

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

Versión 3

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*): _____.

Beneficio que se solicita:

<input type="checkbox"/>	Actividad recreativa y de entretenimiento	<input type="checkbox"/>	Tasa de interés
<input type="checkbox"/>	Transporte público	<input type="checkbox"/>	Comisión de cierre
<input type="checkbox"/>	Hotel, motel o pensión	<input type="checkbox"/>	Préstamo hipotecario (tasa de interés)
<input type="checkbox"/>	Restaurante	<input type="checkbox"/>	Pasaporte
<input type="checkbox"/>	Hospital o clínica privada	<input type="checkbox"/>	Consumo de energía eléctrica
<input type="checkbox"/>	Medicamento	<input type="checkbox"/>	Tasa aeroportuaria
<input type="checkbox"/>	Servicio médico	<input type="checkbox"/>	Inscripción de asociaciones y federaciones
<input type="checkbox"/>	Seguro	<input type="checkbox"/>	Servicio telefónico
<input type="checkbox"/>	Servicio técnico y profesional	<input type="checkbox"/>	Consumo de agua
<input type="checkbox"/>	Prótesis, aparato o accesorios de ayuda	<input type="checkbox"/>	Ataúd, urnas y servicio funerario

SOLICITUD:
(Escribir en letra imprenta)

PRUEBAS:

Aporte constancia de su condición de jubilado, pensionado o persona de la tercera de edad, con relación al momento en que solicitó el beneficio de la Ley 6 de 1987.

(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
