

**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.

COLPENSIONES - 2023-3728621

03/03/2023 10:17:03 AM

MEDELLIN CENTROOCCID

ANTIOQUIA - MEDELLIN

PQRS

IMAGENES-2



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

I. PRODUCTO

II. TIPO DE SOLICITUD

RPM ☒ BEPS ☐ Petición ☐ Queja ☐ Reclamo ☒ Sugerencia ☐ Felicitación ☐ Denuncia ☐

III. DATOS GENERALES DEL CAUSANTE O TITULAR ORIGINAL DEL DERECHO (VINCULADO, AFILIADO, PENSIONADO O CIUDADANO INTERESADO):

Tipo de documento CC ☒ CE ☐ TI ☐ CD ☐ PA ☐ RC ☐ PEP ☐ PPT ☐ NUIP ☐ Número de documento 43033942 Sexo M ☒ F ☐ TRANS ☐ NO BINARIO ☐ NO APLICA ☐
Primer apellido GARCIA Segundo apellido OCAMPO Hace parte de la comunidad LGTBIQ+ SI ☐ NO ☒
Primer nombre NORA Segundo nombre ELENA
Dirección Residencia CALLE A1 # 33 - 04
Ciudad / Municipio MEDELLIN Departamento ANTIOQUIA Barrio/Vereda/ Corregimiento LA MILAGROSA
Teléfono Celular 3012557660 Condición Especial TIPO NO APLICA ☒
Correo electrónico norelgarcia@gmail.com
¿Durante los últimos dos meses, ha presentado quejas o reclamos por la misma causa? SI ☐ 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 CC ☐ CE ☐ TI ☐ NIT ☐ PA ☐ PEP ☐ PPT ☐ CD ☐ Sociedad Extranjera sin NIT ☐ Número de documento
Aliado ☐ Apoderado ☐ Curador ☐
Razón Social y Cargo (Diligencie este campo si seleccionó EMPRESA)
Primer apellido Segundo apellido Hace parte de la comunidad LGTBIQ+ SI ☐ NO ☐
Primer nombre Segundo nombre
Sexo M ☐ F ☐ TRANS ☐ NO BINARIO ☐ NO APLICA ☐ Condición Especial TIPO NO APLICA ☐ Dirección de Correspondencia
Barrio/Vereda/ Corregimiento Ciudad / Municipio Departamento
Teléfono Celular Correo electrónico
¿Durante los últimos dos meses, ha presentado quejas o reclamos por la misma causa? SI ☐ NO ☐

V. DESCRIPCIÓN DE LA SOLICITUD:

Reclamo por inconformidad en respuesta a radicado 2023_2848544 donde informan que no cuento con los 15 años de servicio cotizados al 1 de abril de 1994 y que dado el caso debo realizar una corrección de historia laboral, no estoy de acuerdo con dicha respuesta porque al revisar mi historia a esa fecha registra un total de 782.57 semanas, motivo por el cual solicito estudien nuevamente mi solicitud de traslado revisando correctamente mis semanas cotizadas

VI. ANEXOS

1.
2.
3.

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 refieran 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/Empleador 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 ☐ NO ☐

Nora Elena García O.
FIRMA DEL CIUDADANO / SOLICITANTE

43.033.942
No. DE DOCUMENTO