

Ciudad	Fecha (DD/MM/AAAA)	Punto de atención	Lengua nativa Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
Manifestación Felicitación <input type="radio"/> Derecho de petición <input type="radio"/> Sugerencia <input type="radio"/> Solicitud <input type="radio"/> Queja <input type="radio"/> Reclamo <input type="radio"/>			
Medicina laboral <input type="radio"/> Origen accidente <input type="radio"/> Origen enfermedad <input type="radio"/> Autorización médica <input type="radio"/> Juntas de calificación <input type="radio"/> Enfermedad laboral <input type="radio"/> Pérdida de capacidad laboral <input type="radio"/> Traslado cita médica <input type="radio"/> Pruebas <input type="radio"/> Rehabilitación <input type="radio"/> Atención proveedores <input type="radio"/> Copias expediente	Proceso indemnizaciones <input type="radio"/> Pensión de invalidez <input type="radio"/> Pensión sobreviviente <input type="radio"/> Pensión sustituta <input type="radio"/> Incapacidades <input type="radio"/> Indemnización IPP <input type="radio"/> Proceso reconocimiento vida <input type="radio"/> Reembolsos <input type="radio"/> Recobros otra ARL <input type="radio"/> Cuentas Médicas	Administración pensiones <input type="radio"/> Actualización datos pensionado <input type="radio"/> Certificación pensionado <input type="radio"/> Acrecimiento mesada Póliza de vida <input type="radio"/> Mantenimiento póliza <input type="radio"/> Cancelación póliza <input type="radio"/> Paz y Salvo <input type="radio"/> Renovación	Proceso afiliaciones <input type="radio"/> Afiliación <input type="radio"/> Certificación <input type="radio"/> Inactivación afiliado <input type="radio"/> Portal transaccional <input type="radio"/> Actualización <input type="radio"/> Correcciones <input type="radio"/> Cambio de riesgo Proceso recaudo y cartera <input type="radio"/> Estado de cuenta <input type="radio"/> Cartera <input type="radio"/> Correcciones <input type="radio"/> Devoluciones <input type="radio"/> Certificación <input type="radio"/> Pago aportes <input type="radio"/> Paz y salvos
Proceso de promoción y prevención <input type="radio"/> Asesoría <input type="radio"/> Certificación: Accidentalidad / Horas extras <input type="radio"/> Solicitud gestor		<input type="radio"/> Estudio / Análisis puesto de trabajo <input type="radio"/> Investigación accidente de trabajo <input type="radio"/> Reclasificación de empresas	
		Otros procesos <input type="radio"/> ¿Cuál? <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>	

1. INFORMACIÓN DEL REMITENTE			
Documento	C.C. <input type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> OTRO <input type="radio"/>	Nombre completo	Edad
			Género M <input type="radio"/> F <input type="radio"/>
Dirección de correspondencia		Departamento	
Municipio/Ciudad	Barrio	Teléfono móvil	Teléfono fijo
Correo electrónico		Autorizo que la respuesta sea enviada a: Correo electrónico <input type="radio"/> Dirección de correspondencia <input type="radio"/>	

1. DATOS DEL AFECTADO - Solo diligenciar si el afectado es distinto al remitente			
Documento	C.C. <input type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> OTRO <input type="radio"/>	Nombre completo	Edad
			Género M <input type="radio"/> F <input type="radio"/>
Dirección de correspondencia		Departamento	
Municipio/Ciudad	Barrio	Teléfono móvil	Teléfono fijo
Correo electrónico			

Descripción de PQRD:

Yo, _____ mayor de edad, domiciliado en la ciudad de _____ identificado con la cédula de ciudadanía número _____, de _____, con domicilio principal en la ciudad de _____, de _____, (de ahora en adelante el "Titular"), actuando en nombre propio y habiendo sido informado del presente documento, y declarando haberlo leído en su totalidad, otorgo, mediante la suscripción del presente documento, mi consentimiento previo, expreso e informado a Positiva Compañía de Seguros S.A. ("Positiva") para que recolecte, utilice, circule, almacene, transfiera, transmita, suprima, o realice cualquier operación sobre mi información personal (los "Datos Personales"), para las siguientes finalidades descritas en nuestra Política de Protección de datos personales que podrá ser consultada en la página web www.positiva.gov.co/tramites-Servicios/Políticas/Paginas/Política-Seguridad.aspx

Entiendo y acepto que he sido informado de que podré ejercer en todo momento frente a Positiva mis derechos de habeas data, interponiendo una solicitud o reclamo al correo electrónico servicioalcliente@positiva.gov.co, de acuerdo con las Políticas de Tratamiento de la Información de Positiva.

¿Anexa folios? Sí <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>
¿Cuántos? <input style="width: 50px;" type="text"/>
¿Anexa medios magnéticos? Sí <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>

Firma
