

Bogotá D.C., 21 de noviembre 2024

Señores:

CLINICAS Y HOSPITALES

Estadística y/o Archivo

Ciudad

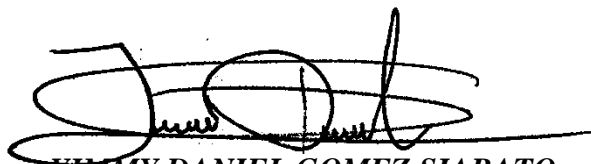
ASUNTO:	SOLICITUD	HISTORIA CLINICA
REFERENCIA:	DIEGO ALEXANDER BERRIO	
	RECLAMO	600035606

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 **DIEGO ALEXANDER BERRIO** identificado con la cedula de ciudadanía No. **94.474.712** 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, Noviembre de 2024

Señores
ATD LTDA.
IDALY PERDOMO
Bogotá, D.C

Referencia: SOLICITUD DOCUMENTOS - INVESTIGACION

Asegurado : **DIEGO ALEXANDER BERRIO**
Cédula : 94474712
No. Reclamo : 600035606

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 inquietud que tenga respecto a esta comunicación, no dude en comunicarse con nosotros al teléfono **3125472316** o al correo electrónico **luz.tapias@segurosbolivar.com**

Atentamente,

LUZ MERY TAPIAS ROJAS

Asesor de Servicio y Seguimiento

Dirección Nacional de Pensiones

Copia: Colfondos S.A. Pensiones y Cesantías – Coordinación de Indemnizaciones.

FORMATO DE SOLICITUD DE
CALIFICACIÓN DE PÉRDIDA DE CAPACIDADCiudad Popayán Fecha de solicitud Año 2021 Mes 10 Oficina Calí - Centro

1. Información personal del afiliado

Tipo de documento de identificación	Número de documento	Fecha de nacimiento	Género
CC <input checked="" type="radio"/> CE <input type="radio"/> TI <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> PEP <input type="radio"/>	<u>91.174.712</u>	Año <u>1979</u> Mes <u>09</u> Día <u>12</u>	F <input type="radio"/> M <input checked="" type="radio"/> O <input type="radio"/>
Primer apellido <u>Berrio</u>	Segundo apellido	Primer nombre <u>Diego</u>	Segundo nombre <u>Alexander</u>
Departamento de nacimiento <u>Valle</u>	Ciudad de nacimiento <u>Alcázar (V)</u>	Nacionalidad <u>Colombiana</u>	
Dirección de correspondencia <u>Era 10a 27a-21 B/ Jona de la Virgen</u>	Departamento de residencia <u>CAUCA</u>	Ciudad de residencia <u>Popayán</u>	
Teléfono <u>3133472195</u>	Celular <u>3133472195</u>	Otro Contacto <u>3205137903</u>	
Nombre ARL	Nombre EPS <u>NUEVA EPS</u>		
Correo electrónico <u>quilindocomezpaulaandrea@gmail.com</u>	Autorizo el envío de notificaciones por correo electrónico	SI <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/>	

RECIBIDO
REVISIÓN DE CONTENIDO
EMPLICA ACEPTACIÓN
1752715650

20643583

Estado civil

Casado (a)	<input checked="" type="radio"/>	Desde	Hasta
Unión libre	<input type="radio"/>	Año <u>2016</u> Mes <u>08</u> Día <u>05</u>	Año <u>AAAA</u> Mes <u>MM</u> Día <u>DD</u>
Separado (a) / Divorciado (a)	<input type="radio"/>	Año <u>AAAA</u> Mes <u>MM</u> Día <u>DD</u>	Año <u>AAAA</u> Mes <u>MM</u> Día <u>DD</u>
Viudo (a)	<input type="radio"/>	Año <u>AAAA</u> Mes <u>MM</u> Día <u>DD</u>	Año <u>AAAA</u> Mes <u>MM</u> Día <u>DD</u>
Soltero (a)	<input type="radio"/>	Año <u>AAAA</u> Mes <u>MM</u> Día <u>DD</u>	Año <u>AAAA</u> Mes <u>MM</u> Día <u>DD</u>

¿Existen hijos menores de 18 años? SI ☒ No ☐Escolaridad Primaria ☐ Bachillerato ☒ Tecnológico ☐ Universitario ☐ Postgrado ☐ Ninguno ☐Ocupación, profesión u oficio: NINGUNO¿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

Entidad que expide la historia clínica NUEVA EPS

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

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

Cáncer de hígado.
Metastasis en colon en Prostata y Epilepsia.
Don tumor cerebral. HERPES ZOSTER inducido por medicamentos.¿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 ☐
Placa Placa Placa Placa

2. Información personal del apoderado

Tipo de documento de identificación	Número de documento	Tarjeta Profesional / Provisional	Género
CC <input type="radio"/> CE <input type="radio"/> TI <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> PEP <input type="radio"/>			F <input type="radio"/> M <input type="radio"/> O <input type="radio"/>
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
Dirección de correspondencia			
Departamento	Ciudad	Teléfono	Celular
Correo electrónico	Autorizo el envío de notificaciones por correo electrónico	SI <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	

3. Información personal del tercero autorizado

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

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 de 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 paradiagnósticos 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 Diego Alexander Berrio identificado con tipo de documento CC y número 94.474.712 de BOGOTÁ, en la Ciudad de Bogotá (C) hoy, 10 de Octubre 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.


Firma del reclamante

Diego Alexander Berrio
Nombre del reclamante

94.474.712
Número de documento



1997

Apellido
BERRIO

Names
DIEGO ALEXANDER

Nacionalidad	Estatura	Sexo
COL	1.75	M
Fecha de nacimiento	G.S.	
12 SEPT 1979	A+	
Lugar de nacimiento		
EL CERRITO (VALLE)		

Fecha y lugar de expedición
05 NOV 1997, BUGA

Fecha de expiración
29 SEPT 2032

Figure 1

Diego A. Benio

Colfondos
OF CALL CENTER

10 OCT 2001

RECIBIDO
SUJETO A REVISIÓN DE CONTENIDO
NO IMPLICA ACEPTACIÓN

005582242

REGISTRADOR NACIONAL
Alexander Vega Rocha

ICCOL005582242431022<<<<<<<<
7909124M3209295COL94474712<<<6
BERRIO<<DIEGO<ALEXANDER<<<<<<<

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. 94474712

NOMBRE Diego ALEXANDER BERRIO

FIRMA: Diego A Berrio



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