

Bogotá D.C., 24 de noviembre 2024

Señores:

**CLINICAS Y HOSPITALES**

Estadística y/o Archivo

Ciudad

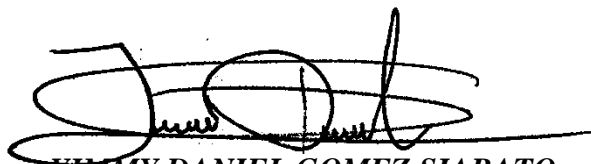
**ASUNTO:** SOLICITUD HISTORIA CLINICA  
**REFERENCIA:** JORGE HERNAN GIL  
RECLAMO 600035278

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 **JORGE HERNAN GIL** identificado con la cedula de ciudadanía No. **10.282.694** 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., 14 de noviembre de 2024

Señores  
**ATD LTDA.**  
Atn. Sra. Idaly Perdomo  
Bogotá

**Referencia: SOLICITUD DOCUMENTOS.**

Asegurado : **JORGE HERNAN GIL**  
Cédula : 10282694  
No. Reclamo : 600035278

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 3410077 Ext. 98963 - 312 5472316 de Bogotá o a través del correo electrónico [luz.tapias@segurosbolivar.com](mailto:luz.tapias@segurosbolivar.com)

Atentamente,

**Asesor de Servicio y Seguimiento**  
**Dirección Nacional de Pensiones - Seguros Bolívar.**

**SOLICITUD DE CALIFICACIÓN Y PENSIÓN INVALIDEZ – COLFONDOS**

AUTORIZO A LA COMPAÑÍA COLOMBIANA ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS COLFONDOS S.A. Y A LA COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR 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. 10'282.694 de Manizales

NOMBRE Jorge Hernán Gil.

BYP-PEN-FOR-028

**REPUBLICA DE COLOMBIA**  
**IDENTIFICACION PERSONAL**  
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **10.282.694**

**GIL**  
APELLIDOS  
**JORGE HERNAN**

NOMBRES

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **17-ENE-1969**

**MANIZALES**  
(CALDAS)

LUGAR DE NACIMIENTO

**1.64** **A+** **M**  
ESTATURA G.S. RH SEXO

**28-FEB-1987 MANIZALES**  
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

*Carlos Ariel Sánchez Torres*  
REGISTRADOR NACIONAL  
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



A-0900100-00268333-M-0010282694-20101130 0025046842H 1 4480538417

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](http://www.atdltida.com)