



GOBERNACIÓN DEL GUAVIARE

REPÚBLICA DE COLOMBIA

DESPACHO – VIVIENDA. PAP –PDA

NIT:800.103.196-1



GOBERNACIÓN DEL GUAVIARE GUAVIARE FORMATO DE PQR´S

NUMERO DE CONSULTA

DATOS GENERALES DEL CONSULTANTE

Ciudad:	Fecha:
Nombres:	Apellidos:
Tipo de documento: CC <input type="text"/>	Nit <input type="text"/> Numero de documento : <input type="text"/>
Dirección:	
Teléfono:	Correo Electrónico

II. MOTIVO DE LA PETICIÓN, QUEJA Y RECLAMO (Por favor indique las razones que sustentan su PQR´s)

III. DOCUMENTOS QUE ANEXA (Para las peticiones)

_____Firma:

La oficina de PAP-PDA del departamento del Guaviare agradece su colaboración para el mejoramiento de nuestro servicio.

Oficina donde se Recepción la PQR _____

Entidad o empresa a la que va dirigida: _____

La solicitud se clasifica como: _____

Queja

Reclamo

Petición

