

Ciudad y Fecha

AHC-BEN

Señores:
Porvenir S.A
Ciudad

AUTORIZACIÓN PARA CONOCIMIENTO DE HISTORIA CLINICA E HISTORIA LABORAL

Autorizo en forma expresa a la compañía Aseguradora con la cual se tiene contratado el Seguro Previsional (seguro que cubre invalidez y muerte) según vigencia y demás entes del Sistema General de Seguridad Social encargados de la calificación de origen y pérdida de capacidad laboral, para tener acceso y copia de la historia clínica de _____ con CC C.E. T.I número _____ incluyendo todos aquellos datos que en ella se registren o lleguen a ser registrados, así como también a la historia laboral, en desarrollo del Artículo 34 de la Ley 23 de 1981 y de la resolución 1995 de 1999 expedida por el Ministerio de Salud.

A continuación relaciono el nombre de la Entidades Promotoras de Salud donde se ha estado vinculado (tanto como afiliado directo como beneficiario de servicios) y las Instituciones Prestadoras de Servicio de Salud (Centros médicos, Clínicas, Hospitales) que han brindado los servicios médicos:

EPS Entidades Promotoras de Salud

IPS Instituciones Prestadoras de Servicio de Salud

Relaciono el nombre de las entidades de Planes de Beneficios, Pólizas de Seguros, Compañías de Medicina Prepagada, Regímenes Especiales, Clínicas o Médicos Particulares donde se ha estado vinculado (como afiliado directo o beneficiario de servicios) y prestado los servicios médicos:

Certifico bajo gravedad de juramento, que esas son las únicas entidades donde se ha recibido atención médica.

Declaro bajo gravedad de juramento que la información consignada y la documentación aportada en la presente solicitud es verídica y que autorizo a la Sociedad Administradora de Fondos de Pensiones y Cesantías Porvenir y/o la Aseguradora, para validarla y verificarla ante la EPS y/o cualquier fuente de información e investigación, aceptando las consecuencias jurídicas que pueden derivarse de que la información aportada no corresponda a la realidad.

Así mismo, declaro bajo la gravedad de juramento que el origen de las patologías a estudiar no se encuentra en apelación y que es de origen común.

Cordialmente,

FIRMA AFILIADO/TUTOR:-----

NOMBRE.-----

No. Identificación -----



Si en el momento de la solicitud se evidencia que existe controversia en la información de una calificación (por origen, porcentaje PCL, fecha de estructuración u otro dato) el proceso radicado en esta oportunidad, en la Administradora, no tendrá ninguna validez.