

**FORMULARIO DE QUEJA
LEY 6 DE 16 DE JUNIO DE 1987**

Versión 1

Queja No. _____ Fecha: _____

Yo, (*Nombres y apellidos en imprenta*) _____,

actuando en representación de: _____,

con cédula No.: _____, seguro social No. _____, género: __M __F, edad: _____,

teléfono fijo No. _____, teléfono de trabajo No.: _____, correo

electrónico: _____, dirección de domicilio (*con puntos de referencia*): _____,

Corregimiento: _____, dirección laboral (*con puntos de referencia*):

_____, por este medio presento queja en contra de:

_____, con dirección en (*indicar puntos de referencia*): _____, por

medio de la presente solicito: _____

Beneficio que se solicita:

<input type="checkbox"/>	Actividades recreativas y de entretenimiento	<input type="checkbox"/>	Tasa de interés
<input type="checkbox"/>	Transporte público	<input type="checkbox"/>	Préstamo hipotecario (tasa de interés)
<input type="checkbox"/>	Hotel, motel o pensión	<input type="checkbox"/>	Pasaporte
<input type="checkbox"/>	Restaurante	<input type="checkbox"/>	Consumo de energía eléctrica
<input type="checkbox"/>	Hospital o clínica privada	<input type="checkbox"/>	Tasa aeroportuaria
<input type="checkbox"/>	Medicamento	<input type="checkbox"/>	Inscripción de asociaciones y federaciones
<input type="checkbox"/>	Servicios médicos	<input type="checkbox"/>	Servicio telefónico
<input type="checkbox"/>	Seguro	<input type="checkbox"/>	Consumo de agua
<input type="checkbox"/>	Servicios técnicos y profesionales	<input type="checkbox"/>	Ataúdes y servicios funerarios
<input type="checkbox"/>	Prótesis, aparatos y accesorios de ayuda		

PRUEBAS

(Detalle las pruebas que adjunta con su queja, distinga las originales de las copias)

Nombre del consumidor: _____

Nombre del representante (si tiene): _____

Firma: _____

Cédula: _____

SELLO DE RECIBIDO
