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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nombre del Campo | Tipo campo | Valores |
| Se respondió llamada en Horario no Hábil | Lista Desplegable | SINO |
| 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 | 12345N/A |
| Como califica la Atención de la Persona que le Brindó soporte | Lista Desplegable | 12345N/A |
| La información que se brindo fue Clara y Completa | Lista Desplegable | SINON/A |
| La Solicitud Fue Resuelta | Lista Desplegable | SINON/A |
| Número de Llamadas Entrantes (Asesor) | Lista Desplegable |  1 hasta 10Mas de 10 |
| Pertinencia Llamada (Asesor) | Lista Desplegable | SINO |
| Criticidad Motivo Llamada (Asesor) | Lista Desplegable | NO CRITICABAJAMEDIAALTA |
| Se programo visita (Asesor) | Lista Desplegable | NOSI – LOGÍSTICA NORMALSI – LOGÍSTICA ESPECIALN/A |