|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Su opinión es muy importante para mejorar nuestro servicio. A continuación encontrara preguntas acerca de los aspectos del servicio que le agradecemos contestar. Marque con una X la respuesta** | | | | | | | | | | |
| **Fecha de diligenciamiento:** | **Día:** | |  | | **Mes:** |  | | **Año:** |  | |
| **Nombre de la Institución o Cliente** |  | | | | | | | | | |
| **Tipo de Cliente:** | **1. Laboratorio** | | | |  | | **4. IPS o ESE** | | |  |
| **2. Banco Sangre** | | | |  | | **5. EPS o ARS** | | |  |
| **3. Alcaldía** | | | |  | | **6. Otro** | | |  |
| **Municipio:** | | | | | | | **Cual** | | |  |
| **Evaluación del servicio del Laboratorio de Salud Pública - LSP** | | | | | | | | | | |
| **1. Facilidad de comunicación con el laboratorio** | | | | **Por que** | | | | | | |
| Excelente | |  | |  | | | | | | |
| Buena | |  | |
| Regular | |  | |
| Deficiente | |  | |
|  | |
| **2. Cuando usted solicita información al laboratorio se cumplen sus expectativas de manera** | | | | **Por que** | | | | | | |
| Excelente | |  | |  | | | | | | |
| Buena | |  | |
| Regular | |  | |
| Deficiente | |  | |
| **3. Considera usted que la Atención en la Recepción de muestras es:** | | | | **Por que** | | | | | | |
| Excelente | |  | |  | | | | | | |
| Buena | |  | |
| Regular | |  | |
| Deficiente | |  | |
| **4. Considera usted que las visitas de asistencia técnica que realiza el personal del Laboratorio de Salud Pública ha llenado sus expectativas de manera:** | | | | **Por que** | | | | | | |
| Excelente | |  | |  | | | | | | |
| Buena | |  | |
| Regular | |  | |
| Deficiente | |  | |
| **5. Considera usted que la competencia de recurso humano del Laboratorio de Salud Pública es:** | | | | **Por que** | | | | | | |
| Excelente | |  | |  | | | | | | |
| Buena | |  | |
| Regular | |  | |
| Deficiente | |  | |
| **6. Considera usted si la oportunidad en la entrega de resultados ha mejorado de manera:** | | | | **por que** | | | | | | |
| Excelente | |  | |  | | | | | | |
| Buena | |  | |
| Regular | |  | |
| Deficiente | |  | |
| **Sugerencias o comentarios acerca de los servicios** | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |