

**ANEXO AB.5**  
**ENCUESTA DE SATISFACCIÓN – VENTA DE ARTICULOS**  
**ORTOPEDICOS**

## F DM SIAU-06. ENCUESTA DE SATISFACCIÓN – VENTA DE ARTICULOS ORTOPEDICOS



Deseamos conocer su punto de vista sobre la atención que le hemos dado en nuestra institución.

El objetivo es saber, con su ayuda, cómo podemos mejorar la calidad del servicio que prestamos.

Por ello le agradecemos responder las preguntas contenidas en este cuestionario.

Al contestar, piense por favor, en la asistencia que usted o su familiar ha recibido en esta ocasión.

1. ¿Cuánto tiempo ha tenido que esperar:

*Muchísimo Mucho Regular Poco Muy poco*

Para ser atendido en este servicio?
Para realizar su compra?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Califique los siguientes criterios:

*Siempre Casi siempre A veces Casi nunca Nunca Por qué?*

¿Considera usted que las instrucciones otorgadas por los funcionarios de la institución fueron claras, precisas y entendidas de acuerdo a su necesidad?
¿Cree usted que las instalaciones físicas y el personal de OMIMED le brindan confianza y seguridad?
¿De acuerdo a su percepción, en OMIMED utilizaron los métodos más adecuados para satisfacer su necesidad de compra?
¿Las actividades realizadas por los funcionarios de OMIMED en la atención de su compra fueron lógicas y adecuadas?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>


3. Califique los siguientes aspectos teniendo en cuenta una escala de 0 a 10 donde 0 es la más baja y 10 la más alta.

	<i>Calificación</i>
Trámites para su acceso al servicio de artículos ortopédicos	
Satisfacción General	
Vigilante	

	<i>Calificación</i>
Recepcionista	
Secretaria	
Vendedora	
Caja	

4. ¿Piensa que OMIMED con su servicio, personal e instalaciones, pudo hacer algo más para mejorar su experiencia en la institución?


Fecha: \_\_\_\_\_

¿Quién respondió la encuesta?

Familiar \_\_\_\_\_ Paciente \_\_\_\_\_