



Recepción de PQRSFD	Código:	9-GAC-F-01
	Versión:	3.0
	Fecha:	oct-2019

Fecha:	Día	Mes	Año	Hora:	

País:		Departamento:	
Municipio:			

INFORMACIÓN DEL CIUDADANO

PETICIÓN ANÓNIMA¹ SI ☐ NO ☐

TIPO DE SOLICITANTE:

Persona Jurídica ☐

Razón social:			
NIT:			
Contacto:			
Dirección:			
Teléfono fijo:		Celular:	
Correo electrónico:			

Persona Natural ☐

Nombres:			
Apellidos:			
C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> R.C. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>	No.	de	
Dirección:			
Teléfono fijo:		Celular:	
Correo electrónico:			

Apoderado ☐

Nombres:			
Apellidos:			
C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>	No.	de	
Nombre poderdante:			
Dirección:			
Teléfono fijo:		Celular:	
Correo electrónico:			

¹ Si su petición es anónima no requiere diligenciar datos de contacto



Código:	9-GAC-F-01
Versión:	3.0
Fecha:	oct-2019

Tipo de solicitud

Petición ☐ **Queja** ☐ **Reclamo** ☐ **Sugerencia** ☐ **Felicitación** ☐ **Denuncia** ☐

Canal de recepción

Personal ☐ **Telefónico** ☐ **Electrónico** ☐ **Buzón** ☐

Haga un relato breve y conciso de los hechos y las razones en las que fundamenta la petición, queja, reclamo, sugerencia, felicitación o denuncia:

[illegible]

La petición tiene documentos anexos SI ☐ NO ☐



Recepción de PQRSFD

Código:	9-GAC-F-01
Versión:	3.0
Fecha:	oct-2019

Tipo de anexo: _____

Seleccione el canal para recibir su respuesta

Dirección física ☐ Correo Electrónico ☐ Otro ☐Cuál? _____

AVISOS LEGALES²:

El interesado manifiesta bajo su responsabilidad que los datos aportados en su solicitud son ciertos y que cumple con los requisitos establecidos en la normativa vigente para acceder a la pretensión realizada.

He leído y acepto los términos y condiciones ☐

Firma _____

¿Se encuentra con alguna de las siguientes condiciones?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Sordomudo | <input type="checkbox"/> Indígena |
| <input type="checkbox"/> Adulto mayor | <input type="checkbox"/> Madre cabeza de familia |
| <input type="checkbox"/> Afrocolombiano | <input type="checkbox"/> Embarazo |
| <input type="checkbox"/> Discapacidad auditiva | <input type="checkbox"/> Ninguna |
| <input type="checkbox"/> Discapacidad cognitiva | <input type="checkbox"/> Otro |
| <input type="checkbox"/> Discapacidad física | <input type="checkbox"/> ¿Cuál? |
| <input type="checkbox"/> Discapacidad Visual | |

Información de quien recibe la petición, queja, reclamo, sugerencia, felicitación o denuncia

Nombres:			
Apellidos:			
C.C. Número:		De:	
Cargo:		Dependencia:	
Empresa:			

² Los datos facilitados en este formulario pasarán a formar parte de los archivos automatizados propiedad de la Entidad y podrán ser utilizados por el titular del archivo para el ejercicio de las funciones propias en el ámbito de sus competencias. De conformidad con la Ley 1581 del 17 de octubre de 2012 de Protección de Datos de Carácter Personal podrá ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición mediante instancia presentada.