

	FORMATO	VERSION: 6
PQRSDF		FECHA: 04/09/2021

¡ Nos interesa conocer su opinión! Lo invitamos a manifestar su agrado o inconformidad con los servicios ofrecidos en la E.S.E Centro de rehabilitación integral de Boyacá

Marque con una x su tipo de PQRSDF

<input type="checkbox"/>	PETICIÓN: Es toda expresión de conformidad o no con los servicios ofrecidos por la E.S.E.					
<input type="checkbox"/>	QUEJA: Manifestación verbal o escrita de insatisfacción hecha por los usuarios o cualquier ciudadano sobre el incumplimiento o irregularidad de alguna de las características de los servicios ofrecidos por la E.S.E.					
<input type="checkbox"/>	RECLAMO: Manifestación verbal o escrita que implica un elemento adicional a la queja, cuando el usuario no queda satisfecho con la respuesta dada inicialmente o cuando la empresa le adeuda algún elemento de acuerdo con sus expectativas.					
<input type="checkbox"/>	SUGERENCIA: Propuesta que formula un usuario o cualquier ciudadano para el mejoramiento de los servicios ofertados por la E.S.E.					
<input type="checkbox"/>	DENUNCIA: Es una manifestación de una conducta posiblemente irregular por parte de un funcionario/ trabajador, relacionada con la extralimitación de funciones.					
<input type="checkbox"/>	FELICITACIÓN: Es la manifestación que expresa el agrado o satisfacción con un funcionario o un proceso que genera el servicio ofertado por la E.S.E.					
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Fecha		Hora		a.m.	Consecutivo	
				p.m.		

Agradecemos sus observaciones, serán atendidas en el menor tiempo posible; son una valiosa herramienta para nuestro mejoramiento. Sus datos serán tratados bajo reserva documental.

IDENTIFICACIÓN DE QUIEN PRESENTA LA PQRSDF	
NOMBRE DE QUIEN PRESENTA LA PQRSDF _____	
DOCUMENTO DE IDENTIDAD _____	ENTIDAD _____ TELEFONO _____
DIRECCIÓN _____	CORREO ELECTRONICO _____
RELATO DE LOS HECHOS	
NOMBRE PERSONA QUE RECIBIO EL SERVICIO _____	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACION _____	SERVICIO RECIBIDO _____
Espacio para diligenciar por la E.S.E (APLICA PARA LAS RECIBIDAS PERSONALMENTE O TELEFONICAMENTE)	
NOMBRE DEL FUNCIONARIO _____	CARGO _____