

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN GLOBAL CLIENTE EXTERNO

Para nosotros su percepción de la atención recibida en los servicios es muy importante, sus respuestas son confidenciales y se utilizan para mejorar

Punto de Atención	<u>CALDONO</u>	Encuesta No	
Fecha	<u>02-10-23</u>		
IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO			
Nombre y Apellido	<u>Maurin Sofia Cuervo</u>	Teléfono	<u>944925493</u>
Identificación	<u>1-108 644321</u>	Firma del usuario	<u>Maurin Sofia G.P.</u>

POR FAVOR MARQUE CON UNA X X Trilber Ceis Cuervo

A. - CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN







SEXO	M	<input checked="" type="checkbox"/>	F	PROCEDENCIA	RURAL	<input checked="" type="checkbox"/>	URBANA	EPS	
Habla otra idioma (Lengua Nativa)									
					SI	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	Requiere Traductor	
					SI	<input type="checkbox"/>	NO		

POR FAVOR MARQUE CON UNA X






Servicio para el cual acudió para ser atendido en la ESE Popayán:

- | | | | | | |
|---|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------|--------------------------|
| a. Consulta medica general | <input checked="" type="checkbox"/> | d. PVP por enfermeria | <input type="checkbox"/> | h. urgencias | <input type="checkbox"/> |
| b. Consulta odontologica y/o higiene oral | <input type="checkbox"/> | f. imágenes diagnosticas | <input type="checkbox"/> | i. hospitalización | <input type="checkbox"/> |
| c. laboratorio clinico | <input type="checkbox"/> | g. vacunación | <input type="checkbox"/> | j. Otro | <input type="checkbox"/> |
- ¿Cuál?

¿Como calificaria su experiencia global respecto a los servicios de salud que ha recibido en la ESE Popayán?

					
Muy Buena	Buena	Regular	Mala	Muy Mala	No Responde

¿Recomendaria a sus familiares y amigos esta IPS?

				
Definitivamente SI	Probablemente SI	Probablemente No	Definitivamente No	No responde

Si tiene algún comentario, por favor regístrelo aquí:

Por Favor Ser puntual en la atención medica
La Doctora Inona Rodriguez en Reiteradas ocasiones
llegar de clinica hoy son las 9:25 AM y el consultorio esta
cerrado



ENCUESTA DE SATISFACCIÓN GLOBAL CLIENTE EXTERNO

FSII-4

Versión: 5

Agosto de 2017

Página: 1 de 1

Para nosotros su percepción de la atención recibida en los servicios es muy importante, sus respuestas son confidenciales y se utilizan para mejorar

Punto de Atención Encuesta No

Fecha

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

Nombre y Apellido

Teléfono

Identificación

Firma del usuario

POR FAVOR MARQUE CON UNA X

A. - CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN

SEXO	M	F	PROCEDECENCIA	RURAL	URBANA	EPS
------	---	---	---------------	-------	--------	-----

Habla otra idioma (Lengua Nativa)

SI	NO
----	----

Requiere traductor

SI	NO
----	----

POR FAVOR MARQUE CON UNA X

Servicio para el cual acudió para ser atendido en la ESE Popayán:

- a. Consulta medica general
- b. Consulta odontologica y/o higiene oral
- c. laboratorio clinico
- d. PyP por enfermería
- e. urgencias
- f. imágenes diagnosticas
- g. vacunacion
- h. urgencias
- i. hospitalizacion
- j. Otro

¿Cuál?

¿Como calificaria su experiencia global respecto a los servicios de salud que ha recibido en la ESE Popayán?

Muy Buena	Buena	Regular	Mala	Muy Mala	No Responde

¿Recomendaria a sus familiares y amigos esta IPS?

Definitivamente Si	Probablemente Si	Regular	Probablemente No	Definitivamente No	No responde

Si tiene algún comentario, por favor registrelo aquí:



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

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

Sistema Gestión de Calidad

-FORMATO PQRS-

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

Fecha: 01 02 23 Hora: AM PM Lugar de atención: Caldono PQRS # _____
 (Espacio reservado para la E.S.E.)

NOMBRE COMPLETO (USUARIO): Nexa Viviana Tunubala
 TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD: R.C. T.I. C.C. C.E.
 NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 1193 036 922 CELULAR O FÍJO: _____
 SEXO: F M EPS: AFC REGIMEN DE SALUD: CONTRIBUTIVO SUBSIDIADO DIRECCIÓN: Ventanas
 BARRIO: _____ VEREDA: Ventana CORREO ELECTRÓNICO: _____

TIPO DE SOLICITUD: PETICIÓN QUEJA RECLAMO SUGERENCIA FELICITACIÓN

MOTIVO DE LA QUEJA Facturación SERVICIO _____

RELATO DE LOS HECHOS

Mi motivo es para pedir que si se puede que pongan otro facturador ya que dos se demoran mucho por lo menos cuando uno pasa por odontología nos mandan a facturar y luego nos tocan con los que facturan con laboratorio la cual muchos trabajamos y tenemos hijos las cuales atiende y solo sacamos un tiempo la cual se acaba

Anexa algún documento: SI NO ; describalo: _____

Firma: Nexa Viviana T

Y no alcanzan a atender a nuestros hijos con otro persona.

SI REQUIERE MÁS ESPACIO PUEDE CONTINUAR ATRÁS ➔



Sistema Gestión de Calidad

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

-FORMATO PQRS-

PSI-01

Versión 3

Fecha: Junio 2017

Página 2 de 2

Y no alcanzamos a dejar nuestros hijos con otra persona
la cual yo vengo de otro municipio y es portabilidad y a mi
me a parecido muy para personal para facturación esta es
mi petición espero que lo tomen en cuenta hay muchas personas
que no hablamos y por eso no nos toman en cuenta gracias por
su amable atención.

¡Gracias por utilizar nuestro canal de participación ciudadana!
Su solicitud será resuelta dentro del término legal establecido.

ESPACIO RESERVADO PARA LA E.S.E.

Calle 4 Carrera 14 esquina Barrio Valencia. Teléfono 8333000

Web: www.esepopayan.gov.co

E-mail: siiiauesepopayan@gmail.com

"Cada día un paso más hacia nuestro compromiso"



Sistema Gestión de Calidad

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

-FORMATO PQRS-

PSI-01
Versión 3
Fecha: Junio 2019

Página 1 de 2

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

Fecha: 18 11 22 Hora: 11:26 AM PM Lugar de atención: Consultorio 2 PQRS # _____
(Espacio reservado para la E.S.E.)

NOMBRE COMPLETO (USUARIO): Manuel Alejandro Velasco Guanas

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

NÚMERO DE IDENTIFICACION: 1007147140 CELULAR O FÍJO: _____

SEXO: F M EPS: aic REGIMEN DE SALUD: CONTRIBUTIVO SUBSIDIADO _____ DIRECCIÓN: UJ el pitail

BARRIO: _____ VEREDA: _____ CORREO ELECTRÓNICO: _____

TIPO DE SOLICITUD: PETICIÓN QUEJA RECLAMO SUGERENCIA FELICITACIÓN

MOTIVO DE LA QUEJA mala atención SERVICIO medico consultorio 2

RELATO DE LOS HECHOS
el medico jhon jairo Parcos no tiene ética profesional NO sabe atender al usuario no da información sobre su diagnóstico el pac le cuenta lo q pasa y el no responde nada en fin el pac solo entendio q tiene q tomar una pasta y ya NO fue claro q se debe lo q esta presentando

Anexa algun documento: SI NO ; describalo: ni q paso a seguir mas SU presentacion personal como medico
Firma: no es la odervada

SI REQUIERE MÁS ESPACIO PUEDE CONTINUAR ATRÁS >

OJO.

Por favor tener en cuenta
q la ips. llega gente q
necesita aclaracion sobre su
salud. donde el personal medico
debe ser claro

Por favor tener en cuenta
q' hoy soy yo y mañana
son muchos la salud
es primer dial y este
medico solo le importa
su salario es pero
respuesta

Manuel Alejandro
Velasco 321 9783094



Sistema Gestión de Calidad

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

-FORMATO PQRS-

PSI-01

Versión 3

Fecha: Junio 2019

Página 1 de 2

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

Fecha: **26** **10** **2019** Hora: **8:50** **PM** Lugar de atención: ESE CALDONO PQRS # _____
(Espacio reservado para la E.S.E.)

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

TIPO DE SOLICITUD: PETICIÓN QUEJA RECLAMO SUGERENCIA FELICITACIÓN

MOTIVO DE LA QUEJA _____ SERVICIO _____

RELATO DE LOS HECHOS

El día miércoles 26 de octubre llego al hospital a las 8:20 am a reclamar medicamentos y la farmaceuta no se encuentra en la farmacia, pregunto por ella en urgencia y me dicen que no ha llegado.

hemos personas que venimos exclusivamente a eso y no es justo esperar tanto tiempo por unos medicamentos.
Anexa algún documento: SI NO ; describalo: _____

Firma: S. L. Muñoz

SI REQUIERE MÁS ESPACIO PUEDE CONTINUAR ATRÁS >

o el horario de atención es después de las 9:00 am?
son las 9:00 y no llega.



Sistema Gestión de Calidad

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

-FORMATO PQRS-

PSI-01
Versión 3
Fecha: Junio 2019

Página 1 de 2

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

Fecha: 03 03 23 Hora: 12 14 AM PM Lugar de atención: urgencias PQRS # _____
(Espacio reservado para la E.S.E.)

NOMBRE COMPLETO (USUARIO): Dona Patricia Bectio chilo

TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:

R.C.

T.I.

C.C.

C.E.

NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 1060107817

CELULAR O FÍJO: _____

SEXO: F M

EPS: AIC

REGIMEN DE SALUD: CONTRIBUTIVO SUBSIDIADO

DIRECCIÓN: Delicias

BARRIO: _____

VEREDA: Delicias

CORREO ELECTRÓNICO: _____

TIPO DE SOLICITUD:

PETICIÓN

QUEJA

RECLAMO

SUGERENCIA

FELICITACIÓN

MOTIVO DE LA QUEJA _____

SERVICIO _____

RELATO DE LOS HECHOS el día de hoy 12/14 facturé para la toma de la monitoria y no entiendo la razón de la demora en esa toma de la monitoria ya que me demoraron demasiado, estuve puesta la monitoria durante una hora y media, nadie vino a verme y decidí llamar al Auxilio Rosa porque me colaborara durante los

Anexa algún documento: SI NO ; describalo: operatos, yo llamaba al Auxilio Rosa y

Firma: Dona Patricia Bectio chilo

SI REQUIERE MÁS ESPACIO PUEDE CONTINUAR ATRÁS >



Sistema Gestión de Calidad

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

-FORMATO PQRS-

PSI-01
Versión 3
Fecha: Junio 2017

Página 2 de 2

Por esta razón coloco esta queja para que tengan
mas cuidado con las atenciones a los embarazados
Vi tres Auxiliares de enfermeria una era moricelo y la
otra shoona, la otra no conosco el nombre,
espero se tenga en cuenta esta queja

Cl. 315 876 9498

¡Gracias por utilizar nuestro canal de participación ciudadana!
Su solicitud será resuelta dentro del término legal establecido.

ESPACIO RESERVADO PARA LA E.S.E.

Calle 4 Carrera 14 esquina Barrio Valencia. Teléfono 8333000

Web: www.esepopayan.gov.co

E-mail: siauesepopayan@gmail.com

"Calidad en Salud E.S.E. es nuestro compromiso"



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

PSI-01
Versión 3
Fecha: Junio 2019

Sistema Gestión de Calidad

-FORMATO PQRS-

Página 1 de 2

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

Fecha: 17 01 23 Hora: AM PM Lugar de atención: Hospital caldon o PQRS # _____
(Espacio reservado para la E.S.E.)

NOMBRE COMPLETO (USUARIO): Paula andrea trochez
TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD: _____ R.C. T.I. C.C. C.E.
NÚMERO DE IDENTIFICACION: 1060105868 CELULAR O FÍJO: _____
SEXO: F M EPS: _____ REGIMEN DE SALUD: CONTRIBUTIVO SUBSIDIADO DIRECCIÓN: _____
BARRIO: _____ VEREDA: Cortijo CORREO ELECTRÓNICO: _____

TIPO DE SOLICITUD: PETICIÓN QUEJA RECLAMO SUGERENCIA FELICITACIÓN

MOTIVO DE LA QUEJA _____ SERVICIO _____

RELATO DE LOS HECHOS

cordial saludo para felicitarlos. por tener de auxiliar Rosa Elena mensa. quien siempre que acudo al puesto de salud. siempre esido una señora muy cervicial no sola mente con buena actitud.

Anexa algun documento: SI NO ; describalo: _____

Firma: _____

SI REQUIERE MÁS ESPACIO PUEDE CONTINUAR ATRÁS >



Sistema Gestión de Calidad

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

-FORMATO PQRS-

PSI-01
Versión 3
Fecha: Junio 2017

Página 2 de 2

Si no que nos guía a todos los pacientes
demansra. muy amable. ojala concervaran estas
Personas que hacen muy bien su trabajo no sala-
mente con dedicación si no con amor.
ojala pudieran ascendela a un mejor puesto.
Por que ella atende mejor que una pefe o
medico. hace que uno se sienta agusto al
acudir a este servicio muchos gracias por
su atención

¡Gracias por utilizar nuestro canal de participación ciudadana!
Su solicitud será resuelta dentro del término legal establecido.

ESPACIO RESERVADO PARA LA E.S.E.



Sistema Gestión de Calidad

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

-FORMATO PQRS-

PSI-01

Versión 3

Fecha: Junio 2019

Página 1 de 2

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

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

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

TIPO DE SOLICITUD: PETICIÓN QUEJA RECLAMO SUGERENCIA FELICITACIÓN

MOTIVO DE LA QUEJA _____ SERVICIO _____

RELATO DE LOS HECHOS

Anexa algún documento: SI NO ; describalo: _____

Firma: _____

SI REQUIERE MÁS ESPACIO PUEDE CONTINUAR ATRÁS ➔

PSI-01

gjo

medico

Jhon Jairo

tenga encuesta q"

Ud debe atender con

Servicio de Vocacion

Si no dele la oportunidad

a otro q" si la tiene

muy mala su atencion

Manuel

velasco 3218783094



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

PSI-01
 Versión 3
 Fecha: Junio 2019

Página 1 de 2

Sistema Gestión de Calidad

-FORMATO PQRS-

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

Fecha: DIA MES AÑO Hora: AM PM Lugar de atención: Hospital caldono PQRS # 222
(Espacio reservado para la E.S.E.)

NOMBRE COMPLETO (USUARIO): Paula andrea Trochez cerón
 TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD: _____ R.C. T.I. C.C. C.E.
 NÚMERO DE IDENTIFICACION: 1060103868 CELULAR O FÍJO: 3243541939
 SEXO: F M EPS: _____ REGIMEN DE SALUD: CONTRIBUTIVO SUBSIDIADO DIRECCIÓN: _____
 BARRIO: _____ VEREDA: cortijo CORREO ELECTRÓNICO: paulatrocet@gmail.com

TIPO DE SOLICITUD: PETICIÓN QUEJA RECLAMO SUGERENCIA FELICITACIÓN

MOTIVO DE LA QUEJA _____ SERVICIO _____

RELATO DE LOS HECHOS Gordial Saludo. Para dirigirme al director del hospita. el día martes 17 de enero del 2023. La señora Gabriela valbuena molano Enfermera rural. de manera muy grosera. Estaba cuando le tocaban la puerta. responde con explisitas palabras diciendo. no me molesten. estoy ocupada. y le sierran la puerta an la cara. estube esperando una hora. y no me.

Anexa algun documento: SI NO ; describalo: _____

Firma: _____

SI REQUIERE MÁS ESPACIO PUEDE CONTINUAR ATRÁS >



Sistema Gestión de Calidad

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

-FORMATO PQRS-

PSI-01

Versión 3

Fecha: Junio 2017

Página 2 de 2

atendió no fue con un solo paciente a todas las
pacientes que le tocaban la puerta. fue muy grosera
con ellas por ese motivo me fui y no quise que me
atendiera la señora. me senti irrespetada, por que no
solo mente te abla de malagana, si no que su mirada
transmite rabia. muchas gracias por su tiempo y
su atención Dios Los bendiga,

¡Gracias por utilizar nuestro canal de participación ciudadana!
Su solicitud será resuelta dentro del término legal establecido.

ESPACIO RESERVADO PARA LA E.S.E.



ENCUESTA DE SATISFACCIÓN GLOBAL CLIENTE EXTERNO

FSII-4
Versión: 5
Agosto de 2017
Página: 1 de 1

Para nosotros su percepción de la atención recibida en los servicios es muy importante, sus respuestas son confidenciales y se utilizan para mejorar

Punto de Atención **6 Cebano** Encuesta No _____
 Fecha **16 febrero 2018**
 IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO
 Nombre y Apellido **Nora Aide Feininder** Teléfono **318884773**
 Identificación **25351987** Firma del usuario **X Nora Aide F.**

POR FAVOR MARQUE CON UNA X

A. - CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN

SEXO	M	<input checked="" type="checkbox"/>	F	<input type="checkbox"/>
PROCEDENCIA	RURAL	<input checked="" type="checkbox"/>	URBANA	<input type="checkbox"/>
EPS	Asmet	<input type="checkbox"/>	Asmet	<input type="checkbox"/>
Habla otra idioma (Lengua Nativa)	SI	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Requiere traductor	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input checked="" type="checkbox"/>

POR FAVOR MARQUE CON UNA X

Servicio para el cual acudió para ser atendido en la ESE Popayán:

- a. Consulta medica general d. Pyp por enfermeria h. urgencias
 - b. Consulta odontologica y/o higiene oral f. imágenes diagnosticas i. hospitalización
 - c. laboratorio clinico g. vacunación j. Otro
- ¿Cuál? _____

¿Como calificaria su experiencia global respecto a los servicios de salud que ha recibido en la ESE Popayán?

Muy Buena		Buena		Regular		Mala		Muy Mala		No Responde	
-----------	--	-------	--	---------	--	------	--	----------	--	-------------	--

¿Recomendaría a sus familiares y amigos esta IPS?

Definitivamente SI		Probablemente SI		Probablemente NO		Definitivamente NO		No responde	
--------------------	--	------------------	--	------------------	--	--------------------	--	-------------	--

Si tiene algún comentario, por favor regístrelo aquí:

*El Doctor Manuel fue muy grosero con mi go
por que le pite que me ordenara una examente y seroga*

que para que si me lo necesitaba que por eso peticio

ya va quitar todo esto fue demeraciado grosero



ENCUESTA DE SATISFACCIÓN GLOBAL CLIENTE EXTERNO

FSII-4

Versión: 5

Agosto de 2017-

Página: 1 de 1

Para nosotros su percepción de la atención recibida en los servicios es muy importante, sus respuestas son confidenciales y se utilizan para mejorar

Punto de Atención	Encuesta No
Fecha	
IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO	
Nombre y Apellido	Teléfono
Identificación	Firma del usuario

POR FAVOR MARQUE CON UNA X

A. - CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN

SEXO	M	F	PROCEDENCIA	RURAL	URBANA	EPS	
Habla otra idioma (Lengua Nativa)	SI	NO	Requiere traductor	SI	NO		

POR FAVOR MARQUE CON UNA X

Servicio para el cual acudió para ser atendido en la ESE Popayán:

- a. Consulta medica general d. Pyp por enfermería h. urgencias
- b. Consulta odontologica y/o higiene oral f. imágenes diagnosticas i. hospitalización
- c. laboratorio clinico g. vacunación j. Otro

¿Cuál?

¿Como calificaria su experiencia global respecto a los servicios de salud que ha recibido en la ESE Popayán?

Muy Buena	Regular	Mala	No Responde

¿Recomendaria a sus familiares y amigos esta IPS?

Definitivamente Si	Probablemente Si	Probablemente No	No responde

Si tiene algún comentario, por favor registrelo aquí: