Código de la dependencia.

N° CONSECUTIVO:

TIPO DE SOLICITUD: VERBAL ESCRITA

FECHA DE PRESENTACIÓN:

PETICIÓN QUEJA RECLAMO SUGERENCIA FELICITACIÓN

LUGAR DE PRESENTACIÓN: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ANEXA DOCUMENTOS: SI NO

DATOS PERSONALES:

NOMBRE Y APELLIDOS/ORGANIZACION\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

PROGRAMA ACADÉMICO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

TELÉFONO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CORREO ELECTRÓNICO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DESCRIPCIÓN DE LA SOLICITUD:

(Escriba el problema encontrado)

Fecha de ocurrencia\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

FIRMA DEL SOLICITANTE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Marque con una X que condiciones de vulnerabilidad tiene:

1. ¿Pertenece a un Grupo étnico?

a) Ninguno \_\_ b) Comunidades indígenas \_\_c) Población negra o afrocolombiana\_\_

d) Comunidad raizal \_\_ e) Comunidad Palenquera \_\_f) Comunidad ROM o gitana \_\_

1. ¿Pertenece a alguno de los siguientes grupos de población vulnerable?

a) Madre cabeza de hogar sí\_\_ no\_\_

b) Víctima de conflicto armado (incluye desplazamiento forzoso, hijo de desmovilizado, pareja de desmovilizado) sí\_\_ no\_\_

c) Reinsertado de grupos al margen de la ley sí\_\_ no\_\_

d) Población LGBTI sí\_\_\_ no\_\_\_

 Categoría: \_\_\_\_\_\_\_\_\_

e) Habitante de Frontera sí\_\_ no\_\_

 Sector: \_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. ¿Presenta alguna de las siguientes discapacidades?

a) Intelectual \_\_

b) Física \_\_

c) Sensorial - auditiva baja audición diagnosticada \_\_\_

d) Sensorial - auditiva usuario de lengua de señas \_\_\_

e) Sensorial - visual baja visión diagnosticada \_\_\_\_\_

f) Sensorial - visual ceguera\_\_\_\_\_

g) Sordoseguera\_\_\_\_

h) Psicosocial\_\_\_\_\_

i) Trastorno del espectro autista\_\_\_\_

j) Ninguna

Si presenta discapacidad: indique el diagnóstico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Código Serie Documental (Ver Tabla de Retención Documental).