

FORMULARIO PETICIONES, QUEJAS, RECLAMOS Y SUGERENCIAS

COLPENSIONES
2016_8401127
25/07/2016 08:41:33 AM
CALI NORTE
VALLE - CALI
PQRS
IMAGENES-2

020168401127-AD

FAVOR DILIGENCIAR EN LETRA MAYÚSCULA
E IMPRIMTA Y SIN SALIRSE DE LOS RECUADROS

Regional

Oficina

I. DATOS GENERALES DEL AFILIADO, PENSIONADO O SOLICITANTE

Tipo de documento CC <input checked="" type="checkbox"/> CD <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/>	Primer apellido ROJAS	Segundo apellido GIRARD
Número de documento 66829625	Primer nombre GIRARD	Segundo nombre
Nacionalidad COLOMBIANA	Sexo M <input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/>	Dirección Residencia CALLE 40 N H 3C 35
Ciudad / Municipio CALLE	Barrio/Vereda/Corregimiento VIRASA	Departamento VALLE
Teléfono 6656424	Celular 3162370573	Fax
Correo electrónico GIRARD.ROJAS@HOTMAIL.COM	AUTORIZACIÓN USO DE MEDIOS ELECTRÓNICOS. El afiliado / ciudadano acepta y autoriza de manera expresa para que la ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES, envíe notificaciones, estados de cuenta y demás comunicaciones relacionadas con sus trámites y/o solicitudes a través de técnicas y medios electrónicos, informáticos y telemáticos (incluye correo electrónico, página web, mensajes móvil)	
		SI <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

II. DATOS DE LA ENTIDAD O EMPLEADOR

Tipo de documento CC <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> CD <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/>	Razón Social o Nombre
Número de documento	Dirección
Nombre del Funcionario Solicitante	Cargo
Ciudad / Municipio	Barrio/Vereda/Corregimiento
Teléfono	Celular
Correo electrónico	Sucursal
AUTORIZACIÓN USO DE MEDIOS ELECTRÓNICOS. El afiliado / ciudadano acepta y autoriza de manera expresa para que la ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES, envíe notificaciones, estados de cuenta y demás comunicaciones relacionadas con sus trámites y/o solicitudes a través de técnicas y medios electrónicos, informáticos y telemáticos (incluye correo electrónico, página web, mensajes móvil)	
SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	

III. TIPO DE SOLICITUD

☒ Petición ☐ Queja ☐ Reclamo ☐ Sugerencia ☐ Felicitación

IV. DESCRIPCIÓN DE LA SOLICITUD

solicito el auxilio de 14% pero ni pagaja u cargo soy pensionado por invalidez total.

V. ANEXOS

1.
2.
3.

1. AUTORIZACIÓN PARA BÚSQUEDA, CONSULTA, USO Y MANEJO DE INFORMACIÓN. El afiliado/ciudadano acepta y autoriza de manera expresa irrevocable a la ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES, incluyendo a terceros con quienes ésta tiene suscritos convenios con tal propósito, para la recolección y tratamiento de datos de carácter personal y reservado relacionados con la prestación, gestión, administración, personalización, actualización y mejora de los trámites, bienes y servicios de COLPENSIONES, así como la consulta, búsqueda, recolección y uso en cualquier tiempo en las centrales de riesgo y en aquellas entidades privadas y públicas que tengan información del afiliado/ciudadano para realizar los trámites que se refieren a las prestaciones, bienes y servicios de los diferentes componentes del sistema general de seguridad social administrados por COLPENSIONES.

2. AUTORIZACIÓN VERIFICACIÓN Y USO DE INFORMACIÓN. El afiliado / ciudadano acepta y autoriza de manera expresa para que la ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES, directamente y/o a través de medios electrónicos, informáticos y telemáticos, realice la verificación y uso de la información suministrada por el afiliado / ciudadano en su documento de identidad y en los demás que aporte a COLPENSIONES, ante las entidades u organismos pertinentes. 3. La información obtenida solo será usada para efectos propios de la ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES.

GIRARD.ROJAS
FIRMA DEL SOLICITANTE

66829625
No. DE DOCUMENTO

“SU FUTURO LO CONSTRUIMOS
ENTRE LOS DOS”



Colpensiones S.A.