

NOMBRE: _____ DOCUMENTO DE IDENTIDAD: _____

MARQUE CON UNA X SEGÚN CORRESPONDA SOBRE SU RESPUESTA

¿Cómo calificaría su experiencia global respecto a los servicios de salud que ha recibido a través de su IPS terapias CTJ?						¿Recomendaría a sus familiares y amigos esta IPS?				
						Definitivamente si	Probablemente si	Definitivamente no	Probablemente no	No responde

Muy buena	Buena	Regular	Malo	Muy mala	No responde
-----------	-------	---------	------	----------	-------------

FECHA: _____

¿Cómo calificaría su experiencia global respecto a los servicios de salud que ha recibido a través de su IPS terapias CTJ?						¿Recomendaría a sus familiares y amigos esta IPS?				
						Definitivamente si	Probablemente si	Definitivamente no	Probablemente no	No responde

NOMBRE: _____ DOCUMENTO DE IDENTIDAD: _____ FECHA: _____

MARQUE CON UNA X SEGÚN CORRESPONDA SOBRE SU RESPUESTA

¿Cómo calificaría su experiencia global respecto a los servicios de salud que ha recibido a través de su IPS terapias CTJ?						¿Recomendaría a sus familiares y amigos esta IPS?				
						Definitivamente si	Probablemente si	Definitivamente no	Probablemente no	No responde

Muy buena	Buena	Regular	Malo	Muy mala	No responde
-----------	-------	---------	------	----------	-------------

NOMBRE: _____ DOCUMENTO DE IDENTIDAD: _____ FECHA: _____

MARQUE CON UNA X SEGÚN CORRESPONDA SOBRE SU RESPUESTA

¿Cómo calificaría su experiencia global respecto a los servicios de salud que ha recibido a través de su IPS terapias CTJ?						¿Recomendaría a sus familiares y amigos esta IPS?				
						Definitivamente si	Probablemente si	Definitivamente no	Probablemente no	No responde

Muy buena	Buena	Regular	Malo	Muy mala	No responde
-----------	-------	---------	------	----------	-------------

NOMBRE: _____ DOCUMENTO DE IDENTIDAD: _____ FECHA: _____

MARQUE CON UNA X SEGÚN CORRESPONDA SOBRE SU RESPUESTA

¿Cómo calificaría su experiencia global respecto a los servicios de salud que ha recibido a través de su IPS terapias CTJ?						¿Recomendaría a sus familiares y amigos esta IPS?				
						Definitivamente si	Probablemente si	Definitivamente no	Probablemente no	No responde

Muy buena	Buena	Regular	Malo	Muy mala	No responde
-----------	-------	---------	------	----------	-------------

NOMBRE: _____ DOCUMENTO DE IDENTIDAD: _____ FECHA: _____

NOMBRE: _____ DOCUMENTO DE IDENTIDAD: _____ FECHA: _____

Encuestas de satisfacción sede 137

Repcionista

Por favor entrega la encuesta al paciente, mientras

MARQUE CON UNA X SEGÚN CORRESPONDA SOBRE SU RESPUESTA										
¿Cómo calificaría su experiencia global respecto a los servicios de salud que ha recibido a través de su IPS terapias CTJ?						¿Recomendaría a sus familiares y amigos esta IPS?				
Muy buena	Buena	Regular	Malo	Muy mala	No responde	Definitivamente si	Probablemente si	Definitivamente no	Probablemente no	No responde

tanto vas programando sus ultimas sesiones.