FORMATO RECEPCION DE QUEJAS, PETICIONES, RECLAMOS Y/O SUGERENCIAS

Un espacio creado pensando en Usted, gracias por ayudarnos a ofrecerle un mejor servicio.

FECHA: _____

DATOS PERSONALES:

NOMBRE Y APELLIDOS: _____
No. IDENTIFICACION: _____
DIRECCION: _____
TELEFONO: _____

LUGAR Y/O SERVICIO DONDE SE ORIGINO LA QUEJA, RECLAMO O SUGERENCIA:

_____

DESCRIPCION:_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

_____
FIRMA

VIGILADO Supersalud