
	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  
BUZÓN  
FORMATO 2**

N° \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

**FUNCIONARIO QUE LO ATENDIO:** \_\_\_\_\_

**Descripción de los hechos** \_\_\_\_\_

---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---

**Nombre del usuario:** \_\_\_\_\_

**Documento de identificación:** \_\_\_\_\_ **Edad:** \_\_\_\_\_

**Dirección:** \_\_\_\_\_ **Tel:** \_\_\_\_\_

**E –mail:** \_\_\_\_\_ **Procedencia:** \_\_\_\_\_

**Seguridad social:** \_\_\_\_\_