

Bogotá D.C., 30 de noviembre 2024

Señores:

**CLINICAS Y HOSPITALES**

Estadística y/o Archivo

Ciudad

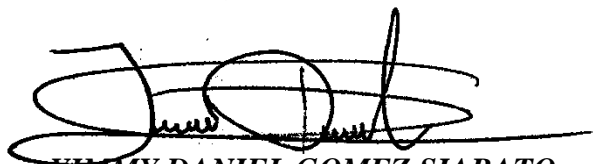
**ASUNTO:** *SOLICITUD HISTORIA CLINICA*  
**REFERENCIA:** *FREDY ALONSO OSSA ACEVEDO*  
*RECLAMO 60000035664*

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 **FREDY ALONSO OSSA ACEVEDO** identificado con la cedula de ciudadanía No. **15.349.762** 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., Noviembre de 2024

Señores

**ATD LTDA.**

Atn. Sra. Idaly Perdomo

Ciudad.

**Referencia: Solicitud Documentos.**

Asegurado: **FREDY ALONSO OSSA ACEVEDO**  
Cédula: 15349762  
No. Reclamo: 60000035664

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 inquietud que tenga respecto a esta comunicación, no dude en comunicarse con nosotros al **teléfono 3125472316** o al correo electrónico **luz.tapias@segurosbolivar.com**

Atentamente,

**LUZ MERY TAPIAS ROJAS**

Asesor de Servicio y Seguimiento

Dirección Nacional de Pensiones

Copia: Colfondos S.A. Pensiones y Cesantías – Coordinación de Indemnizaciones.

## FORMATO DE SOLICITUD DE CALIFICACIÓN DE PÉRDIDA DE CAPACIDAD

Ciudad  Fecha de solicitud Año  Mes  Oficina

### 1. Información personal del afiliado

Tipo de documento de identificación	Número de documento	Fecha de nacimiento	Género
CC <input checked="" type="radio"/> CE <input type="radio"/> TI <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> PEP <input type="radio"/>	15349762	Año 1977 Mes 12 Día 02 F <input type="radio"/> M <input checked="" type="radio"/> O <input type="radio"/>	
Primer apellido Ossa	Segundo apellido Acevedo	Primer nombre Freddy	Segundo nombre Alonso
Departamento de nacimiento Antioquia	Ciudad de nacimiento Medellín	Nacionalidad Colombiano	
Dirección de correspondencia Calle 75 sur # 29-25	Departamento de residencia Antioquia	Ciudad de residencia Sabaneta	
Teléfono 2884092 Celular 3105229482	Otro Contacto 3008933585	Nombre ARL Surca	Nombre EPS Salud Total
Correo electrónico ossa.freddy@gmail.com	Autorizo el envío de notificaciones por correo electrónico	Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	

### Estado civil

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

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

### Escolaridad

Primaria ☐ Bachillerato ☒ Tecnológico ☐ Universitario ☐ Postgrado ☐

### Ocupación, profesión u oficio: Conductor

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

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

Se encuentra tramitando alguna prestación ante la ARL Si ☐ No ☐

IPS que expide el concepto no favorable de rehabilitación

Entidad que expide la historia clínica

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

conductor independiente.

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

Una mañana senti un mareo y empecé a perder la movilidad del lado izquierdo del cuerpo.

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

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

Moto ☐ Carro ☐ Moto ☐ Carro ☐ Moto ☐ Carro ☐ Moto ☐ Carro ☐  
Placa  Placa  Placa  Placa

### 2. Información personal del apoderado

Tipo de documento de identificación	Número de documento	Tarjeta Profesional / Provisional	Género
CC <input type="radio"/> CE <input type="radio"/> TI <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> PEP <input type="radio"/>			F <input type="radio"/> M <input type="radio"/> O <input type="radio"/>
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	Si <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="radio"/> CE <input type="radio"/> TI <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> PEP <input type="radio"/>		Tercero Autorizado <input type="checkbox"/>	F <input type="radio"/> M <input type="radio"/> O <input type="radio"/>
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	Si <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 de 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 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 Fredy Alonso Ossa Acevedo identificado con tipo de documento CC y número 15.349.762 de Medellín en la Ciudad de Medellín hoy 16 de octubre 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.

Fredy - Ossa  
Firma del reclamante

Fredy Alonso Ossa Acevedo.  
Nombre del reclamante

15.349.762  
Número de documento





FECHA DE NACIMIENTO 02-DIC-1974

MEDELLIN  
(ANTIOQUIA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.73  
ESTATURA

O+  
G.S. RH

M  
SEXO

31-MAY-1993 SABANETA  
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

*Carlos Ariel Sánchez Torres*  
REGISTRADOR NACIONAL  
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO



A-0121800-00136440-M-0015349762-20081212

0008008099A 2

9922439940

OFICINA MEDELLIN CENTRO		
CAJA 5	18 OCT 2024	CAJA 5
<b>RECIBIDO</b> SUJETO A REVISION DE CONTENIDO NO IMPLICA ACEPTACIÓN		

REPUBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACION PERSONAL  
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 15.349.762

OSSA ACEVEDO

APELLIDOS

FREDY ALONSO

NOMBRES

*Fredy - ossa*  
FIRMA



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](http://www.atdltida.com)