

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?				
Muy buena	Buena	Regular	Malo	Muy mala	No responde	Definitivamente si	Probablemente si	Definitivamente no	Probablemente no	No responde

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?				
Muy buena	Buena	Regular	Malo	Muy mala	No responde	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?				
Muy buena	Buena	Regular	Malo	Muy mala	No responde	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?				
Muy buena	Buena	Regular	Malo	Muy mala	No responde	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?				
Muy buena	Buena	Regular	Malo	Muy mala	No responde	Definitivamente si	Probablemente si	Definitivamente no	Probablemente no	No responde

NOMBRE: \_\_\_\_\_ DOCUMENTO DE IDENTIDAD: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

NOMBRE: \_\_\_\_\_ DOCUMENTO DE IDENTIDAD: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

# Encuestas de satisfacción sede 137

**Recepcionista**

**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.**