

Bogotá D.C., 30 de noviembre 2024

Señores:
CLINICAS Y HOSPITALES
Estadística y/o Archivo
Ciudad

ASUNTO: SOLICITUD HISTORIA CLINICA

REFERENCIA: MARIA MONICA GARCIA JOYA RECLAMO 60000035735

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,

YIMMY 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 <u>jenny.correa@segurosbolivar.com</u>

Atentamente,

JENNY CAROLINA CORREA BELTRÁN Asesora de Invalidez y Sobrevivencia

Dirección Nacional de Pensiones - Seguros Bolívar



Rad-153511. ()

FORMATO DE SOLICITUD DE CALIFICACIÓN DE PÉRDIDA DE CAPACIDAD

Bogoto	Fecha de solici	- CCC	KQ Mes IT			£3,		
PARK NAME AND ADDRESS OF		1. Información	n personal del afiliad	o E		MSEMA 2		
Tipo de documento de iden	tificación Núm	iero de document	· Province	echa de nacimiento		Gén	ero 💮	
X CE O TI O PAS	PEP O 56	2791.8	10 Año 100 0.	Mes 11	Dia OV	F 🔀 M	$\bigcirc \circ \bigcirc$	
ner apellido Gordo)	Segundo apellido					
ner nombre MarPe))	Segundo nombre)	
	marco	Ciudad de na		cola.	Nacionalidad	Colomb	posot	
ección de correspondencia	Calle617	105-30	O .					
partamento de residencia	=/marco	P)	Ciudad de reside	encia 1300	0101			
···321381998	50mg 3213	387746	Otro Contacto			-00 V	- ~ (-	
mbre ARL	- ^ DOD -		Nombre EPS	Compens	sor Be	acuso	ariu	
reo electrónicom Prysom	joyadyte	gmaga 1.00	Autorizo el envio	o de notificaciones po	or correo electró	nico SI	No O	
ado civil	Control States Control Control	1 (111111111111111111111111111111111111	THE PARTS.	Chananhailthi	155	(15)	MATAL	
(A)	(AAI)	Desde [1]	(102) (104)	(860)	Has	I Bo had	itondos	5
on libre	Año)	Mes	Dia	Año	Mes	Dia Dia Dia Dia Dia	NA CALLE 53	
parado (a) / Divorciado (a)	Ano	[Mes]	Dia !	TOWN C	((Mes)	- Com		
do (a)	(Año)	Mes	Dia			10 30	OCT 2024	10
lero (a)	Año	(Mes)	Dia			10		
disten hijos menores de 18 años	Samuel Samuel	Aminos A	Samuel S.					
colaridad		Bachillerato (C)	Tecnológico (C)	Universitario (Postgrado	OU Ning	no (O)	1
apación, profesión u oficio:						The Land		9
	. (C) N-(M) N1	and the second of				L	end above to the second	
	Si 🔘 No 🜠 Nomb							
iste califiación de origen emitida	por la ARL o EPS, del a	accidente o enferme	edad que propicio la in	capacidad? Si	(No			
		1000	X	oupariodo.)			
ericuentra tramitando alguna pre	stación ante la ARL	SI (C) No X	<u> </u>					/
que expide el concepto no favo								
	rable de rehabilitación	COLUDE	enson ring	ed acci	PO 01	enicos,	HEGG 1	near
	rable de rehabilitación (a PORME, S Vencle	ecretar ecretar edom	ensariki Vodeso	ed Ascri	PHO UI MOSMO	rricos, dreos,	Redes 1 / 1 / 1 / 1 / 1 / 1 / 1	nsor Wita
la enfermedad o accidente: scripción detallada de los hechos	Vende	2do Mi eneraron el estado (, de incapacidad De	espues a	de mi	oltin	no trac	وروح
la enfermedad o accidente: scripción detallada de los hechos	vende o circunstancias que ge otentos d	2do Mi eneraron el estado (, de incapacidad De	espues a	de mi	oltin	no trac	ه رحم
la enfermedad o accidente: scripción detallada de los hechos "NO C'ENDO PO E EN NXILLAS	vende o circunstanciàs que ge ritentos di os eros,	e de roi e de roi ba	de incapacidad De	espues a	de mi	oltin	no trac	ه رحم
la enfermedad o accidente: scripción detallada de los hechos ho ctendo pr e en nxecho	vende o circunstancias que gententos en su montos en su m	e do noi e trado o e do do do a la ARL?	de incapacidad De	espues o	de no	rultin trabaj	no trac	ه رحم
la enfermedad o accidente: suripción detailada de los hechos "No crendo por e en nocho n caso de ser una enfermedad o caso de ser un accidente de te	Vender o circunstancias que gententos en os en o	eneraron el estado o entrado a la ARL?	de incapacidad: De Si No No No Carro (espoves a	arro () Moto	Carro C	no trac	وروح
la enfermedad o accidente: suripción detailada de los hechos "No crendo por e en nocho n caso de ser una enfermedad o caso de ser un accidente de te	Vender o circunstancias que gententos en os en o	e do noi e trado o e do do do a la ARL?	de incapacidad De	espues o	de no	Carro C	no trac	وروح
la enfermedad o accidente: buripción detailada de los hechos 'No crendo pr C en nocho caso de ser una enfermedad o caso de ser un accidente de te	Vender o circunstancias que gententos en os en o	eneraron el estado o el 1700 los portado a la ARL?	de incapacidad: De Si No No No Carro (C Moto C Ca	arro () Moto	Carro C	no trac	وروح
la enfermedad o accidente: buripción detailada de los hechos 'No crendo pr C en nocho caso de ser una enfermedad o caso de ser un accidente de te	Venches o circunstancias que gententos el serios. Serios de la constancia de responsable de la constancia d	eneraron el estado o el 1700 los portado a la ARL?	Si No Carro Placa	C Moto C Ca	arro () Moto	Carro C	no trac	وروح
la enfermedad o accidente: carpción detallada de los hechos carpción detallada de los hechos carpción detallada de los hechos carpción de la naccidente de to las placas de los vehículos in	Vencher o circunstancias que gententos el sur la constancia que gententos el sur la constancia de la constan	portado a la ARL? Carro Carro Carco	Si No Carro Placa	O Moto (Ca	arro () Moto	Carro C	no trace	وروح
la enfermedad o accidente: corpción detallada de los hechos como de la como de la como de ser una enfermedad o caso de ser una enfermedad o caso de ser un accidente de to las placas de los vehículos in Tipo de documento de identificación.	Vencher o circunstancias que gententos el sur la constancia que gententos el sur la constancia de la constan	portado a la ARL? Carro Carro Carco	Si No Carro Placa	Moto Ca Placa Placa Provisional	arro () Moto	Carro C	no trace	وروح
la enfermedad o accidente: corpción detallada de los hechos Como do proceso do proceso de ser una enfermedad o caso de ser una enfermedad o caso de ser una cidente de to las placas de los vehículos in Tipo de documento de identifico ce do Tido pas pas para pellido	Vencher o circunstancias que gententos el sur la constancia que gententos el sur la constancia de la constan	portado a la ARL? Carro Carro Carco	Si No l Moto Carro Placa Personal del apoder Tarjeta Profe	Moto Ca Placa ado esional / Provisional	arro () Moto	Carro C	no trace	ه رحم
la enfermedad o accidente: corpción detallada de los hechos Como Como Como Pro Como Como Pro Como Como Pro Como Como Pro Como Como Como Pro Como Como Como Como Como Como Como Co	Vencher o circunstancias que gententos el sur la constancia que gententos el sur la constancia de la constan	portado a la ARL? Carro Carro Carco	si No l Moto Carro Placa Personal del apoder Tarjeta Profe	Moto Ca Placa ado esional / Provisional	arro () Moto	Carro C	no trace	وروح
la enfermedad o accidente: seripción detallada de los hechos "DO C"ENCO" PO C EN TROCE a caso de ser una enfermedad o caso de ser una coldente de to las placas de los vehículos in Tipo de documento de identifi CECTTO PAS ner apellido ner nombre ección de correspondencia	Vencher o circunstancias que gententos el sur la constancia que gententos el sur la constancia de la constan	portado a la ARL? Carro Carro Carco	si No l Moto Carro Placa Personal del apoder Tarjeta Profe	Moto Ca Placa ado esional / Provisional	Se not	Carro C	no +7 0 6	وروح
la enfermedad o accidente: caripción detallada de los hechos Carco do pre caso de ser una enfermedad o caso de ser una coldente de te las placas de los vehículos in Tipo de documento de identificación de correspondencia cartamento	Venche o circunstancias que ge rententos el sur el constancias que ge rententos el sur el constancia el constancia el sur el co	portado a la ARL? Carro Carro Carco	si No i Carro Placa Personal del apoder Tarjeta Profe Segundo ap Segundo no	Moto Ca Placa ado esional / Provisional ellido mbre	Sent Sent Moto Place	Carro C	90 en 4	ه رحم
la enfermedad o accidente: caripción detallada de los hechos Carco do pre caso de ser una enfermedad o caso de ser una coldente de te las placas de los vehículos in Tipo de documento de identificación de correspondencia cartamento	Venche o circunstancias que ge rententos el sur el constancias que ge rententos el sur el constancia el constancia el sur el co	portado a la ARL? Carro Carro Carco	si No i Carro Placa Personal del apoder Tarjeta Profe Segundo ap Segundo no	Moto Ca Placa ado esional / Provisional etilido mbre	Sent Sent Moto Place	Carro C	90 en 4	ه رحم
la enfermedad o accidente: caripción detallada de los hechos Carco do pre caso de ser una enfermedad o caso de ser una coldente de te las placas de los vehículos in Tipo de documento de identificación de correspondencia cartamento	Venche o circunstancias que ge récher les de la constancia fue te rànsito, indique roulucrados. Min C PEP (Ciudad	portado a la ARL? 2. Información nero de documento	si No i Carro Placa Personal del apoder Tarjeta Profe Segundo ap Segundo no	Moto Ca Placa Placa ado esional / Provisional ellido mbre Telefono el envio de notificacio	Sent Sent Moto Place	Carro C	90 en 4	ه رحم
la enfermedad o accidente: caripción detallada de los hechos Carco do pre caso de ser una enfermedad o caso de ser una coldente de te las placas de los vehículos in Tipo de documento de identificación de correspondencia cartamento	Vende o circunstancias que general de la composition de la constancia de la composition del composition de la composition de la composition de la composition del composition de la composition	eneraron el estado o el 1701 bose portado a la ARL? poto Carro Carro Carro Carro de documento	Si No No No Placa Personal del apoder Tarjeta Profe Segundo ap Segundo no Autorizo e	Moto Ca Placa Placa ado esional / Provisional ellido mbre Teléfono al envio de notificacio	Sent Sent Moto Place	Carro	0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0	ه رحم
la enfermedad o accidente: carpción detallada de los hechos Caso de ser una enfermedad o caso de ser una enfermedad o caso de ser una ccidente de telas placas de los vehículos in Tipo de documento de identificación de correspondencia cardamento reo electrónico	Ciudad Cación Núm Ciudad	portado a la ARL? 2. Información nero de documento	si No l Moto Carro Placa Personal del apoder Segundo ap Segundo no Autorizo e conal del tercero auto Persona de l	Moto Ca Placa Placa ado esional / Provisional ellido mbre Teléfono al envio de notificacio	Sent Sent Moto Place	Celular (electrónico SI (Géne	PO ET -	ه رحم
la enfermedad o accidente: seripción detallada de los hechos "PO C'ENCO PO C EN TROCE I caso de ser una enfermedad o caso de ser una coldente de to las placas de los vehículos in Tipo de documento de identificación de correspondencia partamento reo electrónico Tipo de documento de identificación de correspondencia partamento Tipo de documento de identificación de correspondencia Tipo de documento de identificación de	Ciudad Cación Núm Ciudad	eneraron el estado o el 1701 bose portado a la ARL? poto Carro Carro Carro Carro de documento	Si No i Carro Placa Placa Segundo ap Segundo no Autorizo a Personal del tercero auto Persona del Tercero Auto	Moto Ca Placa Placa ado esional / Provisional ellido mbre Telefono al envio de notificacio orizado apoyo Corizado	Sent Sent Moto Place	Carro	PO ET -	ه رحم
la enfermedad o accidente: seripción detallada de los hechos "Da creado por E en recidente de la caso de ser una enfermedad o caso de ser una coldente de to las placas de los vehículos in Tipo de documento de identificación de correspondencia contramento reo electrónico Tipo de documento de identificación de correspondencia contramento reo electrónico Tipo de documento de identificación de correspondencia contramento reo electrónico	Ciudad Cación Núm Ciudad	eneraron el estado o el 1701 bose portado a la ARL? poto Carro Carro Carro Carro de documento	Si No l No l Placa Personal del apoder Tarjeta Profe Segundo ap Segundo no Autorizo e Conal del tercero auto Persona de : Tercero Auto Segundo ap	Moto Ca Placa Placa ado esional / Provisional ellido mbre Telefono el envio de notificacio orizado apoyo Co orizado orizado ellido ellido	Sent Sent Moto Place	Celular (electrónico SI (Géne	PO ET -	ه رحم
la enfermedad o accidente: seripción detallada de los hechos "Da creado por E en mucho a caso de ser una enfermedad o caso de ser una accidente de to las placas de los vehículos in Tipo de documento de identificación de correspondencia partamento reo electrónico Tipo de documento de identificación de correspondencia Tipo de documento de identificación de identific	Ciudad Cación Núm Ciudad	eneraron el estado o el 1701 bose portado a la ARL? poto Carro Carro Carro Carro de documento	Si No i Carro Placa Placa Segundo ap Segundo no Autorizo a Personal del tercero auto Persona del Tercero Auto	Moto Ca Placa Placa ado esional / Provisional ellido mbre Telefono el envio de notificacio orizado apoyo Co orizado orizado ellido ellido	Sent Sent Moto Place	Celular (electrónico SI (Géne	PO ET -	وروح
la enfermedad o accidente: Carpción detallada de los hechos Caso de ser una enfermedad o caso de ser una enfermedad o caso de ser una ecidente de te la placas de los vehículos in Tipo de documento de identific cación de correspondencia Tipo de documento de identific cación de correspondencia Tipo de documento de identific CE TI PAS ner apellido ner nombre coción de correspondencia	Ciudad Cación Ciudad Cación Ciudad Cación Ciudad Cación Ciudad	eneraron el estado o el 1701 bose portado a la ARL? poto Carro Carro Carro Carro de documento	Si No l No l Placa Personal del apoder Tarjeta Profe Segundo ap Segundo no Autorizo e Conal del tercero auto Persona de : Tercero Auto Segundo ap	Moto Ca Placa Placa ado esional / Provisional ellido mbre Telefono el envio de notificacio orizado apoyo Corizado prizado Corizado ellido ellido mbre	Moto Place	Carro	PO ET -	وروح
caso de ser una enfermedad o caso de ser un accidente de tro las placas de los vehículos in Tipo de documento de identificio CE TI PAS mer apellido mer nombre ección de correspondencia partamento meo electrónico	Ciudad Cación Núm Ciudad	eneraron el estado o el 1701 bose portado a la ARL? poto Carro Carro Carro Carro de documento	Si No l Moto Carro Placa Personal del apoder Tarjeta Profe Segundo ap Segundo no Autorizo e Conal del tercero auto Persona de : Tercero Auto Segundo no Segundo no	Moto Ca Placa Placa ado esional / Provisional ellido mbre Telefono el envio de notificacio orizado apoyo Co orizado orizado ellido ellido	Moto Place	Carro	90 en 4	وروح



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, inequivoca 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 delos 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 está 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, fibranzas, entre otras) o el traslado a renta vitalicia.
- 5) Para que por si 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 si 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 mi o por terceros, incluyendo, pero sin limitarse a valoraciones médicas, exámenes paraclínicos adicionales, documentos filmicos y/o magnetofónicos y demás elementos probatórios 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						
conocedor de lo dispuesto por los artículos 289, 291 y 293 y 442 del Colfondos es totalmente cierta, veridica, susceptible de verificación en e	o con tipo de documento. Cy número 32,791, 900, 100, en de 300, en de 300, en calidad de reclamante, bajo la gravydad de juramento, siendo Código Penal Colombiano, manifiesto que la información contenida y que he declarado ante cualquier momento por parle de Colfondos y/o de la aseguradora competente para la calificación he ocultado información necesaria para el reconocimiento de la prestación que estoy solicitando					

Esta solicitud no constituye una solicitud formal de pensión de invalidez, sin embargo, en caso de oblener una calificación de pérdida de capacidad laboral igual o superior al cincuenta porciento (50%), manifestare a Colfondos S. A. mi decisión de iniciar el proceso para la pensión de invalidez. Así mismo, autorizo el envío de información via 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.

ménpea Barda Joya

monieces borroses Toye,

Nombre del reclamante

C. C. 52.797.800



Teriga en cuenta que el tramite de su solicitud no tiene ningun costo y no requiere abogado, por lo cual, debe abstenerse de entregar dineros a personas que se lo soliciten. Por favor denuncie cualquier evento irregular mediante comunicación escrita y envielo a la Calle 67 Nº 7-94 en la cudad Bogotá, o en los siguientes canales de atención. Líneas de atención en Bogotá 601 7484888. Barranquilta 605 3869868, Bucaramanga 607 6985888, Call 602 4899888. Cartagena 605 6849888, Medellin 604 6042888, gratis desde el resto del país D1 800 05 10000, en nuestra red de oficinas de atención al cliente a nivel nacional y/o en nuestra página web; https://www.colfordos.com.coldxp/web/guest/seguridad/linea-de-transparencia

* REPUBLICA DE COLOMBIA IDENTIFICACION PERSONAL CEDULA DE CIUDADANIA 52.791.800

GARCIA JOYA

APELLIDOS

MARIA MONICA

NOMBRES

MeMaria Garda Joya



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

1.68 ESTATURA O+ G.S. RH

16-MAR-1999 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION





A-1500110-45135274-F-0052791800-20050826



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 IDÔNEO, 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 MÓNICO GARCIO.

C.C. No. 52 - 201 200

C.C. No. 52-791-800

NOMBRE MONPOOR GOVERS TOYCH.





NUMERO 1.052.401.310

GOMEZ SIABATO

APPLUDOS

YIMMY DANIEL

NOWWHES





FECHA DE NACIMIENTO 21-ABR-1993

JENESANO (BOYACA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.67

AB+ 3.5 RH

ESTATURA

M SEXO.

21-MAR-2012 DUITAMA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO



P-0707900-00371365-M-1052401310-20120428

0029737458A 1

30132999





Jimmy Gomez c.c. 1.052.401.310 Analista de Siniestros

RH: AB+ EPS: Nueva EPS www.atdltda.com