	HOSPITAL REGIONAL DE SOGAMOSO E.S.E		CÓDIGO: D-AUS-FT-001
			VERSIÓN: 02
	PETICIONES, QUEJAS, RECLAMOS, SUGERENCIAS, DENUNCIAS Y/O FELICITACIONES		FECHA: 06/07/2023
	FORMATO		PÁGINA 1

SEÑOR USUARIO RECUERDE EL DEBIDO DILIGENCIAMIENTO DE ESTE FORMATO YA QUE NOS PERMITE MEJORAR LA CALIDAD DE NUESTROS SERVICIOS OFERTADOS

- PETICIÓN
- QUEJA
- RECLAMO
- SUGERENCIA
- FELICITACIÓN
- DENUNCIA


DILIGENCIADO TRANSCRITO

SERVICIO AL CUAL SE REFIERE: _____ PERSONA A QUIEN SE REFIERE: _____
 DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PRESENTADA: _____

SUGERENCIA: _____

FECHA: _____ NOMBRE: _____ DIRECCIÓN: _____ TELÉFONO: _____ E-MAIL: _____

“SU OPINIÓN ES MUY IMPORTANTE PARA NOSOTROS “GRACIAS POR SU CONTRIBUCIÓN

	HOSPITAL REGIONAL DE SOGAMOSO E.S.E		CÓDIGO: D-AUS-FT-001
			VERSIÓN: 02
	PETICIONES, QUEJAS, RECLAMOS, SUGERENCIAS, DENUNCIAS Y/O FELICITACIONES		FECHA: 06/07/2023
	FORMATO		PÁGINA 1

SEÑOR USUARIO RECUERDE EL DEBIDO DILIGENCIAMIENTO DE ESTE FORMATO YA QUE NOS PERMITE MEJORAR LA CALIDAD DE NUESTROS SERVICIOS OFERTADOS

- PETICIÓN
- QUEJA
- RECLAMO
- SUGERENCIA
- FELICITACIÓN
- DENUNCIA

DILIGENCIADO TRANSCRITO

SERVICIO AL CUAL SE REFIERE: _____ PERSONA A QUIEN SE REFIERE: _____
 DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PRESENTADA: _____

SUGERENCIA: _____

FECHA: _____ NOMBRE: _____ DIRECCIÓN: _____ TELÉFONO: _____ E-MAIL: _____

“SU OPINIÓN ES MUY IMPORTANTE PARA NOSOTROS “GRACIAS POR SU CONTRIBUCIÓN