

Bogotá D.C., 23 de noviembre 2024

Señores:

CLINICAS Y HOSPITALES

Estadística y/o Archivo

Ciudad

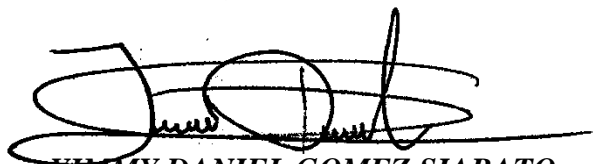
ASUNTO:	SOLICITUD	HISTORIA CLINICA
REFERENCIA:	YESID DUVAN RUIZ LOAIZA	
	RECLAMO	600019732

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 **YESID DUVAN RUIZ LOAIZA** identificado con la cedula de ciudadanía No. **1.037.580.635** 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., 18 de noviembre de 2024

Señores

ATD LTDA.

Atn. Sra. Idaly Perdomo

Bogotá

Referencia: SOLICITUD DOCUMENTOS.

Asegurado : **YESID DUVAN RUIZ LOAIZA**
Cédula : 1037580635
No. Reclamo : 600019732

Apreciados señores ATD LTDA,

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 **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 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.

FORMATO DE SOLICITUD DE
CALIFICACIÓN DE PÉRDIDA DE CAPACIDAD

Ciudad Medellin Fecha de solicitud Año 2024 Mes 10 Oficina Centro Medellin

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"/>	1037580635	Año 1987	Mes 02	Día 15	F <input type="radio"/>	M <input checked="" type="radio"/>	O <input type="radio"/>
Primer apellido <u>RUIZ</u>			Segundo apellido <u>LOAIZA</u>								
Primer nombre <u>Yessid</u>			Segundo nombre <u>Duvan</u>								
Departamento de nacimiento <u>Antioquia</u>			Ciudad de nacimiento <u>Medellin</u>			Nacionalidad <u>Colombiana</u>					
Dirección de correspondencia <u>CR 15 B # 45 A 55</u>											
Departamento de residencia <u>antioquia</u>			Ciudad de residencia <u>Medellin</u>								
Teléfono <u></u>			Celular <u>3014360050</u>			Otro Contacto <u>3243734462</u>					
Nombre ARL <u>Sura</u>			Nombre EPS <u>Sura</u>								
Correo electrónico <u>xiamara.velasquez545@</u>			Autorizo el envío de notificaciones por correo electrónico			SI <input checked="" type="radio"/>			No <input type="radio"/>		

Estado civil

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

Ocupación, profesión u oficio:

¿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 propicio la incapacidad? SI ☐ No ☐

Se encuentra tramitando alguna prestación ante la ARL SI ☐ No ☒

IPS que expide el concepto no favorable de rehabilitación Sura

Entidad que expide la historia clínica Sura

Actividad que realizaba a la fecha de la enfermedad o accidente: actividades propias del trabajo auxiliar operativo grupo exito.

Descripción detallada de los hechos o circunstancias que generaron el estado de incapacidad: Cotaba trabajando levantando cajas cuando se me salio el hombro y me daño el manguito rotador y a la fecha son 6 cirugias.

¿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.

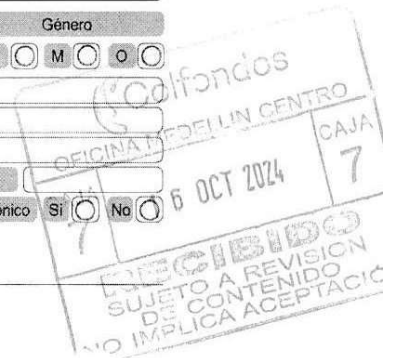
Moto ☐ Carro ☐ Moto ☐ Carro ☐ Moto ☐ Carro ☐ Moto ☐ Carro ☐
Placa Placa Placa Placa

2. Información personal del apoderado

Tipo de documento de identificación		Número de documento	Tarjeta Profesional / Provisional	Género					
CC <input checked="" type="radio"/>	CE <input type="radio"/>	TI <input type="radio"/>	PAS <input type="radio"/>	PEP <input type="radio"/>	32515532		F <input type="radio"/>	M <input checked="" type="radio"/>	O <input type="radio"/>
Primer apellido <u>LOAIZA</u>			Segundo apellido <u>ARAQUE</u>						
Primer nombre <u>Miriam</u>			Segundo nombre <u>del carmen</u>						
Dirección de correspondencia <u>CR 15 B # 45 A 55 INT 201</u>									
Departamento <u>Antioquia</u>			Ciudad <u>Medellin</u>			Teléfono <u></u>		Celular <u>3043689241</u>	
Correo electrónico <u></u>			Autorizo el envío de notificaciones por correo electrónico			SI <input type="radio"/>			No <input checked="" type="radio"/>

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"/>		F <input type="radio"/>	M <input type="radio"/>	O <input type="radio"/>	
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			SI <input type="radio"/>			No <input type="radio"/>



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, 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 fílmicos 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 Yeid Doran Rive L, identificado con tipo de documento CC y número 1037580635 de enviado, en la Ciudad de Medellin hoy 16 de 10 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 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.

Yeid Rive

Firma del reclamante

Yeid Doran Rive Lora

Nombre del reclamante

1037580635

Número de documento


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.037.580.635**

RUIZ LOAIZA
APELLIDOS

YESID DUVAN
NOMBRES

YESID DUVAN RUIZ
FIRMA



REPUBLICA DE COLOMBIA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **15-FEB-1987**

MEDELLIN
(ANTIOQUIA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.57 **O+** **M**
ESTATURA G.S. RH SEXO

12-MAY-2005 ENVIGADO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Almabeatriz Rengifo Lopez
REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ



P-0112100-14139024-M-1037580635-20050831 0519405242B 02 197478013

Colfondos

OFICINA MEDELLIN CENTRO

CAJA 7	16 OCT 2024	CAJA 7
-----------	-------------	-----------

RECIBIDO
SUJETO A REVISION
DE CONTENIDO
NO IMPLICA ACEPTACION

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