



E.S.E HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS
NIT 846.000.471 – 5

FORMATO DE PQRSF

| | | | | | | | | |
|--|---------|------------|------|-------------------------|---------------------|--------------------|--------------|-------------|
| NOMBRE: _____ | | | | AFILIACIÓN A EPS: _____ | | PROCEDENCIA | | |
| IDENTIFICACIÓN: _____ | | | | RÉGIMEN | | URBANA | RURAL | |
| DIRECCIÓN: _____ | | | | SUBSIDIADO | CONTRIBUTIVO | | | |
| TELÉFONO: _____ | | | | | O | | | |
| CORREO ELECTRÓNICO: _____ | | | | | | | | |
| POBLACION A LA CUAL PERTENECE | | | | | | | | |
| ETNIA | | | | VICTIMA | DISCAPACIDAD | ADULTO | NNAJ | OTRO |
| Colono | Mestizo | Indígena | Afro | | AD | MAYOR | | |
| | | | | | | | | |
| SERVICIO RECIBIDO: Consulta Médica: _____ Hospitalización: _____ Urgencias: _____ Odontología: _____ Laboratorio: _____ Recepción: _____ Farmacia: _____ Consulta Especializada: _____ | | | | | | | | |
| CONSULTA EXTERNA: PYM: _____ Crecimiento y Desarrollo: _____ Citologías: _____ Vacunación: _____ SIAU: _____ Facturación: _____ | | | | | | | | |
| AREA ADMINISTRACION: _____ DEPENDENCIA: _____ | | | | | | | | |
| FECHA | | DEL | | EVENTO: _____ | | FUNCIONARIO | | |
| RESPONSABLE: _____ | | | | | | | | |
| DESCRIPCION: PETICIÓN: _____ QUEJA: _____ RECLAMO: _____ SOLICITUD: _____ FELICITACIÓN: _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ | | | | | | | | |