1. Tipo de encuesta “Atención Línea horario no hábil”

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nombre del Campo | Tipo campo | Valores |
| Se respondió llamada en Horario no Hábil | Lista Desplegable | SI NO |
| Motivo de Llamada | Lista Desplegable.  Al Seleccionar una opción se debe permitir registrar una observación | * FALLO/DAÑO CONCENTRADOR - PACIENTE SIN RESPALDO * FALLO/DAÑO CONCENTRADOR - PACIENTE CON RESPALDO * CORTE DE LUZ- PACIENTE SIN RESPALDO * CORTE DE LUZ- PACIENTE CON RESPALDO * RECARGA PACIENTE SOLO CILINDRO * FALLO/DAÑO REGULADOR PACIENTE SOLO CILINDRO * RECARGA RESPALDO-CONCENTRADOR EN FUNCIONAMIENTO * OTROS |
| Como califica la Facilidad para Comunicarse con la línea de atención de emergencias | Lista Desplegable | 1 2 3 4 5  N/A |
| Como califica la Atención de la Persona que le Brindó soporte | Lista Desplegable | 1 2 3 4 5  N/A |
| La información que se brindo fue Clara y Completa | Lista Desplegable | SI NO  N/A |
| La Solicitud Fue Resuelta | Lista Desplegable | SI NO  N/A |
| Número de Llamadas Entrantes (Asesor) | Lista Desplegable | 1 hasta 10  Mas de 10 |
| Pertinencia Llamada (Asesor) | Lista Desplegable | SI NO |
| Criticidad Motivo Llamada (Asesor) | Lista Desplegable | NO CRITICA BAJA MEDIA ALTA |
| Se programo visita (Asesor) | Lista Desplegable | NO  SI – LOGÍSTICA NORMAL  SI – LOGÍSTICA ESPECIAL  N/A |