
	HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN RAFAEL E.S.E. VALLE DEL CAUCA Nit: 891900441-1		Página 1 de 2
	SIAU		CÓDIGO: 1 VERSION: 0.0

**FORMATO DE RECEPCIÓN DE QUEJAS, RECLAMOS Y SUGERENCIAS
FORMATO 1**

N° _____ Fecha: _____ Hora: _____

Nombre del usuario: _____

Documento de identificación: _____ Edad: _____

Sexo: ____ Dirección: _____ Tel: _____

E –mail: _____ Procedencia: _____

Seguridad social: _____

Nombre del funcionario a quien dirige la PQRS: _____

Área o servicio al cual se dirige la PQRS: _____

Tipo de PQRS: ____ Finalidad: _____

Descripción de los hechos _____

Documentos anexos _____

Medida tomada _____

Firma usuario

Firma funcionario que recibe la PQRS