



Bogotá, D.C noviembre de 2024

Señores
ABOGADOS COLOMBIA CONSULTORES S.A.S
Att Yulianne Andrea Tovar Perdomo
Bogotá

Referencia: SOLICITUD DOCUMENTOS.

Asegurado : ARSORI GUERRERO GRAJALES
Cédula : 52332389
No. Reclamo : 600035667

Apreciados señores

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 **ACOLCONSULTORES** 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

Atentamente,

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

SEGUROS
BOLÍVAR



**SOLICITUD DE CALIFICACIÓN Y PENSIÓN INVALIDEZ
SKANDIA S.A. - SEGUROS BOLÍVAR S.A.**

AUTORIZO A SKANDIA PENSIONES Y CESANTÍAS 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 MÉDICAS 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 DEMÁS ELEMENTOS PROBATORIOS, EL ESTADO DE SALUD DEL BENEFICIARIO DE LA PENSIÓN POR INVALIDEZ.


FIRMA DEL AFILIADO

C.C. No. 52332389 Bta

NOMBRE Arson Guerrero Grajales

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO **52.332.389**
GUERRERO GRAJALES

APELLIDOS
ARSORI

NOMBRES

[Signature]
FIRMA



Credencia



FECHA DE NACIMIENTO **28-ENE-1975**
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.56 **O+** **F**
ESTATURA G.S. RH SEXO

24-NOV-1993 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO YACHA



A-1500100-01111220-F-0052332389-20191115 0068956335G 1 9910750651

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