

 HOSPITAL ROBERTO QUINTERO VILLA E.S.E. MONTENEGRO <i>La Salud... Nuestro compromiso</i> NIT. 890.000.400-2	FORMATO DE PQRSF	Código:44-003
		Versión: 007
		Fecha: 01 06 2026
		Página: 1 de 2

Fecha _____ N° de Radicado _____

TIPO DE SOLICITUD

Peticion _____ Queja _____ Reclamo _____

Sugerencia _____ Felicitacion _____

MEDIO POR EL CUAL SE INTERPONE LA PQRSF

Buzón de Sugerencias ____ Correo electrónico ____ Telefono ____ Whatsapp ____ Oficina SIAU ____ Otro ____

EPS _____ REGIMEN _____ OTRO _____

GRUPO POBLACIONAL

Niño(a)/ Adolescente _____	Embarazada. _____
Victima del conflicto _____	Afrocolombiano. _____
Condicion de discapacidad. _____	Indigena. _____
LGTBIQ+-OSIGD _____	Tercera Edad. _____
Otro _____. Cual _____	

DATOS DEL PETICIONARIO

NOMBRE _____

DOCUMENTO IDENTIDAD _____

PARENTESCO _____

DIRECCION _____

TELEFONO _____

CORREO ELECTRONICO _____

DATOS DEL AFECTADO/ PACIENTE

NOMBRE _____

DOCUMENTO IDENTIDAD _____

DIRECCION _____

TELEFONO _____

CORREO ELECTRONICO _____

Vigilado Supersalud



DOCUMENTO CONTROLADO

