

HOSPITAL DEL SARARE
 SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN
 REGISTRO PORSDF BUZON
 Opción SIC-01-F-11
 Versión No. 2

Para el Hospital del Sarare lo más importante son sus usuarios, familiares, ciudadanos y demás partes interesadas así como el mejoramiento continuo en la prestación de nuestros servicios de salud, siendo estos nuestros principales objetivos. Con el fin de resolver con transparencia, eficacia, eficiencia y efectividad su requerimiento, dentro de los tiempos de Ley establecidos, solicitamos de manera respetuosa diligenciar el siguiente formulario con la mayor celeridad posible.

1. INFORMACIÓN GENERAL DE LA PARTE INTERESADA

NOMBRES Y APELLIDOS: ZULIY VARGAS
 N° DE IDENTIFICACIÓN: 68301096
 DIRECCIÓN EXACTA DE RESIDENCIA: BLSUCE
 BARRIO/VEREDA: PAUCE 12 # 15-66
 MUNICIPIO DE RESIDENCIA: TATE
 TELÉFONO FIJO O CELULAR: 3213834068
 CORREO ELECTRÓNICO: zuliymanbelvarpaysaregma@gmail.com
 FECHA: 28-06-2022

FIRMA: [Firma manuscrita]
 Si usted desea puede registrar su petición de manera ANÓNIMA, igualmente será atendida y tramitada de acuerdo con la fundamentación que la sustente, dentro de los límites establecidos por el Artículo 81 de la Ley 962 de 2005.
 De lo contrario, ingresar sus datos de identificación en el siguiente apartado

2. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN O HECHO
 (Detalle en forma clara y precisa su petición y suministre la mayor información posible)

Servicio en el que se presenta la situación:
VEGENDAS

Describa la situación:
FELICITACIONES PARA TODOS LOS EMPLEADOS, EMPLEADORAS Y MEDICOS - ESPEÑALISTAS POR SU EXCELENTE ATENCIÓN.

DIOS LOS BENDIGA.
Zuliy VARGAS

PUEDA UTILIZAR EL RESPALDO DE LA HOJA PARA CONTINUAR →

¡Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

HOSPITAL DEL SARARE
 SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN
 REGISTRO PORSDF EN BUZON
 Opción SIC-01-F-11
 Versión No. 2

CONTINUACIÓN DESCRIPCIÓN DE LA PETICIÓN
 (Detalle en forma clara y precisa su petición y suministre la mayor información posible)

FIRMA:
 FECHA:

¡Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

9

SISTEMA INTEGRADO DE GESTION

HOSPITAL DEL SARARE

REGISTRO PORSDF
BUZON

IDEMP. SIC-01-F11
REGION N. 2

Para el Hospital del Sarare lo más importante son sus usuarios, familiares, ciudadanos y demás partes interesadas así como el mejoramiento continuo en la prestación de nuestros servicios de salud, siendo estos nuestros principales objetivos. Con el fin de resolver con transparencia, eficacia, eficiencia y efectividad su requerimiento, dentro de los tiempos de Ley establecidos, solicitamos de manera respetuosa diligenciar el siguiente formulario con la mayor claridad posible.

1. INFORMACIÓN GENERAL DE LA PARTE INTERESADA

NOMBRES Y APELLIDOS: *Luis Florentino Rojas*
 N.º DE IDENTIFICACIÓN: *14081616*
 DIRECCIÓN EXACTA DE RESIDENCIA: *Pto Nuevo*
 BARRIO/VEREDA:

MUNICIPIO DE RESIDENCIA: *Sarcullena*
 TELÉFONO FIJO O CELULAR: *301 279 8610*
 CORREO ELECTRÓNICO:

FECHA: *28-06-22*
 FIRMA: *[Firma manuscrita]*

Si usted desea poder registrar su petición de manera ANÓNIMA, igualmente será atendida y tramitada de acuerdo con la fundamentación que la sustente, dentro de los límites establecidos por el Artículo 81 de la Ley 962 de 2005

2. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN O HECHO
 (Detalle en forma clara y precisa su petición y suministre la mayor información posible)

Servicio en el que se presenta la situación:

Describe la situación:

A esta hora 2:29. Les doy la Felicitaciones al personal de esta institución por se excelente afeccion y su buen servicio Felicitacion al Hospital PUEDE UTILIZAR EL RESPALDO DE LA HOJA PARA CONTINUAR → Gracias

¡Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

SISTEMA INTEGRADO DE GESTION

HOSPITAL DEL SARARE

REGISTRO PORSDF
EN BUZON

IDEMP. SIC-01-F11
REGION N. 2

(Detalle en forma clara y precisa su petición y suministre la mayor información posible)

CONTINUACIÓN DESCRIPCIÓN DE LA PETICIÓN

FIRMA: _____

FECHA: _____

¡Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN
HOSPITAL DEL SARARE
 C.O.M.O. SIC-01-F11
 BUZÓN N.º 2

CONTINUACIÓN DESCRIPCIÓN DE LA PETICIÓN
 (Detalle en forma clara y precisa su petición y suministre la mayor información posible)

*Con que necesitemos una
 beca para el curso de
 enfermería que tomamos en
 la sede la Normal de
 Salud de Sarare*

FIRMA:
 FECHA:

¡Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!
 Copiar no contamina
 Cuidar el medio ambiente es cuidar el planeta y a usted

USAR MATERIALES IMPRIMIDOS SEVA TALLERES DE CUERPO Y ALMA PARA EL CUIDADO DEL MEDIO AMBIENTE DEL HOSPITAL DEL SARARE Y U.S.T.
 MARZO 2005

SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN
HOSPITAL DEL SARARE
 C.O.M.O. SIC-01-F11
 BUZÓN N.º 2

REGISTRO PQRSDF EN BUZÓN

Para el Hospital del Sarare lo más importante son sus usuarios, familiares, ciudadanos y demás partes interesadas así como el mejoramiento continuo en la prestación de nuestros servicios de salud, siendo estos nuestros principales objetivos. Con el fin de resolver con transparencia, eficacia, eficiencia y efectividad su requerimiento, dentro de los tiempos de Ley establecidos, solicitamos de manera respetuosa diligenciar el siguiente formulario con la mayor claridad posible:

1. INFORMACIÓN GENERAL DE LA PARTE INTERESADA

NOMBRES Y APELLIDOS:
 N° DE IDENTIFICACIÓN:
 DIRECCIÓN EXACTA DE RESIDENCIA:
 BARRIO/VEREDA:
 MUNICIPIO DE RESIDENCIA:
 TELÉFONO FIJO O CELULAR:
 CORREO ELECTRÓNICO:
 FECHA: 5 julio
 FIRMA:

Si usted desea registrar su petición de manera ANÓNIMA, igualmente será atendida y tramitada de acuerdo con la fundamentación que la sustente, dentro de los límites establecidos por el Artículo 81 de la Ley 962 de 2005.

2. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN O HECHO
 (Detalle en forma clara y precisa su petición y suministre la mayor información posible)

Servicio en el que se presenta la situación:
Atención en la Normal de Salud de Sarare

Describa la situación:
Presentamos un caso de un niño de 10 años de edad que sufre de epilepsia y necesita un medicamento que no se consigue en el Hospital del Sarare, por lo tanto solicitamos que se le suministre el medicamento que necesita para su tratamiento.

FIRMA:
 FECHA:

¡Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!
 Copiar no contamina
 Cuidar el medio ambiente es cuidar el planeta y a usted

USAR MATERIALES IMPRIMIDOS SEVA TALLERES DE CUERPO Y ALMA PARA EL CUIDADO DEL MEDIO AMBIENTE DEL HOSPITAL DEL SARARE Y U.S.T.
 MARZO 2005



COORDINADO SIC-01-F11
REVISIÓN No. 2

SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN

REGISTRO PQRSDF
BUZON

Evolucionamos pensando en USTED

Para el Hospital del Sarare lo más importante son sus usuarios, familiares, ciudadanos y demás partes interesadas así como el mejoramiento continuo en la prestación de nuestros servicios de salud, siendo estos nuestros principales objetivos. Con el fin de resolver con transparencia, eficacia, eficiencia y efectividad su requerimiento, dentro de los tiempos de Ley establecidos, solicitamos de manera respetuosa diligenciar el siguiente formulario con la mayor claridad posible:

1. INFORMACIÓN GENERAL DE LA PARTE INTERESADA

NOMBRES Y APELLIDOS: MARIENE ANGARITA QUINTERO

Nº DE IDENTIFICACIÓN: 40511178

DIRECCIÓN EXACTA DE RESIDENCIA: 4 de DICIEMBRE

BARRIO/VEREDA:

MUNICIPIO DE RESIDENCIA: SARAYENA

TELÉFONO FIJO O CELULAR: 3184305928.

CORREO ELECTRÓNICO:

FECHA:

FIRMA: *Mariene Angarita*

Si usted desea puede registrar su petición de manera ANÓNIMA, igualmente será atendida y tramitada de acuerdo con la fundamentación que la sustente, dentro de los límites establecidos por el Artículo 81 de la Ley 962 de 2005. De lo contrario, ingresar sus datos de identificación en el siguiente apartado

2. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN O HECHO

(Detalle en forma clara y precisa su petición y suministre la mayor información posible)

Servicio en el que se presenta la situación: TERAPIA FÍSICA.

Describa la situación:

SENTIA DOLOR EN LA ESPALDA Y 10) CALAMBRES ME PADARON UN POCO EL DOCTOR CAMO) ME ATENDIO SUPER BIEN. LAS NUEVAS INSTALACIONES ESTAN BONITAS.

PUEDÉ UTILIZAR EL RESPALDO DE LA HOJA PARA CONTINUAR →

¡Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!



HOSPITAL DEL SARARE
Empresa Social del Estado

CODIGO SIC-01-F11

REVISION No. 2

SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN

REGISTRO PQRSDF EN BUZON

Evolucionamos pensando EN USTED

CONTINUACIÓN DESCRIPCIÓN DE LA PETICIÓN

(Detalle en forma clara y precisa su petición y suministre la mayor información posible)

Paciente: Omaira Gordillo

para la Terapeuta: Neyla Pabón

Agradecer el servicio de la profesional, el trabajo y calidad referente a las terapias que me ha realizado muy excelente.

En cuanto a la atención del personal que labora allí muy bueno.

Felicidades por este equipo de trabajo.

FIRMA:

FECHA:

[Handwritten signature]
19.07.2022

¡Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como

COPIA NO CONTROLADA.

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERAN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL HOSPITAL DEL SARARE Y LA LEY

1981 DE 2012



HOSPITAL DEL SARARE
Empresa Social del Estado

CODIGO

SIC-01-F11

REVISION No.

2

SISTEMA INTEGRADO DE GESTION

REGISTRO PQRSDF BUZON

Evolucionamos pensando en usted

Para el Hospital del Sarare lo más importante son sus usuarios, familiares, ciudadanos y demás partes interesadas así como el mejoramiento continuo en la prestación de nuestros servicios de salud, siendo estos nuestros principales objetivos. Con el fin de resolver con transparencia, eficacia, eficiencia y efectividad su requerimiento, dentro de los tiempos de Ley establecidos, solicitamos de manera respetuosa diligenciar el siguiente formulario con la mayor claridad posible:

1. INFORMACIÓN GENERAL DE LA PARTE INTERESADA

NOMBRES Y APELLIDOS: Laura Carolina Rincon

N° DE IDENTIFICACIÓN: 1090471878

DIRECCIÓN EXACTA DE RESIDENCIA: Cra 12 #1845 #

BARRIO/VEREDA: Santander

MUNICIPIO DE RESIDENCIA: Saravena

TELÉFONO FIJO O CELULAR: 3024013260

CORREO ELECTRÓNICO: psico.carolina2@gmail.com

FECHA: 19-Julio 2022

FIRMA: *[Firma manuscrita]*

Si usted desea puede registrar su petición de manera ANÓNIMA, igualmente será atendida y tramitada de acuerdo con la fundamentación que la sustente, dentro de los límites establecidos por el Artículo 81 de la Ley 962 de 2005. De lo contrario, ingresar sus datos de identificación en el siguiente apartado

2. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN O HECHO

(Detalle en forma clara y precisa su petición y suministre la mayor información posible)

Servicio en el que se presenta la situación: Terapia Fisica

Describe la situación: Muy Satisfecha con la prestación del servicio de terapia Fisica por parte del señor Carlos Cuellar; las terapias han sido pertinentes y han ayudado mucho al proceso de mejora en las manos. Gracias por sus excelentes profesionales.

PUEDA UTILIZAR EL RESPALDO DE LA HOJA PARA CONTINUAR →

¡Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!


Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERAN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLITICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL HOSPITAL DEL SARARE Y LA LEY 1581 DE 2012

SE06 C

 HOSPITAL DEL SARARE <small>Empresa Social del Estado</small>	<small>OTI/SG</small> SIC-01-F11	REGISTRO PQRSDF EN BUZON
	<small>VERSION No.</small> 2	
<small>Este formulario es propiedad de usted</small>		
<p>Para el Hospital del Sarare lo más importante son sus usuarios, familiares, ciudadanos y demás partes interesadas así como el mejoramiento continuo en la prestación de nuestros servicios de salud, siendo estos nuestros principales objetivos. Con el fin de resolver con transparencia, eficacia, eficiencia y efectividad su requerimiento, dentro de los tiempos de Ley establecidos, solicitamos de manera respetuosa diligenciar el siguiente formulario con la mayor claridad posible:</p>		
1. INFORMACIÓN GENERAL DE LA PARTE INTERESADA		
NOMBRES Y APELLIDOS: Yurani Gualdrón.		
N° DE IDENTIFICACIÓN: 7005178557.		
DIRECCIÓN EXACTA DE RESIDENCIA: Kr 0 #20-28		
BARRIO/VEREDA: Anuhoga		
MUNICIPIO DE RESIDENCIA: Saravena		
TELÉFONO FIJO O CELULAR: 3216782347		
CORREO ELECTRÓNICO:		
FECHA: 70/06/2022.		
FIRMA: Yurani Gualdrón		
<p>Si usted desea puede registrar su petición de manera ANÓNIMA, igualmente será atendida y tramitada de acuerdo con la fundamentación que la sustente, dentro de los límites establecidos por el Artículo 81 de la Ley 962 de 2005.</p> <p>De lo contrario, ingresar sus datos de identificación en el siguiente apartado</p>		
2. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN O HECHO <small>(Detalle en forma clara y precisa su petición y suministre la mayor información posible)</small>		
Servicio en el que se presenta la situación:		
Atención en Facturación.		
Describa la situación:		
Quiero felicitar a Gerablin Zuta por su buena atención al momento de atender al usuario y la calidad humana que la caracteriza, responsabilidad al momento de orientar al paciente.		
PUEDE UTILIZAR EL RESPALDO DE LA HOJA PARA CONTINUAR →		

¡Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

INCOFA

 HOSPITAL DEL SARARE <small>Empresa Social del Estado</small>	<small>CÓDIGO</small> SIC-01-F11	REGISTRO PQRSDF EN BUZÓN
	<small>REVISIÓN No.</small> 2	

Evaluación pensando en usted

Para el Hospital del Sarare lo más importante son sus usuarios, familiares, ciudadanos y demás partes interesadas así como el mejoramiento continuo en la prestación de nuestros servicios de salud, siendo estos nuestros principales objetivos. Con el fin de resolver con transparencia, eficacia, eficiencia y efectividad su requerimiento, dentro de los tiempos de Ley establecidos, solicitamos de manera respetuosa diligenciar el siguiente formulario con la mayor claridad posible:

1. INFORMACIÓN GENERAL DE LA PARTE INTERESADA

NOMBRES Y APELLIDOS: *Nina Pinto Durán*

Nº DE IDENTIFICACIÓN: *40.510 153*

DIRECCIÓN EXACTA DE RESIDENCIA: *29-10-17*

BARRIO/VEREDA: *Barrio San Luis*

MUNICIPIO DE RESIDENCIA:

TELÉFONO FIJO O CELULAR: *323 213 695*

CORREO ELECTRÓNICO:

FECHA: *27-07-2022*

FIRMA:

Si usted desea puede registrar su petición de manera **ANÓNIMA**, igualmente será atendida y tramitada de acuerdo con la fundamentación que la sustente, dentro de los límites establecidos por el Artículo 81 de la Ley 962 de 2005. De lo contrario, ingresar sus datos de identificación en el siguiente apartado

2. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN O HECHO
(Detalle en forma clara y precisa su petición y suministre la mayor información posible)

Servicio en el que se presenta la situación:

Terapia Física

Describe la situación:

El Doctor Carlos es un excelente terapeuta muy cariñoso y amable en su consultorio muy excelente y fresco muy especial (gracias)

PUEDA UTILIZAR EL RESPALDO DE LA HOJA PARA CONTINUAR →

¡Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considerará como COPIA NO CONTROLADA. LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL HOSPITAL DEL SARARE Y LA LEY 1581 DE 2012

112271

 HOSPITAL DEL SARARE <small>Empresa Social del Estado</small>	CODIGO: SIC-01-F11 REVISIÓN No. 2	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN REGISTRO PQRSDF EN BUZON
Evolucionamos pensando en usted		
<p>Para el Hospital del Sarare lo más importante son sus usuarios, familiares, ciudadanos y demás partes interesadas así como el mejoramiento continuo en la prestación de nuestros servicios de salud, siendo estos nuestros principales objetivos. Con el fin de resolver con transparencia, eficacia, eficiencia y efectividad su requerimiento, dentro de los tiempos de Ley establecidos, solicitamos de manera respetuosa diligenciar el siguiente formulario con la mayor claridad posible:</p>		
1. INFORMACIÓN GENERAL DE LA PARTE INTERESADA		
NOMBRES Y APELLIDOS: <i>Nadira Fernanda León Torres</i>		
N° DE IDENTIFICACIÓN: <i>1007461885</i>		
DIRECCIÓN EXACTA DE RESIDENCIA: <i>Carrera 3 24 - 53</i>		
BARRIO/VEREDA: <i>Barrio Anuegar</i>		
MUNICIPIO DE RESIDENCIA: <i>Saravena</i>		
TELÉFONO FIJO O CELULAR: <i>3209680911</i>		
CORREO ELECTRÓNICO: <i>nadirafernandaleontorres@gmail.com</i>		
FECHA: <i>27/07/2022</i>		
FIRMA: <i>Nadira Fernanda León Torres</i>		
<p>Si usted desea puede registrar su petición de manera ANÓNIMA, igualmente será atendida y tramitada de acuerdo con la fundamentación que la sustente, dentro de los límites establecidos por el Artículo 81 de la Ley 962 de 2005.</p>		
2. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN O HECHO		
(Detalle en forma clara y precisa su petición y suministre la mayor información posible)		
Servicio en el que se presenta la situación: <i>fisioterapia</i>		
Describa la situación: <i>Desde el inicio de las terapias, hubo buena atención, me acompañaron los horarios según mi disponibilidad en las terapias físicas buena atención y se disminuyó el dolor presentado.</i>		
PUEDE UTILIZAR EL RESPALDO DE LA HOJA PARA CONTINUAR →		

¡Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA
 LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL HOSPITAL DEL SARARE Y LA LEY 1581 DE 2012



CMO SIC-01-F11
Fecha No. 2

REGISTRO PORSDF
EN BUZON

SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN

Elaboración realizada en el día 12

Para el Hospital del Sarare lo más importante son sus usuarios, familiares, ciudadanos y demás partes interesadas así como el mejoramiento continuo en la prestación de nuestros servicios de salud, siendo estos nuestros principales objetivos. Con el fin de resolver con transparencia, eficacia, eficiencia y efectividad su requerimiento, dentro de los tiempos de Ley establecidos, solicitamos de manera respetuosa diligenciar el siguiente formulario con la mayor claridad posible:

1. INFORMACIÓN GENERAL DE LA PARTE INTERESADA

NOMBRES Y APELLIDOS: Zenaida Celis C.

Nº DE IDENTIFICACIÓN: 60363415

DIRECCIÓN EXACTA DE RESIDENCIA: Cra. 24-19-54.

BARRIO/VEREDA: Prado.

MUNICIPIO DE RESIDENCIA: Saravena

TELÉFONO FIJO O CELULAR: 013333731333372854

CORREO ELECTRÓNICO: zecelco30@hotmail.com

FECHA: 2/8/22.

FIRMA: ZENDAIDA CELIS

Si usted desea puede registrar su petición de manera ANÓNIMA, igualmente será atendida y tramitada de acuerdo con la fundamentación que la sustente, dentro de los límites establecidos por el Artículo 81 de la Ley 962 de 2005. De lo contrario, ingresar sus datos de identificación en el siguiente apartado

2. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN O HECHO

(Detalle en forma clara y precisa su petición y suministre la mayor información posible)

Servicio en el que se presenta la situación:

FISIOTERAPIA.

Describa la situación:

may excelente atención. muy
Atendida en la Nueva Instalación.
Con Aire acondicionado aunque
es pequeño es acogedor. ordena
do limpio con música. La
Atención del personal. excelente.
muy pendiente de sus pacientes. gracias
PUEDE UTILIZAR EL RESPALDO DE LA HOJA PARA CONTINUAR → m.l. gracielal



CMO SIC-01-F11
Fecha No. 2

REGISTRO PORSDF
EN BUZON

SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN

Elaboración realizada en el día 12

CONTINUACIÓN DESCRIPCIÓN DE LA PETICIÓN
(Detalle en forma clara y precisa su petición y suministre la mayor información posible)

Doctor: Carlos Cuellar.

FIRMA:

FECHA:

¡Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considerará como COPIA NO CONTROLADA.

COPIA NO CONTROLADA.

LOS DATOS REPRODUCIDOS SON BIEN TRAZADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE MANEJO DE DOCUMENTOS DE LOS SERVICIOS DEL HOSPITAL DEL SARARE Y LA LEY 962 DE 2005.



HOSPITAL DEL SARARE
Empresa Social del Estado

CODIGO SIC-01-F11

REVISIÓN No. 2

SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN

REGISTRO PQRSDF EN BUZON

Evaluación pensando en usted

Para el Hospital del Sarare lo más importante son sus usuarios, familiares, ciudadanos y demás partes interesadas así como el mejoramiento continuo en la prestación de nuestros servicios de salud, siendo estos nuestros principales objetivos. Con el fin de resolver con transparencia, eficacia, eficiencia y efectividad su requerimiento, dentro de los tiempos de Ley establecidos, solicitamos de manera respetuosa diligenciar el siguiente formulario con la mayor claridad posible:

1. INFORMACIÓN GENERAL DE LA PARTE INTERESADA

NOMBRES Y APELLIDOS: *Maria Claneth Sánchez M.*

Nº DE IDENTIFICACIÓN: *68246545*

DIRECCIÓN EXACTA DE RESIDENCIA: *Cra 23 # 25-31*

BARRIO/VEREDA: *Barrio Porvenir*

MUNICIPIO DE RESIDENCIA: *Saraguro*

TELÉFONO FIJO O CELULAR: *312 3602953*

CORREO ELECTRÓNICO: *mayansa73@hotmail.com*

FECHA: *05/08/2022*

FIRMA: *[Signature]*

Si usted desea puede registrar su petición de manera ANÓNIMA, igualmente será atendida y tramitada de acuerdo con la fundamentación que la sustente, dentro de los límites establecidos por el Artículo 81 de la Ley 962 de 2005.

De lo contrario, ingresar sus datos de identificación en el siguiente apartado

2. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN O HECHO

(Detalle en forma clara y precisa su petición y suministre la mayor información posible)

Servicio en el que se presenta la situación:

Terapia física

Describe la situación:

Asistí a terapia física por rehabilitación de rodilla, asistido por el Dr. Carlos Cuellar, Considero un gran avance en mi recuperación. Con una excelente atención y disposición por parte del profesional, en un ambiente de trabajo agradable en el desarrollo de los tiempos.

PUEDA UTILIZAR EL RESPALDO DE LA HOJA PARA CONTINUAR →

¡Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considerará como COPIA NO CONTROLADA

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL HOSPITAL DEL SARARE Y LA LEY 1581 DE 2012



CÓDIGO SIC-01-F11

REVISIÓN No. 2

SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN

REGISTRO PQRSDF
EN BUZÓN

Evolucionamos pensando en usted

Para el Hospital del Sarare lo más importante son sus usuarios, familiares, ciudadanos y demás partes interesadas así como el mejoramiento continuo en la prestación de nuestros servicios de salud, siendo estos nuestros principales objetivos. Con el fin de resolver con transparencia, eficacia, eficiencia y efectividad su requerimiento, dentro de los tiempos de Ley establecidos, solicitamos de manera respetuosa diligenciar el siguiente formulario con la mayor claridad posible:

1. INFORMACIÓN GENERAL DE LA PARTE INTERESADA

NOMBRES Y APELLIDOS: Aura Alicia Durte Espinel
N° DE IDENTIFICACIÓN: 40510690
DIRECCIÓN EXACTA DE RESIDENCIA: Bereda Berodia medio
BARRIO/VEREDA: Bereda
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:
TELÉFONO FIJO O CELULAR: 3123550907
CORREO ELECTRÓNICO: AuraARobachimaco
FECHA: 2 de 08. 2022
FIRMA:

Si usted desea puede registrar su petición de manera ANÓNIMA, igualmente será atendida y tramitada de acuerdo con la fundamentación que la sustente, dentro de los límites establecidos por el Artículo 81 de la Ley 962 de 2005.

De lo contrario, ingresar sus datos de identificación en el siguiente apartado

2. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN O HECHO

(Detalle en forma clara y precisa su petición y suministre la mayor información posible)

Servicio en el que se presenta la situación:

Terapia Física

Describe la situación:

Atendida por el doctor Carlos Benia con un dolor decentura y es palda pero mai es elente la atención por gemitiento cha mejor

PUEDEN UTILIZAR EL RESPALDO DE LA HOJA PARA CONTINUAR →

¡Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL HOSPITAL DEL SARARE Y LA LEY 1581 DE 2012



HOSPITAL DEL SARARE
Empresa Social del Estado

CÓDIGO SIC-01-F11

REVISIÓN No. 2

SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN

REGISTRO PQRSDF EN BUZÓN

Evolucionamos pensando en usted

Para el Hospital del Sarare lo más importante son sus usuarios, familiares, ciudadanos y demás partes interesadas así como el mejoramiento continuo en la prestación de nuestros servicios de salud, siendo estos nuestros principales objetivos. Con el fin de resolver con transparencia, eficacia, eficiencia y efectividad su requerimiento, dentro de los tiempos de Ley establecidos, solicitamos de manera respetuosa diligenciar el siguiente formulario con la mayor claridad posible:

1. INFORMACIÓN GENERAL DE LA PARTE INTERESADA

NOMBRES Y APELLIDOS: Rosmira Pinzon
N° DE IDENTIFICACIÓN: 410505192
DIRECCIÓN EXACTA DE RESIDENCIA: cra: 26A # 13-40
BARRIO/VEREDA: Villa de Aranjuez
MUNICIPIO DE RESIDENCIA: Saraguro
TELÉFONO FIJO O CELULAR: 321 219 7760
CORREO ELECTRÓNICO: rosmirapinzon15@gmail.com
FECHA: 6 agosto 2022

FIRMA:

Si usted desea puede registrar su petición de manera ANÓNIMA, igualmente será atendida y tramitada de acuerdo con la fundamentación que la sustente, dentro de los límites establecidos por el Artículo 81 de la Ley 962 de 2005.

De lo contrario, ingresar sus datos de identificación en el siguiente apartado

2. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN O HECHO

(Detalle en forma clara y precisa su petición y suministre la mayor información posible)

Servicio en el que se presenta la situación:

INCOBA

Describa la situación:

fui atendida por la D. Yamile Hernandez, muy querida, amable y excelente profesional, agradecido con ella. Dios la bendiga grandemente. Me senti muy bien atendida

PUEDA UTILIZAR EL RESPALDO DE LA HOJA PARA CONTINUAR →

¡Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERAN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLITICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL HOSPITAL DEL SARARE Y LA LEY 1561 DE 2012



HOSPITAL DEL SARARE

COMO SIC-01-F-11
BUZON No. 2

REGISTRO POR SDF EN BUZON

SISTEMA INTEGRADO DE GESTION

Formulario generado en UJETA

Para el Hospital del Sarare lo más importante son sus usuarios, familiares, ciudadanos y demás partes interesadas así como el mejoramiento continuo en la prestación de nuestros servicios de salud, siendo estos nuestros principales objetivos. Con el fin de resolver con transparencia, eficacia, eficiencia y efectividad su requerimiento, dentro de los tiempos de Ley establecidos, solicitamos de manera respetuosa diligenciar el siguiente formulario con la mayor claridad posible.

1. INFORMACIÓN GENERAL DE LA PARTE INTERESADA

NOMBRES Y APELLIDOS: *Carolina Duján S*

Nº DE IDENTIFICACIÓN: *40514-317 Sma.*

DIRECCIÓN EXACTA DE RESIDENCIA: *Via 202 #18-13*

BARRIOVEREDA: *Jose Vicente 1e*

MUNICIPIO DE RESIDENCIA: *Saravena.*

TELÉFONO FIJO O CELULAR: *314 299 8152*

CORREO ELECTRÓNICO:

FECHA: *02-08-22*

FIRMA: *Carolina*

Si usted desea puede registrar su petición de manera ANÓNIMA, igualmente será atendida y tramitada de acuerdo con la fundamentación que la sustente, dentro de los límites establecidos por el Artículo 81 de la Ley 962 de 2005.

2. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN O HECHO

(Detalle en forma clara y precisa su petición y suministre la mayor información posible)

Servicio en el que se presenta la situación:

Describe la situación: *pagodecimiento por el servicio prestado por el Dr Carlos Chellar excelente profesional quien nos ofrece ejercicios y demos de acuerdo a como estamos de dolor y nos ayuda a superar su carisma y actitud es buena.*

PUEDA UTILIZAR EL RESPALDO DE LA HOJA PARA CONTINUAR →

!Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!



HOSPITAL DEL SARARE

COMO SIC-01-F-11
BUZON No. 2

REGISTRO POR SDF EN BUZON

SISTEMA INTEGRADO DE GESTION

Formulario generado en UJETA

CONTINUACIÓN DESCRIPCIÓN DE LA PETICIÓN
(Detalle en forma clara y precisa su petición y suministre la mayor información posible)

el nuevo consultorio es mas comodo tiene aire el menos congestionado se abata mejor a las necesidades como usuarios esperamos sigan mejorando las istala ciones.

FIRMA:

FECHA:

!Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!



CONSEJO
SIC-01-F11
EMPLEA No. 2

SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN
REGISTRO POR SDF
BUZÓN

Funcionarios autorizados en este sistema

Para el Hospital del Sarare lo más importante son sus usuarios, familiares, ciudadanos y demás partes interesadas así como el mejoramiento continuo en la prestación de nuestros servicios de salud, siendo estos nuestros principales objetivos. Con el fin de resolver con transparencia, eficacia, eficiencia y efectividad su requerimiento, dentro de los tiempos de Ley establecidos, solicitamos de manera respetuosa diligenciar el siguiente formulario con la mayor claridad posible:

1. INFORMACIÓN GENERAL DE LA PARTE INTERESADA

NOMBRES Y APELLIDOS: Pirivido Mendoza

Nº DE IDENTIFICACIÓN: 08.002.482

DIRECCIÓN EXACTA DE RESIDENCIA: R. 9 H 23-33

BARRIOVEREDA: San Luis

MUNICIPIO DE RESIDENCIA: Guano

TELÉFONO FIJO O CELULAR: 910.231.5462

CORREO ELECTRÓNICO: pirividomendoza14@hotmail.com

FECHA: 09.08.2022

FIRMA: Pirivido Mendoza

Si usted desea puede registrar su petición de manera ANÓNIMA, igualmente será atendida y tramitada de acuerdo con la fundamentación que la sustente, dentro de los límites establecidos por el Artículo 81 de la Ley 962 de 2005. De lo contrario, ingresar sus datos de identificación en el siguiente apartado

2. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN O HECHO

(Detalle en forma clara y precisa su petición y suministre la mayor información posible)

Servicio en el que se presenta la situación: Taxi que opera

Describa la situación: Ingreso para un post

Operador de una línea de Taxis

Movilidad para en ciudades y en

por veces que se debe ir a trabajar

con gestión y para poder pagar

que yo y la gestión fue muy

buena, muy profesional y

no siento satisfacción de

PUEDA UTILIZAR EL RESPALDO DE LA HOJA PARA CONTINUAR →

¡Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!



CONSEJO
SIC-01-F11
EMPLEA No. 2

SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN
REGISTRO POR SDF
EN BUZÓN

Funcionarios autorizados en este sistema

CONTINUACIÓN DESCRIPCIÓN DE LA PETICIÓN
(Detalle en forma clara y precisa su petición y suministre la mayor información posible)

Servicio que se pide, que se debe

de que los que todos se

que yo y que yo en que me

verojeros,

FIRMA: Pirivido Mendoza

FECHA: 09.08.2022

¡Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

15



HOSPITAL DEL SARARE
Empresa Social del Estado

Evolucionamos pensando en usted

SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN

CÓDIGO SIC-01-F11

REVISIÓN No. 2

REGISTRO PQRSDF BUZON

Para el Hospital del Sarare lo más importante son sus usuarios, familiares, ciudadanos y demás partes interesadas así como el mejoramiento continuo en la prestación de nuestros servicios de salud, siendo estos nuestros principales objetivos. Con el fin de resolver con transparencia, eficacia, eficiencia y efectividad su requerimiento, dentro de los tiempos de Ley establecidos, solicitamos de manera respetuosa diligenciar el siguiente formulario con la mayor claridad posible:

1. INFORMACIÓN GENERAL DE LA PARTE INTERESADA

NOMBRES Y APELLIDOS: *Luis Garcia*

N° DE IDENTIFICACIÓN:

DIRECCIÓN EXACTA DE RESIDENCIA:

BARRIO/VEREDA:

MUNICIPIO DE RESIDENCIA:

TELÉFONO FIJO O CELULAR: *314-6457787*

CORREO ELECTRÓNICO:

FECHA:

FIRMA:

Si usted desea puede registrar su petición de manera **ANÓNIMA**, igualmente será atendida y tramitada de acuerdo con la fundamentación que la sustente, dentro de los límites establecidos por el Artículo 81 de la Ley 962 de 2005.

De lo contrario, ingresar sus datos de identificación en el siguiente apartado

2. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN O HECHO

(Detalle en forma clara y precisa su petición y suministre la mayor información posible)

Servicio en el que se presenta la situación:

Terapia física.

Describa la situación:

Hombre con ECV, terapias físicas Al Día, Poco a Poco con Mejoría, Felicidades Al Dr Carlos Quien Me Esta tratando por el Parto y Dedicación A Su trabajo.

PUEDA UTILIZAR EL RESPALDO DE LA HOJA PARA CONTINUAR →

¡Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERAN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL HOSPITAL DEL SARARE Y LA LEY 1581 DE 2012



CODIGO SIC-01-F11

REVISIÓN No. 2

SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN

REGISTRO PQRSDF EN BUZON

Evolucionamos pensando en usted

Para el Hospital del Sarare lo más importante son sus usuarios, familiares, ciudadanos y demás partes interesadas así como el mejoramiento continuo en la prestación de nuestros servicios de salud, siendo estos nuestros principales objetivos. Con el fin de resolver con transparencia, eficacia, eficiencia y efectividad su requerimiento, dentro de los tiempos de Ley establecidos, solicitamos de manera respetuosa diligenciar el siguiente formulario con la mayor claridad posible:

1. INFORMACIÓN GENERAL DE LA PARTE INTERESADA

NOMBRES Y APELLIDOS: Mercedes Morales

Nº DE IDENTIFICACIÓN: 68247134

DIRECCIÓN EXACTA DE RESIDENCIA: CT. 32.A.79-28

BARRIO/VEREDA: barrio la Victoria

MUNICIPIO DE RESIDENCIA: Saravena

TELÉFONO FIJO O CELULAR: 312 4366704

CORREO ELECTRÓNICO:

FECHA: 02-08-2022

FIRMA: Mercedes Morales

Si usted desea puede registrar su petición de manera ANÓNIMA, igualmente será atendida y tramitada de acuerdo con la fundamentación que la sustente, dentro de los límites establecidos por el Artículo 81 de la Ley 962 de 2005.

De lo contrario, ingresar sus datos de identificación en el siguiente apartado

2. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN O HECHO

(Detalle en forma clara y precisa su petición y suministre la mayor información posible)

Servicio en el que se presenta la situación:

Terapia Física con el doctor

Describe la situación: Carlos Cuellar

quedo muy agradecida con el mecenti muy bien con su atención muchas gracias

PUEDA UTILIZAR EL RESPALDO DE LA HOJA PARA CONTINUAR →

¡Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERAN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL HOSPITAL DEL SARARE Y LA LEY 1581 DE 2012

15

SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN

HOSPITAL DEL SARARE
Hospital de Especialidades

caso: SIC-01-F11
versión: 2

REGISTRO PQRSDF EN BUZON

Elaboración permanente en UJESD

Para el Hospital del Sarare lo más importante son sus usuarios, familiares, ciudadanos y demás partes interesadas así como el mejoramiento continuo en la prestación de nuestros servicios de salud, siendo estos nuestros principales objetivos. Con el fin de resolver con transparencia, eficacia, eficiencia y efectividad su requerimiento, dentro de los tiempos de Ley establecidos, solicitamos de manera respetuosa diligenciar el siguiente formulario con la mayor claridad posible:

1. INFORMACIÓN GENERAL DE LA PARTE INTERESADA

NOMBRES Y APELLIDOS: *Isabel Zúñiga S*

N° DE IDENTIFICACIÓN: *37830743*

DIRECCIÓN EXACTA DE RESIDENCIA: *Ka 27. 18-25.*

BARRIO/VEREDA: *coher. llano*

MUNICIPIO DE RESIDENCIA: *Saravena Orzúa*

TELÉFONO FIJO O CELULAR: *3137803733*

CORREO ELECTRÓNICO:

FECHA: *28 Julio*

FIRMA: *[Firma manuscrita]*

Si usted desea registrar su petición de manera **ANÓNIMA**, igualmente será atendida y tramitada de acuerdo con la fundamentación que la sustente, dentro de los límites establecidos por el Artículo 81 de la Ley 962 de 2005.

2. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN O HECHO
(Detalle en forma clara y precisa su petición y suministre la mayor información posible)

Servicio en el que se presenta la situación:

Describe la situación: *Felicitaciones*

Todos son excelentes con buen genio que es lo que nos gusta. Solo que no dan merienda, todo es bueno. Fabian Sabazar es excelente por eso felicitaciones Dios los guarde

PUEDA UTILIZAR EL RESPALDO DE LA HOJA PARA CONTINUAR →

SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN

HOSPITAL DEL SARARE
Hospital de Especialidades

caso: SIC-01-F11
versión: 2

REGISTRO PQRSDF BUZON

Elaboración permanente en UJESD

CONTINUACIÓN DESCRIPCIÓN DE LA PETICIÓN
(Detalle en forma clara y precisa su petición y suministre la mayor información posible)

*Serio bueno ocede manemina
Te a los aparatos. Dios los Guarde.*

FIRMA:

FECHA:

felicito a Fabian Salazar por su
atencion y amabilidad nos sentimos
muy bien con su atencion es agradable
encontrar personas asi de amables

El Señor lo Bendiga

12 agosto 2022

con Saludo especial para todo el personal
de la salud y para Jeneri Fabian gracias y su
ayuda y especial atención les estamos muy
agradecidos el Sr Señor los siga bendiciendo

Atentamente Silvia Godoy y Octavio Ciro

Sarawana. - 05-08-2022.

Señoras:

Hospital del Samar

Cardial Salud

La presente es para dar las gracias
a la auxilia de enfermería: MARIA PICO
por su forma y amabilidad que atendió a
mi papa Marcelino Peña también a la
Auxiliar de enfermería YOLANDA MOSQUERA.
por su atención y su buen desempeño con
los pacientes. doy gracias por tan grandes
seres humanos. estas personas son super-
sustanciosas para este excelente hospital.

de antemano muchas gracias por su
atención prestada.

Atentamente.

Marcelino Peña. y Elizabeth Peña.

Jueves 4 agosto

Nota buena fardes el
motivo mio es para agradecer
a una auxiliar de enfermeria
que nos atendio el dia
mañes 2 agradecerle por
ser una persona y Auxiliar
muy atenta, me explicaba todos
los procedimientos de mi her-
mano que estaba fracturado
un brazo, me alegria que
fungen una gran auxiliar
como ella. con gran

persona esa gran
mujer se llama,

María Pico

Me alegro que este
hospital tengan a esta
gran mujer...

le agradezco al hospital todo.
lo que hicieron por nosotros.
Muchos gracias

AH: Dayana Vergeel Cobides

7

09/08/22

Señores: Hospital del Sarare.
- Urgencias y hospitalización pediatría
Asunto: Felicitación

Queremos expresar nuestras más sinceras felicitaciones al personal que nos atendieron, todas muy cordiales, atentas, muy humanas.

Dios bendiga esta enorme labor que realizan, sigan brindando

Les deseamos q Dios los llene de sabiduría y ciencia para poder seguir ayudando a todas las flias araucanas q pasan momentos difíciles de enfermedad, y q también les ponga cada día más amor, pasión por el hermoso trabajo q realizan

Muchas gracias = Flia Barranco Gómez

Hermanas Barranco Gomez



Para el Hospital del Sarare lo más importante son sus usuarios, familiares, ciudadanos y demás partes interesadas así como el mejoramiento continuo en la prestación de nuestros servicios de salud, siendo estos nuestros principales objetivos. Con el fin de resolver con transparencia, eficacia, eficiencia y efectividad su requerimiento, dentro de los tiempos de Ley establecidos, solicitamos de manera respetuosa diligenciar el siguiente formulario con la mayor claridad posible:

1. INFORMACIÓN GENERAL DE LA PARTE INTERESADA

NOMBRES Y APELLIDOS: LUIS F. DE CA PARRA
 N° DE IDENTIFICACIÓN: 79 529 164
 DIRECCIÓN EXACTA DE RESIDENCIA:
 BARRIOVEREDA: SARAVENA / HOJUELO
 MUNICIPIO DE RESIDENCIA: SARAVENA
 TELÉFONO FIJO O CELULAR: 320268608
 CORREO ELECTRÓNICO: delaparranda@gmail.com
 FECHA: 25 Agosto 2022

FIRMA: [Firma manuscrita]
 Si usted desea registrar su petición de manera ANÓNIMA, igualmente será atendida y tramitada de acuerdo con la fundamentación que la sustente, dentro de los límites establecidos por el Artículo 81 de la Ley 962 de 2005.
 De lo contrario, ingrese sus datos de identificación en el siguiente apartado

2. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN O HECHO

(Detalle en forma clara y precisa su petición y suministre la mayor información posible)

Servicio en el que se presenta la situación:
JUSTIFICACION PROVISIONAL PRIMERA
 Describe la situación: URGENCIA INTERNACIONAL

Tengo por proposito solicitar de manera enfatica a la Señora ROSA, por su gestión y siempre oportuna asistencia con el mantenimiento e higiene de
 PUEDE UTILIZAR EL RESPALDO DE LA HOJA PARA CONTINUAR →

CONTINUACIÓN DESCRIPCIÓN DE LA PETICIÓN
 (Detalle en forma clara y precisa su petición y suministre la mayor información posible)

Las instalaciones. Puntualidad calidad humana y manera ciudadanas son su sello personal.
Yo como medico y en nombre de mis compañeros y de la organización presentamos reconocimiento y agradecimiento a ella y sus compañeros
Gracias

Servicio en el que se presenta la situación:

Luis Fernando De La Parra
Médico Cirujano U.N.
R.M. 95162011

FIRMA: Agosto 25 2022
 FECHA:

Para el Hospital del Sarare lo más importante son sus usuarios, familiares, ciudadanos y demás partes interesadas así como el mejoramiento continuo en la prestación de nuestros servicios de salud, siendo estos nuestros principales objetivos. Con el fin de resolver con transparencia, eficacia, eficiencia y efectividad su requerimiento, dentro de los tiempos de Ley establecidos, solicitamos de manera respetuosa diligenciar el siguiente formulario con la mayor claridad posible:

1. INFORMACIÓN GENERAL DE LA PARTE INTERESADA

NOMBRES Y APELLIDOS: *Prisca Urgencia*

N° DE IDENTIFICACIÓN:

DIRECCIÓN EXACTA DE RESIDENCIA:

BARRIO/VEREDA:

MUNICIPIO DE RESIDENCIA: *Jame*

TELÉFONO FIJO O CELULAR:

CORREO ELECTRÓNICO:

FECHA: *22/08/2022*

FIRMA:

Si usted desea puede registrar su petición de manera **ANÓNIMA**, igualmente será atendida y tramitada de acuerdo con la fundamentación que la sustente, dentro de los límites establecidos por el Artículo 81 de la Ley 962 de 2005.

2. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN O HECHO
 (Detalle en forma clara y precisa su petición y suministre la mayor información posible)

Servicio en el que se presenta la situación:

Asco y limpieza INCORP.

Describe la situación:

De antemano Dark Queso a la leber despendido por la señora ROSITA. Por lo que colaboraron del embellecimiento de nuestra area de trabajo en primera urgencia y por su Gracia, mucho

PUEDA UTILIZAR EL RESPALDO DE LA HOJA PARA CONTINUAR →

CONTINUACIÓN DESCRIPCIÓN DE LA PETICIÓN
 (Detalle en forma clara y precisa su petición y suministre la mayor información posible)

gracias por brindar ese apoyo en el embellecimiento de nuestra area de trabajo

¡Gracias!

FIRMA:

FECHA:



**HOSPITAL
DEL SARARE**
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

CODIGO SIC-01-F11

REVISIÓN No. 2

SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN

**REGISTRO PQRSDF
EN BUZON**

Evolucionamos pensando en usted

Para el Hospital del Sarare lo más importante son sus usuarios, familiares, ciudadanos y demás partes interesadas así como el mejoramiento continuo en la prestación de nuestros servicios de salud, siendo estos nuestros principales objetivos. Con el fin de resolver con transparencia, eficacia, eficiencia y efectividad su requerimiento, dentro de los tiempos de Ley establecidos, solicitamos de manera respetuosa diligenciar el siguiente formulario con la mayor claridad posible:

1. INFORMACIÓN GENERAL DE LA PARTE INTERESADA

NOMBRES Y APELLIDOS:

Juan Carlos Volador 'B

N° DE IDENTIFICACIÓN:

DIRECCIÓN EXACTA DE RESIDENCIA:

BARRIO/VEREDA:

MUNICIPIO DE RESIDENCIA:

TELÉFONO FIJO O CELULAR:

CORREO ELECTRÓNICO:

FECHA:

FIRMA:

Si usted desea puede registrar su petición de manera **ANÓNIMA**, igualmente será atendida y tramitada de acuerdo con la fundamentación que la sustente, dentro de los límites establecidos por el Artículo 81 de la Ley 962 de 2005.

2. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN O HECHO

(Detalle en forma clara y precisa su petición y suministre la mayor información posible)

Servicio en el que se presenta la situación:

Describa la situación:

Me permito resaltar la buena labor de la Sra Rosa (servicio Generales) se caracteriza por su iniciativa, puntualidad al realizar sus actividades. Me permito felicitarla por su labor.

PUEDA UTILIZAR EL RESPALDO DE LA HOJA PARA CONTINUAR →

¡Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Para el Hospital del Sarare lo más importante son sus usuarios, familiares, ciudadanos y demás partes interesadas así como el mejoramiento continuo en la prestación de nuestros servicios de salud, siendo estos nuestros principales objetivos. Con el fin de resolver con transparencia, eficacia, eficiencia y efectividad su requerimiento, dentro de los tiempos de Ley establecidos, solicitamos de manera respetuosa diligenciar el siguiente formulario con la mayor claridad posible.

1. INFORMACIÓN GENERAL DE LA PARTE INTERESADA

NOMBRES Y APELLIDOS: Alejandra Alvarez

N° DE IDENTIFICACIÓN:

DIRECCIÓN EXACTA DE RESIDENCIA:

BARRIO/VEREDA:

MUNICIPIO DE RESIDENCIA: Saravena

TELÉFONO FIJO O CELULAR:

CORREO ELECTRÓNICO:

FECHA: 25-08-22

FIRMA: Jurbuc

Si usted desea puede registrar su petición de manera ANÓNIMA, igualmente será atendida y tramitada de acuerdo con la fundamentación que la sustente, dentro de los límites establecidos por el Artículo 81 de la Ley 962 de 2005.

De lo contrario, ingresar sus datos de identificación en el siguiente apartado

2. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN O HECHO

(Detalle en forma clara y precisa su petición y suministre la mayor información posible)

Servicio en el que se presenta la situación:
Servicios generales

Describe la situación:
Quiero manifestar mi agradecimiento por el buen servicio prestado por las señoras Rosa y Teresa que hacen parte del personal de aseo del hospital.

PUEDA UTILIZAR EL RESPALDO DE LA HOJA PARA CONTINUAR →

CONTINUACIÓN DESCRIPCIÓN DE LA PETICIÓN

(Detalle en forma clara y precisa su petición y suministre la mayor información posible)

Ambas realicen sus labores con eficiencia y exactitud

FIRMA: Jurbuc
 FECHA: 25/08/22

¡Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA
 LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL HOSPITAL DEL SARARE Y LA LEY 961 DE 2005

Para el Hospital del Sarare lo más importante son sus usuarios, familiares, ciudadanos y demás partes interesadas así como el mejoramiento continuo en la prestación de nuestros servicios de salud, siendo estos nuestros principales objetivos. Con el fin de resolver con transparencia, eficacia, eficiencia y efectividad su requerimiento, dentro de los tiempos de Ley establecidos, solicitamos de manera respetuosa diligenciar el siguiente formulario con la mayor claridad posible.

1. INFORMACIÓN GENERAL DE LA PARTE INTERESADA

NOMBRES Y APELLIDOS: Alejandra Alvarez

N° DE IDENTIFICACIÓN:

DIRECCIÓN EXACTA DE RESIDENCIA:

BARRIO/VEREDA:

MUNICIPIO DE RESIDENCIA: Saravena

TELÉFONO FIJO O CELULAR:

CORREO ELECTRÓNICO:

FECHA: 25-08-22

FIRMA: Jurbuc

Si usted desea puede registrar su petición de manera ANÓNIMA, igualmente será atendida y tramitada de acuerdo con la fundamentación que la sustente, dentro de los límites establecidos por el Artículo 81 de la Ley 962 de 2005.

De lo contrario, ingresar sus datos de identificación en el siguiente apartado

2. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN O HECHO

(Detalle en forma clara y precisa su petición y suministre la mayor información posible)

Servicio en el que se presenta la situación:
Servicios generales

Describe la situación:
Quiero manifestar mi agradecimiento por el buen servicio prestado por las señoras Rosa y Teresa que hacen parte del personal de aseo del hospital.

PUEDA UTILIZAR EL RESPALDO DE LA HOJA PARA CONTINUAR →

¡Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA
 LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL HOSPITAL DEL SARARE Y LA LEY 961 DE 2005

SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN

HOSPITAL DEL SARARE
INSTITUTO VENEZOLANO DE INVESTIGACIONES CIENTÍFICAS Y TECNOLÓGICAS

CONSEJO SIC-01-F11
 REGISTRO PQRSDF EN BUZON

2

Políticas y Procedimientos en vigor

Para el Hospital del Sarare lo más importante son sus usuarios, familiares, ciudadanos y demás partes interesadas así como el mejoramiento continuo en la prestación de nuestros servicios de salud, siendo estos nuestros principales objetivos. Con el fin de resolver con transparencia, eficacia, eficiencia y efectividad su requerimiento, dentro de los tiempos de Ley establecidos, solicitamos de manera respetuosa diligenciar el siguiente formulario con la mayor claridad posible:

1. INFORMACIÓN GENERAL DE LA PARTE INTERESADA

NOMBRES Y APELLIDOS: Primera Urgencia I

N° DE IDENTIFICACIÓN:

DIRECCIÓN EXACTA DE RESIDENCIA:

BARRIO/VEREDA:

MUNICIPIO DE RESIDENCIA: Tame

TELÉFONO FIJO O CELULAR:

CORREO ELECTRÓNICO:

FECHA: 22-08-2022

FIRMA: [Firma]

Si usted desea puede registrar su petición de manera ANÓNIMA, igualmente será atendida y tramitada de acuerdo con la fundamentación que la sustente, dentro de los límites establecidos por el Artículo 81 de la Ley 962 de 2005.

2. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN O HECHO
 (Detalle en forma clara y precisa su petición y suministre la mayor información posible)

Servicio en el que se presenta la situación:
Aseo y limpieza interior

Describe la situación:
Felicitar a la señora Rosita por la colaboración limpia y embellecimiento de nuestro sitio de trabajo en Primera Urgencia Internacional lo cual es de mucha colaboración para nosotros

PUEDA UTILIZAR EL RESPALDO DE LA HOJA PARA CONTINUAR →

SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN

HOSPITAL DEL SARARE
INSTITUTO VENEZOLANO DE INVESTIGACIONES CIENTÍFICAS Y TECNOLÓGICAS

CONSEJO SIC-01-F11
 REGISTRO PQRSDF EN BUZON

2

Políticas y Procedimientos en vigor

CONTINUACIÓN DESCRIPCIÓN DE LA PETICIÓN
 (Detalle en forma clara y precisa su petición y suministre la mayor información posible)

Como organización.
Gracias por su disponibilidad
Siempre ya que estaría
seguro que todos dependeríamos
de esta gran labor

FIRMA:

FECHA:



HOSPITAL DEL SARARE
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

CODIGO SIC-01-F11

REVISIÓN No. 2

SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN

REGISTRO PQRSDF
BUZON

Evolucionamos pensando en usted

Para el Hospital del Sarare lo más importante son sus usuarios, familiares, ciudadanos y demás partes interesadas así como el mejoramiento contínuo en la prestación de nuestros servicios de salud, siendo estos nuestros principales objetivos. Con el fin de resolver con transparencia, eficacia, eficiencia y efectividad su requerimiento, dentro de los tiempos de Ley establecidos, solicitamos de manera respetuosa diligenciar el siguiente formulario con la mayor claridad posible:

1. INFORMACIÓN GENERAL DE LA PARTE INTERESADA

NOMBRES Y APELLIDOS: *Marcela Quevedo B.*

N° DE IDENTIFICACIÓN: *1.115.733.934.*

DIRECCIÓN EXACTA DE RESIDENCIA:

BARRIO/VEREDA: *Universitario.*

MUNICIPIO DE RESIDENCIA: *Saravena.*

TELÉFONO FIJO O CELULAR: *3212469832*

CORREO ELECTRÓNICO:

FECHA: *30/08/2022.*

FIRMA:

Si usted desea puede registrar su petición de manera **ANÓNIMA**, igualmente será atendida y tramitada de acuerdo con la fundamentación que la sustente, dentro de los límites establecidos por el Artículo 81 de la Ley 962 de 2005.

De lo contrario, ingresar sus datos de identificación en el siguiente apartado

2. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN O HECHO

(Detalle en forma clara y precisa su petición y suministre la mayor información posible)

Servicio en el que se presenta la situación:

Terapias antiinflamatorias de Rodilla.

Describa la situación:

Excelente atención y orientación en relación a la recuperación de mi rodilla, Tiempo adecuado y uso de ayudas.

PUEDA UTILIZAR EL RESPALDO DE LA HOJA PARA CONTINUAR →

¡Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL HOSPITAL DEL SARARE Y LA LEY 1581 DE 2012



HOSPITAL DEL SARARE

CODIGO SIC-01-F11

REVISIÓN No. 2

SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN

REGISTRO PQRSDF EN BUZON

Evolucionamos pensando en usted

Para el Hospital del Sarare lo más importante son sus usuarios, familiares, ciudadanos y demás partes interesadas así como el mejoramiento continuo en la prestación de nuestros servicios de salud, siendo estos nuestros principales objetivos. Con el fin de resolver con transparencia, eficacia, eficiencia y efectividad su requerimiento, dentro de los tiempos de Ley establecidos, solicitamos de manera respetuosa diligenciar el siguiente formulario con la mayor claridad posible:

1. INFORMACIÓN GENERAL DE LA PARTE INTERESADA

NOMBRES Y APELLIDOS: Hanna Isabel Mora Villamiza

N° DE IDENTIFICACIÓN: 1115751057

DIRECCIÓN EXACTA DE RESIDENCIA: Trans 2A #28-29

BARRIO/VEREDA: El Paraíso.

MUNICIPIO DE RESIDENCIA: Saravino.

TELÉFONO FIJO O CELULAR: 3132290997

CORREO ELECTRÓNICO: Villamizagarcia28@gmail.com

FECHA: 31/Agosto/2022.

FIRMA: Johanna Villamiza Garcia.

Si usted desea puede registrar su petición de manera ANÓNIMA, igualmente será atendida y tramitada de acuerdo con la fundamentación que la sustente, dentro de los límites establecidos por el Artículo 81 de la Ley 962 de 2005.

2. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN O HECHO

(Detalle en forma clara y precisa su petición y suministre la mayor información posible)

Servicio en el que se presenta la situación: Terapia Fisica

Describe la situación: Agradecida por el servicio prestado por el doctor Carlos ya que ayuda a que la bebe haya avanzado en su situación Fisica, tambien por su amabilidad y respeto.

PUEDA UTILIZAR EL RESPALDO DE LA HOJA PARA CONTINUAR →

¡Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!



HOSPITAL
DEL SARARE
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

CODIGO SIC-01-F11

REVISIÓN No. 2

SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN

REGISTRO PQRSDF
EN BUZON

Evaluamos pensando en usted

Para el Hospital del Sarare lo más importante son sus usuarios, familiares, ciudadanos y demás partes interesadas así como el mejoramiento continuo en la prestación de nuestros servicios de salud, siendo estos nuestros principales objetivos. Con el fin de resolver con transparencia, eficacia, eficiencia y efectividad su requerimiento, dentro de los tiempos de Ley establecidos, solicitamos de manera respetuosa diligenciar el siguiente formulario con la mayor claridad posible:

1. INFORMACIÓN GENERAL DE LA PARTE INTERESADA

NOMBRES Y APELLIDOS: Heidi Hernandez
 N° DE IDENTIFICACIÓN: 68251941
 DIRECCIÓN EXACTA DE RESIDENCIA: Carretero 2-26-68.
 BARRIO/VEREDA: Anohogor
 MUNICIPIO DE RESIDENCIA: Saravena.
 TELÉFONO FIJO O CELULAR: 3185053483
 CORREO ELECTRÓNICO: sandoval.heidi20@gmail.com
 FECHA: 31 agosto 2022.
 FIRMA: Heidi Hernandez.

Si usted desea puede registrar su petición de manera ANÓNIMA, igualmente será atendida y tramitada de acuerdo con la fundamentación que la sustente, dentro de los límites establecidos por el Artículo 81 de la Ley 962 de 2005.

2. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN O HECHO

(Detalle en forma clara y precisa su petición y suministre la mayor información posible)

Servicio en el que se presenta la situación: Terapia

Física.

Describe la situación: traigo a la niña por deficiencia en el desarrollo.

Físico con el Doctor Cortés. Un excelente profesional.

Profesional muy conform con el desempeño de la niña.

Muchas Gracias!

PUEDA UTILIZAR EL RESPALDO DE LA HOJA PARA CONTINUAR →

¡Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!



HOSPITAL
DEL SARARE
INSTITUTO SOCIAL DEL ECUADOR

CÓDIGO SIC-01-F11

REVISIÓN No. 2

SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN

REGISTRO PQRSDF
EN BUZÓN

Evaluación pensando en usted

Para el Hospital del Sarare lo más importante son sus usuarios, familiares, ciudadanos y demás partes interesadas así como el mejoramiento continuo en la prestación de nuestros servicios de salud, siendo estos nuestros principales objetivos. Con el fin de resolver con transparencia, eficacia, eficiencia y efectividad su requerimiento, dentro de los tiempos de Ley establecidos, solicitamos de manera respetuosa diligenciar el siguiente formulario con la mayor claridad posible:

1. INFORMACIÓN GENERAL DE LA PARTE INTERESADA

NOMBRES Y APELLIDOS: *Luz Leivy Luna E*

N° DE IDENTIFICACIÓN: *1115734874*

DIRECCIÓN EXACTA DE RESIDENCIA: *23-15 # 27*

BARRIO/VEREDA: *Pablo Antonio*

MUNICIPIO DE RESIDENCIA: *Saravena*

TELÉFONO FIJO O CELULAR: *3203003502*

CORREO ELECTRÓNICO:

FECHA: *31-08-22*

FIRMA: *Luz Leivy Luna*

Si usted desea puede registrar su petición de manera ANÓNIMA, igualmente será atendida y tramitada de acuerdo con la fundamentación que la sustente, dentro de los límites establecidos por el Artículo 81 de la Ley 962 de 2005.

2. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN O HECHO

(Detalle en forma clara y precisa su petición y suministre la mayor información posible)

Servicio en el que se presenta la situación:

Describe la situación: *Terapia física doctor en el pecho me atendió el doctor Carlos Excelente persona me gustaron las terapias y estoy muy agradecida con su atención muchas gracias*

PUEDA UTILIZAR EL RESPALDO DE LA HOJA PARA CONTINUAR →

¡Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA
IMPRESIONES PROPORCIONADAS SERAN TRATADAS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL HOSPITAL DEL SARARE Y LA LEY 1581 DE 2012



HOSPITAL DEL SARARE
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

CÓDIGO SIC-01-F11

REVISIÓN No. 2

SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN

REGISTRO PQRSDF EN BUZON

Evolucionamos pensando en usted

Para el Hospital del Sarare lo más importante son sus usuarios, familiares, ciudadanos y demás partes interesadas así como el mejoramiento continuo en la prestación de nuestros servicios de salud, siendo estos nuestros principales objetivos. Con el fin de resolver con transparencia, eficacia, eficiencia y efectividad su requerimiento, dentro de los tiempos de Ley establecidos, solicitamos de manera respetuosa diligenciar el siguiente formulario con la mayor claridad posible:

1. INFORMACIÓN GENERAL DE LA PARTE INTERESADA

NOMBRES Y APELLIDOS: maria del carmen osorio

N° DE IDENTIFICACIÓN: 49671015

DIRECCIÓN EXACTA DE RESIDENCIA: cr 25-22-72

BARRIO/VEREDA: Brisas del llano

MUNICIPIO DE RESIDENCIA: saravena

TELÉFONO FIJO O CELULAR: 3125063823

CORREO ELECTRÓNICO:

FECHA: 31-08-22

FIRMA: MARIA OSORIO

Si usted desea puede registrar su petición de manera ANÓNIMA, igualmente será atendida y tramitada de acuerdo con la fundamentación que la sustente, dentro de los límites establecidos por el Artículo 81 de la Ley 962 de 2005.

2. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN O HECHO

(Detalle en forma clara y precisa su petición y suministre la mayor información posible)

Servicio en el que se presenta la situación: Terapia física
Fortalecimiento de muñon

Describe la situación: me atendio el doctor
Carlos Enrique Cuellar La atencion
fue excelente muy respetable
comprensible una excelente persona
buen ser humano agradecido
con el por su labor que hizo con
migo y que mi Dios me lo bendiga
y proteja.

PUEDA UTILIZAR EL RESPALDO DE LA HOJA PARA CONTINUAR →

¡Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN
HOSPITAL DEL SARARE
Centro de Diagnóstico y Referencia Epidemiológica

caso: SIC-01-F11
 episodio N.º: 2

REGISTRO PORSDF
 BUZON

Entrevista presencial en el sitio

Para el Hospital del Sarare lo más importante son sus usuarios, familiares, ciudadanos y demás partes interesadas así como el mejoramiento continuo en la prestación de nuestros servicios de salud, siendo estos nuestros principales objetivos. Con el fin de resolver con transparencia, eficacia, eficiencia y efectividad su requerimiento, dentro de los tiempos de Ley establecidos, solicitamos de manera respetuosa diligenciar el siguiente formulario con la mayor claridad posible.

1. INFORMACIÓN GENERAL DE LA PARTE INTERESADA

NOMBRES Y APELLIDOS: Julia Abarca.B

Nº DE IDENTIFICACIÓN: 40512497

DIRECCIÓN EXACTA DE RESIDENCIA: Kra 21A-20-28

BARRIO/VEREDA: base Vicente 2 etapa

MUNICIPIO DE RESIDENCIA: Saravena

TELÉFONO FIJO O CELULAR: 312401158

CORREO ELECTRÓNICO: Juliaaparcab315@hotmail.com

FECHA: 10 8 - 2022

FIRMA: Julia Abarca B

Si usted desea puede registrar su petición de manera ANÓNIMA, igualmente será atendida y tramitada de acuerdo con la fundamentación que la sustente, dentro de los límites establecidos por el Artículo 81 de la Ley 962 de 2005.

De lo contrario, ingresar sus datos de identificación en el siguiente apartado

2. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN O HECHO
 (Detalle en forma clara y precisa su petición y suministre la mayor información posible)

Servicio en el que se presenta la situación: Terapia física

Describe la situación: Asisti a terapia debido a dolor de columna y piernas ya que me impide para realizar los labores diarias

PUEDEN UTILIZAR EL RESPALDO DE LA HOJA PARA CONTINUAR →

SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN
HOSPITAL DEL SARARE
Centro de Diagnóstico y Referencia Epidemiológica

caso: SIC-01-F11
 episodio N.º: 2

REGISTRO PORSDF
 EN BUZON

Entrevista presencial en el sitio

CONTINUACIÓN DESCRIPCIÓN DE LA PETICIÓN
 (Detalle en forma clara y precisa su petición y suministre la mayor información posible)

senti muy poco alivio ya que fueron 10 sesiones

Muy buena atención del doctor Carlos y buenos aparatos para realizar los ejercicios y buena el sitio para realizarlos.

FIRMA:

FECHA:



Evolucionamos pensando en usted

CÓDIGO SIC-01-F11

REVISIÓN No. 2

REGISTRO PQRSDF BUZON

Para el Hospital del Sarare lo más importante son sus usuarios, familiares, ciudadanos y demás partes interesadas así como el mejoramiento continuo en la prestación de nuestros servicios de salud, siendo estos nuestros principales objetivos. Con el fin de resolver con transparencia, eficacia, eficiencia y efectividad su requerimiento, dentro de los tiempos de Ley establecidos, solicitamos de manera respetuosa diligenciar el siguiente formulario con la mayor claridad posible:

1. INFORMACIÓN GENERAL DE LA PARTE INTERESADA

NOMBRES Y APELLIDOS: RUBIELA GONZALEZ
 N° DE IDENTIFICACIÓN: 63326011
 DIRECCIÓN EXACTA DE RESIDENCIA: KVA 17 #18, 22 B. 6 octubre
 BARRIO/VEREDA: Barrio 6 DE OCTUBRE
 MUNICIPIO DE RESIDENCIA: SARAYEBO
 TELÉFONO FIJO O CELULAR: 322 2730021
 CORREO ELECTRÓNICO:
 FECHA: 29 08 2022
 FIRMA: RUBIELA GONZALEZ

Si usted desea puede registrar su petición de manera ANÓNIMA, igualmente será atendida y tramitada de acuerdo con la fundamentación que la sustente, dentro de los límites establecidos por el Artículo 81 de la Ley 962 de 2005. De lo contrario, ingresar sus datos de identificación en el siguiente apartado

2. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN O HECHO

(Detalle en forma clara y precisa su petición y suministre la mayor información posible)

Servicio en el que se presenta la situación:

TERAPIA FÍSICA

Describa la situación:

VENGO POR DOLOR EN LOS BRAZOS Y MANOS Y ME ATENDIÓ EL DOCTOR CARLOS
 MUY PUNTUALES MUY BUENO EL SERVICIO
 CLIENTE SATISFECHO EXCELENTE

PUEDA UTILIZAR EL RESPALDO DE LA HOJA PARA CONTINUAR →

¡Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considerará como COPIA NO CONTROLADA



HOSPITAL DEL SARARE
Empresa Social del Estado

CODIGO SIC-01-F11

REVISIÓN No. 2

SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN

REGISTRO PQRSDF BUZON

Evolucionamos pensando en usted

Para el Hospital del Sarare lo más importante son sus usuarios, familiares, ciudadanos y demás partes interesadas así como el mejoramiento continuo en la prestación de nuestros servicios de salud, siendo estos nuestros principales objetivos. Con el fin de resolver con transparencia, eficacia, eficiencia y efectividad su requerimiento, dentro de los tiempos de Ley establecidos, solicitamos de manera respetuosa diligenciar el siguiente formulario con la mayor claridad posible:

1. INFORMACIÓN GENERAL DE LA PARTE INTERESADA

NOMBRES Y APELLIDOS: *Luz Hainis Rivas C.*

Nº DE IDENTIFICACIÓN: *6070322*

DIRECCIÓN EXACTA DE RESIDENCIA:

BARRIO/VEREDA: *ANOHGAR*

MUNICIPIO DE RESIDENCIA: *Sorakena*

TELÉFONO FIJO O CELULAR: *310 2177144*

CORREO ELECTRÓNICO: *LuzMarisolramirezCastellanos@gmail.com*

FECHA: *22/8/22*

FIRMA: *Luz Hainis Rivas C.*

Si usted desea puede registrar su petición de manera ANÓNIMA, igualmente será atendida y tramitada de acuerdo con la fundamentación que la sustente, dentro de los límites establecidos por el Artículo 81 de la Ley 962 de 2005.

De lo contrario, ingresar sus datos de identificación en el siguiente apartado

2. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN O HECHO

(Detalle en forma clara y precisa su petición y suministre la mayor información posible)

Servicio en el que se presenta la situación:

Describe la situación: *yo Me siento agradecido por la buena atención por parte de la enfermera Ligia gracias a ella puedo tener orientación sobre mis citas*

¡UEDE UTILIZAR EL RESPALDO DE LA HOJA PARA CONTINUAR →

¡Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL HOSPITAL DEL SARARE Y LA LEY 1581 DE 2012



**HOSPITAL
DEL SARARE**
Empresa Social del Estado

CÓDIGO SIC-01-F11

REVISIÓN No. 2

SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN

REGISTRO PQRSDF
BUZON

Evaluamos pensando en usted

Para el Hospital del Sarare lo más importante son sus usuarios, familiares, ciudadanos y demás partes interesadas así como el mejoramiento continuo en la prestación de nuestros servicios de salud, siendo estos nuestros principales objetivos. Con el fin de resolver con transparencia, eficacia, eficiencia y efectividad su requerimiento, dentro de los tiempos de Ley establecidos, solicitamos de manera respetuosa diligenciar el siguiente formulario con la mayor claridad posible:

1. INFORMACIÓN GENERAL DE LA PARTE INTERESADA

NOMBRES Y APELLIDOS: Maria Martinez

N° DE IDENTIFICACIÓN: 45620568

DIRECCIÓN EXACTA DE RESIDENCIA:

BARRIO/VEREDA: Monte bello

MUNICIPIO DE RESIDENCIA: Saravena

TELÉFONO FIJO O CELULAR: 3228050915

CORREO ELECTRÓNICO:

FECHA: 8/08/2022

FIRMA:

Si usted desea puede registrar su petición de manera ANÓNIMA, igualmente será atendida y tramitada de acuerdo con la fundamentación que la sustente, dentro de los límites establecidos por el Artículo 81 de la Ley 962 de 2005.
De lo contrario, ingresar sus datos de identificación en el siguiente apartado

2. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN O HECHO

(Detalle en forma clara y precisa su petición y suministre la mayor información posible)

Servicio en el que se presenta la situación:

auditoria

Describe la situación:

la atención es muy bueno super porque nos ayudan en mucho sobre en citas y orientación muy excelente.

PUEDA UTILIZAR EL RESPALDO DE LA HOJA PARA CONTINUAR →

¡Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERAN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLITICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL HOSPITAL DEL SARARE Y LA LEY 1581 DE 2012

Para el Hospital del Sarare lo más importante son sus usuarios, familiares, ciudadanos y demás partes interesadas así como el mejoramiento continuo en la prestación de nuestros servicios de salud, siendo estos nuestros principales objetivos. Con el fin de resolver con transparencia, eficacia, eficiencia y efectividad su requerimiento, dentro de los tiempos de Ley establecidos, solicitamos de manera respetuosa diligenciar el siguiente formulario con la mayor claridad posible:

1. INFORMACIÓN GENERAL DE LA PARTE INTERESADA
 NOMBRES Y APELLIDOS: **ÉRIKA GÓMEZ**
 N° DE IDENTIFICACIÓN: **1.116.801.152**
 DIRECCIÓN EXACTA DE RESIDENCIA:
 BARRIO/VEREDA: **VEGUA LA PAZ**
 MUNICIPIO DE RESIDENCIA: **AKAQUITA**
 TELÉFONO FIJO O CELULAR: **3219933406**
 CORREO ELECTRÓNICO:
 FECHA: **14-09-22**

FIRMA: **ÉRIKA GÓMEZ**
 Si usted desea registrar su petición de manera ANÓNIMA, igualmente será atendida y tramitada de acuerdo con la fundamentación que la sustente, dentro de los límites establecidos por el Artículo 81 de la Ley 962 de 2005.
 De lo contrario, ingresar sus datos de identificación en el siguiente apartado

2. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN O HECHO
 (Detalle en forma clara y precisa su petición y suministre la mayor información posible)

Servicio en el que se presenta la situación:
QUINMO.
Describe la situación:
MANIFIESTO UNA FELICITACION A LA SEÑORA AUXILIAR DE SERVICIO GENERAL "MARIA MARINA OLTIZ" POR SU BUENA LABOR A EGGERER, YA QUE ESTUVE 2 DIAS DIAS EN EL SERVICIO DE MATERINIDAD Y HICE UNA COMPANION EN SUS COMPANIA...
 PUEDE UTILIZAR EL RESPALDO DE LA HOJA PARA CONTINUAR →

CONTINUACIÓN DESCRIPCIÓN DE LA PETICIÓN
 (Detalle en forma clara y precisa su petición y suministre la mayor información posible)

QUE SOLO REALIZAN EL ASEO, COMO DICE MI ABUELA BARREN POR PONDE PASA LA "SUEGRA" NADA MAS. NO QUIERO DECIR CON ESTO QUE LAS DEMAS AUXILIARES NO SIQUEN, LO HAÇO ES PARA QUE SE ESFUERCEN UN POCO MAS PORQUE EL ASEO ES MUY IMPORTANTE EN UN CAMPO LABORAL Y EN TODAS PARTES... GRACIAS BUEN DIA DIOS LOS BENDIGA.

BENDICIONES PE DIOS PARA LA SEÑORA

MARIA OLTIZ

GRAN PERSONA EN SU TRABAJO, Y MUY FELIZ OSEA CON LOS USUARIOS

ME UOY FELIZ, BUEN TRATO LABORAL.

FIRMA: 14-09-22 ÉRIKA GÓMEZ

FECHA:

¡Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!
 Cualquier copia impresa de este documento se considerará como COPIA NO CONTROLADA.
 LOS DATOS PROPORCIONADOS DEBEN TRATARSE DE ACUERDO A LA POLÍTIKA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL HOSPITAL DEL SARARE Y LA LEY 1912 DE 2012

Miércoles 30 Agosto 2011

I

Bendiciones muchachos!!!
los felicito, los motivo a seguir
con esa buena actitud y atención
y los esfuerzos y ayudas para
con los enfermos se vean representados
en esta vida y en la venidera
gracias por sacar la cara por seravena
se nota el cambio en comparación
a anteriores tiempos, siempre que
sean mejores.

Recuerden que: "no se pierde nada al buscar
lo que nuestra alma anhela y si esto es lo que
sus almas anhelan; entonces es aca donde
deben estar" Siempre más humanos
Solidarios y dando la mano al caído

Jairo Sierra

Sean felices por favor.

5

HOSPITAL DEL SARARE
SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN
REGISTRO PORSDF BUZON
REC-01-011 2

Para el Hospital del Sarare lo más importante son sus usuarios, familiares, ciudadanos y demás partes interesadas así como el mejoramiento continuo en la prestación de nuestros servicios de salud, siendo estos nuestros principales objetivos. Con el fin de resolver con transparencia, eficacia, eficiencia y efectividad su requerimiento, dentro de los tiempos de Ley establecidos, solicitamos de manera respetuosa diligenciar el siguiente formulario con la mayor claridad posible:

1. INFORMACIÓN GENERAL DE LA PARTE INTERESADA

NOMBRES Y APELLIDOS: JGE Andriena Montaña
 N° DE IDENTIFICACIÓN: 116449856
 DIRECCIÓN EXACTA DE RESIDENCIA:
 BARRIONVEREDA: 20 de Julio.
 MUNICIPIO DE RESIDENCIA: Aruquita.
 TELÉFONO FIJO O CELULAR: 310806832.
 CORREO ELECTRÓNICO: andriemon544@gmail.com
 FECHA: 28/08/2022.
 FIRMA: Andriena M.

Si usted desea puede registrar su petición de manera ANÓNIMA, igualmente será atendida y tramitada de acuerdo con la fundamentación que la sustente, dentro de los límites establecidos por el Artículo 81 de la Ley 962 de 2005. De lo contrario, ingresar sus datos de identificación en el siguiente apartado

2. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN O HECHO

(Detalle en forma clara y precisa su petición y suministre la mayor información posible)

Servicio en el que se presenta la situación:

Pediatrica - Hospitalización.

Describe la situación:

Doy gracias por el servicio prestado en esta área, les agradezco a todo el personal muy buena la atención de todo el personal a las auxiliares, la verdad a pesar de las circunstancias

PUEDO UTILIZAR EL RESPALDO DE LA HOJA PARA CONTINUAR →

¡Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Consultar sobre impresión de este documento en formato digital
 COPIA NO CONTROLADA
 UNIDADES PARTICIPANTES SERVICIOS DE ASESORIA Y APOYO AL TRATAMIENTO DE ENTES PERSONALES DEL HOSPITAL DEL SARARE - J.A.S.P.
 08/08/2022

HOSPITAL DEL SARARE
SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN
REGISTRO PORSDF EN BUZON
REC-01-011 2

CONTINUACIÓN DESCRIPCIÓN DE LA PETICIÓN
(Detalle en forma clara y precisa su petición y suministre la mayor información posible)

en las que estubo mi hija me senti como en casa la enfermera auxiliara que leth ramirez fue muy atento con mi hija, que convacion tan bello, a la jefe del turno noche 27/08/2022. por mal profesio males como ella, ojala todos tobieren cia bonita vocacion, para todas que ayudaba en la recuperacion de mi hijo mil gracias, su personal ariana botio buteriet, les da las gracias.

Atentamente Andriena Montaña
 Enfermera jefe de Aruquita.

FIRMA: Andriena M.

FECHA: 28/08/2022.

¡Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Consultar sobre impresión de este documento en formato digital
 COPIA NO CONTROLADA
 UNIDADES PARTICIPANTES SERVICIOS DE ASESORIA Y APOYO AL TRATAMIENTO DE ENTES PERSONALES DEL HOSPITAL DEL SARARE - J.A.S.P.
 08/08/2022

1197



HOSPITAL DEL SARARE

CODIGO SIC-01-F11
EDICIÓN No. 2

SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN

REGISTRO PQRSDF EN BUZON

Evolucionamos pensando en usted

Para el Hospital del Sarare lo más importante son sus usuarios, familiares, ciudadanos y demás partes interesadas así como el mejoramiento continuo en la prestación de nuestros servicios de salud, siendo estos nuestros principales objetivos. Con el fin de resolver con transparencia, eficacia, eficiencia y efectividad su requerimiento, dentro de los tiempos de Ley establecidos, solicitamos de manera respetuosa diligenciar el siguiente formulario con la mayor claridad posible:

1. INFORMACIÓN GENERAL DE LA PARTE INTERESADA

NOMBRES Y APELLIDOS: Rosa Isolina Ochoa

N° DE IDENTIFICACIÓN: 23710016

DIRECCIÓN EXACTA DE RESIDENCIA: Calle 33A N-10-60

BARRIO/VEREDA: La Esperanza

MUNICIPIO DE RESIDENCIA: Saravena

TELÉFONO FIJO O CELULAR: 3133455468

CORREO ELECTRÓNICO:

FECHA: Septiembre 5 - 2022

FIRMA: Rosa Isolina Ochoa Torres

Si usted desea puede registrar su petición de manera ANÓNIMA, igualmente será atendida y tramitada de acuerdo con la fundamentación que la sustente, dentro de los límites establecidos por el Artículo 81 de la Ley 962 de 2005.

De lo contrario, ingresar sus datos de identificación en el siguiente apartado

2. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN O HECHO

(Detalle en forma clara y precisa su petición y suministre la mayor información posible)

Servicio en el que se presenta la situación:

Describe la situación:


Pero felicitar al vacunador Jhon Ruiz por su buen trabajo muy eficaz.

PUEDA UTILIZAR EL RESPALDO DE LA HOJA PARA CONTINUAR →

¡Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiental!


Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA. TODOS LOS INFORMACIONES SERAN TRATADAS DE ACUERDO A LA POLITICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL HOSPITAL DEL SARARE Y LA LEY 1561 DE 2012.

5

SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	
REGISTRO PORSDF BUZON	
OSMO SIC-01-F11	2
 HOSPITAL DEL SARARE <small>INSTITUTO VENEZOLANO DE INVESTIGACIONES CIENTÍFICAS</small>	
<p>Para el Hospital del Sarare lo más importante son sus usuarios, familiares, ciudadanos y demás partes interesadas así como el mejoramiento continuo en la prestación de nuestros servicios de salud, siendo estos nuestros principales objetivos. Con el fin de resolver con transparencia, eficacia, eficiencia y efectividad su requerimiento, dentro de los tiempos de Ley establecidos, solicitamos de manera respetuosa diligenciar el siguiente formulario con la mayor claridad posible:</p>	
1. INFORMACIÓN GENERAL DE LA PARTE INTERESADA	
NOMBRES Y APELLIDOS:	
N° DE IDENTIFICACIÓN:	
DIRECCIÓN EXACTA DE RESIDENCIA:	
BARRIO/VEREDA:	
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	
TELÉFONO FIJO O CELULAR:	
CORREO ELECTRÓNICO:	
FECHA:	
FIRMA:	
<p>Si usted desea registrar su petición de manera ANÓNIMA, igualmente será atendida y tramitada de acuerdo con la fundamentación que la sustente, dentro de los límites establecidos por el Artículo 81 de la Ley 962 de 2005. De lo contrario, ingresar sus datos de identificación en el siguiente apartado</p>	
2. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN O HECHO	
(Detalle en forma clara y precisa su petición y suministre la mayor información posible)	
Servicio en el que se presenta la situación:	
<p>Describe la situación: <i>Primeramente doy gracias a Dios y a todos los trabajadores de la salud en especial a los de maternidad por su arduo trabajo y entrega Dios los bendiga y siempre les ayude en esta profesión sabemos</i></p>	
<p>PUEDA UTILIZAR EL RESPALDO DE LA HOJA PARA CONTINUAR →</p>	

¡Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Los datos proporcionados serán tratados de acuerdo a la política de tratamiento de datos personales del Hospital del Sarare y a la Ley 181 de 2017.

SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	
REGISTRO PORSDF EN BUZON	
OSMO SIC-01-F11	2
 HOSPITAL DEL SARARE <small>INSTITUTO VENEZOLANO DE INVESTIGACIONES CIENTÍFICAS</small>	
<p>CONTINUACIÓN DESCRIPCIÓN DE LA PETICIÓN (Detalle en forma clara y precisa su petición y suministre la mayor información posible)</p>	
<p><i>de sus entrega en esta labor y dedicación gracias por esa entrega en esta profesión</i></p>	
<p><i>Dios los que en cada procedimiento que realizan y siempre les regalé la subidura</i></p>	
<p><i>Doy gracias y Dios y a cada uno de ustedes por la atención prestada a mi esposa y el bebe.</i></p>	
<p><i>Dios</i></p>	
<p><i>siempre</i></p>	
<p><i>les ayude</i></p>	
<p><i>y les guarde.</i></p>	
FIRMA:	
FECHA:	

¡Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Los datos proporcionados serán tratados de acuerdo a la política de tratamiento de datos personales del Hospital del Sarare y a la Ley 181 de 2017.



CODIGO SIC-01-F11

REVISIÓN No. 2

SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN

REGISTRO PQRSDF EN BUZON

Evolucionamos pensando en usted

Para el Hospital del Sarare lo más importante son sus usuarios, familiares, ciudadanos y demás partes interesadas así como el mejoramiento continuo en la prestación de nuestros servicios de salud, siendo estos nuestros principales objetivos. Con el fin de resolver con transparencia, eficacia, eficiencia y efectividad su requerimiento, dentro de los tiempos de Ley establecidos, solicitamos de manera respetuosa diligenciar el siguiente formulario con la mayor claridad posible:

1. INFORMACIÓN GENERAL DE LA PARTE INTERESADA

NOMBRES Y APELLIDOS: Camer Sofía Bermúdez

Nº DE IDENTIFICACIÓN: 23-350 888.

DIRECCIÓN EXACTA DE RESIDENCIA: Cra 25A #25.89

BARRIO/VEREDA: Ponce

MUNICIPIO DE RESIDENCIA: Sarare

TELÉFONO FIJO O CELULAR: 3219234068.

CORREO ELECTRÓNICO: camer.sofia@gnid.com

FECHA: 14-9-22

FIRMA: [Signature]

Si usted desea puede registrar su petición de manera ANÓNIMA, igualmente será atendida y tramitada de acuerdo con la fundamentación que la sustente, dentro de los límites establecidos por el Artículo 81 de la Ley 962 de 2005.

De lo contrario, ingresar sus datos de identificación en el siguiente apartado

2. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN O HECHO

(Detalle en forma clara y precisa su petición y suministre la mayor información posible)

Servicio en el que se presenta la situación:

Describe la situación:

Felicitó a la Sra María Marlene Ortiz del area de Servicios básicos por su sensibilidad y pertenencia con la institución y la realización de muy buen arco en el Servicio de Gineco obstetricia

PUEDE UTILIZAR EL RESPALDO DE LA HOJA PARA CONTINUAR →

¡Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN

HOSPITAL DEL SARARE
Hospital del Sarare

como **SIC-01-F11**
registro n.º **2**

REGISTRO PQRSDF EN BUZÓN

Educación Primaria en UTEC

Para el Hospital del Sarare lo más importante son sus usuarios, familiares, ciudadanos y demás partes interesadas así como el mejoramiento continuo en la prestación de nuestros servicios de salud, siendo estos nuestros principales objetivos. Con el fin de resolver con transparencia, eficacia, eficiencia y efectividad su requerimiento, dentro de los tiempos de Ley establecidos, solicitamos de manera respetuosa diligenciar el siguiente formulario con la mayor claridad posible:

1. INFORMACIÓN GENERAL DE LA PARTE INTERESADA

NOMBRES Y APELLIDOS: Angeline Palacio.

N° DE IDENTIFICACIÓN:

DIRECCIÓN EXACTA DE RESIDENCIA: Calle 26 - #12-22

BARRIO/VEREDA: B. Modob.

MUNICIPIO DE RESIDENCIA: Sarauene.

TELÉFONO FIJO O CELULAR: 3118668473.

CORREO ELECTRÓNICO:

FECHA:

FIRMA:

Si usted desea registrar su petición de manera ANÓNIMA, igualmente será atendida y tramitada de acuerdo con la fundamentación que la sustente, dentro de los límites establecidos por el Artículo 81 de la Ley 962 de 2005.

2. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN O HECHO
(Detalle en forma clara y precisa su petición y suministre la mayor información posible)

Servicio en el que se presenta la situación:

Describe la situación:

FELICITACIONES a la
Dra Clara Cristancho
fonoaudióloga UNAP INCOA

PUEDA UTILIZAR EL RESPALDO DE LA HOJA PARA CONTINUAR →

SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN

HOSPITAL DEL SARARE
Hospital del Sarare

como **SIC-01-F11**
registro n.º **2**

REGISTRO PQRSDF BUZÓN

Educación Primaria en UTEC

CONTINUACIÓN DESCRIPCIÓN DE LA PETICIÓN
(Detalle en forma clara y precisa su petición y suministre la mayor información posible)

EXCELENTE PROFESIONAL
MUY COMPROMETIDA CON
SUS PTEJ.

FIRMA:

FECHA:

¡Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!
Cualquier copia impresa de este documento se considera como
COPIA NO CONTROLADA.
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL HOSPITAL DEL SARARE Y LA LEY 1981 DE 2010

¡Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!
Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL HOSPITAL DEL SARARE Y LA LEY 1981 DE 2010



**HOSPITAL
DEL SARARE**
Empresa Social del Estado

CODIGO SIC-01-F11

REVISION No. 2

SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN

REGISTRO PQRSDF
EN BUZON

Evaluación pensando en usted

Para el Hospital del Sarare lo más importante son sus usuarios, familiares, ciudadanos y demás partes interesadas así como el mejoramiento continuo en la prestación de nuestros servicios de salud, siendo estos nuestros principales objetivos. Con el fin de resolver con transparencia, eficacia, eficiencia y efectividad su requerimiento, dentro de los tiempos de Ley establecidos, solicitamos de manera respetuosa diligenciar el siguiente formulario con la mayor claridad posible:

1. INFORMACIÓN GENERAL DE LA PARTE INTERESADA

NOMBRES Y APELLIDOS: *Claudia Vasquez*

N° DE IDENTIFICACIÓN: *63 335 016*

DIRECCIÓN EXACTA DE RESIDENCIA: *Kv 0 # 20-28*

BARRIO/VEREDA: *Anuhogar*

MUNICIPIO DE RESIDENCIA: *Sabana*

TELÉFONO FIJO O CELULAR: *3216782347*

CORREO ELECTRÓNICO:

FECHA:

FIRMA: *Claudia Vasquez*

Si usted desea puede registrar su petición de manera **ANÓNIMA**, igualmente será atendida y tramitada de acuerdo con la fundamentación que la sustente, dentro de los límites establecidos por el Artículo 81 de la Ley 962 de 2005.

De lo contrario, ingresar sus datos de identificación en el siguiente apartado

2. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN O HECHO

(Detalle en forma clara y precisa su petición y suministre la mayor información posible)

Servicio en el que se presenta la situación:

Describe la situación:

Quiero poder una felicitación a la Chica de Facturación Yeraldine por su buen servicio y esmero a la hora de facturar una cita. Después de tiempo de trabajo es muy eficiente y atenta.

PUEDA UTILIZAR EL RESPALDO DE LA HOJA PARA CONTINUAR →

¡Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN

HOSPITAL DEL SARARE
HOSPITAL GENERAL DE LA SIERRA

FORMULARIO PRESTADOS EN ÚTILIZADO

FORMA COMO SIC-01-F11 2

REGISTRO PQRSDF BUZON

Para el Hospital del Sarare lo más importante son sus usuarios, familiares, ciudadanos y demás partes interesadas así como el mejoramiento continuo en la prestación de nuestros servicios de salud, siendo estos nuestros principales objetivos. Con el fin de resolver con transparencia, eficacia, eficiencia y efectividad su requerimiento, dentro de los tiempos de Ley establecidos, solicitamos de manera respetuosa diligenciar el siguiente formulario con la mayor claridad posible.

1. INFORMACIÓN GENERAL DE LA PARTE INTERESADA

NOMBRES Y APELLIDOS:

Nº DE IDENTIFICACIÓN:

DIRECCIÓN EXACTA DE RESIDENCIA:

BARRIO/VEREDA:

MUNICIPIO DE RESIDENCIA:

TELÉFONO FIJO O CELULAR:

CORREO ELECTRÓNICO:

FECHA: 12 Sept

FIRMA:

Si usted desea puede registrar su petición de manera ANÓNIMA, igualmente será atendida y tramitada de acuerdo con la fundamentación que la sustentante, dentro de los límites establecidos por el Artículo 81 de la Ley 962 de 2005.

De lo contrario, ingresar sus datos de identificación en el siguiente apartado

2. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN O HECHO
(Detalle en forma clara y precisa su petición y suministre la mayor información posible)

Servicio en el que se presenta la situación:
SICU y restructuración

Describe la situación:
mi motivo es para felicitarlos ese grupo de trabajo que tiene excelente servicio bueno atención excelente y quiero agradecer al usuario

PUEDEN UTILIZAR EL RESPALDO DE LA HOJA PARA CONTINUAR →

SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN

HOSPITAL DEL SARARE
HOSPITAL GENERAL DE LA SIERRA

FORMULARIO PRESTADOS EN ÚTILIZADO

FORMA COMO SIC-01-F11 2

REGISTRO PQRSDF BUZON

CONTINUACIÓN DESCRIPCIÓN DE LA PETICIÓN
(Detalle en forma clara y precisa su petición y suministre la mayor información posible)

en factuación a Diana exebente mucho amable! se espicar hay otros que son muy claseros no se les puede preguntar por un servicio por que se sere aya hay unas personas en la puerta puedes preguntar todas adptacion Coom

FIRMA: Coom
FECHA: Coom

Para el Hospital del Sarare lo más importante son sus usuarios, familiares, ciudadanos y demás partes interesadas así como el mejoramiento continuo en la prestación de nuestros servicios de salud, siendo estos nuestros principales objetivos. Con el fin de resolver con transparencia, eficacia, eficiencia y efectividad su requerimiento, dentro de los tiempos de Ley establecidos, solicitamos de manera respetuosa diligenciar el siguiente formulario con la mayor claridad posible:

1. INFORMACIÓN GENERAL DE LA PARTE INTERESADA

NOMBRES Y APELLIDOS: Itzell Dagshery Saceres A.
 N° DE IDENTIFICACIÓN: 1029408445
 DIRECCIÓN EXACTA DE RESIDENCIA:
 BARRIONERDA: La Esmeralda
 MUNICIPIO DE RESIDENCIA: Arayquita
 TELÉFONO FIJO O CELULAR:
 CORREO ELECTRÓNICO:
 FECHA:
 FIRMA:

Si usted desea puede registrar su petición de manera ANÓNIMA, igualmente será atendida y tramitada de acuerdo con la fundamentación que la sustente, dentro de los límites establecidos por el Artículo 81 de la Ley 962 de 2005

2. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN O HECHO
 (Detalle en forma clara y precisa su petición y suministre la mayor información posible)

Servicio en el que se presenta la situación:
 hospitalización quirúrgica
 Describa la situación:
 Quisiera felicitar a la auxiliar Gloria Perez por su compromiso, solidaridad, amor, respeto ante su trabajo, pacientes y entidad. Dios la continve bendiciendo y le permita mantener vivo su don de auxiliar.

CONTINUACIÓN DESCRIPCIÓN DE LA PETICIÓN
 (Detalle en forma clara y precisa su petición y suministre la mayor información posible)

de enfermería y que nunca se le oculte esa entrega hacia su labor. Mil bendiciones.

FIRMA:
 FECHA:



Sede C

SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN

CÓDIGO SIC-01-F11

REGISTRO PQRSDF
EN BUZÓN

REVISIÓN No. 2

Evolucionamos pensando en usted

CONTINUACIÓN DESCRIPCIÓN DE LA PETICIÓN

(Detalle en forma clara y precisa su petición y suministre la mayor información posible)

quiero felicitar al doctor daivo ortega Navarro nutricionista del hospital del Sarare por su buena atención con los pacientes.
Por su calidez humana y paciencia con sus pacientes.

FIRMA: Feraldi Cardenas Pinto

FECHA: 1.12.18.98.998.

07/09/22.

¡Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como

COPIA NO CONTROLADA

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL HOSPITAL DEL SARARE Y LA LEY 1561 DE 2012



CODIGO: SIC-01-F11

REGISTRO PQRSDF EN BUZON

REVISIÓN No. 2

Evolucionamos pensando en usted

Para el Hospital del Sarare lo más importante son sus usuarios, familiares, ciudadanos y demás partes interesadas así como el mejoramiento continuo en la prestación de nuestros servicios de salud, siendo estos nuestros principales objetivos. Con el fin de resolver con transparencia, eficacia, eficiencia y efectividad su requerimiento, dentro de los tiempos de Ley establecidos, solicitamos de manera respetuosa diligenciar el siguiente formulario con la mayor claridad posible:

1. INFORMACIÓN GENERAL DE LA PARTE INTERESADA

NOMBRES Y APELLIDOS: Man Lopez S

N° DE IDENTIFICACIÓN: 375510872

DIRECCIÓN EXACTA DE RESIDENCIA: Dicedal 30A 25-31

BARRIO/VEREDA: El Paraiso

MUNICIPIO DE RESIDENCIA: Sarare

TELÉFONO FIJO O CELULAR: 3102141541

CORREO ELECTRÓNICO: lauroscopia1416@hds

FECHA:

FIRMA:

Si usted desea puede registrar su petición de manera ANÓNIMA, igualmente será atendida y tramitada de acuerdo con la fundamentación que la sustente, dentro de los límites establecidos por el Artículo 81 de la Ley 962 de 2005.

2. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN O HECHO

(Detalle en forma clara y precisa su petición y suministre la mayor información posible)

Servicio en el que se presenta la situación: Felicitaciones

Describe la situación: Quiero felicitar a los siguientes especialistas

- Internista Romero Jhon
 - Internista Lengua
 - Cardiólogo Borja
- por su gran labor y su amabilidad. gran servicio

PUEDE UTILIZAR EL RESPALDO DE LA HOJA PARA CONTINUAR →

¡Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Javier Castro - CC. 17.555.303

Saravali, 15/09/22

7
Reconozco la gran labor
que viene haciendo el señor
Wilmar Torres, en su condición
de Auxiliar de enfermería en
este Hospital del Sarara, por
su capacidad y capacitación y
valores humanos en el ejercicio
profesional que desempeña.

HOSPITAL DEL SARARE
 EVALUANDO SIEMPRE EN SU SESO

REGISTRO PQRSDF EN BUZON

CÓDIGO: SIC-01-F11
 EXTENSIÓN N.º: 2

CONTINUACIÓN DESCRIPCIÓN DE LA PETICIÓN

(Detalle en forma clara y precisa su petición y suministre la mayor información posible)

labor, ya que no es fact, gracias por su paciencia y por su amabilidad de la here de factura y explicar cuando he y lo mal, por todo y la ayuda, que me da cuando llego con varios factyres de mis familiares.

Muchisimas gracias
 Señal Jesús
 sea bendicendo

FIRMA:

FECHA:

¡Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA

HOSPITAL DEL SARARE
 EVALUANDO SIEMPRE EN SU SESO

REGISTRO PQRSDF EN BUZON

CÓDIGO: SIC-01-F11
 EXTENSIÓN N.º: 2

Para el Hospital del Sarare lo más importante son sus usuarios, familiares, ciudadanos y demás partes interesadas así como el mejoramiento continuo en la prestación de nuestros servicios de salud, siendo estos nuestros principales objetivos. Con el fin de resolver con transparencia, eficacia, eficiencia y efectividad su requerimiento, dentro de los tiempos de Ley establecidos, solicitamos de manera respetuosa diligenciar el siguiente formulario con la mayor claridad posible.

1. INFORMACIÓN GENERAL DE LA PARTE INTERESADA

NOMBRES Y APELLIDOS: Mantelme Lopez
 N° DE IDENTIFICACIÓN: 3755102
 DIRECCIÓN EXACTA DE RESIDENCIA: Diagonal 30A 25-37
 BARRIO/VEREDA: El Paraiso
 MUNICIPIO DE RESIDENCIA: Saravena
 TELÉFONO FIJO O CELULAR: 3021051-310320778
 CORREO ELECTRÓNICO: carosofio1962@hotmail.com

FECHA:

FIRMA:

Si usted desea puede registrar su petición de manera ANÓNIMA, igualmente será atendida y tramitada de acuerdo con la fundamentación que la sustente, dentro de los límites establecidos por el Artículo 81 de la Ley 962 de 2005. De lo contrario, ingrese sus datos de identificación en el siguiente apartado

2. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN O HECHO

(Detalle en forma clara y precisa su petición y suministre la mayor información posible)

Servicio en el que se presenta la situación:

Felicitar a las siguientes personas de facturación


• Andres Pabon

• Edith Milena Anaz

Gracias por su gran

PUEDA UTILIZAR EL RESPALDO DE LA HOJA PARA CONTINUAR →

5

 HOSPITAL DEL SARARE <small>Empresa Social del Estado</small>	<small>CODIGO</small> SIC-01-F11	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION REGISTRO PQRSDF EN BUZON
	<small>SESION No.</small> 2	
<small>Evolucionamos pensando en USTED</small>		
<p>Para el Hospital del Sarare lo más importante son sus usuarios, familiares, ciudadanos y demás partes interesadas así como el mejoramiento continuo en la prestación de nuestros servicios de salud, siendo estos nuestros principales objetivos. Con el fin de resolver con transparencia, eficacia, eficiencia y efectividad su requerimiento, dentro de los tiempos de Ley establecidos, solicitamos de manera respetuosa diligenciar el siguiente formulario con la mayor claridad posible:</p>		
1. INFORMACIÓN GENERAL DE LA PARTE INTERESADA		
<small>NOMBRES Y APELLIDOS:</small> Angel Angant		
<small>N° DE IDENTIFICACIÓN:</small> 4.300.574		
<small>DIRECCIÓN EXACTA DE RESIDENCIA:</small> Calle 26 7-30		
<small>BARRIO/VEREDA:</small> Villa fancy		
<small>MUNICIPIO DE RESIDENCIA:</small> Saravena		
<small>TELÉFONO FIJO O CELULAR:</small> 3102141591		
<small>CORREO ELECTRÓNICO:</small> Mari Lopez Salud @ gmail.com		
<small>FECHA:</small> 23-Sept.		
<small>FIRMA:</small>		
<p>Si usted desea puede registrar su petición de manera ANÓNIMA, igualmente será atendida y tramitada de acuerdo con la fundamentación que la sustente, dentro de los límites establecidos por el Artículo 81 de la Ley 962 de 2005.</p> <p>De lo contrario, ingresar sus datos de identificación en el siguiente apartado</p>		
2. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN O HECHO <small>(Detalle en forma clara y precisa su petición y suministre la mayor información posible)</small>		
<small>Servicio en el que se presenta la situación:</small>		
Facturación		
<small>Describa la situación:</small>		
Felicitar al Joven Jasymer Bahamon por su amabilidad, compromiso su calidad humana para dar informacion con pacientes 3 edad. Muchisima Graciaz.		
<small>PUUEDE UTILIZAR EL RESPALDO DE LA HOJA PARA CONTINUAR →</small>		

¡Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

HOSPITAL DEL SARARE
 INSTITUCIÓN PÚBLICA DE SALUD
 CARRERA 14 N° 109

REGISTRO PQRSDF BUZON

CÓDIGO: SIC-01-F11
 NÚMERO: 2

Para el Hospital del Sarare lo más importante son sus usuarios, familiares, ciudadanos y demás partes interesadas así como el mejoramiento continuo en la prestación de nuestros servicios de salud, siendo estos nuestros principales objetivos. Con el fin de resolver con transparencia, eficacia, eficiencia y efectividad su requerimiento, dentro de los tiempos de Ley establecidos, solicitamos de manera respetuosa diligenciar el siguiente formulario con la mayor claridad posible:

1. INFORMACIÓN GENERAL DE LA PARTE INTERESADA

NOMBRES Y APELLIDOS: **Nolbercy Porras Vega**
 N° DE IDENTIFICACIÓN: **1005.285.518**
 DIRECCIÓN EXACTA DE RESIDENCIA: **Cra 24A #20-78**
 BARRIO/VEREDA: **Crisas del Llano**
 MUNICIPIO DE RESIDENCIA: **Saravena**
 TELÉFONO FIJO O CELULAR: **3203146078**
 CORREO ELECTRÓNICO:

FECHA: **14-09-2022**

FIRMA: **Nolbercy Porras**

Si usted desea puede registrar su petición de manera **ANÓNIMA**, igualmente será atendida y tramitada de acuerdo con la fundamentación que la sustente, dentro de los límites establecidos por el Artículo 81 de la Ley 962 de 2005.
 De lo contrario, ingresar sus datos de identificación en el siguiente apartado

2. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN O HECHO

(Detalle en forma clara y precisa su petición y suministre la mayor información posible)

Servicio en el que se presenta la situación:

Gineco

Describe la situación:

Felicitar a lo señora María Marina Ortiz de Servicios generales por su gran labor ya que mientras estuve en trabajo de parto se resaltó su gran empeño a la hora de realizar su trabajo. Ya que

PUEDEN UTILIZAR EL RESPALDO DE LA HOJA PARA CONTINUAR →

¡Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

HOSPITAL DEL SARARE
 INSTITUCIÓN PÚBLICA DE SALUD
 CARRERA 14 N° 109

REGISTRO PQRSDF EN BUZON

CÓDIGO: SIC-01-F11
 NÚMERO: 2

CONTINUACIÓN DESCRIPCIÓN DE LA PETICIÓN

(Detalle en forma clara y precisa su petición y suministre la mayor información posible)

comparado con las demás ella es mucho mas dedicada a la hora de realizar la limpieza del lugar y eso es muy importante. Felicitar a la señora Maria por su empeño, dedicación a su trabajo.

FIRMA: **Nolbercy Porras**

FECHA: **14-09-2022**

¡Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN

HOSPITAL DEL SARARE
Hospital de la Salud

FORMA
SIC-01-F11

REGISTRO PQRSDF EN BUZÓN

2

Educación Superior de la UDES

Para el Hospital del Sarare lo más importante son sus usuarios, familiares, ciudadanos y demás partes interesadas así como el mejoramiento continuo en la prestación de nuestros servicios de salud, siendo estos nuestros principales objetivos. Con el fin de resolver con transparencia, eficacia, eficiencia y efectividad su requerimiento, dentro de los tiempos de Ley establecidos, solicitamos de manera respetuosa diligenciar el siguiente formulario con la mayor claridad posible:

1. INFORMACIÓN GENERAL DE LA PARTE INTERESADA

NOMBRES Y APELLIDOS: *Espejeluzer Per*

N° DE IDENTIFICACIÓN: *71.938153*

DIRECCIÓN EXACTA DE RESIDENCIA: *Calle 25 25b-10*

BARRIO/VEREDA: *Poyueniv*

MUNICIPIO DE RESIDENCIA: *Sarare*

TELÉFONO FIJO O CELULAR: *3103207756*

CORREO ELECTRÓNICO: *Manpaperezal@gmail.com*

FECHA:

FIRMA:

Si usted desea puede registrar su petición de manera ANÓNIMA, igualmente será atendida y tramitada de acuerdo con la fundamentación que la sustente, dentro de los límites establecidos por el Artículo 81 de la Ley 962 de 2005.

De lo contrario, ingresar sus datos de identificación en el siguiente apartado

2. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN O HECHO

(Detalle en forma clara y precisa su petición y suministre la mayor información posible)

Servicio en el que se presenta la situación:
Felicitar vigilantes

Describe la situación:
Quiero felicitar a los siguientes vigilantes
Felision Garcia
Juan Carlos Hernandez

PUEDA UTILIZAR EL RESPALDO DE LA HOJA PARA CONTINUAR →

SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN

HOSPITAL DEL SARARE
Hospital de la Salud

FORMA
SIC-01-F11

REGISTRO PQRSDF EN BUZÓN

2

Educación Superior de la UDES

CONTINUACIÓN DESCRIPCIÓN DE LA PETICIÓN

(Detalle en forma clara y precisa su petición y suministre la mayor información posible)


Muchas gracias por su ayuda cuando tuve de mi primo discapacidad y me ayudó me regaló un infante me regaló cosas por su amor y su calidez humana.

Gracias.

FIRMA:

FECHA:

Sede

 HOSPITAL DEL SARARE <small>Empresa Social del Estado</small>	<small>CÓDIGO</small> SIC-01-F11	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN REGISTRO PQRSDF EN BUZÓN
	<small>EDICIÓN No.</small> 2	

Evolucionamos pensando en usted

Para el Hospital del Sarare lo más importante son sus usuarios, familiares, ciudadanos y demás partes interesadas así como el mejoramiento continuo en la prestación de nuestros servicios de salud, siendo estos nuestros principales objetivos. Con el fin de resolver con transparencia, eficacia, eficiencia y efectividad su requerimiento, dentro de los tiempos de Ley establecidos, solicitamos de manera respetuosa diligenciar el siguiente formulario con la mayor claridad posible:

1. INFORMACIÓN GENERAL DE LA PARTE INTERESADA

NOMBRES Y APELLIDOS: *Carla C GARCIA M*

N° DE IDENTIFICACIÓN: *5627405*

DIRECCIÓN EXACTA DE RESIDENCIA: *Saravera*

BARRIO/VEREDA: *Asentamiento Tesoro*

MUNICIPIO DE RESIDENCIA:

TELÉFONO FIJO O CELULAR: *312 752 6806*

CORREO ELECTRÓNICO:

FECHA: *06-09-2022*

FIRMA: *Carla C GARCIA M*

Si usted desea puede registrar su petición de manera **ANÓNIMA**, igualmente será atendida y tramitada de acuerdo con la fundamentación que la sustente, dentro de los límites establecidos por el Artículo 81 de la Ley 962 de 2005.

2. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN O HECHO
 (Detalle en forma clara y precisa su petición y suministre la mayor información posible)

Servicio en el que se presenta la situación:

Describe la situación:

para la auscultación del buen desempeño de la postera es paciente y la colobora a los personas.

PUEDEN UTILIZAR EL RESPALDO DE LA HOJA PARA CONTINUAR →

¡Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA
 LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL HOSPITAL DEL SARARE Y LA LEY 1561 DE 2012

SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN

HOSPITAL DEL SARARE
Hospital para el Sarare

CÓDIGO: SIC-01-F11
REGISTRO PQRSDF EN BUZÓN

FECHA N.º: 2

Información personal de utilizar

Para el Hospital del Sarare lo más importante son sus usuarios, familiares, ciudadanos y demás partes interesadas así como el mejoramiento continuo en la prestación de nuestros servicios de salud, siendo estos nuestros principales objetivos. Con el fin de resolver con transparencia, eficacia, eficiencia y efectividad su requerimiento, dentro de los tiempos de Ley establecidos, solicitamos de manera respetuosa diligenciar el siguiente formulario con la mayor claridad posible:

1. INFORMACIÓN GENERAL DE LA PARTE INTERESADA

NOMBRES Y APELLIDOS: Nani Lopez Saba
 N° DE IDENTIFICACIÓN: 37551883
 DIRECCIÓN EXACTA DE RESIDENCIA: Diagon 30 A 83
 BARRIO/VEREDA: El Paraíso
 MUNICIPIO DE RESIDENCIA: Sabana
 TELÉFONO FIJO O CELULAR: 30214541
 CORREO ELECTRÓNICO: laura.sola.1969@hotmail.com
 FECHA:

FIRMA:

Si usted desea puede registrar su petición de manera **ANÓNIMA**, igualmente será atendida y tramitada de acuerdo con la fundamentación que la sustente, dentro de los límites establecidos por el Artículo 81 de la Ley 962 de 2005.
 De lo contrario, ingresar sus datos de identificación en el siguiente apartado

2. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN O HECHO

(Detalle en forma clara y precisa su petición y suministre la mayor información posible)

Servicio en el que se presenta la situación:

facilitar coordinación SIAU

Describe la situación:

Quiero felicitar a las siguientes personas
 • Diana Cuolina
 • Dayana Sanchez
 • Onaida Tesmos

Que haria yo sin ustedes

PUEDA UTILIZAR EL RESPALDO DE LA HOJA PARA CONTINUAR →

SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN

HOSPITAL DEL SARARE
Hospital para el Sarare

CÓDIGO: SIC-01-F11
REGISTRO PQRSDF EN BUZÓN

FECHA N.º: 2

Información personal de utilizar

CONTINUACIÓN DESCRIPCIÓN DE LA PETICIÓN

(Detalle en forma clara y precisa su petición y suministre la mayor información posible)

3 con todo mi corazón me voy a agradecer a su gran labor es de admirar, por su paciencia cuando no entiendo por caso por su calidad humana para ayudarme cuando alguno de mis familiares este enfermo y me ayudar a solucionar todo.

Muchas gracias por todo lo que hacen por mi y mi familia.

FIRMA:

FECHA:

¡Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cuando copie impresos de este documento se considerará como COPIA NO CONTROLADA.



HOSPITAL
DEL SARARE
Empresa Social del Estado

CODIGO

SIC-01-F11

SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN

REGISTRO PQRSDF
EN BUZON

REVISIÓN No.

2

Evolucionamos pensando en usted

CONTINUACIÓN DESCRIPCIÓN DE LA PETICIÓN

(Detalle en forma clara y precisa su petición y suministre la mayor información posible)

Francy Benites

De SIAU es una

Mujer muy amable

honesta muy respetuosa

tiene una calidad

Hermana muy bonita

con un espíritu de Servicio

muy generoso

Dios lo bendiga x su

Amabilidad con persona cari

teí los instrucciones

FIRMA:

FECHA:

San muy bendiciones

¡Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como

COPIA NO CONTROLADA.

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERAN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL HOSPITAL DEL SARARE Y LA LEY 1591 DE 2012

SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN

HOSPITAL DEL SARARE
Evolutionary Partnership in Health

REGISTRO PQRSDF BUZON

CÓDIGO: SIC-01-F11
EVIDENCIA: 2

Evolutionary Partnership in Health

Para el Hospital del Sarare lo más importante son sus usuarios, familiares, ciudadanos y demás partes interesadas así como el mejoramiento continuo en la prestación de nuestros servicios de salud, siendo estos nuestros principales objetivos. Con el fin de resolver con transparencia, eficacia, eficiencia y efectividad su requerimiento, dentro de los tiempos de Ley establecidos, solicitamos de manera respetuosa diligenciar el siguiente formulario con la mayor claridad posible:

1. INFORMACIÓN GENERAL DE LA PARTE INTERESADA

NOMBRES Y APELLIDOS: HAMILTON UPERO

N° DE IDENTIFICACIÓN: 37551087

DIRECCIÓN EXACTA DE RESIDENCIA: Diagonal 30A 25-37

BARRIO/VEREDA: El Paraíso

MUNICIPIO DE RESIDENCIA: Saravena

TELÉFONO FIJO O CELULAR: 3021051

CORREO ELECTRÓNICO: qurosotia196@hotmail.com

FECHA: 29 Sep.

FIRMA:

Si usted desea puede registrar su petición de manera ANÓNIMA, igualmente será atendida y tramitada de acuerdo con la fundamentación que la sustente, dentro de los límites establecidos por el Artículo 81 de la Ley 962 de 2005. De lo contrario, ingresar sus datos de identificación en el siguiente apartado

2. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN O HECHO

(Detalle en forma clara y precisa su petición y suministre la mayor información posible)

Servicio en el que se presenta la situación:

Para Felicitar por su labor

Describe la situación:

Felicitar a las siguientes
Jovenes de Siav.
Alexandra Rocha
Zuldy Heireño
Francelino Mejia

Quiero expresar mis mas.

PUEDA UTILIZAR EL RESPALDO DE LA HOJA PARA CONTINUAR →

5

SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN

HOSPITAL DEL SARARE
Evolutionary Partnership in Health

REGISTRO PQRSDF BUZON

CÓDIGO: SIC-01-F11
EVIDENCIA: 2

Evolutionary Partnership in Health

CONTINUACIÓN DESCRIPCIÓN DE LA PETICIÓN

(Detalle en forma clara y precisa su petición y suministre la mayor información posible)

quiere agradecimiento
a ellos por su calidad
humana, amabilidad,
su paciencia para cuando
uno se acerca a ellos
Tienen un talento inigualable
para atender a persona
como yo, que llegamos
a pedir varias cosas en
tiempos, se infortunaron
es muy valiosa para mi
cuando, no se que hacer
ellos me direccionaron a
dónde debo ir.

Muchas gracias inmensamente
agradeciendo con usted
que el señor Jesus los
suya bendiciendo -oo
su trabajo es de

FIRMA: Admirar y muchos
FECHA: Respecto



HOSPITAL DEL SARARE
Empresa Social del Estado

CÓDIGO SIC-01-F11

REVISIÓN No. 2

SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN

REGISTRO PQRSDF EN BUZÓN

Evolucionamos pensando en usted

Para el Hospital del Sarare lo más importante son sus usuarios, familiares, ciudadanos y demás partes interesadas así como el mejoramiento continuo en la prestación de nuestros servicios de salud, siendo estos nuestros principales objetivos. Con el fin de resolver con transparencia, eficacia, eficiencia y efectividad su requerimiento, dentro de los tiempos de Ley establecidos, solicitamos de manera respetuosa diligenciar el siguiente formulario con la mayor claridad posible:

1. INFORMACIÓN GENERAL DE LA PARTE INTERESADA

NOMBRES Y APELLIDOS:

Nº DE IDENTIFICACIÓN:

DIRECCIÓN EXACTA DE RESIDENCIA:

BARRIO/VEREDA:

MUNICIPIO DE RESIDENCIA:

TELÉFONO FIJO O CELULAR:

CORREO ELECTRÓNICO:

FECHA: 28 Sept

FIRMA: G Am

Si usted desea puede registrar su petición de manera **ANÓNIMA**, igualmente será atendida y tramitada de acuerdo con la fundamentación que la sustente, dentro de los límites establecidos por el Artículo 81 de la Ley 962 de 2005.

2. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN O HECHO

(Detalle en forma clara y precisa su petición y suministre la mayor información posible)

Servicio en el que se presenta la situación:

SIAGU

Describa la situación:

Felicito Grupo SIAGU por el buen servicio a donas donde
Zulay Dayana
Nicolas Franchine
Alejandra Diana
exclen Grupo

PUEDA UTILIZAR EL RESPALDO DE LA HOJA PARA CONTINUAR →

¡Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERAN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL HOSPITAL DEL SARARE Y LA LEY 1581 DE 2012

HOSPITAL DEL SARARE
 SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN
 REGISTRO PQRSDF EN BUZÓN
 CÓDIGO SIC-01-F11
 BUZÓN N.º 2

Para el Hospital del Sarare lo más importante son sus usuarios, familiares, ciudadanos y demás parteras interesadas así como el mejoramiento continuo en la prestación de nuestros servicios de salud, siendo estos nuestros principales objetivos. Con el fin de resolver con transparencia, eficacia, eficiencia y efectividad su requerimiento, dentro de los tiempos de Ley establecidos, solicitamos de manera respetuosa diligenciar el siguiente formulario con la mayor claridad posible:

1. INFORMACIÓN GENERAL DE LA PARTE INTERESADA

NOMBRES Y APELLIDOS: Dezobee Diazon
 N° DE IDENTIFICACIÓN: 22.976087
 DIRECCIÓN EXACTA DE RESIDENCIA: Calle 16a 15-60
 BARRIO/VEREDA: Montebello
 MUNICIPIO DE RESIDENCIA: Sarare
 TELÉFONO FIJO O CELULAR: 3103207750
 CORREO ELECTRÓNICO: HortizperSilvia@gmail.com
 FECHA: 23 sep

FIRMA:
 Si usted desea registrar su petición de manera ANÓNIMA, igualmente será atendida y tramitada de acuerdo con la fundamentación que la sustente, dentro de los límites establecidos por el Artículo 81 de la Ley 962 de 2005.
 De lo contrario, ingresar sus datos de identificación en el siguiente apartado

2. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN O HECHO
 (Detalle en forma clara y precisa su petición y suministre la mayor información posible)

Servicio en el que se presenta la situación:
Felicitaciones

Describe la situación:
Quiero felicitar a la Señora y Señor Doris Garcia Nicolas Barron.

Ustedes 2 son las personas mas importantes porre

HOSPITAL DEL SARARE
 SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN
 REGISTRO PQRSDF EN BUZÓN
 CÓDIGO SIC-01-F11
 BUZÓN N.º 2

CONTINUACIÓN DESCRIPCIÓN DE LA PETICIÓN
 (Detalle en forma clara y precisa su petición y suministre la mayor información posible)

miya que gracias a ustedes siempre tengo una buena atención a la hora de pedir al zian o facturación

gracias por su labor, paciencia y dedicación

su calidad humana es lo admiran.

Amichael

Gracias

Gracias

Gracias

Gracias

Gracias

RMA: S
 CHA: S