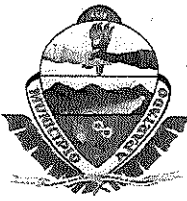


NO

|                                                                                   |                                                                         |                                    |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
|  | <b>DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA<br/>MUNICIPIO DE APARTADO</b>              | Código: F-ADM-AC-07                |
|                                                                                   |                                                                         | Versión: 0                         |
|                                                                                   | <b>FORMATO DE SOLICITUD DE HISTORIA<br/>CLINICA ESE HARB LIQUIDADA.</b> | Fecha de aprobación:<br>28-09-2017 |
|                                                                                   |                                                                         | Página 1 de 1                      |

Solicitud N° HC-

La Secretaría de Salud del Municipio de Apartadó como parte de las actividades de gestión documental, ha elaborado el presente **FORMATO** para la **SOLICITUD DEL ORIGINAL DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS** recibidas dentro del proceso de liquidación de la ESE Hospital Antonio Roldán Betancur.

(Resolución 0839/2017, Artículo 13, Parágrafo Tercero. En caso de liquidación de una Institución Prestadora de Servicios de Salud, la historia clínica se deberá entregar al usuario o a su representante legal.)

Este proceso se surte de forma previa al trámite previsto ante las entidades promotoras de salud a la cual se encuentre afiliado el usuario y quienes serán los destinatarios, según lo previsto en la resolución 1995/1999, modificada por la resolución 0839/2017.

Para proceder a la solicitud de la Historia Clínica por favor diligencie de forma completa la siguiente información.

|                                               |                               |    |          |
|-----------------------------------------------|-------------------------------|----|----------|
| <b>I. DATOS DE PACIENTE</b>                   |                               |    |          |
| Nombres y Apellidos                           | Henodys Sulanni Fonzano Pérez |    |          |
| Tipo de Documento                             | RC                            | TI | X        |
| No.                                           | 39 406 103                    |    |          |
| Dirección                                     | Calle 101 # 99 A 60           |    | Teléfono |
| Correo Electrónico                            | hendae1325@gmail.com          |    |          |
| Nota: Anexar copia del documento de identidad |                               |    |          |

En caso de tratarse de un solicitante responsable de un menor de edad o de un apoderado, recuerde aportar copia del documento que certifique dicha condición, y por favor diligencie la siguiente información.

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                               |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|
| <b>II. DATOS DE SOLICITANTE.</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                               |
| Nombres y Apellidos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Henodys Sulanni Fonzano Pérez |
| Documento de Identidad No.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 39 406 103                    |
| Parentesco                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                               |
| Teléfono                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 3207008400                    |
| <b>Notas:</b><br>1. La Historia Clínica es un documento legal por lo tanto solo puede ser entregado al titular de la misma o con autorización firmada a un tercero. En caso de tratarse de un menor de edad o persona incapaz se entregará al responsable legal del paciente, autoridades judiciales previstas en la Ley. (Resolución 1995 de 1999).<br>2. En caso que el paciente haya fallecido, la Historia Clínica solo se entregará quien tenga primer grado de consanguinidad (hijos si es casado, hermanos si es soltero) o civil (esposo(a) o compañero(a) permanente).<br>3. La entrega de historia clínica a un familiar o tercero, requiere autorización del paciente o carta de certificación de parentesco con firma y huella. La Secretaría de Salud de Apartadó entregará la historia solicitada, basado en la buena fe del solicitante. La responsabilidad de la veracidad de esta autorización y el uso de la información contenida en la historia clínica, recaerá sobre el solicitante. |                               |

  
Firma del Solicitante

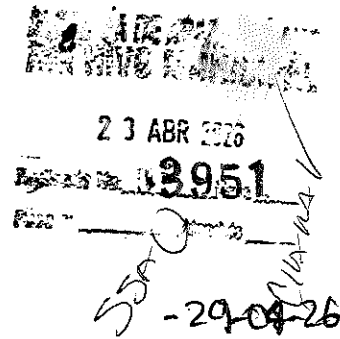
Firma y Sello de Recibido.

24 ABR 2016  
4064  
SSAO  
29 04 26

23-Abril-2026

MD

Apartadó - Antioquia.



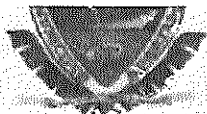
YO, Rosa Amelia Alvarez Duque con cedula de  
Ciudadania 43.415.533. Solicito amablemente  
la historia Clinica de Ana Delfa Duque con  
Cedula de ciudadania 39.404.562, Estare  
atenta a su llamada.

Gracias.

TL: 3137805355 .

Rosa Amelia Alvarez Duque.

~~Rosa Amelia Alvarez~~



FORMATO DE SOLICITUD DE HISTORIA  
CLINICA ESE HARB LIQUIDADA.

Fecha de aprobación:  
28-09-2017

Página 1 de 1

Solicitud N° HC-

La Secretaría de Salud del Municipio de Apartadó como parte de las actividades de gestión documental, ha elaborado el presente **FORMATO** para la **SOLICITUD DEL ORIGINAL DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS** recibidas dentro del proceso de liquidación de la ESE Hospital Antonio Roldán Betancur.

(Resolución 0839/2017, Artículo 13, *Parágrafo Tercero. En caso de liquidación de una institución Prestadora de Servicios de Salud, la historia clínica se deberá entregar al usuario o a su representante legal.*)

Este proceso se surte de forma previa al trámite previsto ante las entidades promotoras de salud a la cual se encuentre afiliado el usuario y quienes serán los destinatarios, según lo previsto en la resolución 1995/1999, modificada por la resolución 0839/2017.

Para proceder a la solicitud de la Historia Clínica por favor diligencie de forma completa la siguiente información.

I. DATOS DE PACIENTE

Nombres y Apellidos Mariana Zulucga Pulcinos  
Tipo de Documento RC ☒ CC No. 7024999163  
Dirección C169 N #6m-27 Cedimco Teléfono 3113096913  
Correo Electrónico Marianazulug18@gmail.com

Nota: Anexar copia del documento de identidad

En caso de tratarse de un solicitante responsable de un menor de edad o de un apoderado, recuerde aportar copia del documento que certifique dicha condición, y por favor diligencie la siguiente información.

II. DATOS DE SOLICITANTE

Nombres y Apellidos Edwin Francisco Beltrán Fernández  
Documento de Identidad No. 14880711  
Parentesco V'd Teléfono 3152092840

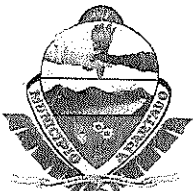
Notas:

1. "La Historia Clínica es un documento legal por lo tanto solo puede ser entregado al titular de la misma o con autorización firmada a un tercero. En caso de tratarse de un menor de edad o persona incapaz se entregará al responsable legal del paciente, autoridades judiciales previstas en la Ley. (Resolución 1995 de 1999).
2. En caso que el paciente haya fallecido, la Historia Clínica solo se entregará quien tenga primer grado de consanguinidad (hijos si es casado, hermanos si es soltero) o civil (esposo(a) o compañero(a) permanente).
3. La entrega de historia clínica a un familiar o tercero, requiere autorización del paciente o carta de certificación de parentesco con firma y huella. La Secretaría de Salud de Apartadó entregará la historia solicitada, basado en la buena fe del solicitante. La responsabilidad de la veracidad de esta autorización y el uso de la información contenida en la historia clínica, recaerá sobre el solicitante.

Firma del Solicitante

Firma y Sello de Recibido:

05 MAY 2016  
4398  
JANA

|                                                                                   |                                                                                   |                                    |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
|  | <b>DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA</b><br><b>MUNICIPIO DE APARTADO</b>                  | Código: F-ADM-AC-08                |
|                                                                                   |                                                                                   | Versión: 0                         |
|                                                                                   | <b>FORMATO DE ENTREGA DE HISTORIA CLINICA</b><br><b>DE LA ESE HARB LIQUIDADA.</b> | Fecha de aprobación:<br>28-09-2017 |
|                                                                                   |                                                                                   | Página 1 de 1                      |

Entrega N° HC-

La Secretaría de Salud del Municipio de Apartadó atendiendo la solicitud No. \_\_\_\_\_ en la cual se reclama **UNA HISTORIA CLÍNICA** original del fondo acumulado de expedientes recibidos del proceso liquidatorio de la ESE Hospital Antonio Roldan Betancur de Apartadó.

Dicha Historia Clínica corresponde a: Yina Paola Medina Valoyes

**I. DATOS DE PACIENTE**

Nombres y Apellidos Yina Paola Medina Valoyes  
 Tipo de Documento ☒ RC ☐ TI ☐ No. 1045515002  
 Dirección TURBO Teléfono 3227161218

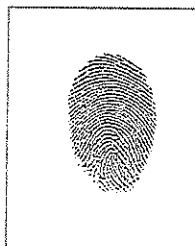
El Suceso fue en el año 2002, tenía 9 años  
 En caso de ser a través de Responsable o apoderado, diligencie: T.T. 93101315973

**II. DATOS DE SOLICITANTE.**

Nombres y Apellidos Registro 21.826.815  
 Documento de Identidad No. \_\_\_\_\_  
 Parentesco \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Para constancia se firma en Apartadó, a los \_\_\_\_ del mes de \_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_.

Yina H.  
 Firma y Huella del Solicitante



\_\_\_\_\_  
 Firma de quien entrega.

**Notas:**

1. "La Historia Clínica es un documento legal por lo tanto solo puede ser entregado al titular de la misma o con autorización firmada a un tercero. En caso de tratarse de un menor de edad o persona incapaz se entregará al responsable legal del paciente, autoridades judiciales previstas en la Ley. (Resolución 1995 de 1999).
2. En caso que el paciente haya fallecido, la Historia Clínica solo se entregará quien tenga primer grado de consanguinidad (hijos o padres), (hermanos si es soltero) o civil (espos(a) o compañero(a) permanente).
3. La entrega de historia clínica a un familiar o tercero, requiere autorización del paciente o carta de certificación de parentesco con firma y huella. La Secretaría de Salud de Apartadó entregará la historia solicitada, basado en la buena fe del solicitante. La responsabilidad de la veracidad de esta autorización y el uso de la información contenida en la historia clínica, recaerá sobre el solicitante.
4. El proceso de entrega de la historia clínica se realiza en cumplimiento de lo establecido en las resoluciones 1995 de 1999 y 0839 de 2007.

05 MAY 2020

4439

5540

Chapala

Medellín abril-29-2026

Cordial saludo

Savia Salud.

**CARTA SOLICITUD HISTORIA CLINICA**

Yo Uberlina Rivera David, Identificado (@) con cedula de ciudadanía N. 1,007.933.311 de apartado Ant. Autorizo a la señora Blanca Nuvia Rivera Montoya Identificado (@) con cedula de ciudadanía N. 1,028.008.369 En calidad de hermana para solicitar mi Historia clínica de toda mi vida, ya que me la solicitan para el proceso de incorporación a la policía nacional la cual no puedo ir de manera personal. por el motivo que me encuentro lejos del municipio y se me dificulta hacer la solicitud de manera personal.

Uberlina Rivera David.

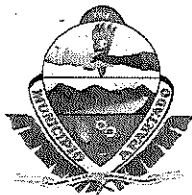
CORDIALMENTE: Uberlina Rivera David

CC.: 1,007.933.311

Tel: 3246742607

GRACIAS

Correo [lina16david@gmail.com](mailto:lina16david@gmail.com)



DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA  
MUNICIPIO DE APARTADO

Código: F-ADM-AC-07

Versión: 0

FORMATO DE SOLICITUD DE HISTORIA  
CLINICA ESE HARB LIQUIDADA.

Fecha de aprobación:  
28-09-2017

Página 1 de 1

Solicitud N° HC-

La Secretaría de Salud del Municipio de Apartadó como parte de las actividades de gestión documental, ha elaborado el presente **FORMATO** para la **SOLICITUD DEL ORIGINAL DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS** recibidas dentro del proceso de liquidación de la ESE Hospital Antonio Roldán Betancur.

(Resolución 0839/2017, Artículo 13, Parágrafo Tercero. En caso de liquidación de una Institución Prestadora de Servicios de Salud, la historia clínica se deberá entregar al usuario o a su representante legal.)

Este proceso se surte de forma previa al trámite previsto ante las entidades promotoras de salud a la cual se encuentre afiliado el usuario y quienes serán los destinatarios, según lo previsto en la resolución 1995/1999, modificada por la resolución 0839/2017.

Para proceder a la solicitud de la Historia Clínica por favor diligencie de forma completa la siguiente información.

I. DATOS DE PACIENTE

Nombres y Apellidos

Zeney's Palacios Palacios

Tipo de Documento

RC TI XC

No.

39.408.098

Dirección

Samuná

Teléfono

3106870801

Correo Electrónico

morno@gmail.com

Nota: Anexar copia del documento de identidad

Solicitud Historia Clínica

En caso de tratarse de un solicitante responsable de un menor de edad o de un apoderado, recuerde aportar copia del documento que certifique dicha condición, y por favor diligencie la siguiente información.

II. DATOS DE SOLICITANTE.

Nombres y Apellidos

Documento de Identidad No.

Parentesco

Teléfono

Notas:

1. "La Historia Clínica es un documento legal por lo tanto solo puede ser entregado al titular de la misma o con autorización firmada a un tercero. En caso de tratarse de un menor de edad o persona incapaz se entregará al responsable legal del paciente, autoridades judiciales previstas en la Ley. (Resolución 1995 de 1999).
2. En caso que el paciente haya fallecido, la Historia Clínica solo se entregará quien tenga primer grado de consanguinidad (hijos si es casado, hermanos si es soltero) o civil (esposo(a) o compañero(a) permanente).
3. La entrega de historia clínica a un familiar o tercero, requiere autorización del paciente o carta de certificación de parentesco con firma y huella. La Secretaría de Salud de Apartadó entregará la historia solicitada, basado en la buena fe del solicitante. La responsabilidad de la veracidad de esta autorización y el uso de la información contenida en la historia clínica, recaerá sobre el solicitante.

Zeney's 39.408.098

Firma del Solicitante

Firma y Sello de Recibido.

12 MAY 2026

4730

15/05/26

**Apartadó, Antioquia, 12 de mayo de 2026**

**Señores:**

**Secretaria de Salud De Apartado, Antioquia**

**E. S. D.**

**ASUNTO: DERECHO DE PETICIÓN - SOLICITUD DE HISTORIA CLÍNICA**

**ANA DELFA DUQUE**, mayor de edad, identificada con la Cédula de Ciudadanía No. **39.404.562**, en ejercicio del derecho fundamental de petición consagrado en el artículo 23 de la Constitución Política y la Ley 1755 de 2015, de manera respetuosa solicito lo siguiente:

**PETICIÓN**

1. Que se me haga entrega de una copia íntegra y legible de mi historia clínica, incluyendo notas de evolución, resultados de exámenes de laboratorio, ayudas diagnósticas, fórmulas médicas y demás documentos que la integren, desde mi ingreso a la fecha.

**FUNDAMENTOS**

Esta solicitud se basa en la Resolución 1995 de 1999, la cual establece que la historia clínica es un documento privado, sometido a reserva, que únicamente puede ser conocido por el propio paciente. Por lo tanto, tengo el derecho de acceder a dicha información para efectos de conocer mi estado de salud y adelantar los trámites administrativos o médicos que considere necesarios.

**NOTIFICACIONES**

Solicito que la respuesta y el documento solicitado sean enviados al siguiente correo electrónico:

**Email:** santi.tirado.h@gmail.com

Atentamente,

**ANA DELFA DUQUE**

**C.C. No. 39.404.562**



Radicado No. 20260440005251

Oficio No.

15/05/2026

Página 1 de 1

Pereira, Risaralda.

Señores  
**E.S.E HOSPITAL ANTONIO ROLDAN BETANCUR**  
Apartado - Antioquia  
[notificaciones\\_judiciales@apartado.gov.co](mailto:notificaciones_judiciales@apartado.gov.co)  
[contactenos@apartado.gov.co](mailto:contactenos@apartado.gov.co)

**ASUNTO: SOLICITUD DE INFORMACION - LEY 975/2005.**

Cordial Saludo,

Respetuosamente solicito su valiosa colaboración a fin de disponer a quien corresponda, aportar fotocopia de Acta de Levantamiento, Protocolo de Necropsia y si es posible Registro Civil de Defunción, de la siguiente víctima que se relaciona a continuación, según delito y fecha del hecho:

| N.º | NOMBRE y APELLIDOS        | DOCUMENTO       | FECHA/LUGAR DEL HECHO                         |
|-----|---------------------------|-----------------|-----------------------------------------------|
| 1   | JHON JAIRO SANCHEZ ZAPATA | T.I. 1028027012 | HOMICIDIO<br>APARTADO/ANTIOQUIA<br>17/07/1987 |

Lo anterior, se requiere para dar respuesta a Ordenes de Policía Judicial de fecha 13/04/2026, expedida por el Fiscal MANUEL MARIA MURILLO URRUTIA, Fiscal 57 Especializado de Justicia Transicional de Bogotá, a fin de contar con elementos materiales que soporten futuras audiencias, ante la Magistratura de Justicia y Paz, en el marco de la Ley 975 de 2005.

Agradezco la respuesta al correo institucional [balduino.loaiza@fiscalia.gov.co](mailto:balduino.loaiza@fiscalia.gov.co); lo más pronto posible, para garantizar una efectiva labor de justicia. Celular 3504502535.

Atentamente,

**BALDUINO LOAIZA RODRIGUEZ**  
Profesional de Gestión II  
Dirección Nacional de Justicia Transicional  
Grupo Interno de Trabajo y Documentación de Hechos