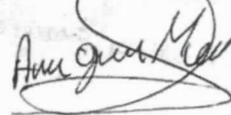


Julio 8 2022 - 7

Señores hospital muchas gracias x
los servicios prestados. pero quiero
sugerirles que tengan en cuenta cuando
ospitalizan pacientes xq mi mamá celebra
mechan esta ospitalizada el servicio bien
pero no me parece compartir con
pacientes hombres en la misma
habitación debería ser mujeres
- avarias.

ella esta con el Señor JOSE
en la habitación 15 medicina interna



HOSPITAL DEL SARARE
 SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN
 REGISTRO PORSDF EN BUZÓN

Como: SIC-01-F-11
 Buzón 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 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: 27 Julio

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 967 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: odontología

Describe la situación:
 Hacer un binto
 Mi guspi es para la doctor Marin.
 La cual me atendió el día 9 Julio y me dice que es una cordul

PUEDEN UTILIZAR EL RESPALDO DE LA HOJA PARA CONTINUAR →

HOSPITAL DEL SARARE
 SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN
 REGISTRO PORSDF EN BUZÓN

Como: SIC-01-F-11
 Buzón No: 2


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

y me da con orden para traerlo lo cual de es la cordul es un dienhe que este bastante dorado y me duele pero el día 14 de julio que por favor me manden guerra dent que no sea solo una guerra la verdad me parece muy mala adueida por parte de ella no se desea hablar toda guerra

FIRMA:
FECHA: 31/05/2024

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

uoc

 HOSPITAL DEL SARARE <small>Empresa Social del Estado</small>	<small>FORMA</small> SIC-01-F11 <small>SECCION No.</small> 2	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN REGISTRO PQRSDF EN BUZON
Evaluaciones realizadas 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:		
N° DE IDENTIFICACIÓN:		
DIRECCIÓN EXACTA DE RESIDENCIA:		
BARRIO/VEREDA:		
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:		
TELÉFONO FIJO O CELULAR:		
CORREO ELECTRÓNICO:		
FECHA: 21 Julio / 22		
FIRMA:		
<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. 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:		
Seo C		
Describa la situación:		
Mucha demora para la facturación (solo 3 personas atendidas) más de 2 horas para ser atendido.		
PUEDE UTILIZAR EL RESPALDO DE LA HOJA PARA CONTINUAR →		

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

dece

SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN

HOSPITAL DEL SARARE
SARARE PARA SU SALUD

Control SIC-01-F11
Número 2

REGISTRO PORSDF EN 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: 22 JUNIO

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:
en la sala c

Describe la situación:
La señora Nuvia la
Nuvia es una señora
el día 27 de julio
una maquina o cosa
que llego a la
CAM a hacerle
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 INFORMACIONALES SERÁN TRAMITADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL HOSPITAL DEL SARARE V. LA LEY 962 DE 2005

SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN

HOSPITAL DEL SARARE
SARARE PARA SU SALUD

Control SIC-01-F11
Número 2

REGISTRO PORSDF EN BUZON

CONTINUACIÓN DESCRIPCIÓN DE LA PETICIÓN

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

y este tipo maldita dice
que no que le fije de los
plumones pero hacer file
le esportar como lo
veces que finge cifer y
la voy a perder usted
de que me volere adentro
al confinarlo en gabo
yo ya le dije que hay
le fije -
mejor me fui por
el Hospital aya
muy amable me fue
para cambiar esta
botones muy buenos
FIRMA: es seba gusa jobabdo
FECHA: por julio 20

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

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

LOS DATOS INFORMACIONALES SERÁN TRAMITADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL HOSPITAL DEL SARARE V. LA LEY 962 DE 2005



CÓDIGO SIC-01-F-11
Módulo No. 2

SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN
REGISTRO PORSDF
BUZON

2016 C

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:

TÉLEFONO FIJO O CELULAR:

CORREO ELECTRÓNICO:

FECHA: 18 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. 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:

Señal C.

Describe la situación:

Mi grupo es para la

Señal que esta en la

Perter no adolton en

Nota en la parte egadu
PUEDA UTILIZAR EL RESPALDO DE LA HOJA PARA CONTINUAR →

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



CÓDIGO SIC-01-F-11
Módulo No. 2

SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN
REGISTRO PORSDF
EN BUZON

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

al adolter una la pregunta
y quosera respondora y
uno de enhor pucientes
el sillor de rueda y el
piso estn hegado al pucier
y uno ve gun no coler
ariva al frebora y otra
cosa si ello estn ay en
la parte es para que
colaborer y se lo para
es para el celura
FIRMA:
FECHA:

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

SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN
HOSPITAL DEL SARARE
 C.A.S. S.A. S. R.L.
 C.A.S. S.A. S. R.L.

FORMA DE REGISTRO EN BUZÓN

REGISTRO PQRSDF EN BUZÓN

CÓDIGO SIC-01-F11 2

FECHA DE REGISTRO 2

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 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:

Atender a los odontólogos

Describe la situación:

que trabajan a es hora
 8pm es muy bueno
 pero lo malo es que
 llaman y no se le llaman
 sino se le llaman

PUEDA UTILIZAR EL RESPALDO DE LA HOJA PARA CONTINUAR →

¡Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!
 Copiar copia impresa de este documento se considera como
 LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL HOSPITAL DEL SARARE S.A.S.

SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN
HOSPITAL DEL SARARE
 C.A.S. S.A. S. R.L.
 C.A.S. S.A. S. R.L.

FORMA DE REGISTRO EN BUZÓN

REGISTRO PQRSDF EN BUZÓN

CÓDIGO SIC-01-F11 2

FECHA DE REGISTRO 2

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

por que no colocan una
 banderilla para esos
 citas

colocar que llamo y nada
 se sabe lo llamado se
 alguien solo.

FIRMA:

FECHA:

¡Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!
 Copiar copia impresa de este documento se considera como
 LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL HOSPITAL DEL SARARE S.A.S.

ESTADÍSTICAS GENERALES DEL HOSPITAL

HOSPITAL DEL SARARE
UNIDAD MÚLTIPLE ESPECIALIZADA

como SIC-01-F-11
 fecha No. 2

REGISTRO PORSIDE EN BUZON

SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN

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:

BARIONVEREDA:

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.

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:
 ya que Agudo

Describe la situación:
 tengo desde junio
 esprando una cirugía
 ya que el dolor
 es mueno en la rodilla

PUEDA UTILIZAR EL RESPALDO DE LA HOJA PARA CONTINUAR →

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

ESTADÍSTICAS GENERALES DEL HOSPITAL

HOSPITAL DEL SARARE
UNIDAD MÚLTIPLE ESPECIALIZADA

como SIC-01-F-11
 fecha No. 2

REGISTRO PORSIDE EN BUZON

SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN

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

para moverme
 con el otoperida y el
 medico me dice que
 ha haga los ejercicios
 y ay me mejora el
 dolor y como quien
 que me mejora si el
 es la fe me y me
 de ejercicios y entede por
 que heuy meha personas
 esprado ejercicios desde

FIRMA: Abril - marzo y las
FECHA: el junio para para

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



CONDOMINIO HOSPITAL DEL SARARE
CÓDIGO: SIC-01-F-11
MODULO No. 2

SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN
REGISTRO PQRSDP
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:

9 Agosto

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:

Percepción

Describa la situación:

Mi Superencia es para que continen mi personal para después hay unavira deo Harro este es la fecha 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 considerará como COPIA NO CONTROLADA. LOS DATOS IMPRECISIONADOS SERÁN TRÁMITE DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRÁMITE DE DATOS IMPRECISIONADOS DEL HOSPITAL DEL SARARE. 7 JULIO 2017



CONDOMINIO HOSPITAL DEL SARARE
CÓDIGO: SIC-01-F-11
MODULO No. 2

SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN
REGISTRO PQRSDP
EN BUZÓN

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

que nos dem después y demoras al ordepedista y nada de después mucho demora

[Handwritten signature]

FIRMA:

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 IMPRECISIONADOS SERÁN TRÁMITE DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRÁMITE DE DATOS IMPRECISIONADOS DEL HOSPITAL DEL SARARE. 7 JULIO 2017



CÓDIGO SIC-01-F-11
MÓDULO No. 2

REGISTRO PORSDF
EN BUZÓN

SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN

Continuación Petición de USU2

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: 09-08-22

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: Urgencias

Una reunión

Describe la situación: Llegamos con el paciente a las 18:30 horas. Lo paramos por frígido y lo ubicamos en camilla en Procedimientos Son las 21:30 21:30 y no nos firman los médicos bitácora por que el médico se ocupa en que se fue. No me parece justo tanto puede UTILIZAR EL RESPALDO DE LA HOJA PARA CONTINUAR → Espere

Solo por que no quieren firmar

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



CÓDIGO SIC-01-F-11
MÓDULO No. 2

REGISTRO PORSDF
EN BUZÓN

SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN

Continuación Petición de USU2

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

No se dan datos personales por que esta situación se presta para que después surjan más dificultades. Pero es una falta de respeto cuando no hay causa justa para demorar tanto tiempo una ambulancia por que se necesita de ser en otro lugar, nada no se puede decir nada por se engañan y fuman represalias en otra oportunidad.

Es con el objet de mejorar y para generar bienestar

EXCELSAS.

FIRMA: _____

FECHA: _____

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
BUZON

Evolucionamos pensando en usted

CONTINUACIÓN DESCRIPCIÓN DE LA PETICIÓN

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

Los niñas de facturación
daban dedicarse en un
horario de trabajo
Solo a facturación
Quitar hacer
conversaciones a la
compañera las
Personas de la
fila por antero
de la vida de ellos
sin necesidad y

FIRMA:

no les venda


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
1581 DE 2012

 HOSPITAL DEL SARARE <small>INSTITUCIÓN PÚBLICA DEL ECUADOR</small>		SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN REGISTRO PQRSDF EN BUZÓN
CÓDIGO SIC-01-F11	FECHA No. 2	
<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: 1 Sept.		
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: odontología		
Describe la situación: me pare que falta de respeto con los usuarios como ya yo seco con citas con sus doctores		
PUEDE UTILIZAR EL RESPALDO DE LA HOJA PARA CONTINUAR →		

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

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRAMITADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL HOSPITAL DEL SARARE Y LA LEY 1981 DE 2017.

 HOSPITAL DEL SARARE <small>INSTITUCIÓN PÚBLICA DEL ECUADOR</small>		SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN REGISTRO PQRSDF EN BUZÓN
CÓDIGO SIC-01-F11	FECHA No. 2	
CONTINUACIÓN DESCRIPCIÓN DE LA PETICIÓN (Detalle en forma clara y precisa su petición y suministre la mayor información posible)		
y Me resulta pasando con la que ellos solo dan la gana uno cuando llama piden con que medico quiere piden 		
FIRMA:		
FECHA:		

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

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRAMITADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL HOSPITAL DEL SARARE Y LA LEY 1981 DE 2017.

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:

FIRMA:

Si usted desea registrar su petición de manera ANÓNIMA, igualmente será atendida y tramitada de acuerdo con la fundamentación que la susiente, 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:

Se necesita mas personal para terapias ya que hay pacientes atendidos desde hace mas de 3 meses y no han sido atendidos y hay motivos cuando las terapias

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)

se necesitan inmediatamente se les agradece agilizar estos procedimientos

FIRMA:

FECHA:



CODIGO SIC-01-F11

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)

lo otro es mal servicio de la que esta

dando el visto de estudio programada

llega tarde llega al en

gocio de celo que no

se deja hablar ni sabe

explicar que pasar con

esa muchacha

ella se llama

Nabarro

[Handwritten signature]

FIRMA: arya ochea

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
Empresa Social del Estado

CODIGO SIC-01-F11

REVISIÓN No. 2

SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN

REGISTRO PQRSDF EN BUZON

HOSPITAL DEL SARARE E S E
NIT 800.231.215-1
UNIDAD DE CORRESPONDENCIA

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:

RADICADO N° _____
HORA _____

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:

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.

*Greffer
Diana
Sandoz*

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: **ODONTOLOGÍA**

Describe la situación: *El niño le hicieron Higiene Oral necesita una cita urgente por una caries avanzada pero no dan cita no contestan y si contestan no hay siga insistiendo durante el transcurso de la semana hay una persona que cobra 5000 por*

PUEDEN UTILIZAR EL RESPALDO DE LA HOJA PARA CONTINUAR → *sacar cita*

esto no debe ser así?

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

SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN

HOSPITAL DEL SARARE
Evolucionamos pensando en usted

FORMA: SIC-01-F11

REGISTRO PQRSDF EN BUZON

FORMA: 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:

N° DE IDENTIFICACIÓN:

DIRECCIÓN EXACTA DE RESIDENCIA:

BARRIO/VEREDA:

MUNICIPIO DE RESIDENCIA:

TELÉFONO FIJO O CELULAR:

CORREO ELECTRÓNICO:

FECHA: 16 septiembre

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:
Pediatría

Describe la situación:
La situación por la cual recorro aquí patener mas en cuenta que la auxilió Adriana Ruiz tenía choques y mala expresiones en el servicio es una señora ofensiva que no está capacitada de tener Paciencia con un niño

PUEDA UTILIZAR EL RESPALDO DE LA HOJA PARA CONTINUAR →

SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN

HOSPITAL DEL SARARE
Evolucionamos pensando en usted

FORMA: SIC-01-F11

REGISTRO PQRSDF EN BUZON

FORMA: 2

CONTINUACIÓN DESCRIPCIÓN DE LA PETICIÓN

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

se le podía decir nada y que de una con problema estoy muy agradecida por la atención nos brinda y atenciones de los otros compañeros es molesto estar aquí en un hospital pero no es por gusto. Escribo como sugerencia Gracias lo voy a ser Anónimo la señora auxilió es muy tremenda

FIRMA:

FECHA:

Blanca
Adriana
Sanchez



CÓDIGO SIC-01-F11
BRANCHA No. 2

REGISTRO PORSDF
EN BUZON

SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN

Edición control generada 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: Tueves 15 de Septiembre del 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: No hay telefonos

Describe la situación: Y los señalamos no cierran bien

que en los cuartos no hay telefonos y nos

aburrimos y las ventanas no se pueden cerrar bien

y algunas enfermeras son muy bruscas y por

muchas veces por estar hablando y molestando

comiendo y riendose no atienden a los pacientes

una muchas veces con fiebre y no viene y muchas

veces estando desahogados y no viene por estar

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 PERSONALES SERÁN TRAMITADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE PRIVACIDAD DEL HOSPITAL DEL SARARE Y LA LEY 1712 DE 2014



CÓDIGO SIC-01-F11
BRANCHA No. 2

REGISTRO PORSDF
EN BUZON

SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN

Edición control generada en USTED

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

hablando pero tambien a veces son muy bruscas
al canalizamos o al ponemos medicamentos o
a sacarnos orina por sonda muchas gracias
por su atencion

Empty lines for additional text or signature.

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 PERSONALES SERÁN TRAMITADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE PRIVACIDAD DEL HOSPITAL DEL SARARE Y LA LEY 1712 DE 2014

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: 12 Sep.

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:
 donde dan los cheques

Describe la situación:
 por que no colocan dos personas para que den los cheques y que el telefono es un portto de buro para q contaten y solo dan los fichos

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)

es de WhatsApp. es es una bobanda por que mientras guster en eso contratan personal para que den cheques por que se tarda 8 dias para sacar el che y whatsapp y pagar y por telefono dempoco

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 1961 DE 2017.



**HOSPITAL
DEL SARARE**
Empresa Social del Estado

COIGO SIC-01-F11

REVISIÓN 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)

Por favor poner
mas personal para
contestar al momento
de solicitar citas
puesto que es muy
complicado que contesten
Prefiero que sean
presencial,
ii No importa hacer una
fila, pero que se logre
obtener una cita!!

Gracias.

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

1581 DE 2012