



## **Libertad y Orden**

# FORMATO DE PETICIONES, QUEJAS, RECLAMOS, SUGERENCIAS, DENUNCIAS Y FELICITACIONES

**Código: SVL-GC-08 -F01**

Versión:1

Página: 1 de 2



Para el Hospital Susana López de Valencia E.S.E., es muy grato conocer **su opinión** sobre la prestación de nuestros servicios lo cual nos permite trabajar en el mejoramiento continuo.

Fecha de la petición: Día \_\_\_\_\_ Mes \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_

Nombre del afectado/paciente: \_\_\_\_\_

Tipo y No. de identificación \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_

Municipio/Departamento \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

EPS a la que pertenece \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Servicio al cual presenta la manifestación: \_\_\_\_\_

Nombre del peticionario:

### Datos de contacto del peticionario

Petición  Queja  Reclamo  Sugerencia  Denuncia  Felicitación

**Aviso de privacidad:** Se informa a los usuarios del Hospital Susana López de Valencia E.S.E. que los datos que se encuentran dentro de las bases de datos de la institución, se encuentran protegidos por las políticas de tratamiento de la información, las cuales pueden ser consultadas en la página web <http://www.hosusana.gov.co/>. Para el ejercicio de sus derechos, de conformidad a la Ley 1581 de 2012 y al Decreto 1377 de 2013, usted puede comunicarse a la línea de atención wathsapp 3188211483 y/o 8386363 ext.: 1127.

Testigo de apertura o colaborador que entrega la PQRSD \_\_\_\_\_ Fecha de recepción: \_\_\_\_\_