FORMATO DE QUEJAS Y RECLAMOS

Fondo de Prestaciones Sociales del Magisterio

UBICACIÓN

MUNICIPIO
DEPARTAMENTO

FECHA		
DIA:	MES:	AÑO:

DATOS BASICOS DEL TITULAR

NOMBRE DEL DOCENTE	C.C.
DIRECCION RESIDENCIA	TELEFONO
INSTITUCION EDUCATIVA	MUNICIPIO
E-MAIL DEL DOCENTE	
NOMBRE BENEFICIARIO	EDAD BENEFICIARIO
DOCUMENTO BENEFICIARIO	TELÉFONO BENEFICIARIO

SERVICIO MEDICO MOTIVO DEL RECLAMO

NOMBRE DE LA ENTIDAD

FECHA NO PRESTACIÓN DEL SERVICIO		
DIA:	MES:	AÑO:

URGENCIAS		ODONTOLOGIA		ENTREGA DE MEDICAMENTOS	
CONSULTA EXTERNA		HOSPITALIZACION		LABORATORIO CLINICO	
MEDICINA GENERAL		CIRUGIA		AYUDAS DIAGNOSTICAS	
MEDICINA ESPECIALIZADA		PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN		OTROS (¿cuáles?)	
BASE DE DATOS		REEMBOLSOS			

FUNDAMENTO DE LA QUEJA (incluya detalles de nombre del personal de atención)

RELACIONE Y ANEXE LAS FOTOCOPIAS QUE SOPORTAN SU QUEJA

PETICIÓN CON BASE EN EL RECLAMO

FIRMA DEL DOCENTE: _____

C.C._____**de** _____