



UNIDAD DE TRANSPARENCIA

SEGURO SOCIAL UNIVERSITARIO COCHABAMBA
UNIDAD DE TRANSPARENCIA

Nro. de Queja o Sugerencia:

Fecha: ___/___/___ Hora: ___:___

FORMULARIO DE QUEJA O SUGERENCIA

DATOS SOLICITANTE:

| |
|---|
| <p>SEGURO SOCIAL UNIVERSITARIO UNIDAD DE TRANSPARENCIA Av. Aniceto Arce 374 (o Parque La Torre) Edif. Antiguo 2do. Piso Of. 2-A</p> |
| <p>Teléfonos Informaciones: 4-226772 Interno 337 Celular: 75497611 unidadtransparenciassu@gmail.com</p> |

| | |
|---|--|
| Nombre (s): | |
| Apellido (s): | Carnet de Identidad Nro. |
| Dirección: | Teléfonos: |
| Tipo de Queja o Sugerencia: | |
| Malos Tratos: <input type="checkbox"/> | Cobros Indebidos: <input type="checkbox"/> Retardación de trámites: <input type="checkbox"/> |
| Actos de corrupción: <input type="checkbox"/> | Otros: <input type="checkbox"/> |
| Especificar otros: | |

DATOS DE LA QUEJA O SUGERENCIA:

| |
|--|
| Área o Unidad observada: |
| Nombre del Servidor Público observado: |
| Día y Hora: |
| Breve detalle de la Queja o Sugerencia: |
| |
| |
| Adjunta documentación de respaldo: |
| Si: <input type="checkbox"/> Fs. <input type="checkbox"/> No: <input type="checkbox"/> |
| Constancia de recepción de queja o sugerencia en la Unidad de Transparencia |
| En fecha: _____ Se recepcionó la presente queja o sugerencia |
| |
| _____ |
| DENUNCIANTE |
| _____ |
| FUNCIONARIO SSU UT |