

	FOR-OCP-SGC-15		Página 1 de 3 Versión. 1
	ACTA DE REUNIÓN Y/O CAPACITACIÓN		

CONTROL DE ASISTENCIA		Fecha (DD-MM-AA)			Hora que Inicia	Hora que Finaliza
		01	08	2023		
					7:00 A.M	8:00 A.M
Tema u objetivo		RECORDAR EL USO DE ENCUESTA DE SATISFACCION PARA SABER LOS DIFERENTES COMENTARIOS SOBRE LA ATENCION PRESTADA				
Quien dirige					Firma	
TIPO	Comité		Charla		Capacitación	
					Reunión	
						Otros
NOMBRE DE LOS ASISTENTES		CARGO			FIRMA	
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						
7.						
8.						
9.						
10.						
11.						
12.						
13.						
14.						
15.						
16.						
17.						
18.						
19.						
20.						

	FOR-OCP-SGC-15		Página 2 de 3 Versión. 1
	ACTA DE REUNIÓN Y/O CAPACITACIÓN		

Lugar		Fecha (DD-MM-AA)			Hora que Inicia	Hora que Finaliza
ORAL CLINIC PLUS S.A.S		01	08	2023	7:00 A.M	8:00 A.M
Tema u objetivo	RECORDAR EL USO DE ENCUESTA DE SATISFACCION PARA SABER LOS DIFERENTES COMENTARIOS SOBRE LA ATENCION PRESTADA					
Quien dirige				Firma		

USO DE LAS ENCUESTAS DE SATISFACCION

Uno de los objetivos fundamentales de nuestra clínica es el mejoramiento continuo, por ello es de suma importancia la opinión de nuestros usuarios acerca del servicio que le estamos ofreciendo, por esta razón le solicitamos amablemente su colaboración para que responda una encuesta de satisfacción.



ACTA DE REUNIÓN Y/O CAPACITACIÓN

FECHA: ____/____/____

Teléfono:

Nombre	Servicio
1	1
2	2
3	3
4	4
5	5
6	6
7	7
8	8
9	9
10	10
11	11
12	12
13	13
14	14
15	15
16	16
17	17
18	18
19	19
20	20
21	21
22	22
23	23
24	24
25	25
26	26
27	27
28	28
29	29
30	30
31	31
32	32
33	33
34	34
35	35
36	36
37	37
38	38
39	39
40	40
41	41
42	42
43	43
44	44
45	45
46	46
47	47
48	48
49	49
50	50
51	51
52	52
53	53
54	54
55	55
56	56
57	57
58	58
59	59
60	60
61	61
62	62
63	63
64	64
65	65
66	66
67	67
68	68
69	69
70	70
71	71
72	72
73	73
74	74
75	75
76	76
77	77
78	78
79	79
80	80
81	81
82	82
83	83
84	84
85	85
86	86
87	87
88	88
89	89
90	90
91	91
92	92
93	93
94	94
95	95
96	96
97	97
98	98
99	99
100	100

Uno de los objetivos fundamentales de nuestra clínica es el mejoramiento continuo, por ello es de suma importancia su opinión acerca del servicio que le estamos ofreciendo, solicitamos amablemente su colaboración para responder las siguientes preguntas.

Nº	PREGUNTAS		SI	NO
1	El personal de recepción le ha dado un trato amable, en sus visitas o contacto telefónico con la clínica?			
2	El Dr. (a) ha sido agradable, muestra interés por su caso personal? Se ha sentido comprendido (a) y escuchado (a) por el Dr. (a)?			
3	El Dr. ha sido claro en las explicaciones de su diagnostico, fases y objetivos del tratamiento.			
4	De las experiencias que usted a vivido en salud oral en Sincelejo, comparada con la experiencia actual en esta clínica le ha parecido?	Mejor ☐	Igual ☐	Peor ☐

Nº	PREGUNTAS	MALO	REGULAR	BUENO	EXCELENTE
5	Las instalaciones, las medidas Higiénicas y nivel de tecnología lo califica como?	☐	☐	☐	☐
6	Considera usted, que el tiempo de espera en sala para ser atendido fue?	☐	☐	☐	☐
7	El resultado general de su tratamiento y cumplimiento del mismo lo califica como?	☐	☐	☐	☐

**Sus comentarios son de interés para nuestro Sistema De Gestión de la Calidad,
por favor describa a continuación sus,**

Felicitaciones ☐ **Sugerencia** ☐ **Queja** ☐

[illegible]