



GESTIÓN APOYO CLÍNICO

VERSIÓN:

2

QUEJAS, AGRADECIMIENTO, SUGERENCIAS, PETICIÓN, SOLICITUD DE INFORMACIÓN Y
DENUNCIA DE CORRUPCIÓN

VIGENCIA:

29-04-2019

Página 1 de 1

FECHA

28/07/20

AGRADECIMIENTO



SUGERENCIA



QUEJA



PETICIÓN



SOLICITUD DE INFORMACIÓN



DENUNCIA DE ACTOS DE CORRUPCIÓN



Nombre o cargo de la persona o servicio del cual se refiere:

Cuidadores

COMENTARIO:

Respecto al formato de apoyo clínico que se verifique quien
podría necesitar más apoyo y se le realice como unas sugerencias
de los talleres para que puedan ingresar

Si desea recibir respuesta a su queja o petición, por favor diligenciar:

Nombre de quien diligencia este formato:

Paola Moreno Díaz

Cédula:

7074266706

Nombre del paciente:

Gladis Díaz

EPS

Capital Salud

Correo electrónico:

morenadia7707@gmail.com

Teléfono:

563787137

Dirección:

Carrera 720 B # 43A 22

ELABORÓ		REVISÓ		APROBÓ	
Cargo:	Profesional Universitario	Cargo:	Coordinadora Grupo Gestión A Usuarios	Cargo:	Coordinadora Grupo Gestión A Usuarios
Dependencia:	Oficina Asesora de Planeación y Sistemas	Dependencia:	Grupo Gestión a Usuarios	Dependencia:	Grupo Gestión a Usuarios
Fecha:	25-04-2019	Fecha:	29-04-2019	Fecha:	29-04-2019

Solos x 50 piso
050245 x 50 piso
2020-10-29