

# 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.

RADICACIÓN

**I. PRODUCTO**      **II. TIPO DE SOLICITUD**

RPM  BEPS       Petición       Queja       Reclamo       Sugerencia       Felicitación       Denuncia

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

Tipo de documento      Número de documento      Sexo

CC  CE  TI  CD  PA  RC  PEP  PPT  NUIP       M  F  TRANS  NO BINARIO  NO APLICA

Primer apellido      Segundo apellido      Hace parte de la comunidad LGTBIQ+      SI  NO

Primer nombre      Segundo nombre

Dirección Residencia

Ciudad / Municipio      Departamento      Barrio/Vereda/ Corregimiento

Teléfono      Celular      Condición Especial      TIPO  NO APLICA

Correo electrónico

¿Durante los últimos dos meses, ha presentados 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      Sociedad Extranjera sin NIT       Número de documento

Aliado  Apoderado  Curador  CC  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+      SI  NO

Primer nombre      Segundo nombre

Sexo      Condición Especial      Dirección de Correspondencia

M  F  TRANS  NO BINARIO  NO APLICA  TIPO  NO APLICA

Barrio/Vereda/ Corregimiento      Ciudad / Municipio      Departamento

Teléfono      Celular      Correo electrónico

¿Durante los últimos dos meses, ha presentados quejas o reclamos por la misma causa?      SI  NO

**V. DESCRIPCIÓN DE LA SOLICITUD.**

-----

-----

-----

-----

-----

**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.      SI  NO

**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

FIRMA DEL CIUDADANO / SOLICITANTE      No. DE DOCUMENTO

# FORMULARIO DE PETICIONES, QUEJAS, RECLAMOS, SUGERENCIAS Y DENUNCIAS.

Señor ciudadano para presentar una petición, queja, reclamo, sugerencia o denuncia deberá diligenciar este formulario, el cual no requiere anexos para su presentación.

## IMPORTANTE: CAMPOS DE USO EXCLUSIVO DE COLPENSIONES

### I. PRODUCTO

- **RPM:** Marque con una X cuando su solicitud o petición este relacionada con el Régimen de Prima Media con Prestación Definida.
- **BEPS:** Marque con una X cuando su solicitud o petición este relacionada con el Servicio Social Complementario de Beneficios Económicos Periódicos.

### II. TIPO DE SOLICITUD:

 Debe diligenciar la casilla que corresponda con una X. Para diligenciar este campo deberá tener en cuenta lo siguiente:

- **Petición:** Es una solicitud verbal o escrita que cualquier persona puede hacer por motivos de interés particular o general, relacionada con los servicios prestados por Colpensiones en la que se requiere la intervención de un área determinada.
- **Queja:** Manifestación de protesta o inconformidad que presenta cualquier persona en relación con la atención brindada a través de cualquier canal de servicio de la Entidad.
- **Reclamo:** Manifestación de cualquier inconformidad que realiza cualquier persona por demoras o inconsistencias en la atención a un trámite o solicitud, esto con el propósito de exigir una solución por parte de la Entidad.
- **Sugerencia:** Es aquella idea o propuesta que realiza cualquier persona para mejorar un servicio o proceso de Colpensiones.
- **Felicitación:** Es la manifestación de agrado o satisfacción de una persona con los funcionarios o servicios prestados por la Entidad.
- **Denuncia:** Es la notificación ante Colpensiones de una conducta completamente posiblemente irregular con el fin de que se adelanten las investigaciones correspondientes; para lograrlo es necesario que se detalle el tiempo, modo y lugar en que sucedieron los hechos para poder establecer responsabilidades.

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

- **Tipo de documento:** Diligencie la casilla que corresponde así: C.C: si es cédula de ciudadanía, C.E: si es cédula de extranjería, T.I: tarjeta de identidad, CD: Carné Diplomático P.A: si es pasaporte o PEP, RC: si es Registro Civil, PEP: si es permitido especial de permanencia, PPT: si es permiso por protección temporal o NUIP: número único de identificación personal.
- **Número de documento:** Escriba el número de identificación completo.
- **Sexo:** Diligencie la casilla correspondiente **M** = Masculino, **F** = Femenino, Trans, No Binario o No aplica.
- **Primer apellido:** Escriba el primer apellido de acuerdo como figura en el documento de identidad.
- **Segundo apellido:** Escriba el segundo apellido de acuerdo como figura en el documento de identidad.
- **Primer nombre:** Escriba el primer nombre de acuerdo como figura en el documento de identidad.
- **Segundo nombre:** Escriba el segundo nombre de acuerdo como figura en el documento de identidad.
- **LGTBIQ+:** Marque con una X si hace parte o no de la comunidad LGTBIQ+.
- **Dirección residencia:** Escriba la dirección de la residencia en forma completa.
- **Barrio/vereda/corregimiento:** Escriba el nombre de barrio o vereda donde reside.
- **Ciudad/municipio:** Escriba el nombre de la ciudad o municipio donde reside.
- **Departamento:** Escriba el nombre del departamento donde reside.
- **Condición especial:** Diligencie SI aplica su tipo de Condición especial: 01 = Adulto mayor. 02 = Pensionado. 03 = Receptor de subsidio. 04 = Discapacidad auditiva. 05 = Discapacidad física. 06 = Menor de edad. 07 = Indígena. 08 = Mujer embarazada. 09 = Reinsertado. 10 = Víctima del conflicto armado. 11 = Afrocolombiano. 12 = Desplazado. 13 = Madre cabeza de familia. 14 = Sordomudo. 15 = Discapacidad cognitiva. 16 = Discapacidad visual. 17 = Periodista. De lo contrario marque con una X, NO APLICA
- **Teléfono fijo:** Escriba el número telefónico de su residencia o de un familiar.
- **Teléfono celular:** Indique el número de celular donde pueda ser ubicado.
- **Correo electrónico:** Escriba el correo electrónico personal.
- **Durante los últimos meses, ha presentado quejas o reclamos por la misma causa:** Marque con una X si es o no, su solicitud una réplica.

### IV. DATOS DEL SOLICITANTE (FAMILIAR DEL CIUDADANO FALLECIDO, TERCERO AUTORIZADO, APODERADO, ALIADO, EMPRESA PÚBLICA PRIVADA)

Siempre que se diligencie éste grupo de información es **OBLIGATORIO** el diligenciamiento de los campos que conforman el grupo **III. DATOS GENERALES DEL CAUSANTE O TITULAR ORIGINAL DEL DERECHO (VINCULADO, AFILIADO, PENSIONADO O CIUDADANO INTERESADO)** con las siguientes excepciones:

- En los casos donde el tipo de solicitante seleccionado sea empresa pública o privada y su petición corresponda al ejercicio propio del empleador; es decir, la petición no se refiera a un determinado afiliado o ciudadano.
- Cuando la petición este relacionada con un pensionado beneficiario, éste deberá diligenciar sus datos en el ítem **III. Datos generales del causante o titular original del derecho.**

#### Seleccione la calidad en la que actúa:

- **Familiar del ciudadano fallecido:** Si la solicitud es efectuada por un hijo, padre, cónyuge o compañero(a) del afiliado/vinculado fallecido.
- **Tercero autorizado:** Si la solicitud es realizada por una persona con autorización por parte del afiliado/vinculado para actuar en su nombre.
- **Apoderado:** Si la solicitud es realizada por un abogado debidamente autorizado por el afiliado/vinculado mediante poder.
- **Curador:** Representante designado por un Juez a una persona que no puede valerse por sí misma o es declarada incapaz.
- **Aliado:** Persona natural o jurídica que mediante su contribución incentiva la vinculación y fidelización de los ciudadanos objeto del programa BEPS.
- **Tipo de documento:** Diligencie la casilla que corresponda así: CC: si es cédula de ciudadanía, CE: si es cédula de extranjería, TI: si es tarjeta de identidad, NIT: si es el Número Identificación Tributaria CD: Carné Diplomático, PA: si es pasaporte, PEP: si es permitido especial de permanencia, PPT: si es permiso por protección temporal o Sociedad Extranjera sin NIT.
- **Número documento:** Escriba el número de identificación completo.
- **Razón social y Cargo:** Escriba la razón social o nombre de la entidad, empleador o aliado solicitante y en caso de que aplique el cargo del funcionario que presenta la solicitud.
- **Primer apellido:** Escriba el primer apellido de acuerdo como figura en el documento de identidad.
- **Segundo apellido:** Escriba el segundo apellido de acuerdo como figura en el documento de identidad.
- **Primer nombre:** Escriba el primer nombre de acuerdo como figura en el documento de identidad.
- **Segundo nombre:** Escriba el segundo nombre de acuerdo como figura en el documento de identidad.
- **LGTBIQ+:** Marque con una X si hace parte o no de la comunidad LGTBIQ+.
- **Sexo:** Diligencie la casilla correspondiente **M** = Masculino, **F** = Femenino, Trans, No Binario o No aplica.
- **Condición especial:** Diligencie SI aplica su tipo de Condición especial: 01 = Adulto mayor. 02 = Pensionado. 03 = Receptor de subsidio. 04 = Discapacidad auditiva. 05 = Discapacidad física. 06 = Menor de edad. 07 = Indígena. 08 = Mujer embarazada. 09 = Reinsertado. 10 = Víctima del conflicto armado. 11 = Afrocolombiano. 12 = Desplazado. 13 = Madre cabeza de familia. 14 = Sordomudo. 15 = Discapacidad cognitiva. 16 = Discapacidad visual. 17 = Periodista. De lo contrario marque con una X, NO APLICA
- **Dirección de correspondencia:** Escriba la dirección de correspondencia en forma completa.
- **Barrio/vereda/corregimiento:** Escriba el nombre de barrio o vereda de correspondencia.
- **Ciudad/municipio:** Escriba el nombre de la ciudad o municipio de correspondencia.
- **Departamento:** Escriba el nombre del departamento de correspondencia.
- **Teléfono fijo:** Escriba el número telefónico de contacto.
- **Teléfono celular:** Indique el número de celular donde pueda ser ubicado.
- **Correo electrónico:** Escriba el correo electrónico de contacto.
- **Durante los últimos dos meses, ha presentado quejas o reclamos por la misma causa:** Marque con una X si es o no, su solicitud una réplica.

### V. DESCRIPCIÓN DE LA SOLICITUD:

 En este campo el formulario deberán indicarse los motivos de la solicitud.

### VI. ANEXOS:

 Registrar los documentos anexos a la solicitud si hay lugar a ello.

### VII. AUTORIZACIONES

- **Autorización para actualización de Datos:** Diligencie la casilla correspondiente SI: En caso de autorización de datos de contacto. No: En caso de NO autorizar la actualización.
- **Autorización uso de medios electrónicos:** Diligencie la casilla correspondiente SI: En caso de autorizar el envío de información o notificación por medios electrónicos. NO: En caso de NO autorizar el envío.

### VIII. FIRMA DEL CIUDADANO O SOLICITANTE Y No. DE DOCUMENTO:

 Una vez diligenciado el formulario de peticiones, quejas, reclamos y sugerencias proceda a firmarlo registrando su número de documento de identificación.