



GOBERNACIÓN DE
Boyacá

FORMATO

VERSIÓN: 0

CÓDIGO: M-FT-CI-F-003

FORMULARIO DE SOLICITUD Y TRAMITE DE PQRDS

FECHA: 31/Jul/2019

TIPO DE SOLICITUD

P Petición Q Queja R Reclamo D Denuncia V Verbal

N° RADICADO SISTEMA

DATOS DEL SOLICITANTE

TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD

CC Cédula de ciudadanía RC Registro Civil CE Cédula de Extranjería
 TI Tarjeta Identidad PA Pasaporte

Número de Identificación

Apellidos

Nombres

Dirección Residencia

Municipio

Rural

Vereda

Urbana

Dirección de Correspondencia:

Municipio:

Correo Electronico:

TELEFONOS:

Fijo

Celular

APELLIDOS Y NOMBRE DEL AFECTADO (si es diferente al peticionario)

Identificación (tipo y numero)

DESCRIPCION DE LOS HECHOS:

DOCUMENTOS ANEXOS SOPORTE:

FECHA DE LOS HECHOS

DD

MM

AA

OBSERVACIONES:

Autorizo ser notificado por correo electrónico: SI NO

Firma del Peticionario:

C.C.

Ciudad y fecha

Nombre y Firma del Funcionario que recibe.

ESPACIO EXCLUSIVO PARA QUEJAS PRESENTADAS A LA SECRETARIA DE SALUD

TIPO DE VINCULACION SGSSS:

Subsidiado
 Contributivo

Entidad:

No asegurado
Otro cual