

Bogotá D.C., 8 de noviembre de 2024

Señores
CLINICAS Y/U HOSPITALES
Estadística y/o Archivo
Ciudad

ASUNTO: SOLICITUD HISTORIA CLINICA

REFERENCIA: ASEGURADO LINNA MARCELA CAMPO URIBE

RECLAMO OIV-125278-1

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 **LINNA MARCELA CAMPO URIBE** identificada con Cédula de Ciudadanía No. **1065825145** quien fue atendida por ustedes.

Como soporte de la presente petición anexamos fotocopia de la Declaración de asegurabilidad, copia de la cedula de la asegurada, formato para reclamaciones de seguros de vida y sus anexos, en la 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,

ANDREA TOVAR Analista de siniestros

> Calle 98 # 68 – 63 Maderos de la Floresta Torre 3 Oficina 302, Bogotá D.C. Teléfono 5972019 Celular 313 6187278 - 310 3110071

e-mail: analistas.siniestros@gmail.com – analistas.siniestros@atdltda.com Bogotá D.C. – Cali – Pasto – Neiva – Medellín – Barranquilla – Bucaramanga



Bogotá D.C 6 de noviembre de 2024

Señores
ATD LTDA.
Atn. Sra. Idaly Perdomo
Ciudad.

Referencia : INVESTIGACION : GRUPO

ASEGURADO : LINNA MARCELA CAMPO URIBE

CEDULA CIUDADANIA : 1065825145 RECLAMO : 35260000016 CONSECUTIVO : OIV-125278-1

Solicitamos a ustedes realizar:

_x _ 	INVESTIGACION COMPLETA INVESTIGAR HISTORIA ANTECEDENTES PENALES VERIFICACIÓN CALIFICACION RENUNCIA PROTOCOLARIA
Para efecto	adjuntamos:
	FOTOCOPIA DE LA POLIZA REGISTRO CIVIL DE DEFUNCION FORMULARIO DECLARACIÓN DEL MÉDICO OTROS
OBSERVAC:	ONES:
EL PLAZO N	MAXIMO DE ENTREGA DEL INFORME SOLICITADO 18 DE NOVIEMBRE 2024

Agradecemos su colaboración.

Asistente de Siniestros COMPAÑIA DE SEGUROS BOLIVAR S.A. Departamento Nacional de Indemnizaciones de Vida



FORMATO ÚNICO PARA RECLAMACIONES DE SEGUROS DE VIDA Y SUS ANEXOS Para ser llenado por el Asegurado o Beneficiario (a mano y con tinta)

Nombre completo del Asegurado Lina Aure la Compo Uibe Ledad 28 Diagonal Me H153B-10 Touret Afto 903 (any bacapa Thirdeblance 316BbB 174 En casa de fallecimiento, adad al morte Ciudad 28 Diagonal Me H153B-10 Touret Afto 903 (any bacapa Thirdeblance 316BbB 174 En casa de fallecimiento, adad al morte Ciudad 28 Diagonal Me H153B-10 Touret Afto 903 (any bacapa Thirdeblance 316BbB 174 En casa de fallecimiento, adad al morte Ciudad Ciuda	1. Datos Generales	
28 Dicaynat 1 19 1536-10 lower 1 1910 905 (any Dournal of the hold lower 1 1900 1911 900 1500 1911 900 1911 900 1500 1911 900 1911 900 1500 1911 90	Nombre completo del Asegurado	
28 Dicaynat 1 19 1536-10 lower 1 1910 905 (any Dournal of the hold lower 1 1900 1911 900 1500 1911 900 1911 900 1500 1911 900 1911 900 1500 1911 90	Lina Murela Compo Vibe	
Accidentes Personales © Gastos Médicos © 2. Detallos del accidente, enformedad o fallecimiento Es noissensable Adjuntar historia Cultuca y examenes © Gastos Médicos © 2. Detallos del accidente, enformedad o fallecimiento Es noissensable Adjuntar historia Cultuca y examenes o Biochnostro. Lugar Fecha Accidentes Personales © Gastos Médicos © Es noissensable Adjuntar Historia Cultuca y examenes o Biochnostro. Lugar Fecha Accidentes Personales © Gastos Médicos © Es noissensable Adjuntar Historia Cultuca y examenes o Biochnostro. Lugar Fecha Accidentes Personales © Gastos Médicos © Es noissensable Adjuntar Historia Cultuca y examenes o Biochnostro. Lugar Fecha Accidentes Personales © Gastos Médicos © Es noissensable Adjuntar Historia Cultuca y examenes o Biochnostro. Lugar Fecha de Ingreso (Accidentes Personales) © Biochnostro. Lugar Fecha de Ingreso (Accidentes Personales Of Pecha de Ingreso (Accidentes Biolden Cultuda) Fecha de Ingreso (Accidentes Personales Of Pecha de Ingreso (Accidentes Biolden Cultuda) Anamento Personales (Accidentes Personales Of Pecha de Ingreso (Accidentes Biolden Cultuda) Fecha de Ingreso (Accidentes Personales Called Biolden Cultuda) Fecha de Ingreso (Accidentes Personales Called Biolden Cultuda) Fecha de Ingreso (Accidentes Personales Called Biolden Cultuda)	28 Viagonal 19 # 19315-10 love 2 April 906 (on, D	Solution Floridablence 3168688114 fallecimiento, edad al morir
Potables del accidente, enfermedad o fallecimiento 2. Detalles del accidente, enfermedad o fallecimiento Causa O Accidente © Enfermedad O Homicidio O Sulcidio De un informe detallado de los hechos: Aq. e. 20	Entumera	
2. Detailos del accidente, enfermedad o fallecimiento Causa O Accidente Defermedad O Homicidio O Sulcidio Floridadoria - Sun fundar - Clinica Foscal Off 10 2024 De un informe detallado de los hechos: Inquesto al Servicio de Orgen (a) Clinica Foscal Off 10 2024 De un informe detallado de los hechos: Inquesto al Servicio de Orgen (a) Clinica Foscal Off (con cucal o de Concentration official del Concentration official off		O Author Property O October 1997
Causa O Accidente Defermedad O Homicidio O Sulcidio Flori Cubbarca - Son funder - Clinica Foscal O 100 2024 De un informe destallacio de los heches: la queba al Servicio de Orgencia Clinica Foscal O 100 cuadro de 2 dico e 1500 dio 9 Chiniles), dolor abdominal fos en dienes informacio per mosa colla del Pancira. 3. Si es enfermedad: zen qué fecha se iniciaron los sintomas? En qué fecha consultó por primera vez a un médico en relación con su enfermedad? 10 - 08 - 2014 4. Fecha de diagnóstico por un médico 5. Tiempo de evolución de esta enfermedad 10 - 08 - 2014 5. Otres antocedentes del asegurado (.i.l.a);) Percal Trempo de evolución: 4 años 1. Lesta recibiendo tratamiento por esta enfermedad? Si Noo Si su respuesta es afirmativa, indique cual Analgels (co. Reguladora 75mg - Accidemnos fin t. Hiduscodona B. Indique el nombre de su E.RS. No Co Po Co	Vida Rentas Concapacidad total y permanente Enfermedades Graves	Accidentes Personales () Gastos Medicos ()
De un Informe detallado de los hechos: Ingreso al Servicio de Orgencia) Clinica Fos cal 04 10 2024 De un Informe detallado de los hechos: Ingreso al Servicio de Orgencia) Clinica Fos cal (on cuadro de control fos de los hechos: Ingreso al Servicio de Orgencia) Clinica Fos cal (on cuadro de control fos de control fos de los hechos: Ingreso al Servicio de Orgencia) 3. Si es enfermedad: Len qué fecha se iniciaron los sintomas? 10 - 08 - 2014 4. Fecha de diagnóstico por un médico 10 - 08 - 2014 5. Tiempo de evolución de esta anfermedad 10 - 08 - 2014 6. Otros anfocedentes del asegurado (i.i.a);) Percal Tiempo de evolución:	2. Detailes del accidente , enfermedad o fallecimiento ES INDISPENSABLE ADJ	IUNTAR HISTORIA CLÍNICA Y EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO.
De un informe detallado de los hechos: Ingreso al Servicio de Orgencia) Clinica Fos cel con cuadro de la circi si fiso dio) Etalia, dolor abdornial, fos en dienes maisto, nause en fostoferato. 3. Si es enformedad: gen qué fecha se iniciaron los sintomas? 3. Si es enformedad: gen qué fecha se iniciaron los sintomas? 40 - 08 - 24 4. Fecha de diagnostico por un médico 40 - 08 - 24 5. Otros antocodentes del asegurado (i-i-a); Peral Tiempo de evolución de esta enfermedad (i-i-a); Peral Tiempo de evolución de esta enfermedad (i-i-a); Peral Tiempo de evolución: Tiempo de evolución de esta enfermedad (i-i-a); Peral Tiempo de evolución: Tiempo de evolución de esta enfermedad (i-i-a); Peral Tiempo de evolución: Tiempo de evolució		Fecha
3. Si es enfermedad: ¿en qué fecha se iniciaron los sintomas? En qué fecha consultó por primera vez a un médico en relación con su enfermedad? 10 - 08 - 204 4. Fecha de diagnóstico por un médico 11 08 2014 Hallu? go incidental 6. Otros antecedentes del asegurado (1.1-a):) Peral Tiempo de evolución de esta enfermedad (1.1-a):) Peral Tiempo de evolución: Tiempo de evol	O Accidente Enfermedad OHomicidio Osuicidio Flori cublunca - Sur	ntander - Clinica toscal 09 10 2029
4. Fecha de diagnóstico por un médico 11 08 2024 6. Otros antecedentes del asegurado (:1:a); Peral Tiempo de evolución de esta enfermedad 6. Otros antecedentes del asegurado (:1:a); Peral Tiempo de evolución: Tiempo de volución: Tiempo de vol	2 dias efisodios febiles, dolor abdominal, fos en lo funciralectomia for masa cola del funciral.	dienes imairo, nauseas en fostofeido.
6. Otros antecedentes del asegurado (. i. i.a.s.i) Peral Tiempo de evolución: 4 (10) Tiempo de evolu	10 - 08 - 2014	08 - 74
Tiempo de evolución: (idia): Peral Tiempo de evolución: Es afiliado Dienciário O Beneficiario O Beneficiario O Beneficiario O Idia do la	od1 08 2014 Hallazgo incidenta	
Tempo de evolución: Tespo de logo de la compo	i. Otros antecedentes del asegurado	
8. Indique el nombre de su E.P.S. No (P) 9. Indique el nombre de su E.P.S. No (P) 9. Indique el nombre, dirección y Ciudad de la I.P.S. que lo atiende regularmente Clinica Fos Cal (alle 155 A # 23 - 60 Flori da blanca - Son fander 2. Dirección Dirección Dirección 2. Si fue tratado en un Centro Hospitalario Nombre del Centro Hospitalario Pecha de Ingreso Fecha de Ingreso Fecha de logreso Fecha de Salida Di MAN AAAA DE MAN	(itiasi) Peral	
8. Indique el nombre de su E.P.S. Di qua {P} Indique el nombre, dirección y ciudad de la I.P.S. que lo atiende regularmente Clinica Foscal (alle 155A # 23-60 Flori da blanca - Sontander Desde hace cuánto tiempo? 1. Indique los médicos o especialistas que ha consultado en relación con su enfermedad o accidente: Nombre Dorge Andres Be cerra Dirección Nombre Hector Julio Amaya Santiago Dirección Dirección Dirección Dirección Dirección Dirección Dirección Fecha de Ingreso Fecha de Salida Cliudad Cliudad Teléfono Cliudad Teléfono Cliudad Teléfono Flori da blanca Cliudad Teléfono Cliudad Teléfono Cliudad Teléfono Cliudad Teléfono Cliudad Teléfono Cliudad Teléfono Fecha de Ingreso Fecha de Salida Cliudad Cliudad Cliudad Teléfono Cliudad Teléfono Fecha de Ingreso Fecha de	Tlempo de evolució	5n: 4 años
9. Indique el nombre, dirección y Ciudad de la I.R.S. que lo atlende regularmente Clin, (a Fos Ca (a)e 155 A # 23 - 60 Flori da blan (a - San tander Dirección y ciudad de su médico habitual I. Indique los médicos o especialistas que ha consultado en relación con su enfermedad o accidente: Nombre Dirección Direcc		- Acetaminofen t Hidrocodona
Clinica Fos cal Calle 155 A # 23-60 Florida blanca - Sontander 2Desde hace cuánto tiempo? 1. Indique el nombre, dirección y cludad de su médico habitual 2Desde hace cuánto tiempo? 1. Indique los médicos o especialistas que ha consultado en relación con su enfermedad o accidente: Nombre Sorge Andres Be Cerra Dirección Nombre Hector Julio Amaya Santiago Dirección Dirección Ciudad Infectología Hedica Teléfono Floridablonca Ciudad Infectología Hedica Teléfono Floridablonca Ciudad Teléfono Fecha de Ingreso Fecha de Salida On Mo 2024 11 10 2014 Dirección Calle 155A # 23-60 Nombre del Centro Hospitalario Calle 155A # 23-60 Nombre del Centro Hospitalario Fecha de Ingreso Fecha de Salida Do MM AAAA		Es afiliado O Beneficiario O
1. Indique los médicos o especialistas que ha consultado en relación con su enfermedad o accidente: Nombre Jorge Andres Be Cerra Dirección Nombre Hector Julio Amaya Santiago Dirección Si fue tratado en un Centro Hospitalario Cina Contro Hospitalario Fecha de Ingreso Fecha de Salida Cina Contro Hospitalario Cina Contro Hospitalario Fecha de Ingreso Fecha de Salida Do MM AAAA	Indique el nombre, dirección y Ciudad de la I.P.S. que lo atiende regularmente	
1. Indique los médicos o especialistas que ha consultado en relación con su enfermedad o accidente: Nombre Jorge Andres Be Cerra Dirección Nombre Hector Julio Amaya Santiago Dirección Si fue tratado en un Centro Hospitalario Cina Contro Hospitalario Fecha de Ingreso Fecha de Salida Cina Contro Hospitalario Cina Contro Hospitalario Fecha de Ingreso Fecha de Salida Do MM AAAA	Clinica toscal (alle 155A # 63-60 Hondak	planca - Sontander
Nombre Jorge Andres Becerra Dirección Nombre Hector Julio Amaya Santiago Dirección Nombre Especialidad Infectología Medica Ciudad Infectología Medica Ciudad Teléfono Ciudad Cinca Foscal On Mo 2024 11 10 2024 Dirección Ciudad Ciudad Teléfono Ciudad Cinca Foscal On Mo 2024 Teléfono Ciudad Teléfono Ciudad Teléfono Ciudad Teléfono Ciudad Teléfono Ciudad Teléfono Ciudad Fecha de Ingreso Fecha de Salida Teléfono Ciudad Teléfono Ciudad Teléfono Ciudad Fecha de Ingreso Fecha de Salida Do MM AAAA Do MM A). Indique el nombre, dirección y ciudad de su medico nabitual	¿Desde nace cuanto tiempo?
Dirección	1. Indique los médicos o especialistas que ha consultado en relación con su enferr	medad o accidente:
Dirección Dirección Dirección Dirección Dirección Dirección Nombre Hector Julio Amaya Santiago Dirección Direcci	Nombre	Especialidad .
Nombre Hector Julio Amaya Santiago Dirección Nombre Especialidad Infectologia Medica Ciudad Teléfono I loudablanca Si fue tratado en un Centro Hospitalario Indique: Nombre del Centro Hospitalario Clinica Fosca Dirección Calle 155A # 23 - 60 Nombre del Centro Hospitalario Fecha de Ingreso Fecha de Salida Teléfono Calle 155A # 23 - 60 Nombre del Centro Hospitalario Fecha de Ingreso Fecha de Salida Dirección Fecha de Ingreso Fecha de Salida DI MM AAAA DI MM	Joine Andres becerra	Cicyia Hepato Pancieato Bilia.
Nombre Hector Julio Amaya Santiago Dirección 2. Si fue tratado en un Centro Hospitalario indique: Nombre del Centro Hospitalario Clinica Foscal Dirección Ciudad Fecha de Ingreso Fecha de Salida O1 40 2024 11 40 2024 Dirección Ciudad Ciudad Ciudad Teléfono Ciudad Ciudad Ciudad Teléfono Ciudad Teléfono Fecha de Ingreso Fecha de Salida Dirección Ciudad Fecha de Ingreso Fecha de Salida DI MM AAAA DI MM	Dirección	Ciudad Teléfono
Hector Julio Amaya Santiago Dirección Infectologia Medica Teléfono Floridablunca 2. Si fue tratado en un Centro Hospitalario Indique: Nombre del Centro Hospitalario Clinica Fosca Dirección Calle 155A # 23 - 60 Nombre del Centro Hospitalario Fecha de Ingreso Fecha de Salida Teléfono Calle 155A # 23 - 60 Nombre del Centro Hospitalario Fecha de Ingreso Fecha de Ingreso Fecha de Salida DD MM AAAA DD MM AAAA DD MM AAAA		
Direction Cludad leletono Cludad leletono Cludad leletono 2. Si fue tratado en un Centro Hospitalario Indique: Nombre del Centro Hospitalario Clinica Fosca Dirección Culle 155A # 23 - 60 Nombre del Centro Hospitalario Fecha de Ingreso Fecha de Salida Teléfono Fecha de Ingreso Fecha de Ingreso Fecha de Ingreso Fecha de Ingreso Fecha de Salida DD MM AAAA DD MM AAAA DD MM AAAA	Nombre Use Tulis A C I	Especialidad
Tollaborca Tol		Cluded Teléfono
Nombre del Centro Hospitalario Cini ca Fosca Dirección Calle 155A # 23 - 60 Nombre del Centro Hospitalario Fecha de Ingreso Fecha de Ingreso Fecha de Salida Teléfono Ciudad Teléfono Fecha de Ingreso Fecha de Ingreso Fecha de Salida DD MM AAAA DD MM AAAA	Direction	Flamablanca
Nombre del Centro Hospitalario Fecha de Ingreso Fecha de Salida O1 MO 2024 11 40 2024 Dirección Culle 155A # 23 - 60 Nombre del Centro Hospitalario Fecha de Ingreso Fecha de Salida DD MM AAAA DD MM AAAA	Si fue tratado en un Centro Hospitalario Indique:	
Clinica Foscal Dirección Ciule 155A # 23 - 60 Nombre del Centro Hospitalario O1 MO 2024 11 40 2024 Teléfono Fecha de Ingreso Fecha de Salida DD MM AAAA DD MM AAAA		Facha da Ingresa - Facha da Calida
Dirección Ciule 155A # 23 - 60 Nombre del Centro Hospitalario Ciudad Teléfono Focha de Ingreso Fecha de Salida DO MM AAA DO MM AAAA		
Calle 155A # 23 - 60 Nombre del Centro Hospitalario Fecha de Ingreso Fecha de Salida DD MM AAAA DD MM AAAA		
Nombre del Centro Hospitalario Fecha de Ingreso Fecha de Salida DD MM AAAA DD MM AAAA	Calle 155A # 23-60	
DD MM AAAA DD MM AAAA	10011	AND ADDRESS OF THE PROPERTY OF
Dirección Cludad Teléfono	Nombre del Centro Hospitalario	Fecha de Ingreso Fecha de Salida
	Nombre del Centro Hospitalario	

Compañía de Seguros Bolívar S.A. • Nit. 860.002.503-2 Avenida el Dorado No. 68B-31, piso 10 • Tel: #322 Bogotá D.C., Colombia • www.segurosbolivar.com

3. ¿Tratamientos Pendientes? S	● NoO			
Tratamientos Quirúrgicos (Detallar)				
Tratamientos Médicos (Detallar) Cifa (ontrol Cirugio II Rehabilitación (Detallar)	epalo Bil.a.			
4. ¿Actualmente se encuentra trabajand Si No	o? Si no esta tral	bajando, ¿hace cuánto tie	empo no trabaja?	
15. En caso de reclamación por fallecimi	ento, diligenciar:			
BENEFICIARIOS				
Nombre	Parentesco	Cédula	Correo Electrónico	Firma
Nombre Camps Camps	Parentesco	1042848649 Cédula	linnacumfo 11 Ognail. com Correo Electrónico	Firma
. Nombre	Parentesco	Cédula	Correo Electrónico	Firma
Nombre	Parentesco	Cédula	Correo Electrónico	Firma
. Nombre	Parentesco	Cédula	Correo Electrónico	Firma
TODA LA INFORMACIÓN MÉDIO DE LOS CENTROS HOSPITALA INFORMACIÓN NO ESTÉ EN RECLAMACIÓN IGUALMENTE CONSIENTO O INFORMACIÓN SOBRELOS SE	AUTORIZO QUE A QUE REQUII RIOS O DE LO PODER DE LA QUE SEGURO GUROS SIMILA N LA RECLAM	JE AÚN DESPUÉS DE ERA, INCLUYENDO M OS MÉDICOS QUE ME A ASEGURADORA, OS BOLÍVAR S.A. S ARES QUE TENGA CO ACIÓN O EN LA COM	E MI FALLECIMIENTO LA COMPA II HISTORIA CLÍNICA COMPLETA, E HAN ATENDIDO. ACEPTO QUE NO PODRÁ ENTENDERSE FOR OLICITE A LAS COMPAÑÍAS	BIENATRAVÉS MIENTRAS TAL RMALIZADA LA DE SEGUROS
Autorizo que las comun <u>linna (am Po 1</u> Lugar y Fecha <u>Flo</u>	1@gmail			
Cima M. Coup (رطاناه		ridella	
Firma del Asegura	do		Firma del Beneficiario re	eclamante

C.C. No. 1065825145

Firma del Beneficiario reclamante C.C. No.



