# REGISTRO DE PETICIÓN QUEJAS RECLAMOS INQUIETUDES Y/O DENUNCIAS

Fecha del asunto: _____

## IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO:

| | |
|---|---|
| Nombres: | |
| Apellidos: | |
| Tipo de documento: | |
| Núm. Documento: | |
| Sexo: | |
| Dirección: | |
| Teléfono: | |
| Correo electrónico: | |
| Zona: | |
| Fecha de nacimiento | |
| Régimen: | |
| EAPB: | |

## CARACTERIZACIÓN DE VULNERABILIDAD

| | |
|---|---|
| Afrodescendiente: | |
| Madre Gestante: | |
| Habitante de calle: | |
| Población LGTBI | |
| Población indígena | |
| Población ROM | |
| Vistima de la violencia y del conflicto armado | |
| Persona en situación y ejercicio de la prostitución | |
| Persona en condición de abandono | |
| Persona en condición de discapacidad | |
| Persona con enfermedad mental | |
| Persona con enfermedad huérfana | |
| Persona con enfermedad catastrófica | |

## Fundamentos de la PQR

Descripción del asunto: _____

| | |
|---|---|
| Tipo de entidad denunciada (IPS/ EAPB) | |
| Tipo de tecnología en salud (POS/ NOS POS) | |
| Medio de expresión | |

| | |
|---|---|
| Persona que interpone la PQRD | |
| Tipo y número de documento | |
| Teléfono y/o celular | |

| | | |
|---|---|---|
| Tipo de enfermedad huérfana | | |
| Tipo de enfermedad catastrófica | | |
| Funcionario responsable | | |

Gestión al respaldo →