



FORMATO		CÓDIGO	SIU-S2-F7
QUEJAS Y RECLAMOS		VERSIÓN	5
		VIGENCIA	10/11/2020
		PÁGINA 1 DE 1	

Su opinión nos permitirá mejorar, crecer y brindar una atención eficiente y oportuna de excelente calidad, a todos los usuarios que demanden una atención.

SEDE: _____ **SERVICIO:** _____

FECHA: _____ **HORA DEL HECHO:** _____

NOMBRE: _____ **DOCUMENTO DE IDENTIDAD:** _____

E.P.S: _____ **E-MAIL:** _____

DIRECCIÓN: _____ **TELÉFONO:** _____

Porfavor marcar con una (x), según su condición

ETNIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	INDIGENA	ROOM O GITANO	AFROCOLOMBIANO	
CONDICION	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	POBL. VICTIMA CONFLICTO	ADULTO MAYOR	EMBARAZADA	POBL. RURAL
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	LGTBI	DISCAPACIDAD	NIÑO (A)	RED UNIDOS

TIPO DE MANIFESTACIÓN: Petición Queja Reclamo Sugerencia Felicitaciones

CRITERIO DE CALIDAD AFECTADO:	<input type="checkbox"/> Continuidad	<input type="checkbox"/> Pertinencia	<input type="checkbox"/> Seguridad
	<input type="checkbox"/> Oportunidad	<input type="checkbox"/> Accesibilidad	

HORA DEL HECHO : _____

DESCRIPCIÓN DE SOLICITUD:

FIRMA _____