



FORMATO DE PETICIONES, QUEJAS, RECLAMOS, Y SUGERENCIAS EN SALUD												
NUMERO DE RADICADO:								FECHA DE RADICADO:		DD	MM	AAAA
TIPO DE SOLICITUD: Petición: <input type="radio"/> Queja: <input type="radio"/> Reclamo: <input type="radio"/> Solicitud: <input type="radio"/> Sugerencia: <input type="radio"/>												
DATOS DE QUIEN PRESENTA PETICIÓN QUEJA, RECLAMO Y SUGERENCIA												
Nombres:						Apellidos:						
Tipo de Documento de Identidad. Cedula de Ciudadanía: <input type="checkbox"/> Registro Civil: <input type="checkbox"/> Tarjeta de Identidad: <input type="checkbox"/> Cedula de Extranjería: <input type="checkbox"/>						Número de Identificación.			EDAD: <input type="text"/> <input type="text"/>			
Dirección de Residencia:						Municipio:						
INFORMACIÓN DE CORRESPONDENCIA:												
Dirección:						Correo electrónico:						
Nombres y Apellidos del afectado: (si es diferente al peticionario)						Tipo y Numero de Identificación						
MOTIVO Y ENTIDAD DE QUIEN SE QUEJA, RECLAMA O SUGIERE												
Orientación en la oficina de atención al usuario: <input type="checkbox"/>						Insatisfacción asignación de citas <input type="checkbox"/>						
insatisfacción al trato recibido: <input type="checkbox"/>						Insatisfacción afiliación - Novedad <input type="checkbox"/>						
Insatisfacción de suministro de medicamentos: <input type="checkbox"/>						Prestación de servicios de salud <input type="checkbox"/>						
Insatisfacción de autorización de procedimientos: otros: _____						Cual: _____						
ENTIDAD INVOLUCRADA Y REGIMEN DE SALUD AFECTADO:												
Nombre entidad:						RS: <input type="checkbox"/> RC: <input type="checkbox"/> RE: <input type="checkbox"/> PNA: <input type="checkbox"/>						
Contenido:												



Documentos anexos soportes : (descripción y número de folios)		Fecha de los Hechos		
		DD	MM	AA
SUGERENCIAS PARA MEJORAR EL SERVICIOS OBJETO DE LA QUEJA, RECLAMO :				
Firma del petionario:		No. de documento:		
QUEJA VERBA: (Constancia –razones por la cual presenta la PQR)				
ESPACIO PARA LA COORDINACIÓN DE SALUD MUNICIPAL				
Funcionario quien recibe y responsable del traslado de la PQR:		Cargo:	Firma:	
TRAMITE REALIZADO: Coordinación de Salud: <input type="checkbox"/> Traslado Oficina de la EPS: <input type="checkbox"/> Traslado a la IPS: <input type="checkbox"/> Traslado a otro: <input type="checkbox"/> Cual: _____		Solución inmediata <input type="checkbox"/> Respuesta dada al usuario: <input type="checkbox"/> Solución Verbal <input type="checkbox"/>	Fecha de Tramite	Medio de Recepción: Personal: <input type="checkbox"/> Buzón: <input type="checkbox"/> Verbal <input type="checkbox"/>