



<b>SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD</b>	<b>VERSION</b>	1
<b>CLINICA CARDIOVASCULAR DEL CARIBE</b>	<b>CODIGO</b>	SIAU-FOR-15
<b>PETICIONES, QUEJAS, RECLAMOS Y SUGERENCIAS</b>	<b>PAG</b>	1

Fecha de radicación:

Es usted?      Paciente        Familiar   

Nombres y apellidos: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_

N° Cédula: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

EPS: \_\_\_\_\_

**MARQUE CON UNA "X" EL SERVICIO MOTIVO DE SU P.Q.R.S.F.**

Consulta ambulatoria \_\_\_\_\_ Hospitalización \_\_\_\_\_ UCI \_\_\_\_\_ Cirugía \_\_\_\_\_

**TIPO DE COMUNICADO**

Queja \_\_\_\_\_ Reclamo \_\_\_\_\_ Sugerencia \_\_\_\_\_ Felicitación \_\_\_\_\_ Otro: \_\_\_\_\_

**A CONTINUACIÓN DESCRIBA DE FORMA DETALLADA LOS MOTIVOS POR LOS QUE DESEA INSTAURAR SU QUEJA, RECLAMO, SUGERENCIA O FELICITACIÓN.**

PQRSF Registrada: Personalmente \_\_\_\_\_ Buzón de sugerencias \_\_\_\_\_ Telefónicamente: \_\_\_\_\_ Correo @ \_\_\_\_\_

FIRMA DE QUIEN COLOCA LA QUEJA: \_\_\_\_\_

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_

**TRAMITE**

FECHA DE RECEPCIÓN: \_\_\_\_\_

FECHA DE RESPUESTA: \_\_\_\_\_

RESUMEN DE LA RESPUESTA:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

FIRMA DEL FUNCIONARIO RESPONSABLE \_\_\_\_\_

N° \_\_\_\_\_