



ORGANIZACIÓN CLÍNICA GENERAL DEL
NORTE

FORMATO DE REGISTRO DE QUEJAS Y O
RECLAMOS - SIAU

FECHA _____

NOMBRE _____

EPS _____

DIRECCIÓN _____

TELÉFONO _____

CIUDAD _____

BARRIO _____

CORREO ELECTRONICO _____

CC _____

QUEJA/RECLAMO

NUMERO DEL TICKET _____