



REPUBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DE CAUCA
EMPRESA SOCIAL DE ESTADO PÓPAYAN ESE
NIT: 900.145.579-1
FORMATO PQRS

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

U # 1

Sistema Gestión De Calidad

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 inquietud acerca de nuestros servicios prestados.

Fecha Hora Lugar de atención: _____ PQRS # _____

NOMBRE COMPLETO (USUARIO): elena patricia mosquera.

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

NÚMERO DE IDENTIFICACION: _____ CELULAR O FÍJO: _____

SEXO: EPS: _____ REGIMEN DE SALUD: CONTRIBUTIVO SUBSIDIADO DIRECCIÓN: Hato Viejo

BARRIO: _____ CIUDAD O VEREDA: _____ CORREO ELECTRÓNICO: _____

TIPO DE SOLICITUD: PETICION QUEJA RECLAMO SUGERENCIA FELICITACION

MOTIVO DE LA QUEJA para la enfermera Adriana SERVICIO: _____

RELATO DE LOS HECHOS

Se solicito la ambulancia a las 2 y 30am de la mañana por que tuve mi hija en la casa y sangro mucho llamamos y la enfermera adriana nos contata y dice que elena despues de las 7 de la mañana mi queja es para que mejoren el servicio ya que eran 2 vidas.

Anexa algún documento: SI NO Describirlo: _____

Firma: Elena Mosquera.

SI REQUIERE MAS ESPACIO PUEDE CONTINUAR ATRÁS



REPUBLICA DE COLOMBIA
 DEPARTAMENTO DE CAUCA
 EMPRESA SOCIAL DE ESTADO PÓPAYAN ESE
 NIT: 900.145.579-1
 FORMATO PQRS

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

U # 2

Sistema Gestión De Calidad

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 inquietud acerca de nuestros servicios prestados.

Fecha: Hora: AM Lugar de atención: Hospital tofo PQRS # _____

NOMBRE COMPLETO (USUARIO): Jaime Campa
 TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD: R.C. 4787696 T.I. C.C. C.E.
 NÚMERO DE IDENTIFICACION: _____ CELULAR O FÍJO: _____
 SEXO: EPS: _____ REGIMEN DE SALUD: CONTRIBUTIVO _____ SUBSIDIADO _____ DIRECCIÓN: _____
 BARRIO: _____ CIUDAD O VEREDA: _____ CORREO ELECTRÓNICO: _____

TIPO DE SOLICITUD: PETICION QUEJA RECLAMO SUGERENCIA FELICITACION

MOTIVO DE LA QUEJA que mandaron SERVICIO: _____

RELATO DE LOS HECHOS
Se dañó el aparato
una madre para nada haya una buena
atención

Anexa algún documento: SI NO Describirlo: _____

Firma: [Signature]

SI REQUIERE MAS ESPACIO PUEDE CONTINUAR ATRÁS



REPÚBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DE CAUCA
EMPRESA SOCIAL DE ESTADO PÓPAYAN ESE
NIT: 900.145.579-1
FORMATO PQRS

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

U# 3

Sistema Gestión De Calidad

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 inquietud acerca de nuestros servicios prestados.

Fecha: Hora: Lugar de atención: b PQRS # _____

NOMBRE COMPLETO (USUARIO): Maria Felicia Sanchez
 TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD: R.C. T.I. C.C. C.E.
 NÚMERO DE IDENTIFICACION: 25 747 766 CELULAR O FÍJO: 322579 2247
 SEXO: M F EPS: AIC REGIMEN DE SALUD: CONTRIBUTIVO SUBSIDIADO DIRECCIÓN: _____
 BARRIO: Vereda CIUDAD O VEREDA: Tallinazo CORREO ELECTRÓNICO: _____

TIPO DE SOLICITUD: PETICION QUEJA RECLAMO SUGERENCIA FELICITACION

MOTIVO DE LA QUEJA _____ SERVICIO: _____

RELATO DE LOS HECHOS
para mi el medico que me a tenido fue muy amable
explico bien y muy respetos.

Anexa algún documento: SI NO Describirlo: _____

Firma: [Signature]
 SI REQUIERE MAS ESPACIO PUEDE CONTINUAR ATRÁS