

	PQRSF	CODIGO: GSU-F-02
		VERSION: 03
		FECHA: 2018-01-10

CONSECUTIVO	
--------------------	--

Este formulario está disponible para que el usuario y su familia registren toda la información referente a Peticiones, Quejas o Reclamos, sugerencias, felicitaciones u otras relacionadas con los servicios terapéuticos y la atención que presta nuestra organización

INFORMACION GENERAL									
Fecha evento:				Fecha reporte:				Hora	
Marque con una X el tipo de PQRSF									
Petición		Queja		Reclamo		Sugerencia		Felicitación	
								Actualización Datos	

IDENTIFICACION DEL AFECTADO			
Nombre de quien presenta la PQRSF:			
Teléfono:		Correo electrónico:	
Nombre de usuario:			Parentesco:

DESCRIPCION DE LA PQRSF
Explique brevemente la situación presentada
Sugerencias para mejorar el servicio objeto de PQRSF
Nota: Frente a cualquier desacuerdo en la decisión adoptada por la organización ante la cual se elevó la respectiva queja o petición, se puede elevar consulta ante la correspondiente Dirección de Salud, sea esta la Departamental, Distrital, Local, sin perjuicio de la competencia prevalente y excluyente que le corresponde a la Superintendencia Nacional de Salud, como autoridad máxima en materia de inspección, vigilancia y control.

ESPACIO PARA USO EXCLUSIVO DE KARITAS IPS			
Cargo de quien recibe PQRSF			
Firma		Fecha recepción:	
Tramite realizado: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Solución inmediata <input type="checkbox"/> Respuesta dada al usuario <input type="checkbox"/> Traslado a Gerencia <input type="checkbox"/> Otro _____ 		Medio de recepción: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Personal verbal <input type="checkbox"/> Comunicación escrita <input type="checkbox"/> Buzón de sugerencias <input type="checkbox"/> Correo electrónico <input type="checkbox"/> Otro _____ 	

OBSERVACIONES:

Firma del afectado