

Bogotá D.C. noviembre 26 de 2024

Señores
HOSPITALES, CLINICA Y EPS.
Ciudad.

REF: Solicitud: **COPIA DE HISTORIA CLINICA**
 Asegurado: **ENRIQUE HORACIO BARBOSA REINA**


Respetados Señores:

Por medio de la presente nos permitimos solicitar de su valiosa colaboración para que nos expidan copia completa de la historia clínica correspondiente al señor **ENRIQUE HORACIO BARBOSA REINA**, identificado con la cédula de ciudadanía No. **79.891.883**. de Bogotá.

La anterior con el fin de continuar con el trámite de la presente reclamación que cursa en **SEGUROS BOLIVAR S.A.** donde el asegurado está solicitando indemnización por incapacidad.

Agradezco de antemano la pronta y valiosa colaboración prestada.

Atentamente



JOSE IGNACIO LOAIZA CAPERA
Analista Externo de Seguros Bolívar S.A.
Cel. 320 923 78 75

Favor enviar respuesta a la calle 151 No. 109 A – 50 Casa 67 Tel. 601 551 51 31
barrio Suba de Bogotá, y/o a los correos electrónicos lm78ji79@gmail.com –
asigltlda@hotmail.com





Bogotá, noviembre 25 de 2024

Señores
CLINICAS, HOSPITALES Y EPS
La Ciudad

Referencia

Asegurado: **ENRIQUE HORACIO BARBOSA REINA**
Póliza: **5131004639322**
Caso: **OVI-126568-1**

Cordial Saludo:

Por medio de la presente les informamos que la firma **ASIG LTDA.** con **NIT. 830.116.042.** y su funcionario **JOSE IGNACIO LOAIZA CAPERA**, identificado con la cédula de ciudadanía No. 79.604.975. de Bogotá, están autorizados por **SEGUROS BOLIVAR S.A.** para tramitar y obtener copia de la historia clínica correspondiente al señor **ENRIQUE HORACIO BARBOSA REINA**, identificado con cédula de ciudadanía **79.891.883.** quién está solicitando indemnización por incapacidad total y permanente.

No siendo otro al particular agradezco de antemano su pronta y valiosa colaboración prestada.

Cordialmente,

LINA MARIA AVILA M.
Coordinación Indemnizaciones Vida
COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A.
Gerencia de Operaciones
Indemnizaciones Seguros de Vida
LNSM

VIGILADO
SUPERINTENDENCIA FINANCIERA
DE COLOMBIA



1. Datos Generales

Nombre completo del Asegurado		Cédula	
ENRIQUE HORACIO BARBOSA REINA		79891883	
Edad	Dirección actual	Ciudad	Teléfono
47	CALLE 6 B # 80 B 85	BOGOTA	6015284012
Ocupación habitual		En caso de fallecimiento, edad al morir	
JEFE DE OPERACIONES EN RECAUDO BOGOTA			
Amparo por el que desea reclamar			
Vida <input type="radio"/> Rentas <input type="radio"/> Incapacidad total y permanente <input checked="" type="radio"/> Enfermedades Graves <input type="radio"/> Accidentes Personales <input type="radio"/> Gastos Médicos <input type="radio"/>			

2. Detalles del accidente, enfermedad o fallecimiento

ES INDISPENSABLE ADJUNTAR HISTORIA CLÍNICA Y EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO.

Causa	Lugar	Fecha
<input type="radio"/> Accidente <input checked="" type="radio"/> Enfermedad <input type="radio"/> Homicidio <input type="radio"/> Suicidio	BOGOTA D.C	15 08 2023
Dé un informe detallado de los hechos: Desde el 15 de agosto del 2023 entro al hospital por varios sintomas donde me diagnosticaron síndrome de cushing, luego en Diciembre del 2023 depues de debilidad en musculos y pocos reflejos un neurologo mediagnostica Polineuropatia y a pncipios del mes de enero me dianostican Vascultis y 19 de abril me diagnostican Glaucoma por lo que he perdido la mayoría de mi vision		
3. Si es enfermedad: ¿en qué fecha se iniciaron los síntomas? En qué fecha consultó por primera vez a un médico en relación con su enfermedad?		
5-08-2023 15-08-2023		
4. Fecha de diagnóstico por un médico 5. Tiempo de evolución de esta enfermedad		
11 DD 12 MM 2023 AAA		
6. Otros antecedentes del asegurado		
Ya tenia diagnostico de enfermedad de gota		
Tiempo de evolución: 10 AÑOS		
7. ¿Esta recibiendo tratamiento por esta enfermedad? Si <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/>		
Si su respuesta es afirmativa, indique cual		
Estoy en terapias fisicas, ocupacionales y fonoaudiologicas		
8. Indique el nombre de su E.P.S.		
FAMISANAR Es afiliado <input type="radio"/> Beneficiario <input type="radio"/>		
9. Indique el nombre, dirección y Ciudad de la I.P.S. que lo atiende regularmente		
FAMISANAR CENTRO MEDICO PRIMERA DE MAYO - BOGOTÁ D.C		
10. Indique el nombre, dirección y ciudad de su médico habitual ¿Desde hace cuánto tiempo?		
MEDICO DE LA EPS		
11. Indique los médicos o especialistas que ha consultado en relación con su enfermedad o accidente:		
Nombre	Especialidad	
Dirección	Ciudad	Teléfono
Nombre	Especialidad	
Dirección	Ciudad	Teléfono

12. Si fue tratado en un Centro Hospitalario indique:

1. Nombre del Centro Hospitalario	Fecha de Ingreso	Fecha de Salida
HOSPITAL INFANTIL UNIVERSITARIO DE SAN JOSE	15 08 2023 AA	15 10 2023 AA
Dirección	Ciudad	Teléfono
Cra. 52 #67a-71, Barrios Unidos, Bogotá	BOGOTA	6013282300
2. Nombre del Centro Hospitalario	Fecha de Ingreso	Fecha de Salida
HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL	20 01 2024 AA	07 03 2024 AA
Dirección	Ciudad	Teléfono
Cra. 8 #17 Sur-45, Bogotá	BOGOTA	6017460111

13. ¿Tratamientos Pendientes? Si ☐ No ☐

Tratamientos Quirúrgicos (Detallar)

N/A

Tratamientos Médicos (Detallar)

Inmunosupresión para la enfermedad de Vasculitis

Rehabilitación (Detallar)

Terapias físicas, fonoaudiológicas y ocupacional

14. ¿Actualmente se encuentra trabajando? Si no esta trabajando, ¿hace cuánto tiempo no trabaja?
Si ☐ No ☐ Desde el 15 de agosto del 2023 me encuentro incapacitado

15. En caso de reclamación por fallecimiento, diligenciar:

BENEFICIARIOS

1. Nombre	Parentesco	Cédula	Correo Electrónico	Firma
2. Nombre	Parentesco	Cédula	Correo Electrónico	Firma
3. Nombre	Parentesco	Cédula	Correo Electrónico	Firma
4. Nombre	Parentesco	Cédula	Correo Electrónico	Firma
5. Nombre	Parentesco	Cédula	Correo Electrónico	Firma

16. Envío de correspondencia. Favor indicar el lugar de envío de correspondencia

Nombre

ENRIQUE HORACIO BARBOSA REINA

Teléfono

3219023959

Dirección

CALLE 6 B # 80 B 85 TORRE 11 APTO 544

Ciudad

BOGOTA D.C

Correo electrónico

bigbarbosa@hotmail.com

DECLARO QUE TODAS MIS RESPUESTAS SON VERDADERAS Y COMPLETAS.

EN CALIDAD DE ASEGURADO AUTORIZO QUE AÚN DESPUÉS DE MI FALLECIMIENTO LA COMPAÑÍA ACCEDA A TODA LA INFORMACIÓN MÉDICA QUE REQUIERA, INCLUYENDO MI HISTORIA CLÍNICA COMPLETA, BIEN A TRAVÉS DE LOS CENTROS HOSPITALARIOS O DE LOS MÉDICOS QUE ME HAN ATENDIDO. ACEPTO QUE MIENTRAS TAL INFORMACIÓN NO ESTÉ EN PODER DE LA ASEGURADORA, NO PODRÁ ENTENDERSE FORMALIZADA LA RECLAMACIÓN

IGUALMENTE CONSIENTO QUE SEGUROS BOLÍVAR S.A. SOLICITE A LAS COMPAÑÍAS DE SEGUROS INFORMACIÓN SOBRE LOS SEGUROS SIMILARES QUE TENGA CONTRATADOS.

CONOZCO QUE LA MALA FE EN LA RECLAMACIÓN O EN LA COMPROBACIÓN DEL DERECHO AL PAGO DE ESTE SEGURO CAUSARÁ LA PÉRDIDA DEL DERECHO AL PAGO.

Autorizo que las comunicaciones sean enviadas al correo electrónico
bigbarbosa@hotmail.com

Lugar y Fecha BOGOTA D.C 16 DE OCTUBRE 2024



Huella

Enrique Horacio Barbosa Reina

Firma del Asegurado

C.C. No. 79.891.883

Firma del Beneficiario reclamante

C.C. No.

SEGUROS
BOLÍVAR



AUTORIZACIÓN PARA PAGO POR TRANSFERENCIA

SELECCIONE: PRIMERA VEZ ☒ MODIFICACIÓN ☐

SEÑORES:

CAPITALIZADORA BOLÍVAR S.A.
SEGUROS BOLÍVAR S.A.
SEGUROS COMERCIALES BOLÍVAR S.A.
INVESTIGACIONES Y COBRANZAS EL LIBERTADOR

La cuenta bancaria debe ser individual y pertenecer al beneficiario del pago, sea persona natural o jurídica.

Relación con la compañía: área, producto o servicio.

Credito hipotecario Vivienda

Fecha de recibido

DD MM AAAA

Fecha de diligenciamiento

19 11 2024

Datos Personales

PERSONAS NATURALES

Documento de identidad	No. de documento	Fecha de expedición	Lugar de expedición
C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> T.I. <input type="radio"/>	79.891.883	21 06 1995	Bogotá D.C.
Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
Enrique	Horacio	Barbosa	Reina

Datos Empresa (Persona jurídica)

Nombre razón o denominación social	NIT		
Datos del Representante Legal			
Documento de identidad	No. de documento	Fecha de expedición	Lugar de expedición
C.C. <input type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> T.I. <input type="radio"/>		DD MM AAAA	
Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido

Autorizo irrevocablemente a que todo pago que se presente a mi favor (o de la sociedad que represento), se haga en la cuenta aquí registrada.

Tipo de cuenta	Cuenta número	Entidad financiera
Ahorros <input checked="" type="radio"/> Corriente <input type="radio"/>	24058457803	Banco Caja Social

Adjunto certificado de Cámara y Comercio y Certificación Bancaria (persona jurídica)

Declaración de origen de fondos y Autorización consulta y reporte a Centrales de Información

Los datos que contiene este documento son requeridos para: realizar el pago o transferencia de recursos a su cuenta bancaria; el cumplimiento de las obligaciones derivadas de la relación contractual existente y para informarlo acerca de los productos y servicios que ofrece Seguros Bolívar y sus compañías vinculadas. La huella que se le solicita tiene como finalidad verificar su identidad y es conservada con adecuadas medidas de seguridad. Para mayor información puede consultar nuestras Políticas de Privacidad que se encuentran publicadas en la página web www.segurosbolivar.co.
Con base en la información suministrada autorizo el tratamiento de mis datos personales.

Como constancia de haber leído, entendido y aceptado lo anterior firmo el presente documento.

Enrique Horacio Barbosa Reina

FIRMA DEL CLIENTE O REPRESENTANTE LEGAL Y SELLO SI ES PERSONA JURÍDICA C.C. Ó NIT



Huella índice derecho

FORMA B-337 (Rev. Nov/14)

Compañía de Seguros Bolívar S.A.
NIT. 860.002.503-2 • Avenida el Dorado No. 68B-31, piso 10
Conmutador 341 0077 • Fax 283 0799 • A.A. 4421
Bogotá D.C., Colombia • www.segurosbolivar.com

REC322
0000 SIN COSTO

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **79.891.883**
BARBOSA REINA

APELLIDOS
ENRIQUE HORACIO

NOMBRES





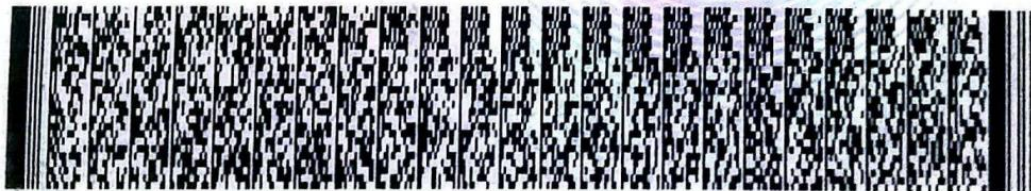
INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **20-ABR-1977**
FUSAGASUGA
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO
1.65 **AB+** **M**
ESTATURA G.S. RH SEXO
21-JUN-1995 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION


REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



A-1500100-00090445-M-0079891883-20081008

0004094057A 1

6180015537

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **79.604.975**

LOAIZA CAPERA

APELLIDOS

JOSE IGNACIO

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO

09-FEB-1972

**COYAIMA
(TOLIMA)**

LUGAR DE NACIMIENTO

1.71

O+

M

ESTATURA

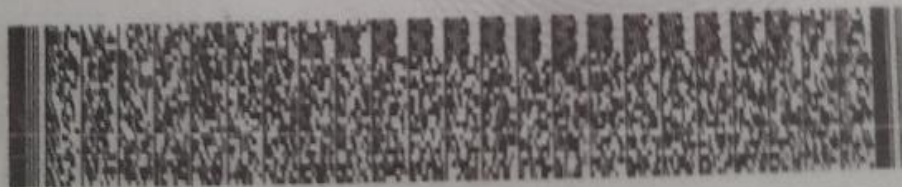
G.S. RH

SEXO

19-OCT-1990 BOGOTA D.C

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Abel Sanchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ABEL SANCHEZ TORRES



A-1500150-00252211-M-0079604975-20100825

0023563553A 1

1230918739