SEÑOR USUARIO DE SU PERCEPCIÓN DEL SERVICIO DEPENDE EL MEJORAMIENTO CONTINUO DE NUESTRO HOSPITAL.
"Todos somos salud"

Fecha: _____ **Consecutivo No** _____

TIPO DE MANIFESTACIÓN MARQUE CON UNA "X"

Petición ☐ Queja ☐ Reclamo ☐ Sugerencia ☐ Felicitación ☐

CAUSA DE LA QUEJA

Aseguramiento ☐ Administrativa ☐ Prestación del Servicio ☐

Infraestructura ☐ Recurso humano ☐ Procesos y procedimientos ☐

DESCRIPCIÓN

Describa el asunto de esta comunicación, manifestando claramente los hechos en forma concreta

(De requerir espacio adicional para la descripción de los hechos se su petición, puede continuar al respaldo)

NOTA Recuerde que su solicitud también puede ser ANÓNIMA. De ser así, por favor no suministre sus datos personales, de lo contrario se entenderá que ha consentido la revelación de sus datos personales o privados (Parágrafo artículo 18 Ley 1712 de 2014.)

INFORMACIÓN GENERAL DEL SOLICITANTE

Nombre _____ Documento No _____
Dirección _____ Teléfono _____
E- mail _____ E.P.S _____

ESTE DOCUMENTO ES PROPIEDAD DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN VICENTE DE RAMIRIQUÍ Y LA INFORMACIÓN QUE POSEE ES CONFIDENCIAL. SU REPRODUCCIÓN ESTARÁ DADA A TRAVÉS DE COPIAS AUTORIZADAS POR COORDINACIÓN DEL SISTEMA DE GARANTÍA DE CALIDAD.