



MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
 COMANDO GENERAL DE LAS FUERZAS MILITARES
 Direccion General de Sanidad Militar

Formato para recepcionar PQRSF DGSM
 Código: MDN-CGFM-PROGUSU-DGSM-FU.95.1-3 V2
 Proceso: Gestión Hacia el Usuario

Objetivo: recepcionar la voz del usuario para su respectivo trámite, gestión y seguimiento

FUERZA: _____ ESM: _____

I. DATOS DEL AFECTADO Fecha de nacimiento: Dia _____ Mes _____ Año _____

TIPO DE DOCUMENTO : CC ___ TI ___ CE ___ PA ___ RC ___ Nro. Documento: _____	Primer Apellido:	Segundo Apellido:
	Primer Nombre:	Segundo Nombre:

Sexo: M _____ F _____ Tipo de Afiliado: Activo _____ Retirado _____ Pensionado: _____ Beneficiario: _____	Dirección de Residencia: _____ Ciudad _____ Municipio _____ Teléfono _____
---	---

Correo Electrónico: _____	Autoriza de manera expresa para que la DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR envíe respuesta y demás comunicaciones relacionadas con sus trámites y/o solicitudes a través de técnicas y medios electrónicos, informáticos y telemáticos (incluye correo electrónico, página WEB, mensajes móvil) SI ___ NO ___
------------------------------	--

II. TIPO DE SOLICITUD
 Petición _____ Queja _____ Reclamo _____ Sugerencia _____ Felicitación _____

III. DESCRIPCIÓN DE LOS HECHOS

ANEXA DOCUMENTOS SOPORTES: NO ___ SI ___ Número de folios: _____ Cuáles: _____

Datos de quien interpone el requerimiento:
 Nombres y Apellidos: _____ # Documento de
 Identidad: _____ Teléfono: _____ Dirección Residencia: _____
 Correo electrónico: _____

IV. RECEPCIÓN DE LA INFORMACIÓN		
MEDIO UTILIZADO PERSONAL _____ TELEFONO _____		
FUNCIONARIO QUE RECIBE:		
UNIDAD - DEPENDENCIA: _____ FECHA DE RECEPCIÓN: Día _____ Mes _____ Año _____		
V. TRAMITE Y/O SEGUIMIENTO DE LA INFORMACIÓN		
FECHA	ACTIVIDAD REALIZADA	RESPONSABLE
INTRUCTIVO DE DILIGENCIAMIENTO:		
FUERZA: Marque con una X la Fuerza a la cual pertenece (Ejército, Armada, Fuerza Aérea)		
ESM: Nombre del Establecimiento de Sanidad Militar donde ocurrieron los hechos		
Nro. PQRSF: Consecutivo de acuerdo al registro de la base de datos		
Fecha de nacimiento: Relacione día, mes y año de la fecha de nacimiento del afectado		
Tipo de documento: marque el tipo de documento del AFECTADO de acuerdo a su clasificación		
Diligenciar el campo de identificación del AFECTADO (primer y segundo apellido y primer y segundo nombre)		
Sexo: Marque con una X según sea el caso		
Tipo de afiliado: Marque con una X si es cotizante o beneficiario		
Dirección: Escriba la Dirección de la residencia en forma completa , barrio, casa, apartamento, bloque y otros		
Email: Escriba el correo electrónico personal		
Tipo de solicitud: debe diligenciar la casilla que corresponda con una X. Para diligenciar este campo tenga en cuenta:		
PETICION: Es una solicitud verbal o escrita que un ciudadano, afiliado, beneficiario o pensionado puede dirigir a la Dirección General de Sanidad Militar o a un servidor público de la Entidad con el propósito de requerir la intervención de un área determinada en un asunto concreto.		
QUEJA: Es el documento presentado por un ciudadano, mediante el cual informa sobre la comisión de conductas irregulares realizadas por servidores públicos o particulares que ejercen funciones públicas en el cumplimiento de sus funciones, del que infiere la posible comisión de una irregularidad, delito o falta disciplinaria de conformidad con lo establecido en la Ley 734 de 2002		
RECLAMO: Es la manifestación de inconformidad expresada por un ciudadano respecto de la prestación de servicio ofrecido o prestado por los Establecimientos de Sanidad Militar u Hospital Militar Central y puesta en conocimiento de esta.		
SUGERENCIA: Es la proposición, insinuación indicación o explicación para adecuar o mejorar un proceso cuyo objeto se encuentre inmerso dentro de los objetivos de la Dirección General de Sanidad Militar.		
FELICITACIÓN: Es la manifestación de satisfacción por el servicio prestado.		
Descripción de los hechos: Haga una breve descripción de los hechos, buscando responder a los interrogantes: quien, dónde, cuándo, porqué y para qué.		
ANEXA DOCUMENTOS SOPORTES: Debe diligenciar la casilla que corresponda con una X de acuerdo a las opciones		
Datos de quien interpone el requerimiento: escriba nombres y apellidos completos seguido de documento de identidad		
MEDIO UTILIZADO: Debe diligenciar la casilla que correponda con una X de acuerdo a las opciones		
FUNCIONARIO QUE RECIBE: Nombre del Funcionario que recibe el requerimiento, dependencia y fecha de recepción.		
UNIDAD - DEPENDENCIA: Escriba el nombre de la dependencia que recibe el requerimiento.		
Fecha de recepción de la solicitud: diligencie el espacio de día, mes y año.		