



SINDICATO DE LOS TRABAJADORES DEL SECTOR EDUCATIVO DE SANTANDER, S.E.S.

FORMULARIO DE QUEJAS Y RECLAMOS SERVICIO MEDICO — ASISTENCIALES

Fecha de presentación ante

1. Entidad Contratante
2. Comité Regional del Magisterio Stder.
3. Auditoría Médica Fiduciaria - Previsora

AA / MM / DD

| | |
|--------------|--|
| Municipio | Nombre de la unidad Médica Contratista |
| Departamento | |

| | | | | |
|----------------------|-------------------------|---|----------|--------|
| DATOS BÁSICOS | Nombre del Docente | Documento de Identificación | | |
| | Nombre del Beneficiario | Documento de Identificación | | |
| | Dirección de Residencia | Teléfono | Ciudad | |
| | Nombre Centro Docente | Pensionado Retirado <input type="checkbox"/> | Teléfono | Ciudad |

| | | | |
|--------------------|----------|---------------------------------|----------------------------|
| Correo Electrónico | Celular: | Fecha en que se usó el servicio | AA _____ MM _____ DD _____ |
|--------------------|----------|---------------------------------|----------------------------|

| | |
|---|--|
| Servicio Médico Motivo del Reclamo | Urgencias <input type="checkbox"/> Consulta Externa <input type="checkbox"/> Medicina General <input type="checkbox"/> Medicina Especializada <input type="checkbox"/> Odontología <input type="checkbox"/> Hospitalización <input type="checkbox"/> |
| | Cirugía <input type="checkbox"/> Entrega del Medicamento <input type="checkbox"/> Laboratorio Clínico <input type="checkbox"/> Ayudas Diagnosticas <input type="checkbox"/> |
| | Otros : _____ Otros : _____ |

| | |
|----------------------------|--|
| Resumen de la Queja | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

RELACIONE Y ANEXE LAS EVIDENCIAS (FOTOCOPIA) QUE SOPORTAN LA QUEJA

| | |
|--|---|
| Sugerencia para mejorar el servicio objeto del reclamo | |
| | |
| | |
| | Firmado en la ciudad de _____ Firma del Docente |
| | El día _____ del mes _____ de 20_____ |