



FILIAL CUT
DELEGACIÓN DEL FONDO DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MEGISTERIO – REGIONAL
FORMATO DE QUEJAS Y / O SUGERENCIAS

FORMATO DE QUEJAS Y/O SUGERENCIAS

DATOS DEL AFILIADO

FECHA: _____

NOMBRE S Y APELLIDOS :		_____	
IDENTIFICACIÓN:	_____	EMAIL	_____
DIRECCIÓN:	_____	TELÉFONO:	_____
		CELULAR	_____
COLEGIO:	_____	I.E.D -LOCALIDAD:	_____
		JORNADA:	_____
		TEL:	_____
ENTIDAD MÉDICA	_____	SEDE ATENCIÓN	_____
MEDICINA GENERAL:	_____	ODONTOLOGÍA:	_____
		ESPECIALISTA:	_____

DATOS DEL BENEFICIARIO

NOMBRE S Y APELLIDOS:		_____	
IDENTIFICACIÓN: NIUP:	<input type="checkbox"/>	T.I. <input type="checkbox"/>	C.C. <input type="checkbox"/>
No.	_____	PARENTESCO:	_____
CELULAR	_____	SEDE DE ATENCIÓN:	_____
		SEDE DE REMISIÓN	_____
MEDICINA GENERAL:	_____	ODONTOLOGÍA:	_____
		ESPECIALISTA:	_____

SITUACIÓN PRESENTADA: _____

TRÁMITES REALIZADOS: _____

SOLICITUD: _____

ANEXOS: _____

FIRMA: _____

C.C. No.

COPIAS: FIDUPREVISORA

SUPERINTENDENCIA DE SALUD