



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

C.E. 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  10  AM  PM Lugar de atención:  PQRS #

NOMBRE COMPLETO (USUARIO): Patricia Calumbos RIVERA

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

NÚMERO DE IDENTIFICACION: \_\_\_\_\_ CELULAR O FÍJO: \_\_\_\_\_

SEXO:  M  F EPS: \_\_\_\_\_ REGIMEN DE SALUD: CONTRIBUTIVO \_\_\_\_\_ SUBSIDIADO  DIRECCIÓN: Tulcañ

BARRIO: Tulcañ CIUDAD O VEREDA: Tulcañ CORREO ELECTRÓNICO: \_\_\_\_\_

TIPO DE SOLICITUD: PETICION  QUEJA  RECLAMO  SUGERENCIA  FELICITACION

MOTIVO DE LA QUEJA por la atención muy mala

RELATO DE LOS HECHOS  
se reclama otro medico  
los que estan no se al cansar  
por favor nos estamos quedando  
sin atención

Anexa algún documento: SI  NO  Describirlo: patricia calumbos R

Firma: Patricia Calumbos R  
 SI REQUIERE MAS ESPACIO PUEDE CONTINUAR ATRÁS



Sistema Gestión De Calidad

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 2 de 2

y sus padron tologia lo mismo  
en tregan Pichas has ta ta q e

y de adicen que ya ~~no~~ hay mas  
impacible uno mapa de lejos  
madrugó mas al cansa quebamos hacer  
como auster des noles de ele estan bien

¡Gracias por utilizar nuestro canal de participación ciudadana!  
Su Solicitud será resuelto dentro del término legal establecido

ESPACION RESERVADO PARA LA ESE

Calle 4 carreras 14 esquina Barrio Valencia. Teléfono 8333000  
Web: [www.esepopayan.gov.co](http://www.esepopayan.gov.co)  
e-mail: [siauesepopayan@gmail.com](mailto:siauesepopayan@gmail.com)

10:00 26 Julio 2023

ESTE  
Tobón

Atento saludo

Querida:

Hoy fue el primer usuario en obtener la ficha  
para cita médica, eran las 7:45 y  
el Dr de turno empezó a atender a esa  
hora, se supone que si uno me pregunta es  
porque necesitan el señalamiento y por eso he  
yo debe ir a trabajar:

Priscilla D.

322-597-2922



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:   AM  PM Lugar de atención: Totoró PQRS # \_\_\_\_\_

NOMBRE COMPLETO (USUARIO): Aliz Juani ta Morales Yunda

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

NÚMERO DE IDENTIFICACION: 1067598225 CELULAR O FÍJO: 3168638075

SEXO:  M  F EPS: AIC REGIMEN DE SALUD: CONTRIBUTIVO  SUBSIDIADO  DIRECCIÓN: Sebala

BARRIO: Sebala CIUDAD O VEREDA: Sebala CORREO ELECTRÓNICO: \_\_\_\_\_

TIPO DE SOLICITUD: PETICION  QUEJA  RECLAMO  SUGERENCIA  FELICITACION

MOTIVO DE LA QUEJA \_\_\_\_\_ SERVICIO: \_\_\_\_\_

RELATO DE LOS HECHOS  
Agradezco a todos los que trabajan en este hospital se ve el interés por lo que hacen los auxiliares y los doctores es maravilloso y a demás

Anexa algún documento: SI  NO  Describirlo: \_\_\_\_\_

Firma: María Juani ta Morales Yunda  
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    Lugar de atención: S. Popayán PQRS # \_\_\_\_\_

NOMBRE COMPLETO (USUARIO): Rosalba Sanchez

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

NÚMERO DE IDENTIFICACION: 25741339 CELULAR O FÍJO: 3116421613

SEXO:   EPS: AIC REGIMEN DE SALUD: CONTRIBUTIVO  SUBSIDIADO  DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_

BARRIO: \_\_\_\_\_ CIUDAD O VEREDA: Betulia CORREO ELECTRÓNICO: \_\_\_\_\_

TIPO DE SOLICITUD: PETICION  QUEJA  RECLAMO  SUGERENCIA  FELICITACION

MOTIVO DE LA QUEJA \_\_\_\_\_ SERVICIO: \_\_\_\_\_

RELATO DE LOS HECHOS  
El servicio normal. con signos normales  
Me pasaron a consulta medica.

Anexa algún documento: SI  NO  Describirlo: Rosalba Sanchez

Firma: Rosalba Sanchez

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 # 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: 

DIA	06	MES	07	AÑO	23
-----	----	-----	----	-----	----

 Hora: 

11:00	AM
	PM

 Lugar de atención: hospital de totoró PQRS # X

NOMBRE COMPLETO (USUARIO): \_\_\_\_\_  
TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD: R.C.  T.I.  C.C.  C.E.   
NÚMERO DE IDENTIFICACION: 1003037625 CELULAR O FÍJO: 302913104  
SEXO:  M  F EPS: AIC REGIMEN DE SALUD: CONTRIBUTIVO \_\_\_\_\_ SUBSIDIADO  DIRECCIÓN: Totoró.  
BARRIO: \_\_\_\_\_ CIUDAD O VEREDA: \_\_\_\_\_ CORREO ELECTRÓNICO: \_\_\_\_\_

TIPO DE SOLICITUD: PETICION  QUEJA  RECLAMO  SUGERENCIA  FELICITACION

MOTIVO DE LA QUEJA Alimentación SERVICIO: \_\_\_\_\_

RELATO DE LOS HECHOS

No me parece la alimentación porque el almuerzo a veces dentro tarde y por la noche se ve que traen las cosas recalentadas eso no es bueno y en la noche solo traen arroz yo tube a mi hijo por una semana y me toca comprar las papa de el noes justo eso y si si quiera hay medias nueces ni en la tarde deberían mejorar eso. Gracias.

Anexa algún documento: SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ Describirlo: \_\_\_\_\_

Firma: Yined camila Guaña calaesa.

SI REQUIERE MAS ESPACIO PUEDE CONTINUAR ATRÁS



U#4

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: Hospital Totoro PQRS # \_\_\_\_\_

NOMBRE COMPLETO (USUARIO): Mauricio Gallego Jopez

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

NÚMERO DE IDENTIFICACION: 4 787 478 CELULAR O FÍJO: \_\_\_\_\_

SEXO:  M  F EPS: ASSAND REGIMEN DE SALUD: CONTRIBUTIVO  SUBSIDIADO  DIRECCIÓN: Totoro

BARRIO: Columbia CIUDAD O VEREDA: Totoro CORREO ELECTRÓNICO: \_\_\_\_\_

TIPO DE SOLICITUD: PETICION  QUEJA  RECLAMO  SUGERENCIA  FELICITACION

MOTIVO DE LA QUEJA Mejoramiento de las instalaciones

RELATO DE LOS HECHOS  
Las Duchas están en mal estado  
lo mismo que los sanitarios.  
falta de insumos de Aseo

Anexa algún documento: SI  NO  Describirlo: \_\_\_\_\_

Firma: Mauricio Gallego Jopez

SI REQUIERE MÁS ESPACIO PUEDE CONTINUAR ATRÁS



Sistema Gestión De Calidad

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#5

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
PM

 Lugar de atención: \_\_\_\_\_ PQRS # \_\_\_\_\_

NOMBRE COMPLETO (USUARIO): \_\_\_\_\_

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

NÚMERO DE IDENTIFICACION: \_\_\_\_\_ CELULAR O FÍJO: \_\_\_\_\_

SEXO:  M  F EPS: \_\_\_\_\_ REGIMEN DE SALUD: CONTRIBUTIVO \_\_\_\_\_ SUBSIDIADO \_\_\_\_\_ DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_

BARRIO: Buenavista CIUDAD O VEREDA: Tolovo CORREO ELECTRÓNICO: \_\_\_\_\_

TIPO DE SOLICITUD: PETICION  QUEJA  RECLAMO  SUGERENCIA  FELICITACION

MOTIVO DE LA QUEJA \_\_\_\_\_

RELATO DE LOS HECHOS

Mi queja es por la alimentación, que en días que no llegaba la comida y muchas veces a desoras las comida y quedo incomforme, que los lactose no todas pero no le prestan atención a lo que uno tiene, que no es nada, esa es mi queja.

Anexa algún documento: SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ Describirlo: \_\_\_\_\_

Firma: Leidy Yubane Comunes

SI REQUIERE MAS ESPACIO PUEDE CONTINUAR ATRÁS



Sistema Gestión De Calidad

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#6

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): Beatriz Susueta Guaña

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

NÚMERO DE IDENTIFICACION: 25 277 862 CELULAR O FÍJO: \_\_\_\_\_

SEXO:  F  E EPS: oic REGIMEN DE SALUD: CONTRIBUTIVO  SUBSIDIADO  DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_

BARRIO: \_\_\_\_\_ CIUDAD O VEREDA: el cofre CORREO ELECTRÓNICO: \_\_\_\_\_

TIPO DE SOLICITUD: PETICION  QUEJA  RECLAMO  SUGERENCIA  FELICITACION

MOTIVO DE LA QUEJA \_\_\_\_\_

RELATO DE LOS HECHOS  
Por la buena atención  
agradece por los servicios prestados por el personal  
de salud

Anexa algún documento: SI  NO  Describirlo: \_\_\_\_\_

Firma: X Albayodely Pillimaci su.  
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

047

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): Maiti Penaranda Horgelid

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

NÚMERO DE IDENTIFICACION: 7214213372 CELULAR O FÍJO: 3105985008

SEXO:   EPS: EMISSORIV REGIMEN DE SALUD: CONTRIBUTIVO  SUBSIDIADO  DIRECCIÓN: San Antonio

BARRIO: \_\_\_\_\_ CIUDAD O VEREDA: \_\_\_\_\_ CORREO ELECTRÓNICO: \_\_\_\_\_

TIPO DE SOLICITUD: PETICION  QUEJA  RECLAMO  SUGERENCIA  FELICITACION

MOTIVO DE LA QUEJA \_\_\_\_\_ SERVICIO: \_\_\_\_\_

RELATO DE LOS HECHOS  
Desde la llegada al centro medico me atendieron muy bien el doctor que me receto y las enfermeras que me suministraron los medicamentos hasta la hora de mi salida muy atentos y amables

Anexa algún documento: SI  NO  Describirlo: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

SI REQUIERE MAS ESPACIO PUEDE CONTINUAR ATRÁS



Sistema Gestión De Calidad

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 #8

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): \_\_\_\_\_

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: \_\_\_\_\_

BARRIO: \_\_\_\_\_ CIUDAD O VEREDA: \_\_\_\_\_ CORREO ELECTRÓNICO: \_\_\_\_\_

TIPO DE SOLICITUD: PETICION  QUEJA  RECLAMO  SUGERENCIA  FELICITACION

MOTIVO DE LA QUEJA \_\_\_\_\_ SERVICIO: \_\_\_\_\_

RELATO DE LOS HECHOS  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Anexa algún documento: SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ Describirlo: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

SI REQUIERE MAS ESPACIO PUEDE CONTINUAR ATRÁS



Sistema Gestión De Calidad

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 2 de 2

estoy Agradacida por ustedes los  
medicos y enfermeros por cuidarnos  
les Agradesco que Dios los bendiga

Lucey Satoria Muñoz Majin

¡Gracias por utilizar nuestro canal de participación ciudadana!  
Su Solicitud será resuelto dentro del término legal establecido

ESPACION RESERVADO PARA LA ESE

Calle 4 carreras 14 esquina Barrio Valencia. Teléfono 8333000  
Web: [www.esepopayan.gov.co](http://www.esepopayan.gov.co)  
e-mail: [siauesepopayan@gmail.com](mailto:siauesepopayan@gmail.com)



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

0#9

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): Alba Piedad Gurote

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

NÚMERO DE IDENTIFICACION: 1062779364 CELULAR O FÍJO: \_\_\_\_\_

SEXO:   EPS: \_\_\_\_\_ REGIMEN DE SALUD: CONTRIBUTIVO  SUBSIDIADO  DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_

BARRIO: \_\_\_\_\_ CIUDAD O VEREDA: San José CORREO ELECTRÓNICO: \_\_\_\_\_

TIPO DE SOLICITUD: PETICION  QUEJA  RECLAMO  SUGERENCIA  FELICITACION

MOTIVO DE LA QUEJA \_\_\_\_\_ SERVICIO: \_\_\_\_\_

RELATO DE LOS HECHOS

que el doctor que esta de turno se preocupe mas por los pacientes y de los exámenes de las personas grávidas

Anexa algún documento: SI  NO  Describirlo: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

SI REQUIERE MAS ESPACIO PUEDE CONTINUAR ATRÁS