LA VOZ DEL CLIENTE

"Porque comprendemos el valor de nuestros clientes"

Estamos interesados en conocer sus opiniones para ofrecer un mejor servicio.

atencionusuario@comfamiliar.com
defensordelusuario@comfamiliar.com
www.comfamiliar.com

Registre en este formato las felicitaciones, sugerencias y quejas.

Sus datos personales son importantes para poder darle una respuesta oportuna.

Fecha de Presentación: Año: ____ Mes: ____ Día: ____

Fecha de Ocurrencia del suceso: Año: ____ Mes: ____ Día: ____

Servicio Utilizado: _____

Lugar de la Atención: _____

Nombres y Apellidos: _____

Documento de Identidad: _____

Teléfono y/o Celular: _____ Correo Electrónico: _____

Dirección Residencia: _____

Municipio: _____ Empresa: _____

- Si el servicio utilizado es de salud, favor diligencie los siguientes campos:

Nombres y Apellidos del paciente: _____

Documento de Identidad: _____

Marque una X: EPS: ____ Particular: ____ Prepagada: ____

¿Cuál?: _____

Comfamiliar RISARALDA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA DEL SERVICIO SANITARIO 05/11/09 media pasa

Código O-FT-003
Versión 05
Vigencia 2009-11-16

CUÉNTENOS LO OCURRIDO:

_____

Firma: _____

Comfamiliar Risaralda le agradece por llenar este formato y le invita a seguir expresando sus opiniones.

ESPACIO PARA SER DILIGENCIADO ÚNICAMENTE POR COMFAMILIAR RISARALDA

Número:	Acta No.:
Recibido por:	Fecha:
Observaciones:	