

RADICADO <input type="text"/>		CONSECUTIVO <input type="text"/>	
LOS CAMPOS MARCADOS CON UN (*) SON DE DILIGENCIAMIENTO DE OBLIGATORIO			
*Tipo De Tramite: Petición <input type="checkbox"/> Queja <input type="checkbox"/> Reclamo <input type="checkbox"/> Denuncia <input type="checkbox"/>			
* Forma en que se presenta la solicitud: Personal <input type="checkbox"/> E-mail <input type="checkbox"/> Telefono <input type="checkbox"/> correspondencia <input type="checkbox"/>			
*Forma En La Cual Quiere Recibir Respuesta De La Solicitud: Personal <input type="checkbox"/> Correspondencia <input type="checkbox"/> e-mail <input type="checkbox"/> Teléfono <input type="text"/>			
1. DATOS GENERALES			
*Fecha De Recepción De Solicitud DD <input type="text"/> MM <input type="text"/> AA <input type="text"/>			
*Personal Natural <input type="checkbox"/>		Persona Jurídica <input type="checkbox"/>	Publica <input type="checkbox"/> Privada <input type="checkbox"/>
2.DATOS DEL INTERESADO			
Persona natural		Persona jurídica	
Nombre _____		Razón social _____	
C.C _____		NIT _____	
Lugar de expedición _____		Representante legal _____	
Dirección _____			
Teléfonos _____ ciudad _____			
Correo _____			
Fax _____			
3. DATOS DEL PACIENTE			
*Primer apellido _____		*segundo apellido _____	
*Primer nombre _____		*segundo nombre _____	
*Régimen de afiliación al SGSSS: subsidiado <input type="checkbox"/> contributivo <input type="checkbox"/> población pobre no afiliada <input type="checkbox"/>			
Régimen especial <input type="checkbox"/> pre-pagada <input type="checkbox"/> ninguno <input type="checkbox"/>			
*Tipo de documento: C.C. <input type="checkbox"/> T.I <input type="checkbox"/> N° _____			
4. Hechos			
5. Traslado del tramite			
A. Traslado interno		B. Traslado externo	
Dependencias del IDS _____		Actores del SGSSS: _____	
		Entes de control: _____	
Gestión prioritaria o inmediata realizada por la oficina SAC al trámite (línea de frente):			
*Firma de solicitante o Huella:		Recepcionado por:	

Ficha técnica	
OBJETIVO: Servir de documento informativo que define el contenido que se debe incluir en el formato de PQRD al diligenciar solicitud de tercero por una petición, queja, reclamo y sugerencia que sea dirigida hacia el instituto departamental de salud.	
Datos codificación	
Radicado	Código otorgado por el SIEPDOC
Consecutivo	Código otorgado por la base de datos de las PQRSD
Datos del tramite	
Tipo de tramite	Se define el tipo de solicitud al cual se vincula el formato de petición, queja, reclamo, denuncia y sugerencia
Forma de presentación de solicitud	Seleccionar el campo en que se presenta la solicitud
Forma de entrega de respuesta	Seleccionar el campo en la cual el solicitante desea la respuesta
Datos Generales	
Fecha	Fecha de recepción de solicitud
Persona natural	Persona que es representante de si misma
Persona jurídica	Persona que es representante de una entidad
Se deben tomar la información de la persona que presenta la solicitud al SAC este en cualquiera de las formas en que se recibe la solicitud	
Datos del paciente	En el caso de que sea un tercero quien presenta la solicitud deberá dar la información de la persona a quien representa; si es la misma persona diligenciar su régimen de afiliación
Hechos	Descripción detallada de la razón por la cual diligencia el formato de PQRSD
Traslado Del Tramite	
Traslado interno	Cuando la competencia de dar respuesta a la solicitud presentada este en funciones de otra dependencia del IDS
Traslado externo	Cuando la competencia en función a la respuesta de la solicitud esta en competencia de un actor del SGSSS o de un ente de control.
Gestión Prioritaria	Gestión inmediata realizada por la oficina del SAC el cual puede ser realizado por cualquier integrante de la oficina SAC debe diligenciarse todas las acciones realizadas para atender casos de esa índole
NOTA: este formato al ser diligenciado debe entregarse copia al solicitante siempre y cuando este haya sido solicitado de forma personal.	