**ENCUESTA DE EVALUACION DE LA AUDIENCIA PÚBLICA DE RENDICION DE CUENTAS VIGENCIA 2015**

**PREGUNTA 1:**

Marque con una X si participa en calidad de usuario o en representación de alguna de las entidades enunciadas:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| USUARIO: |  |  |
| ASOCIACION DE USUARIOS |  |  |
| ENTIDAD DE VIGILANCIA Y CONTROL |  |  |
| ENTIDAD POLITICO ADMINISTRATIVA |  |  |
| EPS: |  |  |
| FUNCIONARIO |  |  |
| OTRO |  | Especifique en caso de seleccionará “otro” |

**PREGUNTA 2.** Cree usted que la audiencia pública se desarrolló de manera?

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Ordenada | Parcialmente ordenada | Desordenada |

**PREGUNTA 3.** La explicación inicial sobre la metodología de la audiencia y el procedimiento de las intervenciones fue:

|  |  |
| --- | --- |
| Clara | Confusa |

**PREGUNTA 4.** La oportunidad de los asistentes inscritos para opinar durante la Audiencia Pública fue:

|  |  |
| --- | --- |
| Igual | Desigual |

**PREGUNTA 5.** El tema de la audiencia pública fue discutido de manera:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| PROFUNDA | MODERADA | SUPERFICIAL |

**PREGUNTA 6.** Cómo se enteró de la presente Audiencia Pública de Rendición de Cuentas:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| MEDIOS DE COMUNICACIÓN (Radio, Prensa) | PAGINA WEB DEL HOSPITAL | INVITACION DIRECTA RECIBIDA DEL HOSPITAL | A TRAVES DE LA COMUNIDAD |

**PREGUNTA 7.** Después de haber formado parte de la Audiencia Pública de Rendición de Cuentas, considera que su participación en el control de la gestión pública es:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| MUY IMPORTANTE | IMPORTANTE | SIN IMPORTANCIA |

**PREGUNTA 8.** Considera necesario continuar con la realización de Audiencias Públicas en el Hospital para el Control de la Gestión Pública?

|  |  |
| --- | --- |
| SI | NO |

**PREGUNTA 9.** Después de haber participado en la Presente Audiencia Pública de rendición de cuentas, cómo considera que fue la gestión en el hospital durante el año 2015. Califique de 1 a 5, donde 1 es una gestión deficientey 5 una gestión eficiente

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Apellidos y Nombres (**Opcional**)

Tel: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Muchas gracias por ser parte de este sueño… Brindar servicios con calidad y calidez, pensando en su salud!*