E.S.E. **Hospital** **San Vicente de Paúl** Caldas - Antioquia "Su Hospital Amigo"	Oficina de Atención al Usuario Registro de expresiones su opinión nos interesa	Código: F.PS-002 Versión: 01 Página: 1/1

¡Su opinión nos interesa!

Estamos interesados en mejorar nuestros servicios y para ello, queremos contar con usted.
Por favor comparta con nosotros lo que usted espera de su Hospital San Vicente de Paúl.

Fecha:			No. de documento:	
Nombre:			EPS:	
Teléfonos:			E-Mail:	
Dirección:			Municipio:	
Tipo de Atención:	Hospitalización	Ambulatorio	Urgencias	
Relación con el Hospital:	Paciente	Acompañante	Visitante	Otro:

Señale el tipo de expresión:		Empleado:
Queja/Reclamo	Sugerencia	Felicitaciones
A continuación describa sus expresiones:		

NOTA: Después de diligenciar este formato, deposítelo en el buzón de sugerencia más cercano en nuestras instalaciones. El tiempo de respuesta a su manifestación será de 15 días hábiles.
¡MUCHAS GRACIAS POR SU APORTE!

Recuerde que puede contactarnos: Línea de servicios de ATENCION al USUARIO 378 63 00 Ext. 167 o al 278 88 66 Ext. 107. Correo electrónico atencionusuario@esehospicaldas.gov.co o atencionsede@esehospicaldas.gov.co