

Bogotá D.C., 29 de noviembre 2024

Señores:

CLINICAS Y HOSPITALES

Estadística y/o Archivo

Ciudad

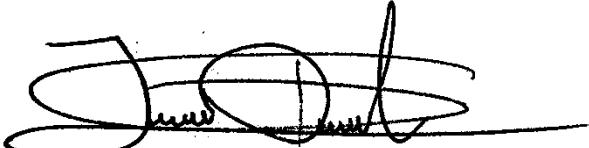
ASUNTO: *SOLICITUD* **HISTORIA CLINICA**
REFERENCIA: *GILBERTO LOPEZ FRANCO*
 RECLAMO *600035704*

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 **GILBERTO LOPEZ FRANCO** identificado con la cedula de ciudadanía No. **16.751.074** 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

Bogotá D.C., Noviembre de 2024

Señores
ATD LTDA.
Atr. Sra. Idaly Perdomo
Ciudad.

Referencia: Solicitud Documentos.

Asegurado: GILBERTO LOPEZ FRANCO
Cédula: 16751074
No. Reclamo: 600035704

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.

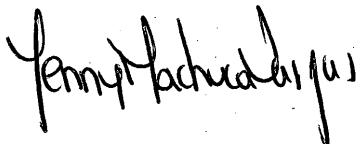
Para tal fin adjuntamos:

- 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

Cordialmente



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

FORMATO DE SOLICITUD DE PENSIÓN DE INVALIDEZ

Ciudad	MEDELLIN	Fecha de solicitud	25 de octubre de 2024	Oficina MEDELLIN CENTRO <i>Colombia</i>
1. TPO DE SOLICITUD RAO - 153188 25 OCT 2024 CAJ 5				
2. INFORMACIÓN PERSONAL DEL AFILIADO RECIBIDO SUJETO A REVISIÓN DE CONTENIDO DE LA POLÍTICA ACEPTACIÓN				
Tipo de documento de identificación: ciudadanía		Cedula de	Primer apellido:	LOPEZ
Número de documento:		16751074	Segundo apellido:	FRANCO
Fecha de nacimiento:		5/6/1968	Primer nombre:	GILBERTO
Sexo:		Masculino	Segundo nombre:	
Dirección correspondencia: MZ B CA 2 BO ALVARO PATINO 1 BO FRAILES			Teléfono correspondencia:	
Ciudad: DOSQUEBRADAS			Número de celular:	3017863406
Departamento: RISARALDA			Número de celular 2:	
Correo electrónico: GILBERTOLOPEZFRANCO074@GMAIL.COM				
EPS: [eps] Caja de compensación: [cajadecompenacion]				
Estado civil: Soltero			Desde:	
¿Pensionado por otra entidad?: No Tipo de pensión en la otra entidad: Nombre de la entidad: Fecha de reconocimiento en la otra entidad:				

3. INFORMACIÓN PERSONAL DEL SOLICITANTE

Tipo de documento de identificación	Cedula de ciudadanía	Primer apellido	ALZATE
Número de documento	1000402122	Segundo apellido	SANTILLANA
Fecha de nacimiento	3/3/2002	Primer nombre	ANDREA
Sexo	Femenino	Segundo nombre	YULIETD
Dirección correspondencia	CL 101 50 A 71	Teléfono correspondencia	9999999
Ciudad	MEDELLIN	Número de celular	3135844683
Departamento	ANTIOQUIA	Número de celular2	
Correo electrónico	ALZATESANTILLANAA@GMAIL.COM		

4. INFORMACIÓN BENEFICIARIOS

4.1. INFORMACIÓN DE INVALIDEZ

Entidad calificadora: [entidadcalificadora]

Origen: [origen]

Porcentaje PCL: [porcentajepcl]

Colfondos

25 OCT 2024

5

RECIBIDO
SUJETO A REVISIÓN
DE CONTENIDO
NO IMPLICA ACEPTACIÓN

Fecha de dictamen en firme: [fechadecitamnenfirme]

Fecha de estructuración de la invalidez: [fechadeestructuraciondelainvalidez]

5. DECLARACIÓN DE ACEPTACIÓN HISTORIA LABORAL

Manifiesto que estoy de acuerdo con la historia laboral de aportes realizados al Régimen de Ahorro Individual con Solidaridad (RAIS), los cuales corresponden a: 698 semanas cotizadas a COLFONDOS, 3 semanas a OTRAS AFP y que estoy de acuerdo con la historia laboral de aportes realizados al Régimen de Prima Media, los cuales corresponden a COLPENSIONES con 0 semanas.

TOTAL HISTORIA LABORAL 717 semanas.

Declaro que he realizado cotizaciones para pensión en alguno de los siguientes países: España, Chile, Ecuador, Uruguay y Argentina. SI () NO (X)

(Lo que ratifico con mi firma suscrita al final de este formulario)

6. AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

En cumplimiento de lo previsto en la Ley 1581 de 2012, Colfondos S.A. Pensiones y Cesantías (en Adelante "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 para el tratamiento de sus datos personales. Colfondos podrá 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 beneficiario de pensión;
- 2) Proveerle al cliente, beneficiario o afiliado, diferentes opciones para solicitar y acceder a los productos;
- 3) Dar cumplimiento de la obligación legal o contractual relacionada con el producto adquirido;
- 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.

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, recordando que la información

entregada del mismo se realizará bajo las medidas de seguridad pertinentes y el tratamiento de los datos personales del menor de edad siempre se harán conforme al respecto y resguardo del interés superior del menor de edad.

3. Que usted podrá revocar su consentimiento y ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición al tratamiento de sus datos personales (derechos "ARCO"), en los siguientes canales de atención: Líneas de atención en Bogotá (Tel. 7484888), Barranquilla (Tel. 3869888), Bucaramanga (Tel. 6985888), Cali (Tel. 4899888), Cartagena (Tel. 6949888), Medellín (Tel. 6042888), resto del país (Tel. 01 800 05 10000), en nuestra red de oficinas de atención al cliente a nivel nacional y/o en nuestro canal "Contáctenos" al cual podrá acceder ingresando a www.colfondos.com.co.
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

***Información del responsable de la información:**

Colfondos S.A. Pensiones y Cesantías, entidad vigilada por la Superintendencia Financiera de Colombia, con domicilio principal en la calle 67 No. 7-94 de la ciudad de Bogotá, con el número telefónico en Bogotá: (57)(1) 7484888 y sitio web: www.colfondos.com.co.

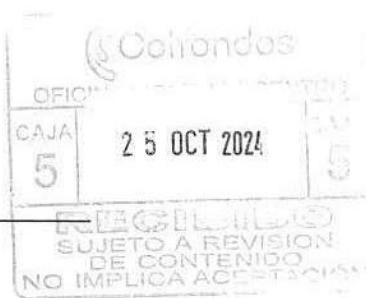
7. DECLARACIÓN JURAMENTADA DEL SOLICITANTE

Yo, Andrea Yulied Alzate Santillana identificado(a) con tipo de documento: CC número: 1000402122 de Medellín, en la ciudad de Medellín hoy, 25 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 el reconocimiento de la suma adicional que financiará la pensión — cuando corresponda a invalidez o sobrevivencia— que aquí reclamo, al tiempo que no he ocultado información necesaria para el reconocimiento de la prestación que estoy solicitando y que por ley me corresponde.

Declaro que conozco de la existencia de los beneficiarios que aquí he informado y que no conozco sobre la existencia real o potencial de otros beneficiarios con igual o mejor derecho al que me asiste. En consecuencia, en el evento en que existan otros beneficiarios o en caso que tenga noticia de su existencia, lo informaré en forma inmediata a Colfondos, autorizando a Colfondos a suspender el pago de mi mesada pensional y a ponerla a disposición del Juez Laboral competente mientras el conflicto de beneficiarios sea resuelto, me comprometo a satisfacer los pagos de mesada pensional o la devolución de saldos que haya recibido, a los beneficiarios a que por ley corresponda o en caso de declararse judicial o extrajudicialmente que no me asistía derecho a recibir el pago de mesadas pensionales o devolución de saldos, exonerando de toda responsabilidad a Colfondos. Así mismo, me comprometo a informar a Colfondos cualquier cambio de dirección y de teléfono que tenga.

Declaro que no he recibido ninguna pensión reconocida por el Sistema General de Pensiones y que no estoy reclamando ninguna pensión con cargo a los aportes efectuados en este mismo sistema. En el evento en que no se cumplan los requisitos para acceder a la pensión solicitada, esta Administradora realizará si así procede, la objeción de la prestación, autorizará la devolución de saldos de los dineros existentes en la cuenta de ahorro individual de Colfondos, a los reclamantes que por ley corresponda.

Declaro que recibí asesoría con respecto a las diferentes modalidades de pensión, Convenios Internacionales de Seguridad Social y de la opción de continuar cotizando con miras a obtener una pensión de vejez. SI () NO ()



Firma Afiliado
Nombre:
Número de Documento:

Huella dactilar/Índice derecho



Andrea Ahote Santillana
Firma Reclamante 1
Nombre: Andrea Ahote Santillana
Número de Documento: 1000402122

Huella dactilar/Índice derecho



Firma Reclamante 2
Nombre:
Número de Documento:

Huella dactilar/Índice derecho



Firma Reclamante 3
Nombre:
Número de Documento:

Huella dactilar/Índice derecho



Sandra M/
Firma Representante Oficina



Pablo A. Barrientos G.
Pablo A. Barrientos G.
Firma Administrador Oficina

Tenga en cuenta que el trámite de su solicitud no tiene ningún costo y no requiere abogado, por lo cual, debe abstenerse de entregar dineros a personas que se lo soliciten. Por favor denuncie cualquier evento irregular mediante comunicación escrita y envíelo a la Calle 67 N°. 7-94 en la ciudad Bogotá, o en los siguientes canales de atención: Líneas de atención en Bogotá (Tel. 7484888), Barranquilla (Tel. 3869888), Bucaramanga (Tel. 6985888), Cali (Tel. 4899888), Cartagena (Tel. 6949888), Medellín (Tel. 6042888), resto del país (Tel. 01 800 05 10000), en nuestra red de oficinas de atención al cliente a nivel nacional y/o en nuestro canal "Contáctenos" al cual podrá acceder ingresando a www.colfondos.com.co.

FORMATO DE SOLICITUD DE CALIFICACIÓN DE PÉRDIDA DE CAPACIDAD

Ciudad **Medellín**

Fecha de solicitud

Año **2024**Mes **10**Oficina **Centro****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 16751074	Fecha de nacimiento Año 1968 Mes 06 Dia 05	Género <input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> O
Primer apellido LOPEZ	Segundo apellido FRANCO		
Primer nombre GILBERTO	Segundo nombre		
Departamento de nacimiento CAJAS	Ciudad de nacimiento PALESTINA	Nacionalidad COLOMBIA	
Dirección de correspondencia Mz B Cs 2 AIVARO PATINO 1 FRAILES	Departamento de residencia RISARALDA	Ciudad de residencia DOSQUEBRADAS	
Teléfono	Celular 3017863406	Otro Contacto 3116295740	
Nombre ARL	Nombre EPS Salud Total	Autorizo el envío de notificaciones por correo electrónico <input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Correo electrónico ym.lopezmo@gmail.com			

Estado civil

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

¿Existen hijos menores de 18 años?

Sí No **Escolaridad**Primaria Bachillerato Tecnológico Universitario Postgrado Ninguno **25 OCT 2024****Ocupación, profesión u oficio:** **Vigilante**¿Pensionado por otra entidad? Sí No Nombre de la entidad **CAJA RURAL**¿Existe calificación de origen emitida por la ARL o EPS, del accidente o enfermedad que propició la incapacidad? Sí No Se encuentra tramitando alguna prestación ante la ARL Sí No IPS que expide el concepto no favorable de rehabilitación **SAUD TOTAL**Entidad que expide la historia clínica **PREVER, CLINICA SAN RAFAEL, SAUD TOTAL, PREVERAL, VILLETA, SOLIS**Actividad que realizaba a la fecha de la enfermedad o accidente: **Vigilante**

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

le empestaron a dar maletas y desalienta en su lugar de trabajoEn 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.
Placa Placa Placa Placa **2. Información personal del apoderado**

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 10-0402122	Tarjeta Profesional / Provisional <input type="checkbox"/>	Género <input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> O
Primer apellido Alfate	Segundo apellido Santillana		
Primer nombre Andrea	Segundo nombre Yuliet		
Dirección de correspondencia CL 101 50A 61	Departamento Antioquia	Ciudad Medellin	Teléfono <input type="checkbox"/> Celular 3135841683
Correo electrónico alfate.santillana20@gmail.com	Autorizo el envío de notificaciones por correo electrónico Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		

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 <input type="checkbox"/>	Persona de apoyo <input type="checkbox"/>	Género <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> O
Primer apellido	Tercero Autorizado <input type="checkbox"/>		
Primer nombre	Segundo apellido		
Dirección de correspondencia	Segundo nombre		
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 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 paraclinicos 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

5. Declaración/juramentada del solicitante

Yo GILBERTO lopez identificado con tipo de documento CC y número 16751074 de Coli, en la Ciudad de medellin hoy, 25 de Octubre 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 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.

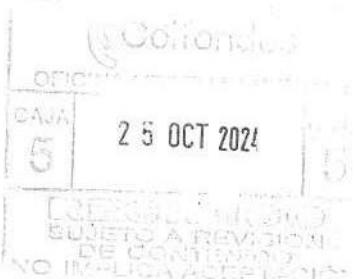
Firma del reclamante

Gilberto Lopez Franco

Nombre del reclamante

16751074

Número de documento





FECHA DE NACIMIENTO 05-JUN-1968
PALESTINA
(CALDAS)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.55 O+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO
10-SEP-1986 CALI
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION *Colombia*
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO



A-2400100-00112921-M-0016751074-20081027 0004911100A.1 4570015256



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 16.751.074
LOPEZ FRANCO

APELLIDOS
GILBERTO

NOMBRES

Franco Lopez Franco

FIRMA



SOLICITUD DE CALIFICACIÓN Y PENSIÓN INVALIDEZ – COLFONDOS

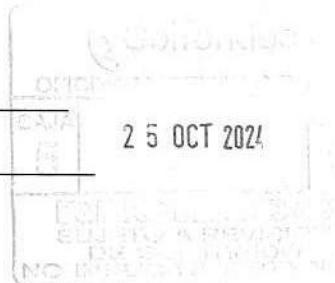
AUTORIZO A LA COMPAÑÍA COLOMBIANA ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS COLFONDOS S.A. Y A LA COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A., PARA QUE, EN MI NOMBRE, SOLICITE Y OBTENGA DE TODA INSTITUCIÓN DE SALUD QUE ME HAYA ATENDIDO, COPIA DEL ORIGINAL DE MI HISTORIA CLÍNICA COMPLETA, AÚN DESPUES DE 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.

Gilberto López F.
FIRMA DEL AFILIADO O BENEFICIARIO RECLAMANTE

C.C. No. 16 751 074

NOMBRE Gilberto López Franco



Señor(a)

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.

25 OCT 2024

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, GILBERTO LOPEZ FRANCO, identificado con cédula No. 16 751074 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.

Gilberto Lopez F.
FIRMA DEL AFILIADO RECLAMANTE

C.C. No. 16 751074

NOMBRE Gilberto Lopez Franco







ATD LTDA
ASEORES & CONSULTORES



Jimmy Gomez
c.c. 1.052.401.310
Analista de Siniestros

RH: AB+ EPS: Nueva EPS

www.atdltda.com