

IMPORTANTE: Sus datos se tratan conforme a la Ley 1581/2012 de Protección de Datos. ESE BelloSalud responderá en un máximo de 15 días hábiles (Ley 1755/2015). Deposite este formulario en el buzón habilitado o entregue en ventanilla.

1. TIPO DE SOLICITUD (marque con una X)

PETICION	QUEJA	RECLAMO	SUGERENCIA	DENUNCIA	FELICITACION
Solicitar información, documentos o acceso a servicios de salud.	Inconformidad con la atención o servicio recibido.	Exigir el reconocimiento de un derecho vulnerado.	Propuesta para mejorar la prestación del servicio.	Reportar irregularidades, corrupción o anomalías.	Reconocer la buena atención o servicio de un funcionario.
X Marcar aquí	X Marcar aquí	X Marcar aquí	X Marcar aquí	X Marcar aquí	X Marcar aquí

2. INFORMACION DE LA SOLICITUD

Asunto (resumen breve de su solicitud):

Sede / dependencia relacionada: <i>(si aplica)</i> _____	Fecha aproximada del hecho: ____ / ____ / ____ <i>(día / mes / año)</i>
--	--

Servicio o área involucrada: *(si aplica)*

Descripción detallada (continúe al respaldo si es necesario):

3. DATOS DEL SOLICITANTE

Nombres: _____	Apellidos: _____
Tipo de documento: C.C. _ C.E. _ Pasaporte _ NIT _ Otro _	Numero de documento: _____
Correo electrónico: _____	Teléfono / Celular: _____

Municipio de residencia:

(opcional)

Dirección para correspondencia física:

(complete solo si prefiere respuesta por correo postal)

4. ENFOQUE DIFERENCIAL (marque si aplica - Sujetos de Especial Protección)

☐ Adulto mayor (> 60 años)	☐ Persona con discapacidad	☐ Mujer gestante / lactante
☐ Víctima del conflicto armado	☐ Población migrante extranjera	☐ Ninguno de los anteriores

5. MEDIO DE RESPUESTA PREFERIDO

☐ Correo electrónico ☐ Correspondencia física (a la dirección indicada) ☐ Presencial en sede

☐ Solicitud anónima *(solo disponible para denuncias - no podrá recibir respuesta directa)*

☐ Autorizo el tratamiento de mis datos personales conforme a la Política de Privacidad de ESE BelloSalud (Ley 1581 de 2012). Declaro que los datos suministrados son veraces.

Firma del solicitante:	Huella dactilar (si no sabe firmar):
-------------------------------	---

USO EXCLUSIVO DEL FUNCIONARIO RECEPTOR

Nombre del funcionario: _____ Cargo: _____ Fecha y hora: _____ Firma: _____