



Bogotá D.C, 25 de noviembre de 2024

Señores
ACOL CONSULTORES.
ANDREA TOVAR
Bogotá D.C.

Referencia: SOLICITUD DOCUMENTOS - INVESTIGACION

Asegurado : **RODOLFO CASTILLO TRIANA**
Cédula : 17.419.893
No. Reclamo : 600035728

Apreciados señores ACOL CONSULTORES,

Reciban un cordial saludo de parte de todo el equipo de la Dirección Nacional de Pensiones de la COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A.

Con el fin de dar curso al proceso de calificación de pérdida de capacidad laboral para el caso del afiliado en asunto, solicitamos a **ACOL CONSULTORES** realizar las gestiones correspondientes para requerir a aquellas Entidades Prestadoras de Servicios de Salud, donde reposen registros de atenciones prestadas al afiliado, de manera que nos aporten la historia clínica completa de las mismas.

Para efecto adjuntamos:

- Copia de documento del afiliado.
- Autorización firmada por el Afiliado.
- Solicitud de calificación.

Observaciones: Por favor aportar el informe en el menor tiempo posible.

Cualquier información adicional frente a nuestra comunicación favor comunicarse con nosotros al teléfono 3223434572 de Bogotá o a través del correo electrónico jenny.correa@segurosbolivar.com

Atentamente,

JENNY CAROLINA CORREA BELTRÁN
Asesora de Invalidez y Sobrevivencia
Dirección Nacional de Pensiones - Seguros Bolívar

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 17.419.893

CASTILLO TRIANA

APELLIDOS

RODOLFO

NOMBRES

[Handwritten signature]
FIRMA



ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 10-JUN-1979
CUBARRAL
(META)

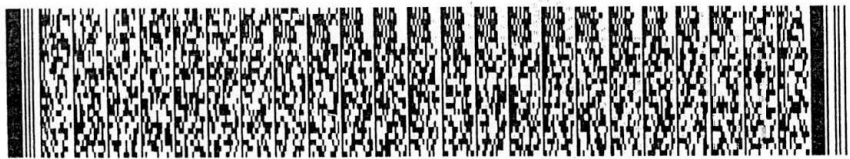
LUGAR DE NACIMIENTO
1.72 O+

ESTATURA G.S. RH
16-OCT-1997 ACACIAS

SEXO M

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

[Handwritten signature]
REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA



A-1500150-01048581-M-0017419893-20181205

0063403330A 1

9E36533100

SOLICITUD DE CALIFICACION Y PENSION INVALIDEZ - COLFONDOS

AUTORIZO A LA COMPAÑÍA COLOMBIANA ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS COLFONDOS S.A. Y A LA COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLIVAR S.A., PARA QUE EN MI NOMBRE, SOLICITE Y OBTenga DE TODA INSTITUCIÓN DE SALUD QUE ME HAYA ATENDIDO, COPIA DEL ORIGINAL DE MI HISTORIA CLÍNICA COMPLETA, AÚN DESPUÉS DE MI FALLECIMIENTO.

AUTORIZO A DICHAS ENTIDADES A CONSULTAR Y VERIFICAR TODA LA INFORMACIÓN SUMINISTRADA PARA LA FORMALIZACIÓN DE ESTA RECLAMACIÓN Y A CONSTATAR POR CUALQUIER MEDIO IDÓNEO, TALES COMO VALORACIONES MEDICAS Y EXÁMENES PARACLÍNICOS ADICIONALES, DOCUMENTOS FÍLMICOS Y/O MAGNETOFÓNICOS, EN SITIOS O LUGARES PÚBLICOS, CON O SIN MI CONSENTIMIENTO PREVIO EXPRESO PARA CADA OCASIÓN, EL QUE, EN TODO CASO, QUEDA OTORGADO PARA TAL FIN POR MEDIO DE ESTE DOCUMENTO, Y DEMAS ELEMENTOS PROBATORIOS, EL ESTADO DE SALUD DEL BENEFICIARIO DE LA PENSIÓN POR INVALIDEZ.

FIRMA DEL AFILIADO O BENEFICIARIO RECLAMANTE

C.C. No. 1749893

NOMBRE Rodolfo Castillo Triana

FIRMA: 

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.005.995.179
PERDOMO ORTIZ

APELLIDOS
MAYERLI

NOMBRES

FIRMA



ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 16-MAR-1992
ATACO
(TOLIMA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.55 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO

15-MAY-2010 ATACO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
HERNÁN PENAGOS GIRALDO



A-1900100-01413235-F-1005995179-20240116 0138224688A 1 8510593447