

	HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN RAFAEL E.S.E. VALLE DEL CAUCA Nit: 891900441-1				
	FORMATO DE RECEPCIÓN DE QUEJAS, RECLAMOS Y SUGERENCIAS				
	CÓDIGO: P-GDG 01	VERSIÓN: 2	FECHA: 20/03/2018	TRD: 32-27-04	

FORMATO DE RECEPCIÓN DE QUEJAS, RECLAMOS Y SUGERENCIAS

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