



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

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"/>	Pasajes aéreos	<input type="checkbox"/>	Préstamo hipotecario (tasa de interés)
<input type="checkbox"/>	Hotel, motel o pensión	<input type="checkbox"/>	Pasaporte
<input type="checkbox"/>	Restaurante o franquicia	<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"/>	Servicio médico	<input type="checkbox"/>	Servicio telefónico
<input type="checkbox"/>	Seguro	<input type="checkbox"/>	Consumo de agua
<input type="checkbox"/>	Servicio técnico y profesional	<input type="checkbox"/>	Servicios funerarios
<input type="checkbox"/>	Aparatos y accesorios de ayuda		



**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
-------------------