

**MINISTERIO DE DEFENSA
SUBSECRETARÍA DE COORDINACIÓN
DIRECCION GENERAL DE RECUSOS HUMANOS Y ORGANIZACIÓN**

APELLIDO/S NOMBRE/S:.....

DOCUMENTO TIPO:

UNIDAD ORGANIZATIVA:

NIVEL GRADO:

INTER:

POSEE TARJETA MAPFRE A.R.T: **SI** **NO**
(Marque lo que corresponda)

**DUDAS
FRECUENTES**.....
.....

FUE ATENDIDO POR MAPFRE A.R.T: **SI** **NO**

En caso de ser afirmativo que calificación le daría a la atención:

MALO REGULAR BUENO MUY BUENO

Si no fue conforme su atención, mencione la causa:
.....
.....