



Nit: [43 0344447-1](https://www.estratgia.com.co/registro-nit/43-0344447-1)

FORMATO PARA EL TRAMITE DE PQRS-F

RAZÓN SOCIAL	REGISTRO DE QUEJAS O RECLAMOS	Codigo Version Vigencia
fecha		consecutivo:
INFORMACION DE QUIEN MANIFIESTA LA QUEJA		
NOMBRES Y APELLIDOS:		CC.
TELÉFONOS:		CEL:
DIRECCION:		BARRIO:
CORREO ELECTRONICO:		
Paciente _____ Acompañante _____ Familiar _____ Otro _____ Cual _____		
DATOS DEL PACIENTE		
NOMBRES Y APELLIDOS:		
DOCUMENTO DE IDENTIDAD: cc. _____ Ti. _____ Rc. _____ Ce. _____ Numero: _____		
MÉDICO TRATANTE:		
EPS:	MEDICINA PREPAGADA:	PARTICULAR:
TIPO DE ATENCION:	AMBULATORIA _____	HOSPITALARIA _____
MEDIO POR EL CUAL SE PLANTEA LA QUEJA		
PERSONALIZADA _____	CORREO ELECTRONICO _____	ENCUESTA _____
DESCRIPCION DE LA PQRS-F		
FIRMA QUIEN PLANTEA LA QUEJA: _____		RECIBIDO POR: _____
DOCUMENTOS ANEXOS A LA QUEJA		
1.		
2.		
DIRECCIONAMIENTO DE LA PQRS-F		
FECHA	PROCESO	REFERENCIA DEL RECLAMO