

	TIRILLA PARA APERTURA DE BUZÓN DE SUGERENCIAS	CODIGO	SIU-S2-F10
		VERSION	2
		VIGENCIA	25/04/2019
		PAGINA 1 DE 2	


Centro de salud: (1) _____ Fecha de apertura de buzón (2) _____ Hora (3) _____
 Fecha de retiro de tirilla (4) _____ Firma de Responsable de la oficina del SIAU (5) _____
 Nombre del representante de la asociación: (6) _____ CC (7) _____
 Nombre del representante alianza : (8) _____ CC (9) _____
 Nombre del usuario testigo : (10) _____ CC (11) _____

	TIRILLA PARA APERTURA DE BUZÓN DE SUGERENCIAS	CODIGO	SIU-S2-F10
		VERSION	2
		VIGENCIA	25/04/2019
		PAGINA 1 DE 2	


Centro de salud: (1) _____ Fecha de apertura de buzón (2) _____ Hora (3) _____
 Fecha de retiro de tirilla (4) _____ Firma de Responsable de la oficina del SIAU (5) _____
 Nombre del representante de la asociación: (6) _____ CC (7) _____
 Nombre del representante alianza : (8) _____ CC (9) _____
 Nombre del usuario testigo : (10) _____ CC (11) _____

	TIRILLA PARA APERTURA DE BUZÓN DE SUGERENCIAS	CODIGO	SIU-S2-F10
		VERSION	2
		VIGENCIA	25/04/2019
		PAGINA 1 DE 2	


Centro de salud: (1) _____ Fecha de apertura de buzón (2) _____ Hora (3) _____
 Fecha de retiro de tirilla (4) _____ Firma de Responsable de la oficina del SIAU (5) _____
 Nombre del representante de la asociación: (6) _____ CC (7) _____
 Nombre del representante alianza : (8) _____ CC (9) _____
 Nombre del usuario testigo : (10) _____ CC (11) _____

	TIRILLA PARA APERTURA DE BUZÓN DE SUGERENCIAS	CODIGO	SIU-S2-F10
		VERSION	2
		VIGENCIA	25/04/2019
		PAGINA 1 DE 2	


Centro de salud: (1) _____ Fecha de apertura de buzón (2) _____ Hora (3) _____
 Fecha de retiro de tirilla (4) _____ Firma de Responsable de la oficina del SIAU (5) _____
 Nombre del representante de la asociación: (6) _____ CC (7) _____
 Nombre del representante alianza : (8) _____ CC (9) _____
 Nombre del usuario testigo : (10) _____ CC (11) _____

	TIRILLA PARA APERTURA DE BUZÓN DE SUGERENCIAS	CODIGO	SIU-S2-F10
		VERSION	2
		VIGENCIA	25/04/2019
		PAGINA 1 DE 2	

Centro de salud: (1) _____ Fecha de apertura de buzón (2) _____ Hora (3) _____
 Fecha de retiro de tirilla (4) _____ Firma de Responsable de la oficina del SIAU (5) _____
 Nombre del representante de la asociación: (6) _____ CC (7) _____
 Nombre del representante alianza : (8) _____ CC (9) _____
 Nombre del usuario testigo : (10) _____ CC (11) _____

	TIRILLA PARA APERTURA DE BUZÓN DE SUGERENCIAS	CODIGO	SIU-S2-F10
		VERSION	2
		VIGENCIA	25/04/2019
		PAGINA 1 DE 2	

Centro de salud: (1) _____ Fecha de apertura de buzón (2) _____ Hora (3) _____
 Fecha de retiro de tirilla (4) _____ Firma de Responsable de la oficina del SIAU (5) _____
 Nombre del representante de la asociación: (6) _____ CC (7) _____
 Nombre del representante alianza : (8) _____ CC (9) _____
 Nombre del usuario testigo : (10) _____ CC (11) _____

	FORMATO		CODIGO	SIU-S2-F10
	TIRILLA PARA APERTURA DE BUZÓN DE SUGERENCIAS		VERSION	2
			VIGENCIA	25/04/2019
			PAGINA 2 DE 2	

**INSTRUCTIVO PARA DILIGENCIAR EL FORMATO
"TIRILLA PARA APERTURA DE BUZÓN DE SUGERENCIAS "**

OBJETIVO: Realizar un oportuno registro de la tirilla de una forma organizada.

ALCANCE: Aplica para el personal SIAU encargado de realizar la apertura de Buzón de sugerencias

Para el diligenciamiento correcto del formato tenga en cuenta lo siguiente:

- (1): Registre el nombre de la sede de la E.S.E. Carmen Emilia Ospina en que se realiza la apertura de buzón de sugerencias.
- (2) Registre en número el día, mes y año en que se realiza la apertura de buzón de sugerencias.
- (3) Registre la hora en que se realiza la apertura de buzón de sugerencias.
- (4) Registre el día, mes y año del retiro de la tirilla
- (5) Registre el nombre(s) y apellido(s) completo de la persona que realiza la apertura de buzón por parte del área SIAU.
- (6) Registre el nombre(s) y apellido(s) completo del representante de la asociación.
- (7) Registre el número de cédula de ciudadanía perteneciente al representante de la asociación.
- (8) Registre el nombre(s) y apellido(s) completo del representante de la Alianza.
- (9) Registre el número de cédula de ciudadanía perteneciente al representante de la Alianza.
- (10) Registre el nombre(s) y apellido(s) completo del usuario testigo.
- (11) Registre el número de cédula de ciudadanía perteneciente al usuario testigo.

CONTROL DE CAMBIOS		
Versión	Descripción el Cambio	Fecha de aprobación
1	Elaboración del documento: Con la finalidad de obtener una mejora continua dentro del subproceso " Monitoreo de servicio "	17/08/2018
2	Modificación del documento: - Incorporación del campo: Fecha de retiro de tirilla	25/04/2019
Nombre: Sandra Velásquez A Cargo: Auxiliar área de la salud	Nombre: Mónica Bibiana Martínez Cargo: Coordinadora de Calidad	Nombre: Erika Paola Losada Cargo: Gerente
Elaboró	Revisó	Aprobó