESCORTES

4. ¿LE DESPACHARON TODOS LOS MEDICAMENTOS FACTURADOS?:  
☒ SI ☐ NO

5. EN SU OPINIÓN, EL SERVICIO QUE RECIBIÓ FUE:  
☐ EXCELENTE ☒ BUENO ☐ REGULAR ☐ MALO

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

☒ MUY BUENA ☐ BUENA ☐ MALA ☐ REGULAR

¿QUE SUGERENCIAS HARIA USTED PARA MEJORAR ESTE SERVICIO?

---

---

---

---



## ENCUESTA DE SATISFACCIÓN FARMACIA

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

FECHA: 28/09/2022

PROCEDENCIA: ☒ URBANA ☐ RURAL

CUAL ES SU E.P.S.

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

1. DESDE EL MOMENTO EN QUE LE FACTURARON LOS MEDICAMENTOS O INSUMOS CUANTO TIEMPO ESPERO PARA SER ATENDIDO EN ESTE SERVICIO \_\_\_\_\_ MINUTOS

2. ¿LA INFORMACIÓN RECIBIDA CON RESPECTO A SUS MEDICAMENTOS FUE?  
☒ SUFICIENTE Y ADECUADA ☐ INSUFICIENTE E INADECUADA

3. COMO LE PARECIÓ EL TRATO RECIBIDO:  
☒ AMABLE ☐ DESCORTES

4. ¿LE DESPACHARON TODOS LOS MEDICAMENTOS FACTURADOS?:  
☒ SI ☐ NO

5. EN SU OPINIÓN, EL SERVICIO QUE RECIBÍÓ FUE:  
☒ EXCELENTE ☐ BUENO ☐ REGULAR ☐ MALO

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

☒ MUY BUENA ☐ BUENA ☐ MALA ☐ REGULAR

¿QUE SUGERENCIAS HARIA USTED PARA MEJORAR ESTE SERVICIO?

---

---

---

---





## ENCUESTA DE SATISFACCIÓN FARMACIA

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

FECHA: 15/09/2022

PROCEDENCIA: ☒ URBANA ☐ RURAL

CUAL ES SU E.P.S.

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

1. DESDE EL MOMENTO EN QUE LE FACTURARON LOS MEDICAMENTOS O INSUMOS CUANTO TIEMPO ESPERO PARA SER ATENDIDO EN ESTE SERVICIO \_\_\_\_\_ MINUTOS

2. ¿LA INFORMACIÓN RECIBIDA CON RESPECTO A SUS MEDICAMENTOS FUE?  
☒ SUFICIENTE Y ADECUADA ☐ INSUFICIENTE E INADECUADA

3. COMO LE PARECIÓ EL TRATO RECIBIDO:  
☒ AMABLE ☐ DESCORTES

4. ¿LE DESPACHARON TODOS LOS MEDICAMENTOS FACTURADOS?:  
☐ SI ☒ NO

5. EN SU OPINIÓN, EL SERVICIO QUE RECIBÍÓ FUE:  
☒ EXCELENTE ☐ BUENO ☐ REGULAR ☐ MALO

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

☐ MUY BUENA ☒ BUENA ☐ MALA ☐ REGULAR

¿QUE SUGERENCIAS HARIA USTED PARA MEJORAR ESTE SERVICIO?

---

---

---

---



## ENCUESTA DE SATISFACCIÓN FARMACIA

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

FECHA: 12/09/2022

PROCEDENCIA: ☒ URBANA ☐ RURAL

CUAL ES SU E.P.S.

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

1. DESDE EL MOMENTO EN QUE LE FACTURARON LOS MEDICAMENTOS O INSUMOS CUANTO TIEMPO ESPERO PARA SER ATENDIDO EN ESTE SERVICIO \_\_\_\_\_ MINUTOS

2. ¿LA INFORMACIÓN RECIBIDA CON RESPECTO A SUS MEDICAMENTOS FUE?  
☒ SUFICIENTE Y ADECUADA ☐ INSUFICIENTE E INADECUADA

3. COMO LE PARECIÓ EL TRATO RECIBIDO:  
☒ AMABLE ☐ DESCORTES

4. ¿LE DESPACHARON TODOS LOS MEDICAMENTOS FACTURADOS?:  
☒ SI ☐ NO

5. EN SU OPINIÓN, EL SERVICIO QUE RECIBÍO FUE:  
☒ EXCELENTE ☐ BUENO ☐ REGULAR ☐ MALO

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

☒ MUY BUENA ☐ BUENA ☐ MALA ☐ REGULAR

¿QUE SUGERENCIAS HARIA USTED PARA MEJORAR ESTE SERVICIO?

---

---

---

---



## ENCUESTA DE SATISFACCIÓN FARMACIA

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

FECHA: 13/09/2022

PROCEDENCIA: ☒ URBANA ☐ RURAL

CUAL ES SU E.P.S.

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

1. DESDE EL MOMENTO EN QUE LE FACTURARON LOS MEDICAMENTOS O INSUMOS CUANTO TIEMPO ESPERO PARA SER ATENDIDO EN ESTE SERVICIO \_\_\_\_\_ MINUTOS

2. ¿LA INFORMACIÓN RECIBIDA CON RESPECTO A SUS MEDICAMENTOS FUE?  
☒ SUFICIENTE Y ADECUADA ☐ INSUFICIENTE E INADECUADA

3. COMO LE PARECIÓ EL TRATO RECIBIDO:  
☒ AMABLE ☐ DESCORTES

4. ¿LE DESPACHARON TODOS LOS MEDICAMENTOS FACTURADOS?:  
☒ SI ☐ NO

5. EN SU OPINIÓN, EL SERVICIO QUE RECIBIÓ FUE:  
☐ EXCELENTE ☒ BUENO ☐ REGULAR ☐ MALO

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

☒ MUY BUENA ☐ BUENA ☐ MALA ☐ REGULAR

¿QUE SUGERENCIAS HARIA USTED PARA MEJORAR ESTE SERVICIO?

---

---

---

---



## ENCUESTA DE SATISFACCIÓN FARMACIA

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

FECHA: 14/09/2022

PROCEDENCIA: ☐ URBANA ☒ RURAL

CUAL ES SU E.P.S.

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

1. DESDE EL MOMENTO EN QUE LE FACTURARON LOS MEDICAMENTOS O INSUMOS CUANTO TIEMPO ESPERO PARA SER ATENDIDO EN ESTE SERVICIO \_\_\_\_\_ MINUTOS

2. ¿LA INFORMACIÓN RECIBIDA CON RESPECTO A SUS MEDICAMENTOS FUE?  
☒ SUFICIENTE Y ADECUADA ☐ INSUFICIENTE E INADECUADA

3. COMO LE PARECIÓ EL TRATO RECIBIDO:  
☒ AMABLE ☐ DESCORTES

4. ¿LE DESPACHARON TODOS LOS MEDICAMENTOS FACTURADOS?:  
☒ SI ☐ NO

5. EN SU OPINIÓN, EL SERVICIO QUE RECIBÍO FUE:  
☒ EXCELENTE ☐ BUENO ☐ REGULAR ☐ MALO

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

☒ MUY BUENA ☐ BUENA ☐ MALA ☐ REGULAR

¿QUE SUGERENCIAS HARIA USTED PARA MEJORAR ESTE SERVICIO?

---

---

---

---



## ENCUESTA DE SATISFACCIÓN FARMACIA

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

FECHA: 15/09/2022

PROCEDENCIA: ☒ URBANA ☐ RURAL

CUAL ES SU E.P.S.

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

1. DESDE EL MOMENTO EN QUE LE FACTURARON LOS MEDICAMENTOS O INSUMOS CUANTO TIEMPO ESPERO PARA SER ATENDIDO EN ESTE SERVICIO \_\_\_\_\_ MINUTOS

2. ¿LA INFORMACIÓN RECIBIDA CON RESPECTO A SUS MEDICAMENTOS FUE?  
☒ SUFICIENTE Y ADECUADA ☐ INSUFICIENTE E INADECUADA

3. COMO LE PARECIÓ EL TRATO RECIBIDO:  
☒ AMABLE ☐ DESCORTES

4. ¿LE DESPACHARON TODOS LOS MEDICAMENTOS FACTURADOS?:  
☐ SI ☒ NO

5. EN SU OPINIÓN, EL SERVICIO QUE RECIBÍO FUE:  
☒ EXCELENTE ☐ BUENO ☐ REGULAR ☐ MALO

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

☒ MUY BUENA ☐ BUENA ☐ MALA ☐ REGULAR

¿QUE SUGERENCIAS HARIA USTED PARA MEJORAR ESTE SERVICIO?

---

---

---

---



## ENCUESTA DE SATISFACCIÓN FARMACIA

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

FECHA: 16/09/2022

PROCEDENCIA: ☒ URBANA ☐ RURAL

CUAL ES SU E.P.S.

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

1. DESDE EL MOMENTO EN QUE LE FACTURARON LOS MEDICAMENTOS O INSUMOS CUANTO TIEMPO ESPERO PARA SER ATENDIDO EN ESTE SERVICIO \_\_\_\_\_ MINUTOS

2. ¿LA INFORMACIÓN RECIBIDA CON RESPECTO A SUS MEDICAMENTOS FUE?  
☒ SUFICIENTE Y ADECUADA ☐ INSUFICIENTE E INADECUADA

3. COMO LE PARECIÓ EL TRATO RECIBIDO:  
☒ AMABLE ☐ DESCORTES

4. ¿LE DESPACHARON TODOS LOS MEDICAMENTOS FACTURADOS?:  
☒ SI ☐ NO

5. EN SU OPINIÓN, EL SERVICIO QUE RECIBÍO FUE:  
☒ EXCELENTE ☐ BUENO ☐ REGULAR ☐ MALO

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

☐ MUY BUENA ☒ BUENA ☐ MALA ☐ REGULAR

¿QUE SUGERENCIAS HARIA USTED PARA MEJORAR ESTE SERVICIO?

---

---

---

---



## ENCUESTA DE SATISFACCIÓN FARMACIA

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

FECHA: 17/09/2022

PROCEDENCIA: ☐ URBANA ☒ RURAL

CUAL ES SU E.P.S.

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

1. DESDE EL MOMENTO EN QUE LE FACTURARON LOS MEDICAMENTOS O INSUMOS CUANTO TIEMPO ESPERO PARA SER ATENDIDO EN ESTE SERVICIO \_\_\_\_\_ MINUTOS

2. ¿LA INFORMACIÓN RECIBIDA CON RESPECTO A SUS MEDICAMENTOS FUE?  
☒ SUFICIENTE Y ADECUADA ☐ INSUFICIENTE E INADECUADA

3. COMO LE PARECIÓ EL TRATO RECIBIDO:  
☒ AMABLE ☐ DESCORTES

4. ¿LE DESPACHARON TODOS LOS MEDICAMENTOS FACTURADOS?:  
☒ SI ☐ NO

5. EN SU OPINIÓN, EL SERVICIO QUE RECIBÍO FUE:  
☒ EXCELENTE ☐ BUENO ☐ REGULAR ☐ MALO

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

☒ MUY BUENA ☐ BUENA ☐ MALA ☐ REGULAR

¿QUE SUGERENCIAS HARIA USTED PARA MEJORAR ESTE SERVICIO?

---

---

---

---



## ENCUESTA DE SATISFACCIÓN FARMACIA

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

FECHA: 27/09/2022

PROCEDENCIA: ☒ URBANA ☐ RURAL

CUAL ES SU E.P.S.

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

1. DESDE EL MOMENTO EN QUE LE FACTURARON LOS MEDICAMENTOS O INSUMOS CUANTO TIEMPO ESPERO PARA SER ATENDIDO EN ESTE SERVICIO 2 MINUTOS

2. ¿LA INFORMACIÓN RECIBIDA CON RESPECTO A SUS MEDICAMENTOS FUE?  
☒ SUFICIENTE Y ADECUADA ☐ INSUFICIENTE E INADECUADA

3. COMO LE PARECIÓ EL TRATO RECIBIDO:  
☒ AMABLE ☐ DESCORTES

4. ¿LE DESPACHARON TODOS LOS MEDICAMENTOS FACTURADOS?:  
☒ SI ☐ NO

5. EN SU OPINIÓN, EL SERVICIO QUE RECIBÍO FUE:  
☒ EXCELENTE ☐ BUENO ☐ REGULAR ☐ MALO

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

☒ MUY BUENA ☐ BUENA ☐ MALA ☐ REGULAR

¿QUE SUGERENCIAS HARIA USTED PARA MEJORAR ESTE SERVICIO?

---

---

---

---



# FARMACIA AGOSTO

PROMEDIO DE MINUTOS
2

Desde el momento en que le facturaron los medicamentos o insumos cuanto tiempo espero para

**PROMEDIO DE MINUTOS**

2

SUFICIENTE	INSUFICIENTE
20	0

La informacion recibida con respecto a sus medicamentos fue?

**Título del gráfico**

AMABLE	DESCORTEZ
20	

Como le parecio el trato recibido?

**Título del gráfico**

SI	NO
----	----

Le despacharon todos los

15	5
----	---

medicamentos ?



EXCELENTE	BUENO	REGULAR
16	4	0

En su opinion, el servicio que recibio fue?



EXCELENTE	BUENO	REGULAR	MALO
12	8	0	0

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





## ENCUESTA DE SATISFACCIÓN FARMACIA

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

FECHA: 01/08/2022

PROCEDENCIA: ☒ URBANA ☐ RURAL

CUAL ES SU E.P.S.

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

1. DESDE EL MOMENTO EN QUE LE FACTURARON LOS MEDICAMENTOS O INSUMOS CUANTO TIEMPO ESPERO PARA SER ATENDIDO EN ESTE SERVICIO 0 MINUTOS

2. ¿LA INFORMACIÓN RECIBIDA CON RESPECTO A SUS MEDICAMENTOS FUE?  
☒ SUFICIENTE Y ADECUADA ☐ INSUFICIENTE E INADECUADA

3. COMO LE PARECIÓ EL TRATO RECIBIDO:  
☒ AMABLE ☐ DESCORTES

4. ¿LE DESPACHARON TODOS LOS MEDICAMENTOS FACTURADOS?:  
☒ SI ☐ NO

5. EN SU OPINIÓN, EL SERVICIO QUE RECIBIÓ FUE:  
☒ EXCELENTE ☐ BUENO ☐ REGULAR ☐ MALO

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

☒ MUY BUENA ☐ BUENA ☐ MALA ☐ REGULAR

¿QUE SUGERENCIAS HARIA USTED PARA MEJORAR ESTE SERVICIO?

---

---

---

---



## ENCUESTA DE SATISFACCIÓN FARMACIA

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

FECHA:

23/08/2022

PROCEDENCIA:

☐

URBANA

☒

RURAL

CUAL ES SU E.P.S.

☐

NUEVA EPS

☐

SUMIMEDICAL

☒

SAVIA SALUD

☐

OTRA.

CUAL

1. DESDE EL MOMENTO EN QUE LE FACTURARON LOS MEDICAMENTOS O INSUMOS CUANTO TIEMPO ESPERO PARA SER ATENDIDO EN ESTE SERVICIO \_\_\_\_\_ MINUTOS

2. ¿LA INFORMACIÓN RECIBIDA CON RESPECTO A SUS MEDICAMENTOS FUE?

☒

SUFICIENTE Y ADECUADA

☐

INSUFICIENTE E INADECUADA

3. COMO LE PARECIÓ EL TRATO RECIBIDO:

☒

AMABLE

☐

DESCORTES

4. ¿LE DESPACHARON TODOS LOS MEDICAMENTOS FACTURADOS?:

☒

SI

☐

NO

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

☐

EXCELENTE

☒

BUENO

☐

REGULAR

☐

MALO

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

☐

MUY BUENA

☒

BUENA

☐

MALA

☐

REGULAR

¿QUE SUGERENCIAS HARIA USTED PARA MEJORAR ESTE SERVICIO?

---

---

---

---



## ENCUESTA DE SATISFACCIÓN FARMACIA

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

FECHA: 02/08/2022

PROCEDENCIA: ☒ URBANA ☐ RURAL

CUAL ES SU E.P.S.

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

1. DESDE EL MOMENTO EN QUE LE FACTURARON LOS MEDICAMENTOS O INSUMOS CUANTO TIEMPO ESPERO PARA SER ATENDIDO EN ESTE SERVICIO 2 MINUTOS

2. ¿LA INFORMACIÓN RECIBIDA CON RESPECTO A SUS MEDICAMENTOS FUE?  
☒ SUFICIENTE Y ADECUADA ☐ INSUFICIENTE E INADECUADA

3. COMO LE PARECIÓ EL TRATO RECIBIDO:  
☒ AMABLE ☐ DESCORTES

4. ¿LE DESPACHARON TODOS LOS MEDICAMENTOS FACTURADOS?:  
☒ SI ☐ NO

5. EN SU OPINIÓN, EL SERVICIO QUE RECIBÍO FUE:  
☐ EXCELENTE ☒ BUENO ☐ REGULAR ☐ MALO

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

☐ MUY BUENA ☒ BUENA ☐ MALA ☐ REGULAR

¿QUE SUGERENCIAS HARIA USTED PARA MEJORAR ESTE SERVICIO?

---

---

---

---



## ENCUESTA DE SATISFACCIÓN FARMACIA

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

FECHA: 02/08/2022

PROCEDENCIA: ☒ URBANA ☐ RURAL

CUAL ES SU E.P.S.

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

1. DESDE EL MOMENTO EN QUE LE FACTURARON LOS MEDICAMENTOS O INSUMOS CUANTO TIEMPO ESPERO PARA SER ATENDIDO EN ESTE SERVICIO 0 MINUTOS

2. ¿LA INFORMACIÓN RECIBIDA CON RESPECTO A SUS MEDICAMENTOS FUE?  
☒ SUFICIENTE Y ADECUADA ☐ INSUFICIENTE E INADECUADA

3. COMO LE PARECIÓ EL TRATO RECIBIDO:  
☒ AMABLE ☐ DESCORTES

4. ¿LE DESPACHARON TODOS LOS MEDICAMENTOS FACTURADOS?:  
☒ SI ☐ NO

5. EN SU OPINIÓN, EL SERVICIO QUE RECIBÍÓ FUE:  
☒ EXCELENTE ☐ BUENO ☐ REGULAR ☐ MALO

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

☐ MUY BUENA ☒ BUENA ☐ MALA ☐ REGULAR

¿QUE SUGERENCIAS HARIA USTED PARA MEJORAR ESTE SERVICIO?

---

---

---

---



## ENCUESTA DE SATISFACCIÓN FARMACIA

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

FECHA: 04/08/2022

PROCEDENCIA: ☒ URBANA ☐ RURAL

CUAL ES SU E.P.S.

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

1. DESDE EL MOMENTO EN QUE LE FACTURARON LOS MEDICAMENTOS O INSUMOS CUANTO TIEMPO ESPERO PARA SER ATENDIDO EN ESTE SERVICIO 0 MINUTOS

2. ¿LA INFORMACIÓN RECIBIDA CON RESPECTO A SUS MEDICAMENTOS FUE?  
☒ SUFICIENTE Y ADECUADA ☐ INSUFICIENTE E INADECUADA

3. COMO LE PARECIÓ EL TRATO RECIBIDO:  
☒ AMABLE ☐ DESCORTES

4. ¿LE DESPACHARON TODOS LOS MEDICAMENTOS FACTURADOS?:  
☐ SI ☒ NO

5. EN SU OPINIÓN, EL SERVICIO QUE RECIBÍÓ FUE:  
☒ EXCELENTE ☐ BUENO ☐ REGULAR ☐ MALO

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

☒ MUY BUENA ☐ BUENA ☐ MALA ☐ REGULAR

¿QUE SUGERENCIAS HARIA USTED PARA MEJORAR ESTE SERVICIO?

---

---

---

---



## ENCUESTA DE SATISFACCIÓN FARMACIA

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

FECHA: 05/09/2022

PROCEDENCIA: ☒ URBANA ☐ RURAL

CUAL ES SU E.P.S.

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

1. DESDE EL MOMENTO EN QUE LE FACTURARON LOS MEDICAMENTOS O INSUMOS CUANTO TIEMPO ESPERO PARA SER ATENDIDO EN ESTE SERVICIO \_\_\_\_\_ MINUTOS

2. ¿LA INFORMACIÓN RECIBIDA CON RESPECTO A SUS MEDICAMENTOS FUE?  
☒ SUFICIENTE Y ADECUADA ☐ INSUFICIENTE E INADECUADA

3. COMO LE PARECIÓ EL TRATO RECIBIDO:  
☒ AMABLE ☐ DESCORTES

4. ¿LE DESPACHARON TODOS LOS MEDICAMENTOS FACTURADOS?:  
☒ SI ☐ NO

5. EN SU OPINIÓN, EL SERVICIO QUE RECIBÍÓ FUE:  
☒ EXCELENTE ☐ BUENO ☐ REGULAR ☐ MALO

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

☒ MUY BUENA ☐ BUENA ☐ MALA ☐ REGULAR

¿QUE SUGERENCIAS HARIA USTED PARA MEJORAR ESTE SERVICIO?

---

---

---

---





## ENCUESTA DE SATISFACCIÓN FARMACIA

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

FECHA: 06/08/2022

PROCEDENCIA: ☐ URBANA ☒ RURAL

CUAL ES SU E.P.S.

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

1. DESDE EL MOMENTO EN QUE LE FACTURARON LOS MEDICAMENTOS O INSUMOS CUANTO TIEMPO ESPERO PARA SER ATENDIDO EN ESTE SERVICIO 5 MINUTOS

2. ¿LA INFORMACIÓN RECIBIDA CON RESPECTO A SUS MEDICAMENTOS FUE?  
☒ SUFICIENTE Y ADECUADA ☐ INSUFICIENTE E INADECUADA

3. COMO LE PARECIÓ EL TRATO RECIBIDO:  
☒ AMABLE ☐ DESCORTES

4. ¿LE DESPACHARON TODOS LOS MEDICAMENTOS FACTURADOS?:  
☒ SI ☐ NO

5. EN SU OPINIÓN, EL SERVICIO QUE RECIBIÓ FUE:  
☒ EXCELENTE ☐ BUENO ☐ REGULAR ☐ MALO

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

☒ MUY BUENA ☐ BUENA ☐ MALA ☐ REGULAR

¿QUE SUGERENCIAS HARIA USTED PARA MEJORAR ESTE SERVICIO?

---

---

---

---



## ENCUESTA DE SATISFACCIÓN FARMACIA

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

FECHA: 06/08/2022

PROCEDENCIA: ☐ URBANA ☒ RURAL

CUAL ES SU E.P.S.

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

1. DESDE EL MOMENTO EN QUE LE FACTURARON LOS MEDICAMENTOS O INSUMOS CUANTO TIEMPO ESPERO PARA SER ATENDIDO EN ESTE SERVICIO \_\_\_\_\_ MINUTOS

2. ¿LA INFORMACIÓN RECIBIDA CON RESPECTO A SUS MEDICAMENTOS FUE?  
☒ SUFICIENTE Y ADECUADA ☐ INSUFICIENTE E INADECUADA

3. COMO LE PARECIÓ EL TRATO RECIBIDO:  
☒ AMABLE ☐ DESCORTES

4. ¿LE DESPACHARON TODOS LOS MEDICAMENTOS FACTURADOS?:  
☐ SI ☒ NO

5. EN SU OPINIÓN, EL SERVICIO QUE RECIBÍO FUE:  
☒ EXCELENTE ☐ BUENO ☐ REGULAR ☐ MALO

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

☒ MUY BUENA ☐ BUENA ☐ MALA ☐ REGULAR

¿QUE SUGERENCIAS HARIA USTED PARA MEJORAR ESTE SERVICIO?

---

---

---

---

## ENCUESTA DE SATISFACCIÓN FARMACIA

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

FECHA: 06/08/2022

PROCEDENCIA: ☐ URBANA ☒ RURAL

CUAL ES SU E.P.S.

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

1. DESDE EL MOMENTO EN QUE LE FACTURARON LOS MEDICAMENTOS O INSUMOS CUANTO TIEMPO ESPERO PARA SER ATENDIDO EN ESTE SERVICIO 5 MINUTOS

2. ¿LA INFORMACIÓN RECIBIDA CON RESPECTO A SUS MEDICAMENTOS FUE?  
☒ SUFICIENTE Y ADECUADA ☐ INSUFICIENTE E INADECUADA

3. COMO LE PARECIÓ EL TRATO RECIBIDO:  
☒ AMABLE ☐ DESCORTES

4. ¿LE DESPACHARON TODOS LOS MEDICAMENTOS FACTURADOS?:  
☒ SI ☐ NO

5. EN SU OPINIÓN, EL SERVICIO QUE RECIBÍO FUE:  
☒ EXCELENTE ☐ BUENO ☐ REGULAR ☐ MALO

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

☐ MUY BUENA ☒ BUENA ☐ MALA ☐ REGULAR

¿QUE SUGERENCIAS HARIA USTED PARA MEJORAR ESTE SERVICIO?

---

---

---

---



## ENCUESTA DE SATISFACCIÓN FARMACIA

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

FECHA: 26/08/2022

PROCEDENCIA: ☒ URBANA ☐ RURAL

CUAL ES SU E.P.S.

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

1. DESDE EL MOMENTO EN QUE LE FACTURARON LOS MEDICAMENTOS O INSUMOS CUANTO TIEMPO ESPERO PARA SER ATENDIDO EN ESTE SERVICIO 3 MINUTOS

2. ¿LA INFORMACIÓN RECIBIDA CON RESPECTO A SUS MEDICAMENTOS FUE?  
☒ SUFICIENTE Y ADECUADA ☐ INSUFICIENTE E INADECUADA

3. COMO LE PARECIÓ EL TRATO RECIBIDO:  
☒ AMABLE ☐ DESCORTES

4. ¿LE DESPACHARON TODOS LOS MEDICAMENTOS FACTURADOS?:  
☒ SI ☐ NO

5. EN SU OPINIÓN, EL SERVICIO QUE RECIBÍO FUE:  
☐ EXCELENTE ☒ BUENO ☐ REGULAR ☐ MALO

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

☐ MUY BUENA ☒ BUENA ☐ MALA ☐ REGULAR

¿QUE SUGERENCIAS HARIA USTED PARA MEJORAR ESTE SERVICIO?

---

---

---

---



## ENCUESTA DE SATISFACCIÓN FARMACIA

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

FECHA: 27/08/2022

PROCEDENCIA: ☐ URBANA ☒ RURAL

CUAL ES SU E.P.S.

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

1. DESDE EL MOMENTO EN QUE LE FACTURARON LOS MEDICAMENTOS O INSUMOS CUANTO TIEMPO ESPERO PARA SER ATENDIDO EN ESTE SERVICIO 2 MINUTOS

2. ¿LA INFORMACIÓN RECIBIDA CON RESPECTO A SUS MEDICAMENTOS FUE?  
☒ SUFICIENTE Y ADECUADA ☐ INSUFICIENTE E INADECUADA

3. COMO LE PARECIÓ EL TRATO RECIBIDO:  
☒ AMABLE ☐ DESCORTES

4. ¿LE DESPACHARON TODOS LOS MEDICAMENTOS FACTURADOS?:  
☒ SI ☐ NO

5. EN SU OPINIÓN, EL SERVICIO QUE RECIBIÓ FUE:  
☒ EXCELENTE ☐ BUENO ☐ REGULAR ☐ MALO

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

☐ MUY BUENA ☒ BUENA ☐ MALA ☐ REGULAR

¿QUE SUGERENCIAS HARIA USTED PARA MEJORAR ESTE SERVICIO?

---

---

---

---



## ENCUESTA DE SATISFACCIÓN FARMACIA

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

FECHA: 24/08/2022

PROCEDENCIA: ☒ URBANA ☐ RURAL

CUAL ES SU E.P.S.

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

1. DESDE EL MOMENTO EN QUE LE FACTURARON LOS MEDICAMENTOS O INSUMOS CUANTO TIEMPO ESPERO PARA SER ATENDIDO EN ESTE SERVICIO 2 MINUTOS

2. ¿LA INFORMACIÓN RECIBIDA CON RESPECTO A SUS MEDICAMENTOS FUE?  
☒ SUFICIENTE Y ADECUADA ☐ INSUFICIENTE E INADECUADA

3. COMO LE PARECIÓ EL TRATO RECIBIDO:  
☒ AMABLE ☐ DESCORTES

4. ¿LE DESPACHARON TODOS LOS MEDICAMENTOS FACTURADOS?:  
☒ SI ☐ NO

5. EN SU OPINIÓN, EL SERVICIO QUE RECIBÍÓ FUE:  
☐ EXCELENTE ☒ BUENO ☐ REGULAR ☐ MALO

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

☐ MUY BUENA ☒ BUENA ☐ MALA ☐ REGULAR

¿QUE SUGERENCIAS HARIA USTED PARA MEJORAR ESTE SERVICIO?

---

---

---

---



## ENCUESTA DE SATISFACCIÓN FARMACIA

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

FECHA: 20/08/2022

PROCEDENCIA: ☐ URBANA ☒ RURAL

CUAL ES SU E.P.S.

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

1. DESDE EL MOMENTO EN QUE LE FACTURARON LOS MEDICAMENTOS O INSUMOS CUANTO TIEMPO ESPERO PARA SER ATENDIDO EN ESTE SERVICIO \_\_\_\_\_ MINUTOS

2. ¿LA INFORMACIÓN RECIBIDA CON RESPECTO A SUS MEDICAMENTOS FUE?  
☒ SUFICIENTE Y ADECUADA ☐ INSUFICIENTE E INADECUADA

3. COMO LE PARECIÓ EL TRATO RECIBIDO:  
☒ AMABLE ☐ DESCORTES

4. ¿LE DESPACHARON TODOS LOS MEDICAMENTOS FACTURADOS?:  
☒ SI ☐ NO

5. EN SU OPINIÓN, EL SERVICIO QUE RECIBIÓ FUE:  
☒ EXCELENTE ☐ BUENO ☐ REGULAR ☐ MALO

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

☐ MUY BUENA ☒ BUENA ☐ MALA ☐ REGULAR

¿QUE SUGERENCIAS HARIA USTED PARA MEJORAR ESTE SERVICIO?

---

---

---

---



## ENCUESTA DE SATISFACCIÓN FARMACIA

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

FECHA: 20/08/2022

PROCEDENCIA: ☐ URBANA ☒ RURAL

CUAL ES SU E.P.S.

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

1. DESDE EL MOMENTO EN QUE LE FACTURARON LOS MEDICAMENTOS O INSUMOS CUANTO TIEMPO ESPERO PARA SER ATENDIDO EN ESTE SERVICIO 0 MINUTOS

2. ¿LA INFORMACIÓN RECIBIDA CON RESPECTO A SUS MEDICAMENTOS FUE?  
☒ SUFICIENTE Y ADECUADA ☐ INSUFICIENTE E INADECUADA

3. COMO LE PARECIÓ EL TRATO RECIBIDO:  
☒ AMABLE ☐ DESCORTES

4. ¿LE DESPACHARON TODOS LOS MEDICAMENTOS FACTURADOS?:  
☒ SI ☐ NO

5. EN SU OPINIÓN, EL SERVICIO QUE RECIBÍO FUE:  
☒ EXCELENTE ☐ BUENO ☐ REGULAR ☐ MALO

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

☒ MUY BUENA ☐ BUENA ☐ MALA ☐ REGULAR

¿QUE SUGERENCIAS HARIA USTED PARA MEJORAR ESTE SERVICIO?

---

---

---

---





## ENCUESTA DE SATISFACCIÓN FARMACIA

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

FECHA: 20/08/2022

PROCEDENCIA: ☐ URBANA ☒ RURAL

CUAL ES SU E.P.S.

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

1. DESDE EL MOMENTO EN QUE LE FACTURARON LOS MEDICAMENTOS O INSUMOS CUANTO TIEMPO ESPERO PARA SER ATENDIDO EN ESTE SERVICIO \_\_\_\_\_ MINUTOS

2. ¿LA INFORMACIÓN RECIBIDA CON RESPECTO A SUS MEDICAMENTOS FUE?  
☒ SUFICIENTE Y ADECUADA ☐ INSUFICIENTE E INADECUADA

3. COMO LE PARECIÓ EL TRATO RECIBIDO:  
☒ AMABLE ☐ DESCORTES

4. ¿LE DESPACHARON TODOS LOS MEDICAMENTOS FACTURADOS?:  
☒ SI ☐ NO

5. EN SU OPINIÓN, EL SERVICIO QUE RECIBÍÓ FUE:  
☐ EXCELENTE ☒ BUENO ☐ REGULAR ☐ MALO

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

☐ MUY BUENA ☒ BUENA ☐ MALA ☐ REGULAR

¿QUE SUGERENCIAS HARIA USTED PARA MEJORAR ESTE SERVICIO?

---

---

---

---



## ENCUESTA DE SATISFACCIÓN FARMACIA

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

FECHA: 23/08/2022

PROCEDENCIA: ☒ URBANA ☐ RURAL

CUAL ES SU E.P.S.

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

1. DESDE EL MOMENTO EN QUE LE FACTURARON LOS MEDICAMENTOS O INSUMOS CUANTO TIEMPO ESPERO PARA SER ATENDIDO EN ESTE SERVICIO 0 MINUTOS

2. ¿LA INFORMACIÓN RECIBIDA CON RESPECTO A SUS MEDICAMENTOS FUE?  
☒ SUFICIENTE Y ADECUADA ☐ INSUFICIENTE E INADECUADA

3. COMO LE PARECIÓ EL TRATO RECIBIDO:  
☒ AMABLE ☐ DESCORTES

4. ¿LE DESPACHARON TODOS LOS MEDICAMENTOS FACTURADOS?:  
☒ SI ☐ NO

5. EN SU OPINIÓN, EL SERVICIO QUE RECIBÍO FUE:  
☒ EXCELENTE ☐ BUENO ☐ REGULAR ☐ MALO

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

☐ MUY BUENA ☒ BUENA ☐ MALA ☐ REGULAR

¿QUE SUGERENCIAS HARIA USTED PARA MEJORAR ESTE SERVICIO?

---

---

---

---



## ENCUESTA DE SATISFACCIÓN FARMACIA

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

FECHA: 23/08/2022

PROCEDENCIA: ☒ URBANA ☐ RURAL

CUAL ES SU E.P.S.

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

1. DESDE EL MOMENTO EN QUE LE FACTURARON LOS MEDICAMENTOS O INSUMOS CUANTO TIEMPO ESPERO PARA SER ATENDIDO EN ESTE SERVICIO \_\_\_\_\_ MINUTOS

2. ¿LA INFORMACIÓN RECIBIDA CON RESPECTO A SUS MEDICAMENTOS FUE?  
☒ SUFICIENTE Y ADECUADA ☐ INSUFICIENTE E INADECUADA

3. COMO LE PARECIÓ EL TRATO RECIBIDO:  
☒ AMABLE ☐ DESCORTES

4. ¿LE DESPACHARON TODOS LOS MEDICAMENTOS FACTURADOS?:  
☒ SI ☐ NO

5. EN SU OPINIÓN, EL SERVICIO QUE RECIBIÓ FUE:  
☒ EXCELENTE ☐ BUENO ☐ REGULAR ☐ MALO

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

☒ MUY BUENA ☐ BUENA ☐ MALA ☐ REGULAR

¿QUE SUGERENCIAS HARIA USTED PARA MEJORAR ESTE SERVICIO?

---

---

---

---



## ENCUESTA DE SATISFACCIÓN FARMACIA

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

FECHA: 25/08/2022

PROCEDENCIA: ☒ URBANA ☐ RURAL

CUAL ES SU E.P.S.

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

1. DESDE EL MOMENTO EN QUE LE FACTURARON LOS MEDICAMENTOS O INSUMOS CUANTO TIEMPO ESPERO PARA SER ATENDIDO EN ESTE SERVICIO 0 MINUTOS

2. ¿LA INFORMACIÓN RECIBIDA CON RESPECTO A SUS MEDICAMENTOS FUE?  
☒ SUFICIENTE Y ADECUADA ☐ INSUFICIENTE E INADECUADA

3. COMO LE PARECIÓ EL TRATO RECIBIDO:  
☒ AMABLE ☐ DESCORTES

4. ¿LE DESPACHARON TODOS LOS MEDICAMENTOS FACTURADOS?:  
☒ SI ☐ NO

5. EN SU OPINIÓN, EL SERVICIO QUE RECIBÍÓ FUE:  
☐ EXCELENTE ☒ BUENO ☐ REGULAR ☐ MALO

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

☐ MUY BUENA ☒ BUENA ☐ MALA ☐ REGULAR

¿QUE SUGERENCIAS HARIA USTED PARA MEJORAR ESTE SERVICIO?

---

---

---

---



## ENCUESTA DE SATISFACCIÓN FARMACIA

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

FECHA: 27/08/22

PROCEDENCIA: ☐ URBANA ☒ RURAL

CUAL ES SU E.P.S.

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

1. DESDE EL MOMENTO EN QUE LE FACTURARON LOS MEDICAMENTOS O INSUMOS CUANTO TIEMPO ESPERO PARA SER ATENDIDO EN ESTE SERVICIO \_\_\_\_\_ MINUTOS

2. ¿LA INFORMACIÓN RECIBIDA CON RESPECTO A SUS MEDICAMENTOS FUE?  
☒ SUFICIENTE Y ADECUADA ☐ INSUFICIENTE E INADECUADA

3. COMO LE PARECIÓ EL TRATO RECIBIDO:  
☒ AMABLE ☐ DESCORTES

4. ¿LE DESPACHARON TODOS LOS MEDICAMENTOS FACTURADOS?:  
☒ SI ☐ NO

5. EN SU OPINIÓN, EL SERVICIO QUE RECIBÍO FUE:  
☒ EXCELENTE ☐ BUENO ☐ REGULAR ☐ MALO

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

☒ MUY BUENA ☐ BUENA ☐ MALA ☐ REGULAR

¿QUE SUGERENCIAS HARIA USTED PARA MEJORAR ESTE SERVICIO?

---

---

---

---



## ENCUESTA DE SATISFACCIÓN FARMACIA

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

FECHA: 16/08/2022

PROCEDENCIA: ☒ URBANA ☐ RURAL

CUAL ES SU E.P.S.

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

1. DESDE EL MOMENTO EN QUE LE FACTURARON LOS MEDICAMENTOS O INSUMOS CUANTO TIEMPO ESPERO PARA SER ATENDIDO EN ESTE SERVICIO \_\_\_\_\_ MINUTOS

2. ¿LA INFORMACIÓN RECIBIDA CON RESPECTO A SUS MEDICAMENTOS FUE?  
☒ SUFICIENTE Y ADECUADA ☐ INSUFICIENTE E INADECUADA

3. COMO LE PARECIÓ EL TRATO RECIBIDO:  
☒ AMABLE ☐ DESCORTES

4. ¿LE DESPACHARON TODOS LOS MEDICAMENTOS FACTURADOS?:  
☒ SI ☐ NO

5. EN SU OPINIÓN, EL SERVICIO QUE RECIBIÓ FUE:  
☒ EXCELENTE ☐ BUENO ☐ REGULAR ☐ MALO

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

☒ MUY BUENA ☐ BUENA ☐ MALA ☐ REGULAR

¿QUE SUGERENCIAS HARIA USTED PARA MEJORAR ESTE SERVICIO?

---

---

---

---

# FARMACIA JULIO

PROMEDIO DE MINUTOS
2

Desde el momento en que le facturaron los medicamentos o insumos cuanto tiempo espero para

PROMEDIO DE MINUTOS

2

SUFICIENTE	INSUFICIENTE
20	0

La informacion recibida con respeto a sus medicamentos fue?

Título del gráfico

AMABLE	DESCORTEZ
20	

Como le parecio el trato recibido?

Título del gráfico

SI	NO
----	----

Le despacharon todos los

17	3
----	---

medicamentos ?

**Título del gráfico**



EXCELENTE	BUENO	REGULAR
15	5	0

En su opinion, el servicio que recibio fue?

**Título del gráfico**



EXCELENTE	BUENO	REGULAR	MALO
13	7	0	0

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

**Título del gráfico**







## ENCUESTA DE SATISFACCIÓN FARMACIA

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

FECHA: 01/07/2022

PROCEDENCIA: ☒ URBANA ☐ RURAL

CUAL ES SU E.P.S.

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

1. DESDE EL MOMENTO EN QUE LE FACTURARON LOS MEDICAMENTOS O INSUMOS CUANTO TIEMPO ESPERO PARA SER ATENDIDO EN ESTE SERVICIO 5 MINUTOS

2. ¿LA INFORMACIÓN RECIBIDA CON RESPECTO A SUS MEDICAMENTOS FUE?  
☒ SUFICIENTE Y ADECUADA ☐ INSUFICIENTE E INADECUADA

3. COMO LE PARECIÓ EL TRATO RECIBIDO:  
☒ AMABLE ☐ DESCORTES

4. ¿LE DESPACHARON TODOS LOS MEDICAMENTOS FACTURADOS?:  
☒ SI ☐ NO

5. EN SU OPINIÓN, EL SERVICIO QUE RECIBÍÓ FUE:  
☒ EXCELENTE ☐ BUENO ☐ REGULAR ☐ MALO

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

☒ MUY BUENA ☐ BUENA ☐ MALA ☐ REGULAR

¿QUE SUGERENCIAS HARIA USTED PARA MEJORAR ESTE SERVICIO?

---

---

---

---



## ENCUESTA DE SATISFACCIÓN FARMACIA

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

FECHA: 01/07/2022

PROCEDENCIA: ☒ URBANA ☐ RURAL

CUAL ES SU E.P.S.

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

1. DESDE EL MOMENTO EN QUE LE FACTURARON LOS MEDICAMENTOS O INSUMOS CUANTO TIEMPO ESPERO PARA SER ATENDIDO EN ESTE SERVICIO 0 MINUTOS

2. ¿LA INFORMACIÓN RECIBIDA CON RESPECTO A SUS MEDICAMENTOS FUE?  
☒ SUFICIENTE Y ADECUADA ☐ INSUFICIENTE E INADECUADA

3. COMO LE PARECIÓ EL TRATO RECIBIDO:  
☒ AMABLE ☐ DESCORTES

4. ¿LE DESPACHARON TODOS LOS MEDICAMENTOS FACTURADOS?:  
☐ SI ☒ NO

5. EN SU OPINIÓN, EL SERVICIO QUE RECIBIÓ FUE:  
☒ EXCELENTE ☐ BUENO ☐ REGULAR ☐ MALO

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

☐ MUY BUENA ☒ BUENA ☐ MALA ☐ REGULAR

¿QUE SUGERENCIAS HARIA USTED PARA MEJORAR ESTE SERVICIO?

---

---

---

---



## ENCUESTA DE SATISFACCIÓN FARMACIA

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

FECHA: 14/07/2022

PROCEDENCIA: ☒ URBANA ☐ RURAL

CUAL ES SU E.P.S.

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

1. DESDE EL MOMENTO EN QUE LE FACTURARON LOS MEDICAMENTOS O INSUMOS CUANTO TIEMPO ESPERO PARA SER ATENDIDO EN ESTE SERVICIO 0 MINUTOS

2. ¿LA INFORMACIÓN RECIBIDA CON RESPECTO A SUS MEDICAMENTOS FUE?  
☒ SUFICIENTE Y ADECUADA ☐ INSUFICIENTE E INADECUADA

3. COMO LE PARECIÓ EL TRATO RECIBIDO:  
☒ AMABLE ☐ DESCORTES

4. ¿LE DESPACHARON TODOS LOS MEDICAMENTOS FACTURADOS?:  
☒ SI ☐ NO

5. EN SU OPINIÓN, EL SERVICIO QUE RECIBÍO FUE:  
☒ EXCELENTE ☐ BUENO ☐ REGULAR ☐ MALO

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

☐ MUY BUENA ☒ BUENA ☐ MALA ☐ REGULAR

¿QUE SUGERENCIAS HARIA USTED PARA MEJORAR ESTE SERVICIO?

---

---

---

---



## ENCUESTA DE SATISFACCIÓN FARMACIA

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

FECHA: 07/07/2022

PROCEDENCIA: ☒ URBANA ☐ RURAL

CUAL ES SU E.P.S.

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

1. DESDE EL MOMENTO EN QUE LE FACTURARON LOS MEDICAMENTOS O INSUMOS CUANTO TIEMPO ESPERO PARA SER ATENDIDO EN ESTE SERVICIO 3 MINUTOS

2. ¿LA INFORMACIÓN RECIBIDA CON RESPECTO A SUS MEDICAMENTOS FUE?  
☒ SUFICIENTE Y ADECUADA ☐ INSUFICIENTE E INADECUADA

3. COMO LE PARECIÓ EL TRATO RECIBIDO:  
☒ AMABLE ☐ DESCORTES

4. ¿LE DESPACHARON TODOS LOS MEDICAMENTOS FACTURADOS?:  
☒ SI ☐ NO

5. EN SU OPINIÓN, EL SERVICIO QUE RECIBIÓ FUE:  
☒ EXCELENTE ☐ BUENO ☐ REGULAR ☐ MALO

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

☒ MUY BUENA ☐ BUENA ☐ MALA ☐ REGULAR

¿QUE SUGERENCIAS HARIA USTED PARA MEJORAR ESTE SERVICIO?

---

---

---

---



## ENCUESTA DE SATISFACCIÓN FARMACIA

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

FECHA: 02/07/2022

PROCEDENCIA: ☐ URBANA ☒ RURAL

CUAL ES SU E.P.S.

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

1. DESDE EL MOMENTO EN QUE LE FACTURARON LOS MEDICAMENTOS O INSUMOS CUANTO TIEMPO ESPERO PARA SER ATENDIDO EN ESTE SERVICIO 3 MINUTOS

2. ¿LA INFORMACIÓN RECIBIDA CON RESPECTO A SUS MEDICAMENTOS FUE?  
☒ SUFICIENTE Y ADECUADA ☐ INSUFICIENTE E INADECUADA

3. COMO LE PARECIÓ EL TRATO RECIBIDO:  
☒ AMABLE ☐ DESCORTES

4. ¿LE DESPACHARON TODOS LOS MEDICAMENTOS FACTURADOS?:  
☒ SI ☐ NO

5. EN SU OPINIÓN, EL SERVICIO QUE RECIBÍO FUE:  
☒ EXCELENTE ☐ BUENO ☐ REGULAR ☐ MALO

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

☒ MUY BUENA ☐ BUENA ☐ MALA ☐ REGULAR

¿QUE SUGERENCIAS HARIA USTED PARA MEJORAR ESTE SERVICIO?

---

---

---

---



## ENCUESTA DE SATISFACCIÓN FARMACIA

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

FECHA: 06/07/2022

PROCEDENCIA: ☒ URBANA ☐ RURAL

CUAL ES SU E.P.S.

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

1. DESDE EL MOMENTO EN QUE LE FACTURARON LOS MEDICAMENTOS O INSUMOS CUANTO TIEMPO ESPERO PARA SER ATENDIDO EN ESTE SERVICIO 5 MINUTOS

2. ¿LA INFORMACIÓN RECIBIDA CON RESPECTO A SUS MEDICAMENTOS FUE?  
☒ SUFICIENTE Y ADECUADA ☐ INSUFICIENTE E INADECUADA

3. COMO LE PARECIÓ EL TRATO RECIBIDO:  
☒ AMABLE ☐ DESCORTES

4. ¿LE DESPACHARON TODOS LOS MEDICAMENTOS FACTURADOS?:  
☒ SI ☐ NO

5. EN SU OPINIÓN, EL SERVICIO QUE RECIBIÓ FUE:  
☒ EXCELENTE ☐ BUENO ☐ REGULAR ☐ MALO

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

☐ MUY BUENA ☒ BUENA ☐ MALA ☐ REGULAR

¿QUE SUGERENCIAS HARIA USTED PARA MEJORAR ESTE SERVICIO?

---

---

---

---



## ENCUESTA DE SATISFACCIÓN FARMACIA

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

FECHA: 11/07/2022

PROCEDENCIA: ☒ URBANA ☐ RURAL

CUAL ES SU E.P.S.

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

1. DESDE EL MOMENTO EN QUE LE FACTURARON LOS MEDICAMENTOS O INSUMOS CUANTO TIEMPO ESPERO PARA SER ATENDIDO EN ESTE SERVICIO 0 MINUTOS

2. ¿LA INFORMACIÓN RECIBIDA CON RESPECTO A SUS MEDICAMENTOS FUE?  
☒ SUFICIENTE Y ADECUADA ☐ INSUFICIENTE E INADECUADA

3. COMO LE PARECIÓ EL TRATO RECIBIDO:  
☒ AMABLE ☐ DESCORTES

4. ¿LE DESPACHARON TODOS LOS MEDICAMENTOS FACTURADOS?:  
☒ SI ☐ NO

5. EN SU OPINIÓN, EL SERVICIO QUE RECIBÍO FUE:  
☒ EXCELENTE ☐ BUENO ☐ REGULAR ☐ MALO

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

☒ MUY BUENA ☐ BUENA ☐ MALA ☐ REGULAR

¿QUE SUGERENCIAS HARIA USTED PARA MEJORAR ESTE SERVICIO?

---

---

---

---



## ENCUESTA DE SATISFACCIÓN FARMACIA

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

FECHA: 18/07/2022

PROCEDENCIA: ☒ URBANA ☐ RURAL

CUAL ES SU E.P.S.

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

1. DESDE EL MOMENTO EN QUE LE FACTURARON LOS MEDICAMENTOS O INSUMOS CUANTO TIEMPO ESPERO PARA SER ATENDIDO EN ESTE SERVICIO 4 MINUTOS

2. ¿LA INFORMACIÓN RECIBIDA CON RESPECTO A SUS MEDICAMENTOS FUE?  
☒ SUFICIENTE Y ADECUADA ☐ INSUFICIENTE E INADECUADA

3. COMO LE PARECIÓ EL TRATO RECIBIDO:  
☒ AMABLE ☐ DESCORTES

4. ¿LE DESPACHARON TODOS LOS MEDICAMENTOS FACTURADOS?:  
☐ SI ☒ NO

5. EN SU OPINIÓN, EL SERVICIO QUE RECIBIÓ FUE:  
☐ EXCELENTE ☒ BUENO ☐ REGULAR ☐ MALO

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

☐ MUY BUENA ☒ BUENA ☐ MALA ☐ REGULAR

¿QUE SUGERENCIAS HARIA USTED PARA MEJORAR ESTE SERVICIO?

---

---

---

---





## ENCUESTA DE SATISFACCIÓN FARMACIA

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

FECHA: 09/07/2022

PROCEDENCIA: ☐ URBANA ☒ RURAL

CUAL ES SU E.P.S.

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

1. DESDE EL MOMENTO EN QUE LE FACTURARON LOS MEDICAMENTOS O INSUMOS CUANTO TIEMPO ESPERO PARA SER ATENDIDO EN ESTE SERVICIO 5 MINUTOS

2. ¿LA INFORMACIÓN RECIBIDA CON RESPECTO A SUS MEDICAMENTOS FUE?  
☒ SUFICIENTE Y ADECUADA ☐ INSUFICIENTE E INADECUADA

3. COMO LE PARECIÓ EL TRATO RECIBIDO:  
☒ AMABLE ☐ DESCORTES

4. ¿LE DESPACHARON TODOS LOS MEDICAMENTOS FACTURADOS?:  
☐ SI ☒ NO

5. EN SU OPINIÓN, EL SERVICIO QUE RECIBIÓ FUE:  
☒ EXCELENTE ☐ BUENO ☐ REGULAR ☐ MALO

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

☒ MUY BUENA ☐ BUENA ☐ MALA ☐ REGULAR

¿QUE SUGERENCIAS HARIA USTED PARA MEJORAR ESTE SERVICIO?

---

---

---

---



## ENCUESTA DE SATISFACCIÓN FARMACIA

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

FECHA: 16/07/2022

PROCEDENCIA: ☐ URBANA ☒ RURAL

CUAL ES SU E.P.S.

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

1. DESDE EL MOMENTO EN QUE LE FACTURARON LOS MEDICAMENTOS O INSUMOS CUANTO TIEMPO ESPERO PARA SER ATENDIDO EN ESTE SERVICIO 6 MINUTOS

2. ¿LA INFORMACIÓN RECIBIDA CON RESPECTO A SUS MEDICAMENTOS FUE?  
☒ SUFICIENTE Y ADECUADA ☐ INSUFICIENTE E INADECUADA

3. COMO LE PARECIÓ EL TRATO RECIBIDO:  
☒ AMABLE ☐ DESCORTES

4. ¿LE DESPACHARON TODOS LOS MEDICAMENTOS FACTURADOS?:  
☒ SI ☐ NO

5. EN SU OPINIÓN, EL SERVICIO QUE RECIBIÓ FUE:  
☒ EXCELENTE ☐ BUENO ☐ REGULAR ☐ MALO

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

☒ MUY BUENA ☐ BUENA ☐ MALA ☐ REGULAR

¿QUE SUGERENCIAS HARIA USTED PARA MEJORAR ESTE SERVICIO?

---

---

---

---



## ENCUESTA DE SATISFACCIÓN FARMACIA

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

FECHA: 23/07/2022

PROCEDENCIA: ☐ URBANA ☒ RURAL

CUAL ES SU E.P.S.

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

1. DESDE EL MOMENTO EN QUE LE FACTURARON LOS MEDICAMENTOS O INSUMOS CUANTO TIEMPO ESPERO PARA SER ATENDIDO EN ESTE SERVICIO 5 MINUTOS

2. ¿LA INFORMACIÓN RECIBIDA CON RESPECTO A SUS MEDICAMENTOS FUE?  
☒ SUFICIENTE Y ADECUADA ☐ INSUFICIENTE E INADECUADA

3. COMO LE PARECIÓ EL TRATO RECIBIDO:  
☒ AMABLE ☐ DESCORTES

4. ¿LE DESPACHARON TODOS LOS MEDICAMENTOS FACTURADOS?:  
☒ SI ☐ NO

5. EN SU OPINIÓN, EL SERVICIO QUE RECIBÍO FUE:  
☒ EXCELENTE ☐ BUENO ☐ REGULAR ☐ MALO

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

☒ MUY BUENA ☐ BUENA ☐ MALA ☐ REGULAR

¿QUE SUGERENCIAS HARIA USTED PARA MEJORAR ESTE SERVICIO?

---

---

---

---



## ENCUESTA DE SATISFACCIÓN FARMACIA

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

FECHA: 28/07/2022

PROCEDENCIA: ☐ URBANA ☒ RURAL

CUAL ES SU E.P.S.

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

1. DESDE EL MOMENTO EN QUE LE FACTURARON LOS MEDICAMENTOS O INSUMOS CUANTO TIEMPO ESPERO PARA SER ATENDIDO EN ESTE SERVICIO 3 MINUTOS

2. ¿LA INFORMACIÓN RECIBIDA CON RESPECTO A SUS MEDICAMENTOS FUE?  
☒ SUFICIENTE Y ADECUADA ☐ INSUFICIENTE E INADECUADA

3. COMO LE PARECIÓ EL TRATO RECIBIDO:  
☒ AMABLE ☐ DESCORTES

4. ¿LE DESPACHARON TODOS LOS MEDICAMENTOS FACTURADOS?:  
☐ SI ☒ NO

5. EN SU OPINIÓN, EL SERVICIO QUE RECIBÍO FUE:  
☒ EXCELENTE ☐ BUENO ☐ REGULAR ☐ MALO

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

☒ MUY BUENA ☐ BUENA ☐ MALA ☐ REGULAR

¿QUE SUGERENCIAS HARIA USTED PARA MEJORAR ESTE SERVICIO?

---

---

---

---



## ENCUESTA DE SATISFACCIÓN FARMACIA

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

FECHA: 28/07/2022

PROCEDENCIA: ☐ URBANA ☒ RURAL

CUAL ES SU E.P.S.

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

1. DESDE EL MOMENTO EN QUE LE FACTURARON LOS MEDICAMENTOS O INSUMOS CUANTO TIEMPO ESPERO PARA SER ATENDIDO EN ESTE SERVICIO 0 MINUTOS

2. ¿LA INFORMACIÓN RECIBIDA CON RESPECTO A SUS MEDICAMENTOS FUE?  
☒ SUFICIENTE Y ADECUADA ☐ INSUFICIENTE E INADECUADA

3. COMO LE PARECIÓ EL TRATO RECIBIDO:  
☒ AMABLE ☐ DESCORTES

4. ¿LE DESPACHARON TODOS LOS MEDICAMENTOS FACTURADOS?:  
☒ SI ☐ NO

5. EN SU OPINIÓN, EL SERVICIO QUE RECIBÍÓ FUE:  
☒ EXCELENTE ☐ BUENO ☐ REGULAR ☐ MALO

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

☐ MUY BUENA ☒ BUENA ☐ MALA ☐ REGULAR

¿QUE SUGERENCIAS HARIA USTED PARA MEJORAR ESTE SERVICIO?

---

---

---

---



## ENCUESTA DE SATISFACCIÓN FARMACIA

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

FECHA:

30/07/2022

PROCEDENCIA:

☐

URBANA

☒

RURAL

CUAL ES SU E.P.S.

☐

NUEVA EPS

☐

SUMIMEDICAL

☒

SAVIA SALUD

☐

OTRA.

CUAL

\_\_\_\_\_

1. DESDE EL MOMENTO EN QUE LE FACTURARON LOS MEDICAMENTOS O INSUMOS CUANTO TIEMPO ESPERO PARA SER ATENDIDO EN ESTE SERVICIO 0 MINUTOS

2. ¿LA INFORMACIÓN RECIBIDA CON RESPECTO A SUS MEDICAMENTOS FUE?

☒

SUFICIENTE Y ADECUADA

☐

INSUFICIENTE E INADECUADA

3. COMO LE PARECIÓ EL TRATO RECIBIDO:

☒

AMABLE

☐

DESCORTES

4. ¿LE DESPACHARON TODOS LOS MEDICAMENTOS FACTURADOS?:

☒

SI

☐

NO

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

☒

EXCELENTE

☐

BUENO

☐

REGULAR

☐

MALO

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

☐

MUY BUENA

☒

BUENA

☐

MALA

☐

REGULAR

¿QUE SUGERENCIAS HARIA USTED PARA MEJORAR ESTE SERVICIO?

---

---

---

---



## ENCUESTA DE SATISFACCIÓN FARMACIA

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

FECHA: 21/07/2022

PROCEDENCIA: ☒ URBANA ☐ RURAL

CUAL ES SU E.P.S.

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

1. DESDE EL MOMENTO EN QUE LE FACTURARON LOS MEDICAMENTOS O INSUMOS CUANTO TIEMPO ESPERO PARA SER ATENDIDO EN ESTE SERVICIO 0 MINUTOS

2. ¿LA INFORMACIÓN RECIBIDA CON RESPECTO A SUS MEDICAMENTOS FUE?  
☒ SUFICIENTE Y ADECUADA ☐ INSUFICIENTE E INADECUADA

3. COMO LE PARECIÓ EL TRATO RECIBIDO:  
☒ AMABLE ☐ DESCORTES

4. ¿LE DESPACHARON TODOS LOS MEDICAMENTOS FACTURADOS?:  
☒ SI ☐ NO

5. EN SU OPINIÓN, EL SERVICIO QUE RECIBIÓ FUE:  
☒ EXCELENTE ☐ BUENO ☐ REGULAR ☐ MALO

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

☒ MUY BUENA ☐ BUENA ☐ MALA ☐ REGULAR

¿QUE SUGERENCIAS HARIA USTED PARA MEJORAR ESTE SERVICIO?

---

---

---

---



## ENCUESTA DE SATISFACCIÓN FARMACIA

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

FECHA: 13/07/2022

PROCEDENCIA: ☒ URBANA ☐ RURAL

CUAL ES SU E.P.S.

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

1. DESDE EL MOMENTO EN QUE LE FACTURARON LOS MEDICAMENTOS O INSUMOS CUANTO TIEMPO ESPERO PARA SER ATENDIDO EN ESTE SERVICIO \_\_\_\_\_ MINUTOS

2. ¿LA INFORMACIÓN RECIBIDA CON RESPECTO A SUS MEDICAMENTOS FUE?  
☒ SUFICIENTE Y ADECUADA ☐ INSUFICIENTE E INADECUADA

3. COMO LE PARECIÓ EL TRATO RECIBIDO:  
☒ AMABLE ☐ DESCORTES

4. ¿LE DESPACHARON TODOS LOS MEDICAMENTOS FACTURADOS?:  
☒ SI ☐ NO

5. EN SU OPINIÓN, EL SERVICIO QUE RECIBIÓ FUE:  
☒ EXCELENTE ☐ BUENO ☐ REGULAR ☐ MALO

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

☒ MUY BUENA ☐ BUENA ☐ MALA ☐ REGULAR

¿QUE SUGERENCIAS HARIA USTED PARA MEJORAR ESTE SERVICIO?

---

---

---

---





## ENCUESTA DE SATISFACCIÓN FARMACIA

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

FECHA: 22/07/2022

PROCEDENCIA: ☒ URBANA ☐ RURAL

CUAL ES SU E.P.S.

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

1. DESDE EL MOMENTO EN QUE LE FACTURARON LOS MEDICAMENTOS O INSUMOS CUANTO TIEMPO ESPERO PARA SER ATENDIDO EN ESTE SERVICIO 0 MINUTOS

2. ¿LA INFORMACIÓN RECIBIDA CON RESPECTO A SUS MEDICAMENTOS FUE?  
☒ SUFICIENTE Y ADECUADA ☐ INSUFICIENTE E INADECUADA

3. COMO LE PARECIÓ EL TRATO RECIBIDO:  
☒ AMABLE ☐ DESCORTES

4. ¿LE DESPACHARON TODOS LOS MEDICAMENTOS FACTURADOS?:  
☒ SI ☐ NO

5. EN SU OPINIÓN, EL SERVICIO QUE RECIBÍO FUE:  
☐ EXCELENTE ☒ BUENO ☐ REGULAR ☐ MALO

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

☐ MUY BUENA ☒ BUENA ☐ MALA ☐ REGULAR

¿QUE SUGERENCIAS HARIA USTED PARA MEJORAR ESTE SERVICIO?

---

---

---

---



## ENCUESTA DE SATISFACCIÓN FARMACIA

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

FECHA: 28/07/2022

PROCEDENCIA: ☒ URBANA ☐ RURAL

CUAL ES SU E.P.S.

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

1. DESDE EL MOMENTO EN QUE LE FACTURARON LOS MEDICAMENTOS O INSUMOS CUANTO TIEMPO ESPERO PARA SER ATENDIDO EN ESTE SERVICIO 10 MINUTOS

2. ¿LA INFORMACIÓN RECIBIDA CON RESPECTO A SUS MEDICAMENTOS FUE?  
☒ SUFICIENTE Y ADECUADA ☐ INSUFICIENTE E INADECUADA

3. COMO LE PARECIÓ EL TRATO RECIBIDO:  
☒ AMABLE ☐ DESCORTES

4. ¿LE DESPACHARON TODOS LOS MEDICAMENTOS FACTURADOS?:  
☒ SI ☐ NO

5. EN SU OPINIÓN, EL SERVICIO QUE RECIBIÓ FUE:  
☐ EXCELENTE ☒ BUENO ☐ REGULAR ☐ MALO

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

☐ MUY BUENA ☒ BUENA ☐ MALA ☐ REGULAR

¿QUE SUGERENCIAS HARIA USTED PARA MEJORAR ESTE SERVICIO?

---

---

---

---



## ENCUESTA DE SATISFACCIÓN FARMACIA

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

FECHA: 30/10/2022

PROCEDENCIA: ☐ URBANA ☒ RURAL

CUAL ES SU E.P.S.

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

1. DESDE EL MOMENTO EN QUE LE FACTURARON LOS MEDICAMENTOS O INSUMOS CUANTO TIEMPO ESPERO PARA SER ATENDIDO EN ESTE SERVICIO 5 MINUTOS

2. ¿LA INFORMACIÓN RECIBIDA CON RESPECTO A SUS MEDICAMENTOS FUE?  
☒ SUFICIENTE Y ADECUADA ☐ INSUFICIENTE E INADECUADA

3. COMO LE PARECIÓ EL TRATO RECIBIDO:  
☒ AMABLE ☐ DESCORTES

4. ¿LE DESPACHARON TODOS LOS MEDICAMENTOS FACTURADOS?:  
☒ SI ☐ NO

5. EN SU OPINIÓN, EL SERVICIO QUE RECIBIÓ FUE:  
☒ EXCELENTE ☐ BUENO ☐ REGULAR ☐ MALO

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

☒ MUY BUENA ☐ BUENA ☐ MALA ☐ REGULAR

¿QUE SUGERENCIAS HARIA USTED PARA MEJORAR ESTE SERVICIO?

---

---

---

---