



# ESE HOSPITAL SAN JOSÉ DE LA PALMA

Código: PM-S-  
FPQRSF-01

Proceso SIAU

Versión: 2.0

FORMATO PQRSF

Fecha de  
Aprobación  
01/11/2017

FORMATO DE REPORTE DE PETICIONES, QUEJAS, RECLAMOS, SUGERENCIAS Y FELICITACIONES

NOMBRE: \_\_\_\_\_  
Documento de identidad: \_\_\_\_\_ Teléfono (celular o fijo): \_\_\_\_\_  
Dirección y ciudad: \_\_\_\_\_  
Correo electrónico \_\_\_\_\_

### SERVICIO RECIBIDO:

Consulta Médica _____	Odontología _____	Urgencias _____
Rayos X _____	Hospitalización _____	Nutrición _____
Farmacia _____	Laboratorio _____	Área administrativa _____
Vacunación _____	SIAU _____	Facturación _____
Enfermería _____	Pre consulta _____	

FECHA DEL EVENTO: \_\_\_\_\_ FUNCIONARIO RESPONSABLE \_\_\_\_\_

PETICIÓN  QUEJA  RECLAMO  SOLICITUD  FELICITACIONES

Describe en sus palabras lo ocurrido y sus comentarios: \_\_\_\_\_

---



---



---



---



---



---



---



---



---



---

Estimado Usuario: La E.S.E Hospital San José de La Palma agradece su comunicación porque nos permite mejorar nuestros servicios. Su solicitud de mejora será estudiada y resuelta a la mayor brevedad posible.

GERENCIA

\_\_\_\_\_  
Firma y número de documento