

**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: \_\_\_\_\_

<b>SELLO DE RECIBIDO</b>
--------------------------