



PBX: 8848458

FAX: 8840699

WWW.ASSBASALUD.GOV.CO

REFERENCIA:

CASO:

Por favor complete la siguiente información:

FECHA: _____

CENTRO DE ATENCIÓN: _____

NOMBRE Y APELLIDOS: _____

TIPO DE DOCUMENTO Y NÚMERO: _____

Es importante para nosotros que complete los datos de contacto para darle respuesta a su PQR.

DIRECCIÓN: _____

TELÉFONO/CELULAR: _____

MARQUE (X) SI QUIERE RECIBIR RESPUESTA POR ALGUNO DE LOS SIGUIENTES MEDIOS:

Celular _____ Dirección Residencia _____ Correo electrónico _____

En caso de marcar X por favor deje el correo electrónico, a este medio se le enviara la respuesta.

CORREO ELECTRÓNICO: _____

EPS: _____

Nota: Es muy importante que complete toda la información para darle una respuesta efectiva.



PBX: 8848458

FAX: 8840699

WWW.ASSBASALUD.GOV.CO

REFERENCIA:

CASO:

Por favor complete la siguiente información:

FECHA: _____

CENTRO DE ATENCIÓN: _____

NOMBRE Y APELLIDOS: _____

TIPO DE DOCUMENTO Y NÚMERO: _____

Es importante para nosotros que complete los datos de contacto para darle respuesta a su PQR.

DIRECCIÓN: _____

TELÉFONO/CELULAR: _____

MARQUE (X) SI QUIERE RECIBIR RESPUESTA POR ALGUNO DE LOS SIGUIENTES MEDIOS:

Celular _____ Dirección Residencia _____ Correo electrónico _____

En caso de marcar X por favor deje el correo electrónico, a este medio se le enviara la respuesta.

CORREO ELECTRÓNICO: _____

EPS: _____

Nota: Es muy importante que complete toda la información para darle una respuesta efectiva.

