

Bogotá D.C., 30 de noviembre 2024

Señores:

**CLINICAS Y HOSPITALES**

Estadística y/o Archivo

Ciudad

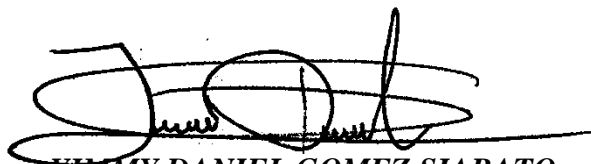
<b>ASUNTO:</b>	<b>SOLICITUD</b>	<b>HISTORIA CLINICA</b>
<b>REFERENCIA:</b>	<b>MARIA MONICA GARCIA JOYA</b>	
	<b>RECLAMO</b>	<b>60000035735</b>

Como asesores externos de **SEGUROS BOLIVAR** muy comedidamente nos dirigimos a ustedes con el fin de solicitar copia de la historia clínica **COMPLETA**, correspondiente a la señora asegurada **MARIA MONICA GARCIA JOYA** identificado con la cedula de ciudadanía No. **52.791.800** 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, 25 de noviembre de 2024

Señores  
**ATD LTDA.**  
IDALY PERDOMO  
Bogotá, D.C

**Referencia: SOLICITUD DOCUMENTOS - INVESTIGACION**

Asegurado : **MARIA MONICA GARCIA JOYA**  
Cédula : 52791800  
No. Reclamo : 60000035735

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 3223434572 de Bogotá o a través del correo electrónico [jenny.correa@segurosbolivar.com](mailto:jenny.correa@segurosbolivar.com)

Atentamente,

**JENNY CAROLINA CORREA BELTRÁN**  
Asesora de Invalidez y Sobrevivencia  
Dirección Nacional de Pensiones - Seguros Bolívar

FORMATO DE SOLICITUD DE  
CALIFICACIÓN DE PÉRDIDA DE CAPACIDADCiudad Bogotá Fecha de solicitud Año 2024 Mes 10 Oficina Calles 53

## 1. Información personal del afiliado

Tipo de documento de identificación Número de documento Fecha de nacimiento Género

CC ☒ CE ☐ TI ☐ PAS ☐ PEP ☐ 52.791.800 Año 1980 Mes 11 Día 01 F ☒ M ☐ O ☐Primer apellido García Segundo apellido JaimesPrimer nombre María Segundo nombre MonicaDepartamento de nacimiento C/maraca Ciudad de nacimiento Bogotá Nacionalidad ColombianaDirección de correspondencia Calles 61 # 105-30Departamento de residencia C/maraca Ciudad de residencia BogotáTeléfono 3213819982 / 3213819982 Otro ContactoNombre ARL Nombre EPS Compensar BeneficiarioCorreo electrónico mingomjaya297@gmail.com Autorizo el envío de notificaciones por correo electrónico Si ☒ No ☐

## Estado civil

Desde Hasta

Casado (a) Año Mes Día Año Mes Día

Unión libre Año Mes Día Año Mes Día

Separado (a) / Divorciado (a) Año Mes Día Año Mes Día

Viudo (a) Año Mes Día Año Mes Día

Soltero (a) ☒ Año Mes Día Año Mes DíaExisten 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 propició la incapacidad? Si ☒ No ☐Se encuentra tramitando alguna prestación ante la ARL Si ☐ No ☒IPS que expide el concepto no favorable de rehabilitación Compensar, Red Asunta UPRIS, Redes medicasEntidad que expide la historia clínica pdme, secretario de salud, Redes medicas, compensarActividad que realizaba a la fecha de la enfermedad o accidente: clínicosDescripción detallada de los hechos o circunstancias que generaron el estado de incapacidad: Después de mi último trabajo, sequie ha estado intentos de trabajar y no me daban trabajo en ningunaparte en muchos años.¿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 ☐ CE ☐ TI ☐ PAS ☐ PEP ☐ F ☐ M ☐ O ☐

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 ☐ No ☐

## 3. Información personal del tercero autorizado

Tipo de documento de identificación Número de documento Persona de apoyo Género

CC ☐ CE ☐ TI ☐ PAS ☐ PEP ☐ Tercero Autorizado F ☐ M ☐ O ☐

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 ☐ 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 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 Mónica García, identifico con tipo de documento CC y número 52.791.800 de Bogotá, en la Ciudad de Bogotá hoy, 30 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.

Mónica García Joya

Nombre del reclamante

Mónica García Joya

Firma del reclamante

C.C. 52.791.800

Número de documento



• REPUBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACION PERSONAL  
CEDULA DE CIUDADANIA  
52.791.800

NUMERO

GARCIA JOYA

APELLIDOS

MARIA MONICA

NOMBRES

*Maria Garcia Joya*  
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 01-NOV-1980  
BOGOTA D.C.  
(CUNDINAMARCA)  
LUGAR DE NACIMIENTO

1.68 O+ F  
ESTATURA G.S. RH SEXO

16-MAR-1999 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

*Abelardo*  
REGISTRADOR NACIONAL  
AL HABER PAGO DE LOS DERECHOS



A-1500110-45135274-F-0052791800-20050826

01950 05238N 02 180336332



5

## 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 ~~monica~~ monica Garcia Joya.

C.C. No. 52.791.800

NOMBRE monica Garcia Joya.





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 SÁNCHEZ 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)