



FORMATO DE SUGERENCIAS

Código: F- PAO-049

Versión: 1

Página 1 de 1

Fecha de Aprobación:30/04/2018

INFORMACIÓN DEL CIUDADANO

| | | | |
|---|-------------------------------|-----------------|--------------------------|
| Fecha: | Nombres y Apellidos: | | |
| Número documento de identificación | | | |
| Por cuál medio de contacto desea recibir respuesta: | | | |
| <input type="checkbox"/> Escrito | Dirección de correspondencia: | | |
| <input type="checkbox"/> Correo Electrónico | Correo electrónico: | | |
| <input type="checkbox"/> Telefónico | Teléfono Fijo o móvil: | | |
| Marque con una X si pertenece a alguno de los siguientes grupos poblacionales: | | | |
| Discapacidad | <input type="checkbox"/> | Pueblo Indígena | <input type="checkbox"/> |
| Adulto Mayor | <input type="checkbox"/> | Desplazado | <input type="checkbox"/> |
| Veterano Fuerza Pública | <input type="checkbox"/> | Mujer Gestante | <input type="checkbox"/> |

DESCRIPCIÓN

(Resuma brevemente el asunto de esta comunicación, manifestando claramente su sugerencia)

Nivel de satisfacción:

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|

En la escala de 1 a 5 califique su favorabilidad con una "X" del producto recibido, donde 1 es la escala más baja y 5 el máximo de satisfacción.



FORMATO DE SUGERENCIAS

Código: F- PAO-049

Versión: 1

Página 1 de 1

Fecha de Aprobación:30/04/2018

INFORMACIÓN DEL CIUDADANO

| | | | |
|---|-------------------------------|-----------------|--------------------------|
| Fecha: | Nombres y Apellidos: | | |
| Número documento de identificación | | | |
| Por cuál medio de contacto desea recibir respuesta: | | | |
| <input type="checkbox"/> Escrito | Dirección de correspondencia: | | |
| <input type="checkbox"/> Correo Electrónico | Correo electrónico: | | |
| <input type="checkbox"/> Telefónico | Teléfono Fijo o móvil: | | |
| Marque con una X si pertenece a alguno de los siguientes grupos poblacionales: | | | |
| Discapacidad | <input type="checkbox"/> | Pueblo Indígena | <input type="checkbox"/> |
| Adulto Mayor | <input type="checkbox"/> | Desplazado | <input type="checkbox"/> |
| Veterano Fuerza Pública | <input type="checkbox"/> | Mujer Gestante | <input type="checkbox"/> |

DESCRIPCIÓN

(Resuma brevemente el asunto de esta comunicación, manifestando claramente su sugerencia)

Nivel de satisfacción:

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|

En la escala de 1 a 5 califique su favorabilidad con una "X" del producto recibido, donde 1 es la escala más baja y 5 el máximo de satisfacción.