

SOLICITUDES PP NEGRA AFROCOLOMBIANA

* Obligatorio

1. Nombre del funcionario que registra *

Escriba su respuesta

2. Punto de atención *

Escriba su respuesta

3. Nombre completo del ciudadano afectado *

Escriba su respuesta

4. Número del documento de identidad del ciudadano afectado *

Escriba su respuesta

5. Teléfono *

El valor debe ser un número.

6. Pertenencia étnica *

Selecciona la respuesta



7. EAPB *

Selecciona la respuesta



8. Barrera de acceso presentada *

Selecciona la respuesta



9. Observaciones y/o aclaraciones *

Por favor, de forma clara y concreta, amplíe la información de la barrera presentada, informando fechas de expedición de órdenes y/o autorizaciones expedidas, así como el detalle de la situación que configura la dificultad para el acceso a los servicios de salud.

Escriba su respuesta

No revele nunca su contraseña. [Notificar abuso](#)



Este contenido lo creó el propietario del formulario. Los datos que envíes se enviarán al propietario del formulario. Microsoft no es responsable de las prácticas de privacidad o seguridad de sus clientes, incluidas las que adopte el propietario de este formulario. Nunca des tu contraseña.

Microsoft Forms | Encuestas, cuestionarios y sondeos con tecnología de inteligencia artificial [Crear mi propio formulario](#)

El propietario de este formulario no ha proporcionado una declaración de privacidad sobre cómo utilizarán los datos de tus respuestas. No proporciones información personal o confidencial. | [Términos de uso](#)