



Bogotá, D.C., Noviembre de 2024

Señores

**ABOGADOS COLOMBIA CONSULTORES S.A.S**

Atn. Sra. Andrea Tovar

Ciudad.

**Referencia: Solicitud Documentos.**

Asegurado: JOSE DE JESUS PALENCIA LANDINES  
Cédula: 88153147  
No. Reclamo: 600035485

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 ABOGADOS COLOMBIA CONSULTORES S.A.S 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

## 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 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. 88133147

NOMBRE Jose de Jesus Palencia Landines

## AUTORIZACIÓN

YO, JOSE DE JESUS PALENCIA LANDINES, identificado con cédula No. 88.153.147 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.



FIRMA DEL AFILIADO RECLAMANTE

C.C. No. 88.153.147

NOMBRE Jose de Jesus Palencia Landines

REPUBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACION PERSONAL  
CEDULA DE CIUDADANIA

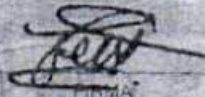
NUMERO 88.153.147

PALENCIA LANDINES

APELLIDOS

JOSE DE JESUS

NOMBRES



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 14-ABR-1965

COVARACHIA  
(BOYACA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.60

ESTATURA

O+

G.S. RH

M

SEXO

12-DIC-1983 PAMPLONA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL  
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



R-1500150-00221130-M-0088153147-20100306

0021476150A 1

33290773

3127409663  
3122395428

JUAN FELIX MORENO1996@GMAIL.COM



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