



FO-PE-80

## FORMATO DE RADICACIÓN DE (PQRS) PETICIONES, QUEJAS, RECLAMOS Y SUGERENCIAS

SEÑOR AFILIADO SU OPINIÓN ES NUESTRA MEJOR MEDICIÓN,  
CUENTE CON NOSOTROS PARA BRINDARLE EL SERVICIO QUE  
SE MERECE.

Por favor diligencie el siguiente formato:

<b>FECHA:</b>	<b>DÍA:</b>	<b>MES:</b>	<b>AÑO:</b>	<b>HORA:</b>
<b>NOMBRE DE LA EPS:</b>				
<b>CIUDAD MUNICIPIO:</b>			<b>DEPARTAMENTO:</b>	

### 1. DATOS DEL AFILIADO:

<b>NOMBRES Y APELLIDOS</b>				
<b>TIPO DE IDENTIFICACIÓN</b>	<b>NUMERO DE IDENTIFICACIÓN</b>	<b>CELULAR</b>		
CC___ PA___ CE___ RC___ TI___				
<b>TELEFONO RESIDENCIA</b>	<b>TELÉFONO OFICINA</b>	<b>CORREO ELECTRÓNICO</b>		
<b>DIRECCIÓN RESIDENCIA</b>	<b>MUNICIPIO</b>	<b>DEPARTAMENTO</b>		

### 2. DATOS DEL RECLAMANTE

Si quien interpone la queja es una persona diferente al afiliado por favor diligencie la siguiente información:

<b>NOMBRES Y APELLIDOS</b>			
<b>TIPO DE IDENTIFICACIÓN</b>	<b>NUMERO DE IDENTIFICACIÓN</b>	<b>CELULAR</b>	
CC___ PA___ CE___			
<b>TELEFONO RESIDENCIA</b>	<b>TELEFONO OFICINA</b>	<b>CORREO ELECTRÓNICO</b>	
<b>DIRECCIÓN RESIDENCIA</b>	<b>MUNICIPIO</b>	<b>DEPARTAMENTO</b>	
<b>PARENTESCO CON EL AFILIADO</b>		<b>OTRO</b>	

### 3. INCONFORMIDAD:

Marque con una "x" el concepto que más se relacione con su inconformidad

Demora en la asignación de cita de medicina general		Demora o maltrato en la atención del personal administrativo	
Demora en la asignación de cita de medicina especializada		Demora o maltrato en la atención del médico tratante	
Demora en la autorización de servicios médicos		Cambio de IPS no solicitada	
Demora en la entrega de resultados de laboratorio		Dificultad en la atención telefónica con la IPS	
Cobro de cuotas moderadoras y pagos		Usuario no aparece registrado en base de datos	
Otra. Cuál?			

### 4. COMENTARIOS DEL USUARIO (amplíe los hechos):

¿Cuándo sucedieron los hechos?	¿Dónde sucedieron los hechos?	Si hay un colaborador implicado menciónelo
<b>Descripción breve de los hechos:</b>		

### 5. SUGERENCIAS DEL AFILIADO:

--

### 6. FELICITACIONES:

--

**FIRMA DEL AFILIADO:** \_\_\_\_\_  
C.C.