	HOSPITAL REGIONAL DE SOGAMOSO E.S.E.	**CÓDIGO:** D-AUS-FT-002
		VERSIÓN: 02
	ACTA DE APERTURA DE BUZONES	**FECHA:** 06/07/2023
	FORMATO	**PÁGINA 1**

N° DE ACTA _____	**ACTA DE APERTURA DE BUZONES DE SUGERENCIAS**		
FECHA DE APERTURA		**SEDE**	
UBICACIÓN DEL BUZÓN			

CLASIFICACIÓN DE INSTRUMENTOS					
N° PETICIONES	**N° QUEJAS**	**N° RECLAMOS**	**N° SUGERENCIAS**	**No. DENUNCIAS**	**N° FELICITACIONES**

TESTIGOS		
NOMBRE COMPLETO	**N° DE DOCUMENTO**	**FIRMA**

OBSERVACIONES	

ORIGINAL