

Bogotá D.C., 29 de noviembre 2024

Señores:

**CLINICAS Y HOSPITALES**

Estadística y/o Archivo

Ciudad

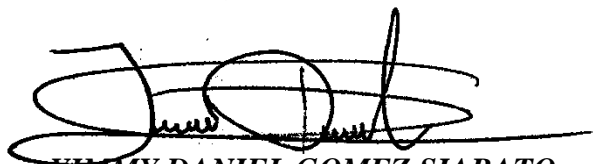
<b>ASUNTO:</b>	<b>SOLICITUD</b>	<b>HISTORIA CLINICA</b>
<b>REFERENCIA:</b>	<b>RUBEN SEGUNDO BARROS GARRIDO</b>	
	<b>RECLAMO</b>	<b>60000035741</b>

Como asesores externos de **SEGUROS BOLIVAR** muy comedidamente nos dirigimos a ustedes con el fin de solicitar copia de la historia clínica **COMPLETA**, correspondiente al señor asegurado **RUBEN SEGUNDO BARROS GARRIDO** identificado con la cedula de ciudadanía No. **85.465.681** 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

FORMATO DE SOLICITUD DE  
CALIFICACIÓN DE PÉRDIDA DE CAPACIDADCiudad Barranquilla Fecha de solicitud Año 2024 Mes 03 Oficina Defensoría

## 1. Información personal del afiliado

Tipo de documento de identificación		Número de documento		Fecha de nacimiento			Género						
CC <input type="radio"/>	CE <input type="radio"/>	TI <input type="radio"/>	PAS <input type="radio"/>	PEP <input type="radio"/>	Año	AAAA	Mes	MM	Día	DD	F <input type="radio"/>	M <input type="radio"/>	O <input type="radio"/>
Primer apellido <u>Barros</u>					Segundo apellido <u>Garrido</u>								
Primer nombre <u>Ruben</u>					Segundo nombre								
Departamento de nacimiento <u>Magdalena</u>					Ciudad de nacimiento <u>Santa Marta</u>					Nacionalidad <u>Colombiana</u>			
Dirección de correspondencia <u>Calle 65th 9A 10 Sds piso</u>													
Departamento de residencia					Ciudad de residencia <u>B/S / 9 / School</u>								
Teléfono <u>30013510</u>					Celular <u>3001351091</u>					Otro Contacto			
Nombre ARL					Nombre EPS <u>School total</u>								
Correo electrónico					Autorizo el envío de notificaciones por correo electrónico <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>								

## Estado civil

Casado (a)	<input type="radio"/>	Desde				Hasta							
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
Viuvo (a)	<input type="radio"/>	Año	AAAA	Mes	MM	Día	DD	Año	AAAA	Mes	MM	Día	DD
Soltero (a)	<input type="radio"/>	Año	AAAA	Mes	MM	Día	DD	Año	AAAA	Mes	MM	Día	DD

¿Existen hijos menores de 18 años? ☐ Si ☒ NoEscolaridad ☐ Primaria ☐ Bachillerato ☐ Tecnológico ☐ Universitario ☐ Postgrado ☐ Ninguno ☐Ocupación, profesión u oficio: Cocinero¿Pensionado por otra entidad? ☐ Si ☐ No ☐ Nombre de la entidad no¿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: Cocinero

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

Los dueños de caliente a frío¿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"/>	Año	AAAA	Mes	MM	Día	DD	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 <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No <input 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"/>	Año	AAAA	Mes	MM	Día	DD	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 <input type="radio"/> 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, 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 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](http://www.colfondos.com.co)

#### 5. Declaración juramentada del solicitante

Yo, Luben S. Bora identificado con tipo de documento 85465681 de DK en la Ciudad de Bogotá hoy 25 de agosto de 2018, 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.

Luben Bora  
Firma del reclamante  
85465681

Luben Bora paul  
Nombre del reclamante

85465681  
Número de documento

REPUBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACION PERSONAL  
CEDULA DE CIUDADANIA


NUMERO **85.465.681**

APELLIDOS  
**BARROS GARRIDO**

NOMBRES  
**RUBEN SEGUNDO**

FIRMA 





FECHA DE NACIMIENTO **29-NOV-1972**

**SANTA MARTA**  
(MAGDALENA)

LUGAR DE NACIMIENTO

**1.75** **O+** **M**


ESTATURA G.S. RH SEXO

**09-MAY-1981 SANTA MARTA**

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION 

REGISTRADOR NACIONAL  
TABLOZO ANGEL SANCHEZ TORRES

INDICE DERECHO



A-2100100-00241666-M-0085485681-20100617 0022306097A 1 32543189



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, Ruben Segundo Barm Gando, identificado con cédula No. 85 465 681, 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 fílmicos 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. 85 465 681

NOMBRE Ruben Segundo Barm Gando

## **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

C.C. No. Ruben Berra S.

NOMBRE Ruben Berra garido  
85465 681





Bogotá D.C., Noviembre de 2024

Señores

**ATD LTDA.**

Atn. Sra. Idaly Perdomo

Ciudad.

**Referencia: Solicitud Documentos.**

Asegurado : **RUBEN SEGUNDO BARROS GARRIDO**  
Cédula : 85465681  
No. Reclamo : 60000035741

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.

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)