|  |
| --- |
| **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** |
|   |
|   |
|  |