



**SOLICITUD DE ACCESO A LA INFORMACION PÚBLICA**

**Fecha:**

**Ciudad:**

**Institución:** **Ministerio de Salud Pública**

**Autoridad:** Verónica Espinosa S.

**IDENTIFICACIÓN DEL SOLICITANTE**

**Nombre:**  **Apellido:**

**Cédula No.**

**Dirección domiciliaria:**

**Teléfono (fijo o celular):**

**PETICIÓN CONCRETA:**

*Identifique de manera clara y concreta la información pública que desea solicitar a la institución:*

**FORMA DE RECEPCIÓN DE LA INFORMACIÓN SOLICITADA:**

Retiro de la información en la institución:

Email:

**FORMATO DE ENTREGA:**

Copia en papel:

Cd.

Formato electrónico digital:

PDF

Word

Excel

Otros