

Área o servicio: _____ Fecha: _____

Marque con una "X"

Queja

Reclamo

Sugerencia

Felicitación

Información general del usuario

Esta información es obligatoria

Nombres y Apellidos: _____

Identificación: _____

Teléfono: _____

Celular: _____

Dirección de residencia: _____

Municipio: _____

Entidad a la que se encuentra afiliado: _____

Correo electrónico: _____

Marque con una "X"

Usuario

Acompañante

Visitante

Otro

¿Cual? _____

Comentarios del usuario

Nombre: _____

Firma: _____

Espacio para ser diligenciado por el HUDN

Trámite realizado: _____

Trabajamos en equipo para atenderle mejor



HOSPITAL
UNIVERSITARIO
DEPARTAMENTAL DE NARIÑO E.S.E.



HOSPITAL
UNIVERSITARIO
DEPARTAMENTAL DE NARIÑO E.S.E.

