




E.S.E HOSPITAL RAFAEL PABA MANJARREZ
**DE SAN SEBASTIAN
DE BUENAVISTA**

 <p>E.S.E HOSPITAL RAFAEL PABA MANJARREZ DE SAN SEBASTIAN DE BUENAVISTA</p>	FORMATO DE PETICIONES, QUEJAS, RECLAMOS Y SUGERENCIA
QUEJA <input type="checkbox"/> RECLAMO <input type="checkbox"/> SUGERENCIA <input type="checkbox"/> FELICITACIÓN <input type="checkbox"/>	
INFORMACIÓN DEL CIUDADANO	
Fecha.	
Nombres y Apellidos	
Número documento de identificación	
Por cuál medio de contacto desea recibir respuesta:	
<input type="checkbox"/> Escrito	Dirección de correspondencia:
<input type="checkbox"/> Correo Electrónico	Correo electrónico:
<input type="checkbox"/> Telefónico	Teléfono Fijo o móvil:
Marque con una X si pertenece a alguno de los siguientes grupos poblacionales:	
Discapacidad <input type="checkbox"/>	Menor de Edad <input type="checkbox"/>
Adulto Mayor <input type="checkbox"/>	Desplazado <input type="checkbox"/>
Veterano Fuerza Pública <input type="checkbox"/>	Mujer Gestante <input type="checkbox"/>
DESCRIPCIÓN (Resuma brevemente el asunto de esta comunicación, manifestando claramente los hechos en forma concreta)	

“Mejoramiento del servicios con calidad humana”

Dirección: Calle 7 Nro 2 – 108 - Tel. (5) 5093786

Email: rafaelpabamanja@gmail.com – www.eserafaelpabamanjarrez.gov

