

SISTEMA DE INFORMACIÓN Y ATENCIÓN AL USUARIO
FORMULACIÓN DE QUEJAS Y RECLAMOS

No RADICACIÓN _____

FECHA _____ CONVENIO _____

TIPO **AFILIADO** **BENEFICIARIO** **PENSIONADO** **OTRO**

1. INFORMACIÓN BÁSICA

NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO _____

No. CEDULA _____ DIRECCIÓN(RESIDENCIA) _____

TELEFONO _____ MUNICIPIO _____ DEPARTAMENTO _____

LUGAR DE TRABAJO _____ TELEFONO _____ CIUDAD _____

CORREO ELECTRÓNICO _____

2. SERVICIO MÉDICO - MOTIVO DEL RECLAMO

MEDICINA GENERAL ODONTOLOGÍA MEDICINA ESPECIALIZADA HOSPITALIZACIÓN

CIRUGÍA LABORATORIO CLÍNICO AYUDAS DIAGNÓSTICAS URGENCIAS

ENTREGA DE MEDICAMENTOS OTROS (Cuáles?) _____

3. FUNDAMENTO DE LA QUEJA

4. RELACIONE Y ANEXE LAS FOTOCOPIAS O DOCUMENTOS QUE SOPORTAN SU QUEJA

5. SUGERENCIAS PARA MEJORAR EL SERVICIO - OBJETO DEL RECLAMO

6. TRÁMITE

A. FECHA RECEPCIÓN DE DOCUMENTOS _____	B. FECHA TRÁMITE DE AUDITORIA MÉDICA DE LA ENTIDAD _____	C. FECHA DE RESPUESTA AL USUARIO _____
--	--	--

CARGO DEL FUNCIONARIO QUE DILIGENCIA LA RESPUESTA _____

 FIRMA - FECHA - HORA DE RADICACIÓN

 FIRMA DEL USUARIO