

Controlado: SI

Código: CA-F004

Vigencia: 2023-01-02

Versión: 02

QUEJAS Y APELACIONES



DATOS DEL RECLAMANTE

Nombre / Organización: _____ **Documento de Identificación:** _____

Dirección: _____ **Ciudad:** _____ **Departamento:** _____

Nº Teléfono fijo/ celular: _____ **email:** _____

SEDE

Nombre de la sede: _____

Número del certificado (si lo conoce): _____

QUEJA / APELACIÓN

Queja: ____ **Apelación:** _____

Fecha de ocurrencia:

Descripción:

Lista de documentos que se adjunta:

Controlado: SI

Código: CA-F004

Vigencia: 2023-01-02

Versión: 02

QUEJAS Y APELACIONES



ANÁLISIS Y RESPUESTA DE INPROSALUD

1. Evaluación de la queja o apelación:

2. Resolución de la queja o apelación

Acciones:

3. Seguimiento de la queja o apelación

Acción tomada	Fecha	Responsable	Observaciones
Acuse de recibo			
Evaluación			
Investigación			
Solución de la			
Información al reclamante			
Corrección			
Corrección verificada			
Cierre			

COMITÉ

NOMBRES Y APELLIDOS	CARGO	FIRMA