

Bogotá D.C., 03 de diciembre 2024

Señores:

CLINICAS Y HOSPITALES

Estadística y/o Archivo

Ciudad

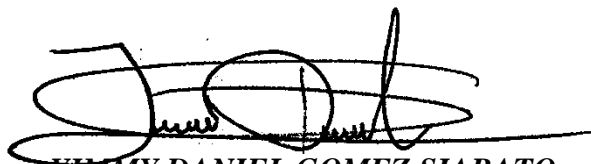
ASUNTO: SOLICITUD HISTORIA CLINICA
REFERENCIA: DONALDO ARCINIEGAS ANGARITA
RECLAMO 600035756

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 asegurado **DONALDO ARCINIEGAS ANGARITA** identificado con la cedula de ciudadanía No. **19.586.498** 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, 26 de noviembre de 2024

Señores
ATD LTDA.
IDALY PERDOMO
Bogotá, D.C

Referencia: SOLICITUD DOCUMENTOS - INVESTIGACION

Asegurado : **DONALDO ARCINIEGAS ANGARITA**
Cédula : 19586498
No. Reclamo : 600035756

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 Barranquilla Fecha de solicitud Año 2024 Mes 10 Oficina Barranquilla

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"/>	Número de documento	Año	Mes	Día	F <input type="checkbox"/>	M <input checked="" type="checkbox"/>	O <input type="checkbox"/>
					19586498	1965	04	18			
Primer apellido					Segundo apellido						
ARCINIEGAS					ANCARITA						
Primer nombre					Segundo nombre						
DONALDO											
Departamento de nacimiento					Ciudad de nacimiento		Nacionalidad				
SANTANDER					SAN VICENTE		COLOMBIANO				
Dirección de correspondencia											
C/ 80 N. 42A - 75 APTO 3D											
Departamento de residencia					Ciudad de residencia						
ATLANTICO					BARRANQUILLA						
Teléfono			Celular		Otro Contacto						
3138371			3003665664		3008525669						
Nombre ARL					Nombre EPS						
					SURA						
Correo electrónico										Autorizo el envío de notificaciones por correo electrónico	
donyarciniegas@gmail.com										Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	

Estado civil

	Desde	Hasta
Casado (a) <input checked="" type="checkbox"/>	Año <u>2007</u> Mes <u>08</u> Día <u>03</u>	Año <u>2024</u> Mes <u>10</u> Día <u>31</u>
Unión libre <input type="checkbox"/>	Año <u> </u> Mes <u> </u> Día <u> </u>	Año <u> </u> Mes <u> </u> Día <u> </u>
Separado (a) / Divorciado (a) <input type="checkbox"/>	Año <u> </u> Mes <u> </u> Día <u> </u>	Año <u> </u> Mes <u> </u> Día <u> </u>
Viudo (a) <input type="checkbox"/>	Año <u> </u> Mes <u> </u> Día <u> </u>	Año <u> </u> Mes <u> </u> Día <u> </u>
Soltero (a) <input type="checkbox"/>	Año <u> </u> Mes <u> </u> Día <u> </u>	Año <u> </u> Mes <u> </u> Día <u> </u>

¿Existen hijos menores de 18 años? Sí ☒ No ☐

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

Ocupación, profesión u oficio:

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

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

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

IPS que expide el concepto no favorable de rehabilitación CLINICA DEL CARIBE

Entidad que expide la historia clínica SURA

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

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



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

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

Moto <input type="checkbox"/>	Carro <input type="checkbox"/>	Moto <input type="checkbox"/>	Carro <input type="checkbox"/>	Moto <input type="checkbox"/>	Carro <input type="checkbox"/>	Moto <input type="checkbox"/>	Carro <input type="checkbox"/>
Placa <u> </u>	Placa <u> </u>	Placa <u> </u>	Placa <u> </u>	Placa <u> </u>	Placa <u> </u>	Placa <u> </u>	Placa <u> </u>

2. Información personal del apoderado

Tipo de documento de identificación		Número de documento	Tarjeta Profesional / Provisional		Género			
CC <input type="checkbox"/>	CE <input type="checkbox"/>	TI <input type="checkbox"/>	PAS <input type="checkbox"/>	PEP <input type="checkbox"/>	Número de documento	F <input type="checkbox"/>	M <input type="checkbox"/>	O <input type="checkbox"/>
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		
						Sí <input 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"/>	Número de documento	F <input type="checkbox"/>	M <input type="checkbox"/>	O <input type="checkbox"/>
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		
						Sí <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 paraclínicos 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.

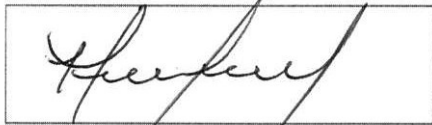
Asimismo, declaro que entiendo y manifiesto que he sido informado por Colfondos S. A. de lo siguiente:

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, Donaldo Arciniegas A identificado con tipo de documento CC y número 19586498 de FICION en la Ciudad de Barranquilla hoy 31 de Oct. 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

Donaldo Arciniegas A.
Nombre del reclamante

19586498

Número de documento



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **19.586.498**

ARCINIEGAS ANGARITA

APELLIDOS

DONALDO

NOMBRES



FIRMA



ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **18-ABR-1965**
SAN VICENTE DE CHUCURI
(SANTANDER)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.72

ESTATURA

A+

G.S. RH

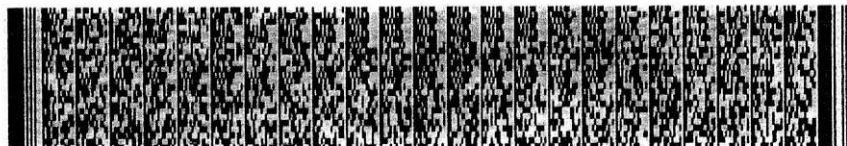
M

SEXO

28-OCT-1983 FUNDACION

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
HERNÁN PENAGOS GIRALDO



R-0300150-01407223-M-0019586498-20231227

0138100745A 3

8510024198

Yo, Donaldo Arciniegas A., identificado(a) con la
cédula N° 19586.488 autorizo a la Compañía
Colombiana Administradora de Fondos de Pensiones y Cesantías Colfondos S.A. y a la
Aseguradora del seguro previsional con la que Colfondos tiene contratada la póliza de
invalidez y sobrevivencia de sus afiliados, 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. Mi historia clínica podrá ser conocida por las personas que de cualquier forma
intervienen en la expedición de mi(s) incapacidad(es) médica(s) laboral(es).

Firma del Afiliado reclamante.

19.586.488

CC

N°:



Huella

Nombre:

Donaldo Arciniegas Angarita



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