

Bogotá D.C., 09 de noviembre 2024

Señores:

CLINICAS Y HOSPITALES

Estadística y/o Archivo

Ciudad

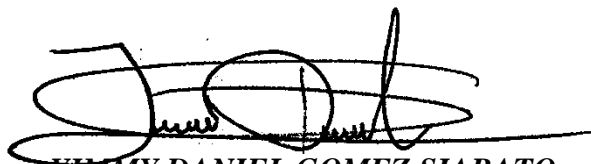
ASUNTO: SOLICITUD HISTORIA CLINICA
REFERENCIA: MIGUEL ANGEL RIVERA RIVERA
RECLAMO 600035550

Como asesores externos de **SEGUROS BOLIVAR** muy comedidamente nos dirigimos a ustedes con el fin de solicitar copia de la historia clínica **COMPLETA**, correspondiente al señor asegurado **MIGUEL ANGEL RIVERA RIVERA** identificado con la cedula de ciudadanía No. **3.836.575** quien fue atendido por ustedes.

Como soporte de la presente petición anexamos copia del Formato de Solicitud de Pensión, copia de la cédula del asegurado y copia del formato Solicitud de Calificación y Pensión Invalidez en el que media autorización para realizar la presente solicitud de conformidad a lo dispuesto en el Artículo 34 de la ley 23 de 1981, para obtener todas y cada una de las Historias Médicas.

Agradezco de antemano la valiosa y oportuna colaboración prestada, puesto que dicha información se hace necesaria con carácter **URGENTE**, para finiquitar proceso en la reclamación del siniestro en comento.

Cordialmente,



JIMMY DANIEL GOMEZ SIABATO

Analista externo de siniestros



Bogotá D.C, 7 de noviembre de 2024

Señores
ATD LTDA.
IDALY PERDOMO
Bogotá, D.C

Referencia: SOLICITUD DOCUMENTOS - INVESTIGACION

Asegurado : **MIGUEL ANGEL RIVERA RIVERA**
Cédula : 3836575
No. Reclamo : 600035550

Apreciados señores ATD LTDA,

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 **ATD LTDA** 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

**FORMATO DE SOLICITUD DE
CALIFICACIÓN DE PÉRDIDA DE CAPACIDAD**

Ciudad Valledupar Fecha de solicitud Año 2024 Mes 05 Oficina _____

1. Información personal del afiliado

Tipo de documento de identificación		Número de documento	Fecha de nacimiento			Género		
CC	<input checked="" type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> PAS <input type="checkbox"/> PEP <input type="checkbox"/>	<u>3.836.545</u>	Año	Mes	Día	F	M	O
Primer apellido	<u>Rivera</u>	Segundo apellido	<u>Rivera</u>					
Primer nombre	<u>Miguel</u>	Segundo nombre	<u>Angel</u>					
Departamento de nacimiento	<u>Atlántico</u>	Ciudad de nacimiento	<u>Barraquilla</u>			Nacionalidad <u>Colombiana</u>		
Dirección de correspondencia	<u>Calle 7 No 9-49</u>							
Departamento de residencia	<u>La Guajira</u>	Ciudad de residencia	<u>Richacha</u>					
Teléfono	<u>3113051979</u>	Otro Contacto	<u>3043626244</u>					
Nombre ARL	<u>positiva</u>	Nombre EPS	<u>Cajacopi</u>					
Correo electrónico	<u>liliganterabogadocaraegualar</u>							
Autorizo el envío de notificaciones por correo electrónico Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>								

Estado civil

	Desde	Hasta
Casado (a)	Año _____ Mes _____ Día _____	Año _____ Mes _____ Día _____
Unión libre	Año <u>2007</u> Mes <u>02</u> Día <u>19</u>	Año _____ Mes _____ Día _____
Separado (a) / Divorciado (a)	Año _____ Mes _____ Día _____	Año _____ Mes _____ Día _____
Viudo (a)	Año _____ Mes _____ Día _____	Año _____ Mes _____ Día _____
Soltero (a)	Año _____ Mes _____ Día _____	Año _____ Mes _____ Día _____

¿Existen hijos menores de 18 años? Si ☐ No ☐

Escolaridad Primaria ☐ Bachillerato ☒ Tecnológico ☐ Universitario ☐ Postgrado ☐ Ninguno ☐

Ocupación, profesión u oficio: panadero

¿Pensionado por otra entidad? Si ☐ No ☒ Nombre de la entidad _____

¿Existe calificación de origen emitida por la ARL o EPS, del accidente o enfermedad que propició la incapacidad? Si ☒ No ☐

Se encuentra tramitando alguna prestación ante la ARL Si ☐ No ☒

IPS que expide el concepto no favorable de rehabilitación Cajacopi

Entidad que expide la historia clínica MediCenter EPS

Actividad que realizaba a la fecha de la enfermedad o accidente:

Panadería, actividades normales de panadero, mojar la harina, moldear.

Descripción detallada de los hechos o circunstancias que generaron el estado de incapacidad:

Comence a padecer cuadros repetitivos de tos, congestiones constantes, cefaleas, mareos,

¿En caso de ser una enfermedad o accidente laboral fue reportado a la ARL? Si ☐ No ☐

En caso de ser un accidente de tránsito, indique la o las placas de los vehículos involucrados.

Moto ☐ Carro ☐ Moto ☐ Carro ☐ Moto ☐ Carro ☐ Moto ☐ Carro ☐

2. Información personal del apoderado

Tipo de documento de identificación		Número de documento	Tarjeta Profesional / Provisional		Género		
CC	<input checked="" type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> PAS <input type="checkbox"/> PEP <input type="checkbox"/>	<u>49778540</u>	<u>278874</u>		F	M	O
Primer apellido	<u>Gauceranth</u>	Segundo apellido	<u>Payaes</u>				
Primer nombre	<u>Shirley</u>	Segundo nombre	<u>Mercedes</u>				
Dirección de correspondencia	<u>Calle 46 No 5-51</u>						
Departamento	<u>Cesar</u>	Ciudad	<u>Valledupar</u>				
Correo electrónico	<u>Shirley9902@outlook.com</u>						
Autorizo el envío de notificaciones por correo electrónico Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>							

3. Información personal del tercero autorizado

Tipo de documento de identificación		Número de documento	Persona de apoyo	Género		
CC	<input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> PAS <input type="checkbox"/> PEP <input type="checkbox"/>		Tercero Autorizado	F	M	O
Primer apellido						
Primer nombre						
Dirección de correspondencia						
Departamento	Ciudad	Teléfono	Celular			
Correo electrónico	Autorizo el envío de notificaciones por correo electrónico Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>					

4. Autorización para el tratamiento de datos personales

Colfondos S. A. Pensiones y Cesantías ("Colfondos"), actuando en su condición de responsable del tratamiento le informa que con el diligenciamiento de este documento usted autoriza de manera previa, expresa, inequívoca e informada a Colfondos y/o cualquier sociedad nacional o internacional con la que Colfondos celebre acuerdos comerciales cuyo objeto sea necesario o inherente al funcionamiento de la operación, ofrecimiento y/o administración de productos o servicios para recolectar, almacenar, circular, suprimir, transmitir o transferir nacional o internacionalmente sus datos personales para el cumplimiento de las siguientes finalidades:

- 1) Asociar, vincular, completar, consultar, enlazar, atar, usar, relacionar, reunir, y juntar la información relacionada a su identidad como, afiliado, beneficiario de pensión y/o reclamante.
- 2) Proveerle diferentes opciones para solicitar y acceder a los productos.
- 3) Dar cumplimiento a la obligación legal o contractual relacionada con el producto adquirido o trámite realizado.
- 4) Gestionar la solicitud de pensión conforme a los requisitos normativos y legales para que la misma sea otorgada; así como los trámites que dé esta decisión se deriven, tales como el pago de una devolución de saldos o ingreso a la nómina de pensionados y su respectiva administración (trámite de novedades, pago mensual, actualizaciones/modificaciones de datos como cuenta bancaria, EPS, caja compensación, libranzas, entre otras) o el traslado a renta vitalicia.
- 5) Para que por sí o a través de la compañía de seguros que Colfondos determine, en mi nombre solicite y obtenga de la institución de salud competente, copia completa de mi historia clínica, aun después de mi fallecimiento.
- 6) Para que por sí o a través de la compañía de seguros que Colfondos determine, consulte y verifique, por cualquier medio idóneo ante las Entidades Prestadoras de Salud, Administradoras de Riesgos Laborales, empleadores y/o cualquier entidad competente según sea el caso, toda la información suministrada por mí o por terceros, incluyendo, pero sin limitarse a valoraciones médicas, exámenes paraclinicos adicionales, documentos fílmicos y/o magnetofónicos y demás elementos probatorios que se requieran para el trámite correspondiente.
- 7) Ser contactado para fines publicitarios sobre los diferentes productos ofrecidos por Colfondos.

Asimismo, declaro que entiendo y manifiesto que he sido informado por Colfondos S. A. de lo siguiente:

1. Que es de carácter facultativo responder preguntas que versen sobre datos sensibles o sobre menores de edad.
2. En caso de haber suministrado información de menor(es) de edad, quien se obliga a diligenciar, firmar y autorizar el presente documento, debe ser el padre, madre o representante legal del menor.
3. Que usted podrá revocar su consentimiento y ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición al tratamiento de sus datos personales en los canales de atención que se encuentran a su disposición en el presente formulario.
4. Que los datos personales serán tratados conforme a la Política de Protección de Datos Personales que puede ser consultada en www.colfondos.com.co

5. Declaración juramentada del solicitante

Yo Miguel A. Rivera R. identificado con tipo de documento CC y número 3.836.575 de Cereza, en la Ciudad de Riohacha hoy 10 de septiembre de 2024, en calidad de reclamante, bajo la gravedad de juramento, siendo conocedor de lo dispuesto por los artículos 289, 291 y 293 y 442 del Código Penal Colombiano, manifiesto que la información contenida y que he declarado ante Colfondos es totalmente cierta, verídica, susceptible de verificación en cualquier momento por parte de Colfondos y/o de la aseguradora competente para la calificación de mi pérdida de capacidad laboral que aquí solicito, al tiempo que no he ocultado información necesaria para el reconocimiento de la prestación que estoy solicitando y que por ley me corresponde.

Esta solicitud no constituye una solicitud formal de pensión de invalidez, sin embargo, en caso de obtener una calificación de pérdida de capacidad laboral igual o superior al cincuenta por ciento (50%), manifestaré a Colfondos S. A. mi decisión de iniciar el proceso para la pensión de invalidez. Así mismo, autorizo el envío de información vía correo electrónico y/o mensaje de texto, esto también aplica para las comunicaciones emitidas por la Aseguradora con la cual se tiene contratado el Seguro Previsional.

Miguel A. Rivera R.

Firma del reclamante

Miguel A. Rivera R.

Nombre del reclamante

3836575

Número de documento



Tenga en cuenta que el trámite de su solicitud no tiene ningún costo y no requiere abogado, por lo cual, debe abstenerse de entregar dineros a personas que se lo soliciten. Por favor denuncie cualquier evento irregular mediante comunicación escrita y envíelo a la Calle 67 N°. 7-94 en la ciudad Bogotá, o en los siguientes canales de atención: **Lineas de atención en Bogotá** 601 7484888, **Barranquilla** 605 3869888, **Bucaramanga** 607 6955888, **Cali** 602 4899888, **Cartagena** 605 6949888, **Medellín** 604 6042888, **gratis desde el resto del país** 01 800 05 10000, en nuestra red de oficinas de atención al cliente a nivel nacional y/o en nuestra **página web**: <https://www.colfondos.com.co/dxp/web/guest/seguridad/linea-de-transparencia>

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **3.836.575**

RIVERA RIVERA

APELLIDOS
MIGUEL ANGEL

NOMBRES
Miguel A. Rivera R.

FIRMA



ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **05-FEB-1981**

BARRANQUILLA
(ATLANTICO)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.77 **O+** **M**

ESTATURA G.S. RH SEXO

10-MAY-1999 COROZAL

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA



A-4800100-01144368-M-0003836575-20200706 0071125505A 1 9912546594

ADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

AG/Colfondos
CONSULTORIA Y COMERCIO HABITAT

OFICINA VAL EDUPAR

04 000 000

LA PRESENTE DOCUMENTACIÓN
ESTA SUJETA A REVISIÓN, SU
RECEPCIÓN NO ES COMPROMISO
DE ACEPTACIÓN

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.

Miguel Angel Rivera Rivera
FIRMA DEL AFILIADO O BENEFICIARIO RECLAMANTE

C.C. No. 3 836.575 .

NOMBRE Miguel Angel Rivera Rivera,

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.052.401.310**

GÓMEZ SIABATO

APELLIDOS

YIMMY DANIEL

NOMBRES



FECHA DE NACIMIENTO **21-ABR-1993**

JENESANO
(BOYACA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.67 **AB+** **M**

ESTATURA G.B. RH SEXO

21-MAR-2012 DUITAMA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION *Carlos Daniel Sánchez Torres*

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS DANIEL SANCHEZ TORRES



P-0707900-00371365-M-1052401310-20120428 0029737458A 1 30132999



ATD LTDA
ASESORES & CONSULTORES



Jimmy Gomez
c.c. 1.052.401.310
Analista de Siniestros

RH: AB+ EPS: Nueva EPS
www.atdltida.com