

**FECHA:** \_\_\_\_\_

**AREA DE SERVICIO A LA QUE PERTENECE:** \_\_\_\_\_

**CENTRO DE ATENCIÓN:** \_\_\_\_\_

Su aporte es importante para mejorar nuestros servicios, por favor conteste las siguientes preguntas:

**1. Consideran que existe una adecuada comunicación y respeto ante los niveles jerárquicos de la entidad?**

- a. Siempre  
b. Casi siempre  
c. A veces  
d. No

**2. Indique a cuál de los siguientes grupos administrativos pertenece?**

<b>a)</b>	Gerente.	<b>b)</b>	Asesores
<b>c)</b>	Jefe de Oficina.	<b>d)</b>	Personal Administrativo Centros de Atención
<b>e)</b>	Personal Administrativo Centros de Nivel Central.	<b>f)</b>	Personal Asistencial Centros de Atención
<b>g)</b>	Personal Asistencial Nivel Central.	<b>h)</b>	Otro cual: _____

**3. A qué grupo ocupacional pertenece?**



<b>a)</b>	Médic@s	<b>b)</b>	Enfermer@s	<b>c)</b>	Odontólog@s
<b>d)</b>	Bacteriólog@s	<b>e)</b>	Servicio al Ciudadano	<b>f)</b>	Aux de Enfermería
<b>g)</b>	Administrativo	<b>h)</b>	Conductor	<b>i)</b>	Otros cual: _____

**4.Cuál es su condición laboral en la ESE "SOLUCION SALUD"?**

- a) Nombrado en propiedad: SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
- b) Libre nombramiento y remoción: SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
- c) Provisional: SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
- d) trabajador Oficial: SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
- e) Otros: SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

**5.Cuál es su tiempo de servicios en LA ESE "SOLUCIÓN SALUD"?**

<b>a)</b>	Menos de 1 año.	<b>b)</b>	De 1 a 4 años	<b>c)</b>	De 5 años a más
-----------	-----------------	-----------	---------------	-----------	-----------------

	ESE DEPARTAMENTAL "SOLUCIÓN SALUD"	VERSIÓN 1	CÓDIGO FR- RH-12	Página 2 de 3	
	ENCUESTA DEL CLIENTE INTERNO	FECHA VIGENCIA 2013/08/23	DOCUMENTO CONTROLADO		

## 6. Ambiente de Trabajo?

a)	Tengo un conocimiento claro y transparente de las políticas y normas de personal de la institución. SI: _____ NO: _____	b)	Creo que los trabajadores son bien tratados, independientemente del cargo que ocupan. SI: _____ NO: _____
c)	Las instalaciones locativas son adecuadas para la adecuada prestación de los servicios de salud SI: _____ NO: _____	d)	El nombre y prestigio de la <b>ESE "SOLUCIÓN SALUD"</b> es gratificante para mí. SI: _____ NO: _____
f)	El ambiente de la institución permite expresar opiniones con franqueza, a todo nivel sin temor a represalias SI: _____ NO: _____	g)	La <b>ESE "SOLUCIÓN SALUD"</b> desarrolla programas de Bienestar Social tendientes al mejoramiento del nivel de vida del empleado y su familia. SI: _____ NO: _____

## 7. Sabe a quién dirigirse para resolver sus inquietudes?

- a. Siempre
- b. Casi siempre c. A veces
- d. No se

## 8. Ha encontrado receptividad en cada una de sus inquietudes?

- a. Siempre
- b. Casi siempre
- c. A veces
- d. No se

## 9. Cuenta con las herramientas necesarias para desarrollar sus actividades?



- a. Siempre
- b. Casi siempre
- c. A veces
- d. No se

## 10. Considera que en su lugar de trabajo existe un ambiente laboral adecuado?

- a. Siempre
- b. Casi siempre
- c. A veces
- d. No se

## 11. Considera que los manuales, protocolos y demás instrumentos Administrativos que tiene la Institución cumple para los fines que fueron creados?

- a. Siempre
- b. Casi siempre
- c. A veces
- d. No se

	ESE DEPARTAMENTAL "SOLUCIÓN SALUD"	VERSIÓN 1	CÓDIGO FR- RH-12	Página 3 de 3	
	ENCUESTA DEL CLIENTE INTERNO	FECHA VIGENCIA 2013/08/23	DOCUMENTO CONTROLADO		

**"GRACIAS POR SU COLABORACIÓN".**