

Bogotá D.C., 24 de noviembre 2024

Señores:  
**CLINICAS Y HOSPITALES**  
Estadística y/o Archivo  
Ciudad

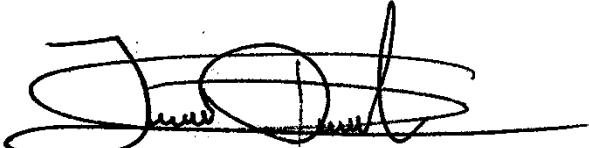
**ASUNTO:** *SOLICITUD*      **HISTORIA CLINICA**  
**REFERENCIA:** *FRANCISCO OSPINA ESCANDON*  
**RECLAMO**            *600035663*

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 **FRANCISCO OSPINA ESCANDON** identificado con la cedula de ciudadanía No. **18.220.710** 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,



**YIMMY DANIEL GOMEZ SIABATO**  
Analista externo de siniestros

Calle 98 # 68 – 63 Maderos de la Floresta Torre 3 Oficina 302, Bogotá D.C.

Teléfono 5972019 Celular 313 6187278 - 310 3110071

e-mail: [analistas.siniestros@gmail.com](mailto:analistas.siniestros@gmail.com) – [analistas.siniestros@atdltda.com](mailto:analistas.siniestros@atdltda.com)

Bogotá D.C. – Cali – Pasto – Neiva – Medellín – Barranquilla – Bucaramanga

Bogotá D.C., Noviembre de 2024

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

**Referencia: Solicitud Documentos.**

**Asegurado:** **FRANCISCO OSPINA ESCANDON**  
Cédula: 18220710  
No. Reclamo: 600035663

Apreciados señores

Reciba un cordial saludo 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.

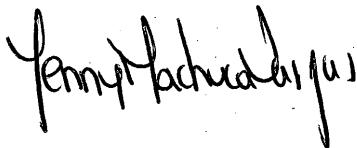
Para tal fin adjuntamos:

- 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 320 2544354 o a través del correo electrónico [yenny.machuca.vargas@segurosbolivar.com](mailto:yenny.machuca.vargas@segurosbolivar.com)

Cordialmente



**YENNY MACHUCA VARGAS**  
Asesor de Servicio y Seguimiento  
Dirección Nacional de Pensiones


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

 Ciudad Santiago de Cali Fecha de solicitud 2024 Mes Sep Oficina 

20645292

**1. Información personal del afiliado**

Tipo de documento de identificación <input checked="" type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> PAS <input type="checkbox"/> PEP	Número de documento <u>18220710</u>	Fecha de nacimiento Año <u>1963</u> Mes <u>JUNIO</u> Dia <u>05</u>	Género <input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> O
Primer apellido <u>OSPINA</u>	Segundo apellido <u>Escandón</u>	Primer nombre <u>FRANCISCO</u>	Segundo nombre <u></u>
Departamento de nacimiento <u>Caquetá</u>	Ciudad de nacimiento <u>Puerto Rico</u>	Nacionalidad <u>colombiano</u>	
Dirección de correspondencia <u>Carrera 38 # 39-57 1 piso</u>			
Departamento de residencia <u>Valle del Cauca</u>	Ciudad de residencia <u>Cali</u>		
Teléfono <u></u>	Celular <u>3234710909</u>	Otro Contacto <u>3128178720</u>	
Nombre ARL <u></u>	Nombre EPS <u></u>	Autorizo el envío de notificaciones por correo electrónico <input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Correo electrónico <u>OSPINA FRANCISCO 196306</u>			

**Estado civil**

Casado (a) <input type="checkbox"/>	Unión libre <input type="checkbox"/>	Separado (a) / Divorciado (a) <input checked="" type="checkbox"/>	Viudo (a) <input type="checkbox"/>	Soltero (a) <input type="checkbox"/>
Desde Año <u>2018</u> Mes <u>10</u> Dia <u>31</u>	Hasta Año <u></u> Mes <u></u> Dia <u></u>			
Año <u></u> Mes <u></u> Dia <u></u>	Año <u></u> Mes <u></u> Dia <u></u>			
Año <u></u> Mes <u></u> Dia <u></u>	Año <u></u> Mes <u></u> Dia <u></u>			
Año <u></u> Mes <u></u> Dia <u></u>	Año <u></u> Mes <u></u> Dia <u></u>			

 ¿Existen hijos menores de 18 años?  Sí  No

 Escolaridad Primaria  Bachillerato  Tecnológico  Universitario  Postgrado  Ninguna 
**Ocupación, profesión u oficio:**

¿Pensionado por otra entidad? <input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No	Nombre de la entidad <u></u>
¿Existe calificación de origen emitida por la ARL o EPS, del accidente o enfermedad que propició la incapacidad? <input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No	
Se encuentra tramitando alguna prestación ante la ARL <input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No	
IPS que expide el concepto no favorable de rehabilitación <u>Sanitas</u>	
Entidad que expide la historia clínica <u>Coomeva - Sanitas</u>	
Actividad que realizaba a la fecha de la enfermedad o accidente: <u>Comerciante independiente</u>	

Descripción detallada de los hechos o circunstancias que generaron el estado de incapacidad: c4 por motivo de impacto con arma de fuego durante un robo

 ¿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  Carro  Moto  Carro  Moto  Carro   
 Placa  Placa  Placa  Placa 
**2. Información personal del apoderado**

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

**3. Información personal del tercero autorizado**

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

#### 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 si 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 si 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 filmicos 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](http://www.colfondos.com.co)

#### 5. Declaración juramentada del solicitante

Yo Francisco Ospina Escandón identificado con tipo de documento CC y número 18220710 de 576014 en la Ciudad de Cali hoy, 18 de octubre de 2021, 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 perdida 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 porciento (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.

  
Francisco Ospina Escandón  
Firma del reclamante

Francisco Ospina E.  
Nombre del reclamante

18220710

Número de documento



REPÚBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACIÓN PERSONAL  
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **18.220.710**

**OSPINAS ESCANDON**

APELLIDOS

**FRANCISCO**

NOMBRES

*Francisco Ospina Escandón*



FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **05-JUN-1963**

**PUERTO RICO**  
**(CAQUETA)**

LUGAR DE NACIMIENTO

**1.69**  
ESTATURA

**O+**  
G.S. RH

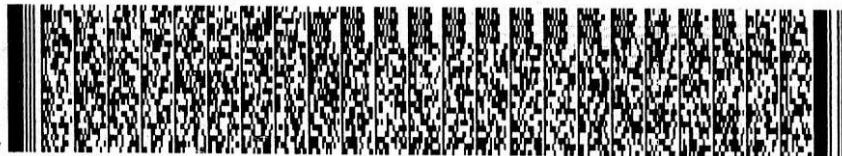
**M**  
SEXO

**08-NOV-1984 SAN JOSE DEL GUAVIARE**

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL  
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA

ÍNDICE DERECHO



A-3100100-01078151-M-0018220710-20190629

0065718804A 1

9909000707



Señor(a)

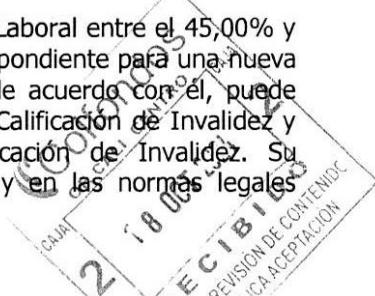
francisco Ospina Escandon

**Ref.: RADICACIÓN SOLICITUD DE PENSIÓN DE INVALIDEZ – AUTORIZACIÓN**

Apreciado(a) señor(a):

Teniendo en cuenta que el día de hoy, usted presentó solicitud de Pensión de Invalidez, y que para establecer la existencia del derecho a la misma es necesario cumplir con los requisitos establecidos por las normas vigentes (Ley 100 de 1993, Ley 797 de 2003, Ley 860 de 2003 y Ley 962 de 2005), le informamos a continuación el trámite que tendrá su reclamación y que permitirá una pronta definición de su situación:

1. La Aseguradora Previsional autorizada, con la que Colfondos tiene contratado el seguro previsional de invalidez y sobrevivencia que ampara el pago de la suma adicional necesaria para un eventual pago de pensión por invalidez de sus afiliados, le corresponde efectuar la primera calificación y emitir un dictamen de su porcentaje de Pérdida de Capacidad Laboral, el Origen de la contingencia y la Fecha de Estructuración de su posible invalidez (Artículo 52 de la Ley 962 de 2005).
2. En los próximos días un funcionario de la Aseguradora Previsional autorizada, se comunicará con usted para orientarle sobre el procedimiento de calificación; adicionalmente recibirá una comunicación escrita en la que se le informará si la documentación aportada está completa o si se requieren documentos adicionales, valoraciones médicas o exámenes paraclínicos que permitan efectuar una adecuada calificación de su pérdida de capacidad laboral.
3. Una vez sea calificada su pérdida de capacidad laboral y el origen de la misma por la Aseguradora Previsional autorizada, le notificaremos el dictamen por escrito. Si está en desacuerdo con la calificación, cuenta con un plazo de 10 días hábiles a partir de la fecha de notificación para manifestar **por escrito** su posible inconformidad la misma; si esto ocurre, su caso será enviado a la Junta Regional de Calificación de Invalidez correspondiente, con el fin de que dicho ente emita una nueva calificación. Por el contrario, si usted no se manifiesta dentro de este término, el dictamen quedará en firme y con base en él y en las normas legales vigentes, se definirá su reclamación.
4. Si el dictamen establece un porcentaje de Pérdida de Capacidad Laboral entre el 45,00% y el 49,99%, su expediente será enviado a la Junta Regional correspondiente para una nueva calificación; el dictamen le será notificado y si usted no está de acuerdo con él, puede hacer uso del Recurso de Reposición ante la Junta Regional de Calificación de Invalidez y del Recurso de Apelación ante la Junta Nacional de Calificación de Invalidez. Su reclamación será definida con base en el dictamen definitivo y en las normas legales vigentes.





Para poder realizar una adecuada calificación, le solicitamos leer y, si está de acuerdo, firmar la siguiente autorización para que esta aseguradora y todas las personas o entidades que intervengan en su calificación, puedan tener acceso a la información requerida:

### AUTORIZACIÓN

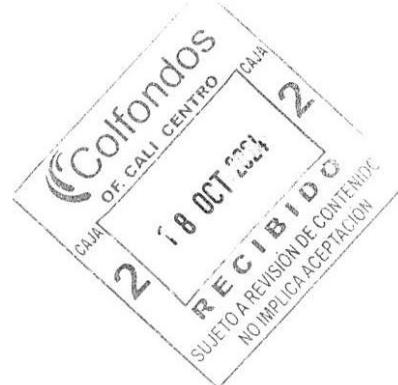
yo, Francisco Ospina Escandón, identificado con cédula No. 18220710, autorizo a la Aseguradora previsional con la que Colfondos tiene contratada la póliza de invalidez y sobrevivencia de sus afiliados, para que en mi nombre, solicite y obtenga, aún después de mi fallecimiento, copia del original de mi historia clínica completa, de toda institución de salud que me haya atendido. Mi historia podrá ser conocida por las personas que de cualquier forma intervienen en la calificación de mi pérdida de capacidad laboral.

Así mismo, autorizo a dicha entidad a consultar y verificar la información suministrada en la formalización de esta reclamación y a constatar y/o controvertir mi estado de salud, por cualquier medio idóneo, tales como: valoraciones médicas y exámenes paraclínicos adicionales, documentos filmicos y/o magnetofónicos, en este último caso, tomados tanto en sitios o lugares privados como 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 necesarios para ello.

Francisco Ospina Escandón  
FIRMA DEL AFILIADO RECLAMANTE

C.C. No. 18 220 710

NOMBRE Francisco Ospina Escandón



## **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. 18.220 710

NOMBRE Francisco Ospina Escandón

FIRMA: Francisco Ospina Escandón







**ATD LTDA**  
ASEORES & CONSULTORES



Jimmy Gomez  
c.c. 1.052.401.310  
Analista de Siniestros

RH: AB+ EPS: Nueva EPS

[www.atdltda.com](http://www.atdltda.com)