Medicina Pre-paga	**SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD**	Versión: 01 Código: F-GC-20
	QUEJAS Y SUGERENCIAS	Fecha : 07/11/2016 Página 1 de 1

Fecha: ____/____/_____

Beneficiario:_____

E-mail:_____

N° de teléfono:_____

N° de grupo o CI:_____

Tipo:

	Queja		Sugerencia		Felicitaciones		Consulta

Descripción:

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

_____
Firma

Uso Interno:

Origen:

	Presencial/ Verbal		Correo Electrónico		Telefónica
	Presencial/Escrita		Página web		Otros.

Hecho por:_____