

PETICIONES, QUEJAS, RECLAMOS Y SUGERENCIAS.

Fecha _____ Radicación _____

Nombre completo _____

C.C o Nit _____ Teléfono de contacto _____

Dirección _____ Correo electrónico _____

Petición Queja Reclamo Petición

MOTIVO DE PQRS

- Servicio Soporte técnico Tiempo de entrega resultados
 Atención del servicio Instalaciones Otros

Haga un relato claro de los hechos:

EL CENTRO DE ENDOSCOPIA DEL VALLE SAS - CENVALLE SAS expresa a los usuarios, pacientes, proveedores, usuarios del portal web y/o demás herramientas, que en caso de cualquier controversia esta será resuelta de manera amigable, al través de los mecanismos de la negociación o la conciliación en la ciudad de Santiago de Cali

CASILLA PARA EMPRESA

Dependencia responsable del PQRS _____

Nombre del responsable de la responsable _____

Fecha de entrega de la respuesta _____

AUTORIZACION DE MANEJO DE LA INFORMACIÓN PARA PQRS.

Autorizo de manera libre, previa, expresa, voluntaria, inequívoca e informada, a **CENTRO DE ENDOSCOPIA DEL VALLE SAS - CENVALLE SAS**, el tratamiento de mis datos personales al entregar en el presente documento: ___PETICION, ___QUEJA, ___RECLAMO, ___SUGERENCIA con la finalidad de aclarar la solicitud realizada e informarme posteriormente acerca del proceso a seguir o solución dada a mi ___PETICION, ___QUEJA, ___RECLAMO, ___SUGERENCIA.

Declaro como titular de la información que he sido informado y conozco que para presentar una petición, queja, reclamo, sugerencia, solicitud de información lo puedo ejercer de forma personal o mediante escrito dirigido a CENTRO DE ENDOSCOPIA DEL VALLE SAS - CENVALLE SAS, identificado con el Nit 900380599-3, a través del correo electrónico: **cooradmin@cenvalle.com** en la sede Centro: ubicada en Carrera 4 # 17 – 67 Piso 2 Hospital San Juan de Dios, Sede Sur: ubicada en la Carrera 43 #5B-41 Barrio Tequendama o comunicarse al teléfono 3816255, indicando las razones por las cuales solicito alguno de los trámites anteriormente mencionados, con el fin que CENTRO DE ENDOSCOPIA DEL VALLE SAS - CENVALLE SAS, pueda revisarlas y pronunciarse sobre las mismas

Declaro como titular de la información que he sido informado sobre los derechos que tengo a conocer, actualizar y rectificar mis datos personales proporcionados, a solicitar prueba de esta autorización, a solicitar información sobre el uso que se les ha dado a mis datos personales, a revocar esta autorización o solicitar la supresión de los datos personales suministrados y a acceder de forma gratuita a los mismos. Esto lo puedo ejercer de forma personal o mediante escrito dirigido a CENTRO DE ENDOSCOPIA DEL VALLE SAS - CENVALLE SAS, identificado con el Nit 900380599-3, a través del correo electrónico cooradmin@cenvalle.com en la oficina sede Centro ubicada en Carrera 4 #17 – 67 Piso 2, Sede Sur ubicada en la Carrera 43 #5B-41 Barrio Tequendama o comunicarse al teléfono 3816255, indicando las razones por las cuales solicito alguno de los trámites anteriormente mencionados, con el fin que CENTRO DE ENDOSCOPIA DEL VALLE SAS - CENVALLE SAS, pueda revisarlas y pronunciarse sobre las mismas.

La información de este documento del cual forma parte la presente autorización la he suministrado de forma voluntaria y es verídica.

SI AUTORIZO

NO AUTORIZO

Firma
Nombre
Cedula

_____	

