|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| No. Queja |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| udealogo | **SERVICIO DE ATENCIÓN DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS MÉDICAS****FORMATO PARA QUEJAS, RECLAMOS Y SUGERENCIAS** | FECHA |
| Día | Mes | Año |
|  |  |  |

###

###  Queja Reclamo Sugerencia

Nombre de quien presenta la solicitud: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Documento de identidad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Tel: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tipo de vinculación con la Institución:

 Profesor Empleado Estudiante Visitante Otro

### E-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

### **Motivo de su queja o reclamo:** (Describa en qué fecha y hora que ocurrió, quien resultó afectado y en general la situación lo más detallado posible para poder analizar la situación y propiciar soluciones efectivas.)

### **Sugerencias** **por parte del usuario para mejorar los servicios**

ENVIAR A saludocupacional@udea.edu.co