

	EPS-S AMBUQ ESS	Código: EST-FOR-GEC06
	ATENCIÓN A PETICIONES, QUEJAS, RECLAMOS, DENUNCIAS Y SOLICITUDES (PQRDS)	Versión: 01 Fecha: 06 de Marzo de 2018
	GERENTE COMERCIAL	Página 1 de 1

Canal De Entrada: Buzón <input type="checkbox"/> Oficina <input type="checkbox"/> Pagina Web <input type="checkbox"/> Email <input type="checkbox"/> Telefónica <input type="checkbox"/> Asociación Usuarios <input type="checkbox"/>			
Asunto Caso: Queja <input type="checkbox"/> Felicitación <input type="checkbox"/> Sugerencia <input type="checkbox"/> Reclamo <input type="checkbox"/> Solicitud De Información <input type="checkbox"/> Derecho de Petición <input type="checkbox"/> Denuncia <input type="checkbox"/>			
Oficina Local:	# Radicado	Fecha De Radicación:	
Tipo Solicitante: Afiliado <input type="checkbox"/> Apoderado <input type="checkbox"/> Ente de Control <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Particular <input type="checkbox"/> Proveedor <input type="checkbox"/> Empleador <input type="checkbox"/>			
Datos Del Peticionario:			
Tipo Y Numero Documento		Teléfono Y Email	
Nombres y Apellidos:			
Dirección Peticionario			
Departamento Y Municipio Residencia			
Datos del Afectado			
Tipo Y Numero Documento		Teléfono Y Email	
Nombres y Apellidos:			
Sexo: F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Discapacidad: Física <input type="checkbox"/> NeuroSensorial <input type="checkbox"/> Mental <input type="checkbox"/> No Tiene <input type="checkbox"/> Alto Costo: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Fnac: _/_/_			
Condición de Discapacidad: Permanente <input type="checkbox"/> Temporal <input type="checkbox"/> No Aplica <input type="checkbox"/>			
Población Especial: No aplica <input type="checkbox"/> Persona en Condición de Discapacidad <input type="checkbox"/> Desplazado <input type="checkbox"/> Mujer en estado de Gestación <input type="checkbox"/> Violencia de genero <input type="checkbox"/> Población Carcelaria (Presos) <input type="checkbox"/> Trabajador Sexual <input type="checkbox"/> Habitante de la Calle <input type="checkbox"/>			
Dirección Afectado			
Departamento y Municipio BDUA			
Departamento Y Municipio Residencia			
Tipo Persona Que Presenta Solicitud: Natural <input type="checkbox"/> Jurídica <input type="checkbox"/>			
Régimen : Subsidiado <input type="checkbox"/> Movilidad al Contributivo <input type="checkbox"/>			
Entidad Queja: EPS <input type="checkbox"/> IPS <input type="checkbox"/> Droguería <input type="checkbox"/> Funcionario <input type="checkbox"/> Ente de Control <input type="checkbox"/> No Aplica <input type="checkbox"/>			
Nombre Entidad Queja:		Nombre Funcionario Queja:	
Dependencia Encargada Gestión: Aseguramiento <input type="checkbox"/> Administrativa <input type="checkbox"/> Prestación de Servicios <input type="checkbox"/> Recursos Humanos <input type="checkbox"/> Financiera <input type="checkbox"/> Calidad <input type="checkbox"/> Jurídica <input type="checkbox"/>			
Motivo de la Solicitud:			
Responsable		Firma Del Funcionario De La EPS-S	
Cargo			
Fecha De Respuesta	Año:		