ASOCIACION DE EDUCADORES DEL CESAR

FORMULARIO DE QUEJAS Y RECLAMOS

SERVICIOS MEDICOS — ASISTENCIALES

Apreciado docente ante las diversas quejas en la prestación de los servicios médicos asistenciales, te invitamos a diligenciar el siguiente formato y pasar de la "queja de pasillo" a la formulación de quejas formales ante el ente que corresponda según el caso.

Fecha de presentación: DD___/MM/___AA_____

Municipio **Departamento**				**Nombre de la Unidad Médica Contratista**		
DATOS BASICOS	Nombre del Docente			C.C.		
	Nombre del Beneficiario			C.C. ö T.I		
	Dirección de Residencia			Tel.	Ciudad	
	Nombre Centro Docente		Pensionado Retirado	Docente Activo		
Correo Electrónico		Celular:		Fecha en que utilize el servicio AA_____MM_____DD ____		
MOTIVO DEL RECLAMO (Marque con una X)	Urgencias	Consulta externa	Medicina General	Especialista	Oddontoligía	Hospitalización
	Cirugías	Entrega medicamentos	Laboratorio clínico	Ayudas diagnosticas	Otros	
Resumen de la Queja						
RELACIONE Y ANEXE LAS EVIDENCIAS (FOTOCOPIA) QUE SOPORTAN LA QUEJA						
FIRMA		FECHA:				

Con copia a: t_sarodriguez@fiduprevisora.com.co
t_dasalamanca@fiduprevisora.com.co y aducesar1@gmail.com