



Secretaría de Salud, Bienestar y Prestaciones Sociales SIMANA Formato único  
 para levantamiento de Quejas, Reclamos y Sugerencias

FECHA: \_\_\_\_\_ RADICADO: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Cédula: \_\_\_\_\_

Correo electrónico \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_

Municipio \_\_\_\_\_ Institución \_\_\_\_\_

Petición:  Queja  Reclamo:  Sugerencia:

Motivos de PQRS:  Medicina general:  Medicina especializada:

Odontología:  Medicamentos:  Laboratorio:  Urgencias:

Instalaciones:  Quirófano

¿Otro cuál? \_\_\_\_\_

**ANTECEDENTES** \_\_\_\_\_

**PETICION** \_\_\_\_\_

**FIRMA:** \_\_\_\_\_

**C.C.No.** \_\_\_\_\_ **De:** \_\_\_\_\_

**Dirección residencia:** \_\_\_\_\_

