

## CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO ANEXO No 2. RESOLUCION 1519 DE 2020 Estándares de publicación sede electrónica web

En atención a los requisitos descritos en la Resolución 1519 de 2020 MinTIC, Anexo 2, mensaje de falla en el sistema - PQRS, la RED DE SALUD DEL CENTRO E.S.E, certifica el cumplimiento de dichos requisitos en su página web <https://www.esecentro.gov.co/>.

Se informa que el modulo de PQRS se puede acceder mediante el link <https://pqrs.saludcentro.gov.co/> o a través del menú atención y servicios a la ciudadanía opción peticiones, quejas y reclamos.

GOV.CO

RED DE SALUD DEL CENTRO E.S.E.
Registrar Consultar Iniciar Sesión

**REGISTRAR SOLICITUD**

SI DESEA INTERPONER UNA PETICIÓN, QUEJA, RECLAMO, SOLICITUD, DENUNCIA O FELICITACIÓN PERMITÁNOS CONOCERLA, ES FUNDAMENTAL PARA NOSOTROS PODER MEJORAR DÍA A DÍA NUESTRO SERVICIO. POR FAVOR UTILICE LOS CAMPOS DEL SIGUIENTE FORMULARIO PARA ENVIARNOS SU OPINIÓN.

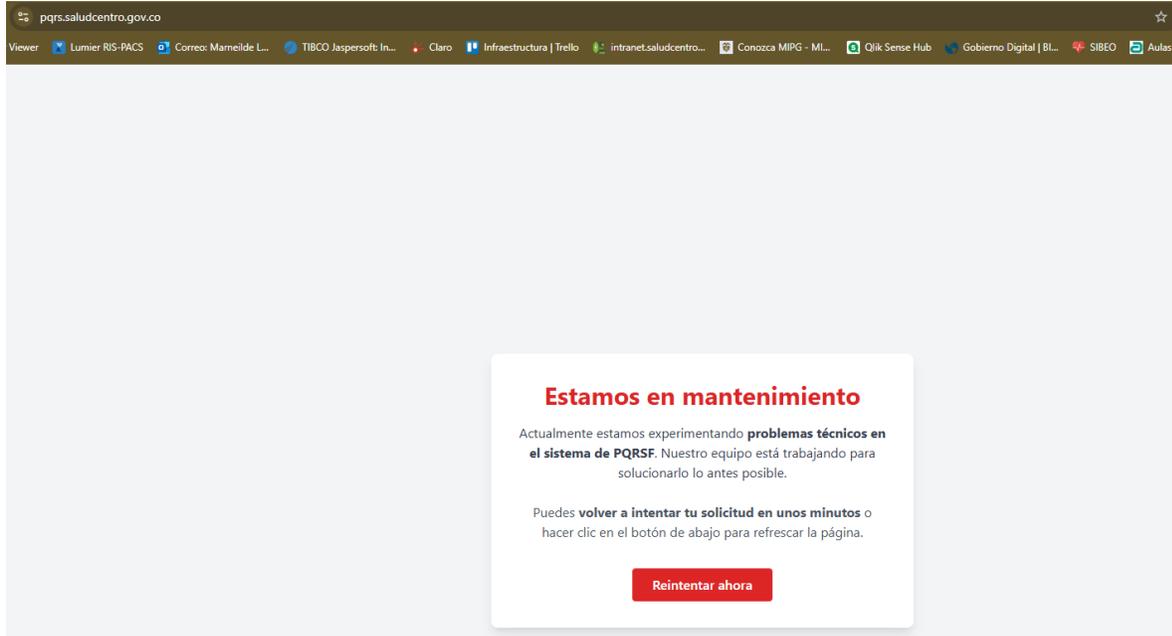
<b>Tipo de solicitante *</b> <input type="text" value="Por favor selecciona..."/>	<b>Nombres del paciente o demandante *</b> <input type="text" value="Ingrese nombre y apellido del paciente"/>	<b>Tipo de documento *</b> <input type="text" value="Por favor selecciona..."/>
<b>Numero de documento *</b> <input type="text" value="Ingrese el numero de documento"/>	<b>Nombres del peticionario *</b> <input type="text" value="Ingrese nombre y apellido del peticionario"/>	<b>Nacionalidad *</b> <input type="text" value="COLOMBIA"/>
<b>Departamento *</b> <input type="text" value="VALLE DEL CAUCA"/>	<b>Municipio *</b> <input type="text" value="CALI"/>	<b>Tiempo en Meses y años *</b> <input type="text" value="Años"/>
<b>Edad *</b> <input type="text" value="Ingrese la edad"/>	<b>Correo *</b> <input type="text" value="Ingrese el correo electronico"/>	<b>Celular o teléfono 1 *</b> <input type="text" value="Ingrese el numero de celular"/>
<b>Celular o telefono 2</b> <input type="text" value="Ingrese el numero de celular"/>	<b>Dirección de residencia *</b> <input type="text" value="Ej: CARRERA 16a # 33d - 2D"/>	<b>Lugar donde se presentó el evento *</b> <input type="text" value="Por favor selecciona..."/>
<b>Aseguradora *</b> <input type="text" value="Por favor selecciona..."/>	<b>Tipo de solicitud *</b> <input type="text" value="Por favor selecciona..."/>	<b>Medio de respuesta *</b> <input type="text" value="Por favor selecciona..."/>
<b>Descripción *</b> <input style="width: 100%; height: 40px;" type="text" value="Ingresar la descripción de la solicitud"/>		

El archivo debe tener los siguientes formatos: jpg, jpeg, png, pdf

No soy un robot

\* todos los campos con \* son obligatorios, debe diligenciarlos o de lo contrario no se guardará su solicitud.

Si el sistema llegase a presentar fallas, saldrá el siguiente mensaje.



Cordialmente,

Natali Mosquera Narváez  
Gerente General

	Nombre	Cargo y/o actividad	Firma
Proyectó	Marneilde Londoño Ricaurte	Líder de Gestión de Tecnologías de la Información	
Revisó	Marneilde Londoño Ricaurte	Líder de Gestión de Tecnologías de la Información	
Los arriba firmantes declaramos que hemos revisado el documento y lo encontramos ajustado a las normas disposiciones legales vigentes y; por lo tanto, bajo nuestra responsabilidad lo presentamos para firma.			