

 EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL LA MARÍA MEDELLÍN - COLOMBIA Trabajamos con amor por la vida	RECEPCIÓN DE PETICIÓN, QUEJAS, RECLAMOS Y FELICITACIONES DEL CLIENTE EXTERNO.	Código: FT-SIAU-003
		Versión: 003
		Fecha: 23/02/2026

FECHA DE RECIBIDO: DD / MM / AAAA **Radicado No.** _____

DEPARTAMENTO: _____ **MUNICIPIO:** _____ **SERVICIO:** _____

ENTIDAD ASEGURADORA: _____ **REGIMEN:** _____

TIPO DE MANIFESTACIÓN: ☐ PETICIÓN ☐ QUEJA ☐ RECLAMO ☐ FELICITACIÓN

CANAL DE PRESENTACIÓN: ☐ PRESENCIAL ☐ TELEFONICO ☐ ENCUESTA ☐ BUZÓN
☐ CORREO ELECTRONICO ☐ PAGINA WEB

¿AUTORIZA EL ENVIO DE LA RESPUESTA POR CORREO ELECTRONICO? SI ☐ NO ☐

I. INFORMACIÓN DEL PETICIONARIO (Si aplica)		
NOMBRE Y APELLIDOS	TIPO DE DOCUMENTO	DOCUMENTO DE IDENTIDAD
CORREO ELECTRONICO	TELEFONO DEL PETICIONARIO	
II. INFORMACIÓN DEL USUARIO AFECTADO		
NOMBRE Y APELLIDOS	TIPO DE DOCUMENTO	DOCUMENTO DE IDENTIDAD
CORREO ELECTRONICO	TELEFONO DEL USUARIO	

AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS: Al firmar este formato, autorizo a la Institución para el tratamiento de mis datos personales y de salud aquí consignados, con el fin exclusivo de tramitar y dar respuesta a mi PQR, conforme a la Ley 1581 de 2012. Asimismo, acepto recibir la respuesta al correo electrónico suministrado si así lo marqué previamente.

ASPECTO O TEMA PRINCIPAL DE LA PQR	
---	--

DESCRIPCIÓN (Nota: En caso de no tener más espacio puede continuar la descripción en el espacio en blanco detrás de esta hoja):

Indique si existe o no fallo judicial: SI ☐ NO ☐

APARTADO DE DILIGENCIAMIENTO EXCLUSIVO POR LA INSTITUCIÓN.

Estado de la PQR: ☐ ABIERTA ☐ CERRADA **Fecha de la solución de la PQR:** DD / MM / AAAA

Clasificación de la manifestación: ☐ SIMPLE ☐ PRIORIZADO ☐ VITAL ☐ NO APLICA

Nombre y apellido del funcionario que recepciona: _____

Agradecemos su contribución al mejoramiento de nuestros servicios de atención. Con la copia de este documento, usted podrá consultar el estado de su solicitud si no ha recibido respuesta dentro de los términos legales establecidos.