



FORMULARIO PETICIONES, QUEJAS, RECLAMOS, SUGERENCIAS Y DENUNCIAS

FAVOR DILIGENCIAR EN LETRA MAYÚSCULA E IMPRENTA Y SIN SALIRSE DE LOS RECUADROS
Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo.

COLPENSIÓN - 2023_13794704
16/08/2023 01:33:01 PM

PEREIRA
RISARALDA - PEREIRA
PQRS
IMÁGENES: 7



CONSULTE EL ESTADO DE SU TRÁMITE EN
WWW.COLPENSIÓN.GOV.CO

I. PRODUCTO		II. TIPO DE SOLICITUD						
RPM	<input checked="" type="checkbox"/> BEPS	Petición	<input checked="" type="checkbox"/>	Queja	Reclamo	Sugerencia	Felicitación	Denuncia

III. DATOS GENERALES DEL CAUSANTE O TITULAR ORIGINAL DEL DERECHO (VINCULADO, AFILIADO, PENSIONADO O CIUDADANO INTERESADO)									
Tipo de documento		Número de documento				Sexo			
CC	<input checked="" type="checkbox"/> CE	TI	CD	PA	RC	PEP	PPT	NUIP	3 194 152 7
Primer apellido		Segundo apellido				Hace parte de la comunidad LGTBIQ+			
RUBIANO		LOAIZA				SI		NO <input checked="" type="checkbox"/>	
Primer nombre		Segundo nombre				SI		NO <input checked="" type="checkbox"/>	
JANNET									
Dirección Residencia									
CALLE 82#34 - 65 CONJ UNTO RE SIDENCIAL BATARA									
Ciudad / Municipio		Departamento		Barrio/Vereda/ Corregimiento					
PEREIRA		RISARALDA							
Teléfono		Celular		Condición Especial					
		3 1 133 911 39		TIPO NO APLICA <input checked="" type="checkbox"/>					
Correo electrónico ACESOLUCIONESLEGALES@HOTMAIL.COM									
¿Durante los últimos dos meses, ha presentado quejas o reclamos por la misma causa? SI <input checked="" type="checkbox"/> NO									

IV. DATOS DEL SOLICITANTE (FAMILIAR DEL CIUDADANO FALLECIDO, TERCERO AUTORIZADO, APODERADO, CURADOR, ALIADO, EMPRESA PÚBLICA O PRIVADA)										
Familiar del Ciudadano Fallecido		Tercero Autorizado		Tipo de documento		Sociedad Extranjera sin NIT		Número de documento		
Aliado	Apoderado <input checked="" type="checkbox"/>	Curador	CC	<input checked="" type="checkbox"/> CE	TI	NIT	PA	PEP	PPT	CD
Razón Social y Cargo (Diligencie este campo si seleccionó EMPRESA)										
Primer apellido		Segundo apellido				Hace parte de la comunidad LGTBIQ+				
GARCIA		ECHEVERRY				SI		NO <input checked="" type="checkbox"/>		
Primer nombre		Segundo nombre				SI		NO <input checked="" type="checkbox"/>		
CARLOS		EDUARDO								
Sexo		Condición Especial		Dirección de Correspondencia						
M	<input checked="" type="checkbox"/> F	TRANS	NO BINARIO	NO APLICA	TIPO	NO APLICA <input checked="" type="checkbox"/>	CRA 8#20 - 67 OFICINA 407			
Barrio/Vereda/ Corregimiento		Ciudad / Municipio		Departamento						
CENTRO		PEREIRA		RISARALDA						
Teléfono		Celular		Correo electrónico						
3 45 90 22				ACESOLUCIONESLEGALES@HOTMAIL.COM						
¿Durante los últimos dos meses, ha presentado quejas o reclamos por la misma causa? SI <input checked="" type="checkbox"/> NO										

V. DESCRIPCIÓN DE LA SOLICITUD									
SOLICITU DE LA COPIA DE LA HISTORIA LABORAL VALIDAD PARA PRESTACIONES SOCIALES DE CARACTER OFICIAL Y SIN INCONSISTENCIAS									

VI. ANEXOS									
1. COPIA DE LA CÉDULA DEL PENSIONADO AL 150%									
2. COPIA DE LA TARGETA Y CÉDULA DEL APODERADO AL 150%									
3. COPIA DEL PODER VALIDO PARA ESTE TRÁMITE FIRMADO Y AUTENTICADO ANTE NOTARIO									

VII. AUTORIZACIONES									
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.									
AUTORIZACIÓN PARA ACTUALIZACIÓN DE DATOS. El Afiliado/Ciudadano/Emplicador acepta y autoriza de manera expresa e irrevocable a la ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES, para la actualización de los datos de contacto contenidos en las bases de datos de la Entidad con la información registrada en este formulario.									
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 medios electrónicos, informáticos y telemáticos (incluye correo electrónico, página web, mensajes móvil).									
SI <input checked="" type="checkbox"/> NO									
SI <input checked="" type="checkbox"/> NO									

FIRMA DEL CIUDADANO / SOLICITANTE		No. DE DOCUMENTO	
		10025314	