



Sistema Gestión de Calidad

REPÚBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DEL CAUCA
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO - POPAYÁN E.S.E.
NIT 900.145.579-1

-FORMATO PQRS-

PSI-01
Versión 3
Fecha: Junio 2019

Página 1 de 2

Con el fin de brindar un mejor servicio y atención a nuestros usuarios se pone a disposición el presente formato para poder atender y solucionar cualquier inquietud acerca de nuestros servicios prestados.

Fecha: DIA MES AÑO Hora: _____ Lugar de atención: _____ PQRS # _____
(Espacio reservado para la E.S.E.)

NOMBRE COMPLETO (USUARIO): Celia Amparo Quintero León
TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD: R.C. T.I. C.C. C.E.
NÚMERO DE IDENTIFICACION: _____ CÉLULAR O FÚOT: _____
SEXO: M F EPS: AIC REGIMEN DE SALUD: CONTRIBUTIVO SUBSIDIADO DIRECCIÓN: El Aul.
BARRIO: _____ VEREDA: _____ CORREO ELECTRÓNICO: _____

TIPO DE SOLICITUD: PETICIÓN QUEJA RECLAMO SUGERENCIA FELICITACIÓN
MOTIVO DE LA QUEJA _____ SERVICIO _____

RELATO DE LOS HECHOS El 18 de Mayo se escribió por WhatsApp para separar una cita médica, pero que pasó que la lee pero no responde a mi solicitud. Me parece una falta de respeto, porque si uno la quiere separar por ventanilla tampoco me atienden la verdad ofrecen un mal servicio por ese medio. gracias

Anexa algún documento: SI NO ; describalo: _____
Firma: [Firma]

Factoración

SI REQUIERE MÁS ESPACIO PUEDE CONTINUAR ATRÁS >



REPÚBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DEL CAUCA
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO - POPAYÁN E.S.E.
NIT 900.145.579-1

PSI-01
Versión 3
Fecha: Junio 2019
Página 1 de 2

Sistema Gestión de Calidad

-FORMATO PQRS-

Con el fin de brindar un mejor servicio y atención a nuestros usuarios se pone a disposición el presente formato para poder atender y solucionar cualquier inquietud acerca de nuestros servicios prestados.

Fecha: 20 05 2019 Hora: 11:50 PM Lugar de atención: Hospital Cardero PQRS # _____
(Espacio reservado para la E.S.E.)

NOMBRE COMPLETO (USUARIO): Juan Pablo García Zuñiga
TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD: _____ R.C. T.I. C.C. C.E.
NÚMERO DE IDENTIFICACION: 1002383544 CELULAR O FÚO: 3102625026
SEXO: F M EPS: Asmet Salud REGIMEN DE SALUD: CONTRIBUTIVO SUBSIDIADO _____ DIRECCIÓN: Buena Vista de Caldera
BARRIO: _____ VEREDA: Buena Vista CORREO ELECTRÓNICO: Juarezca212@gmail.com

TIPO DE SOLICITUD: PETICIÓN QUEJA RECLAMO SUGERENCIA FELICITACIÓN

MOTIVO DE LA QUEJA Mala Atención de Atención Primaria SERVICIO Facturación

RELATO DE LOS HECHOS

Llevo solicito una cita médica, dicen que hay para el turno tarde acepto pero al instante me dicen que no me la otorgan porque no se sabe si vuelva a salirse. Esta cita para cancelar turno y cobrado, porque necesito pasar para brindar soporte a mi trabajo.

Anexa algun documento: SI NO ; describalo: _____

Facturación

Firma: Juan Pablo García

SI REQUIERE MÁS ESPACIO PUEDE CONTINUAR ATRÁS >



EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
POPAYÁN E.S.E.

Sistema Gestión de Calidad

REPÚBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DEL CAUCA
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO POPAYÁN E.S.E.
NIT 900.145.579-1

-FORMATO PQRS-

PSI-01
Versión 3
Fecha: Junio 2019

Página 1 de 2

Con el fin de brindar un mejor servicio y atención a nuestros usuarios se pone a disposición el presente formato para poder atender y solucionar cualquier inquietud acerca de nuestros servicios prestados.

Fecha: 10/06/19 Hora:

Lugar de atención: ESC Eldono PQRS #

(Espacio reservado para la E.S.E.)

NOMBRE COMPLETO (USUARIO): Paulo Paviche

TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:

NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 1060107975 R.C. T.I. CELULAR O FÚO:

SEXO: F M EPS: _____ REGIMEN DE SALUD: CONTRIBUTIVO SUBSIDIADO DIRECCIÓN: _____

BARRIO: _____ VEREDA: Santa Rosa CORREO ELECTRÓNICO: _____

TIPO DE SOLICITUD: PETICIÓN QUEJA RECLAMO SUGERENCIA FELICITACIÓN

MOTIVO DE LA QUEJA _____ SERVICIO _____

RELATO DE LOS HECHOS hoy es de junio trajimos a mi hija
por urgencias. El doctor no se entendio bien fue
grosora falta de disciplina y umildad y ademas
se demoran bastante para llamar falta de
compromisos con la gente gregias

Anexa algun documento: SI NO ; describalo: _____

Firma: [Signature]
Edward Ramos.

SI REQUIERE MÁS ESPACIO PUEDE CONTINUAR ATRÁS >



Sistema Gestión de Calidad

REPÚBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DEL CAUCA
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO - POPAYÁN E.S.E.
NIT 900.145.579-1

-FORMATO PQRS-

PSI-01
Versión 3
Fecha: Junio 2019

Página 1 de 2

Con el fin de brindar un mejor servicio y atención a nuestros usuarios se pone a disposición el presente formato para poder atender y solucionar cualquier inquietud acerca de nuestros servicios prestados.

Fecha: 13 04 23 Hora: 9:15 PM Lugar de atención: Hospital Caldena PQRS # _____
(Espacio reservado para la E.S.E.)

NOMBRE COMPLETO (USUARIO): Angie Mayrally Tobón Calambay

TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD: R.C. T.I. C.C. C.E.

NÚMERO DE IDENTIFICACION: 1060106106 CELULAR O FÍJO: _____

SEXO: F M EPS: Asmota REGIMEN DE SALUD: CONTRIBUTIVO SUBSIDIADO DIRECCIÓN: Vanda la venta

BARRIO: _____ VEREDA: _____ CORREO ELECTRÓNICO: _____

TIPO DE SOLICITUD: PETICIÓN QUEJA RECLAMO SUGERENCIA FELICITACIÓN

MOTIVO DE LA QUEJA _____ SERVICIO _____

RELATO DE LOS HECHOS Después de un día de comento por recibir un muy malo trato de la parte de la salud, llega sin salud con muy mala disposición, no atiende correctamente la solicitud a la cual llevo para una examen, en 3 ocasiones que me ha atendido es igual.

Anexa algún documento: SI NO ; descríbalos: _____

Firma: Angie Mayrally Tobón

SI REQUIERE MÁS ESPACIO PUEDE CONTINUAR ATRÁS >



REPÚBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DEL CAUCA
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO - POPAYÁN E.S.E.
NIT 900.145.579-1

PSI-01
Versión 3
Fecha: Junio 2019

Página 1 de 2

Sistema Gestión de Calidad

-FORMATO PQRS-

Con el fin de brindar un mejor servicio y atención a nuestros usuarios se pone a disposición el presente formato para poder atender y solucionar cualquier inquietud acerca de nuestros servicios prestados.

Fecha: Día Mes Año Hora: Lugar de atención: Caldono PQRS # _____
(Espacio reservado para la E.S.E.)

NOMBRE COMPLETO (USUARIO): Floralba ROSAS
TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD: R.C. T.I. C.C. C.E.
NÚMERO DE IDENTIFICACION: 34606033 CELULAR O FLOO: 3122171060
SEXO: F M EPS: _____ REGIMEN DE SALUD: CONTRIBUTIVO SUBSIDIADO DIRECCIÓN: _____
BARRIO: _____ VEREDA: monterilla CORREO ELECTRÓNICO: _____

TIPO DE SOLICITUD: PETICIÓN QUEJA RECLAMO SUGERENCIA FELICITACIÓN
MOTIVO DE LA QUEJA _____ SERVICIO _____

RELATO DE LOS HECHOS una queja por la forma en que me atendio no me gusta su manera de responder muy Grosera. Para esta doctora Jasibe eeron que por favor cambie su manera de atender a los pacientes - Gracias

Anexa algun documento: SI NO ; describalo: _____
Firma: Floralba ROSAS

SI REQUIERE MÁS ESPACIO PUEDE CONTINUAR ATRÁS >



Sistema Gestión de Calidad

REPÚBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DEL CAUCA
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO - POPAYÁN E.S.E.
NIT 900.145.579-1

-FORMATO PQRS-

PSI-01
Versión 3
Fecha: Junio 2019

Página 1 de 2

Con el fin de brindar un mejor servicio y atención a nuestros usuarios se pone a disposición el presente formato para poder atender y solucionar cualquier inquietud acerca de nuestros servicios prestados.

Fecha: Hora: Lugar de atención: Hospital Calono PQRS # _____
(Espacio reservado para la E.S.E.)

NOMBRE COMPLETO (USUARIO): Heider Jhonny Culambas

TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD: _____ R.C. TL C.C. C.E.

NÚMERO DE IDENTIFICACION: 1193 098 465 CELULAR O FID: _____

SEJO: F M EPS: Asmatel REGIMEN DE SALUD: CONTRIBUTIVO _____ SUBSIDIADO DIRECCIÓN: Varela la Venta

BARRIO: _____ VEREDA: _____ CORREO ELECTRÓNICO: _____

TIPO DE SOLICITUD: PETICIÓN QUEJA RECLAMO SUGERENCIA FELICITACIÓN

MOTIVO DE LA QUEJA _____ SERVICIO _____

RELATO DE LOS HECHOS La doctora. tiene muy mala disposición de escucha ante mi enfermedad, no me rebiza la alergia o picazon que presento no matoma la presión aun diciendole que me siento mareado y con vertigo me dice que es normal y me despacha muy rapido y con afán. la doctora de nombre Jasibe Carón

Anexa algun documento: SI NO ; describalo: _____

Firma: Heider Jhonny T.C.

SI REQUIERE MÁS ESPACIO PUEDE CONTINUAR ATRÁS >



REPÚBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DEL CAUCA
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO - POPAYÁN E.S.E.
NIT 900.145.579-1

PSI-01
Versión 3
Fecha: Junio 2019
Página 1 de 2

Sistema Gestión de Calidad

-FORMATO PQRS-

Con el fin de brindar un mejor servicio y atención a nuestros usuarios se pone a disposición el presente formato para poder atender y solucionar cualquier inquietud acerca de nuestros servicios prestados.

Fecha: 07/06/23 Hora: 7:47 ^{AM}/_{PM} Lugar de atención: Hospital Caldono PQRS # _____
(Espacio reservado para la E.S.E.)

NOMBRE COMPLETO (USUARIO): Isen Uribe Pineda
TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD: _____ R.C. T.I. C.C. C.E.
NÚMERO DE IDENTIFICACION: 20350289 CELULAR O Fijo: 3124391944
SEXO: F M EPS: _____ REGIMEN DE SALUD: CONTRIBUTIVO SUBSIDIADO DIRECCION: Caldas Abrale
BARRIO: _____ VEREDA: _____ CORREO ELECTRÓNICO: _____

TIPO DE SOLICITUD: PETICIÓN QUEJA RECLAMO SUGERENCIA FELICITACIÓN

MOTIVO DE LA QUEJA Atención al paciente. SERVICIO Medico consulta

RELATO DE LOS HECHOS La Medica Jorge Ivette Coron Medina de falta Amabilidad, Humida para la atención al paciente, Se le hacen preguntas y respondiendo de mala gana y gente así no presta una buena Atención
Me dio las ordenes para el especialista pero no explica bien los pasos a seguir gracias

Anexa algun documento: SI NO ; describalo: _____

Firma: Isen Uribe Pineda

SI REQUIERE MÁS ESPACIO PUEDE CONTINUAR ATRÁS >

06-06-2023

Yo ago una sugerencia de la mala
atencion de una doctora que esta
asiendo la rural y atiende
como le da la gana y el
modo de preguntar para una
persona que es una fiebre o
una gripa que tengo pasiencia
con la gente por que tanta
espera para un turno para
nada por que mas sabe la
enfermera que la doctora

AAT: J. - 



REPÚBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DEL CAUCA
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO - POPAYÁN E.S.E.
NIT 900.145.579-1

PSI-01
Versión 3
Fecha: Junio 2019

Página 1 de 2

Sistema Gestión de Calidad

-FORMATO PQRS-

Con el fin de brindar un mejor servicio y atención a nuestros usuarios se pone a disposición el presente formato para poder atender y solucionar cualquier inquietud acerca de nuestros servicios prestados.

Fecha: 09 06 2019 Hora: 09:47 ^{AM}/_{PM} Lugar de atención: GSE Caldera PQRS # _____
(Espacio reservado para la E.S.E.)

NOMBRE COMPLETO (USUARIO): Leonor Velez Puentes
TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD: _____ R.C. T.I. C.C. C.E.
NÚMERO DE IDENTIFICACION: 283502891 CELULAR O FÍJO: _____
SEXO: F M EPS: _____ REGIMEN DE SALUD: CONTRIBUTIVO SUBSIDIADO DIRECCIÓN: Caldera
BARRIO: _____ VEREDA: _____ CORREO ELECTRÓNICO: _____

TIPO DE SOLICITUD: PETICIÓN QUEJA RECLAMO SUGERENCIA FELICITACIÓN

MOTIVO DE LA QUEJA _____ SERVICIO _____

RELATO DE LOS HECHOS
El día 09 de junio 2019 asistí a consulta médica con la doctora Lisibe Wette Caron-Medina, la cual no tiene humildad para atender es muy despotar se le pregunta y no responde bien.
He dos las ordenes para el paciente pero no explica bien

Anexa algun documento: SI NO ; descríbalos: _____

Firma: Leonor Velez Puentes

SI REQUIERE MÁS ESPACIO PUEDE CONTINUAR ATRÁS >