

Bogotá D.C., 21 de noviembre de 2024

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

ASUNTO:	SOLICITUD	HISTORIA CLINICA
REFERENCIA:	ASEGURADO	DEISIS SIERRA JULIO
	RECLAMO	OIV-126326-1

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 **DEISIS SIERRA JULIO** identificada con Cédula de Ciudadanía No. **45503953** 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



Bogotá D.C 20 de noviembre de 2024

Señores

ATD LTDA.

Atn. Sra. Idaly Perdomo

Ciudad.

Referencia	:	INVESTIGACION	:	GRUPO
		ASEGURADO	:	DEISIS SIERRA JULIO
		CEDULA CIUDADANIA	:	45503953
		RECLAMO	:	26000000746
		CONSECUTIVO	:	OIV-126326-1

Solicitamos a ustedes realizar:

<input checked="" type="checkbox"/>	INVESTIGACION COMPLETA
<input type="checkbox"/>	INVESTIGAR HISTORIA
<input type="checkbox"/>	ANTECEDENTES PENALES
<input type="checkbox"/>	VERIFICACIÓN CALIFICACION
<input type="checkbox"/>	RENUNCIA PROTOCOLARIA

Para efecto adjuntamos:

<input type="checkbox"/>	FOTOCOPIA DE LA POLIZA
<input type="checkbox"/>	REGISTRO CIVIL DE DEFUNCION
<input type="checkbox"/>	FORMULARIO DECLARACIÓN DEL MÉDICO
<input checked="" type="checkbox"/>	OTROS

OBSERVACIONES:

EL PLAZO MAXIMO DE ENTREGA DEL INFORME SOLICITADO 1 DE DICIEMBRE 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)

1. Datos Generales

Nombre completo del Asegurado		Cédula
Deisis Sierra Julio		45803953
Edad	Dirección actual	Cludad Teléfono
52 años	BARRIO JUNIN el 1a Mayo 112 E Lote 15 0402	CARTAGENA 3158962370
Ocupación habitual	En caso de fallecimiento, edad al morir	
Empleada		
Amparo por el que desea reclamar		
Vida <input type="radio"/>	Rentas <input checked="" type="checkbox"/>	Incapacidad total y permanente <input 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		DD MM AAAA

Dé un informe detallado de los hechos:

Por mordedura de un animal perro, se presentó infección ocasionando una celulitis, por lo cual tuve que ser hospitalizada por seis (6) días y ser tratada con medicamentos.

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?
29 de octubre - 2024	30 de octubre - 2024
4. Fecha de diagnóstico por un médico	5. Tiempo de evolución de esta enfermedad
03 MM 2024	6 días
6. Otros antecedentes del asegurado	

Tiempo de evolución: _____

7. ¿Esta recibiendo tratamiento por esta enfermedad? <input checked="" type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO
Si su respuesta es afirmativa, indique cual <u>Soltamiculina 375 gr.</u>

8. Indique el nombre de su E.P.S.	Es afiliado <input checked="" type="radio"/> Beneficiario <input type="radio"/>
Sawd total	

9. Indique el nombre, dirección y Ciudad de la I.P.S. que lo atiende regularmente
Sawd total - Virey Solis - Dg 32 Santa Lucia - CARTAGENA

10. Indique el nombre, dirección y ciudad de su médico habitual	¿Desde hace cuánto tiempo?

11. Indique los médicos o especialistas que ha consultado en relación con su enfermedad o accidente:
--

Nombre	Especialidad
Dirección	Cludad Teléfono
Nombre	Especialidad
Dirección	Cludad Teléfono

12. Si fue tratado en un Centro Hospitalario Indique:

1. Nombre del Centro Hospitalario	Fecha de Ingreso	Fecha de Salida
	DD MM AAAA	DD MM AAAA
Dirección	Cludad	Teléfono
2. Nombre del Centro Hospitalario	Fecha de Ingreso	Fecha de Salida
	DD MM AAAA	DD MM AAAA
Dirección	Cludad	Teléfono

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

45503953

NUMERO

SIERRA JULIO

APELLIDOS

DEISIS

NOMBRES

Deisis Sierra J

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 18-NOV-1972

CARTAGENA
(BOLIVAR)

LUGAR DE NACIMIENTO

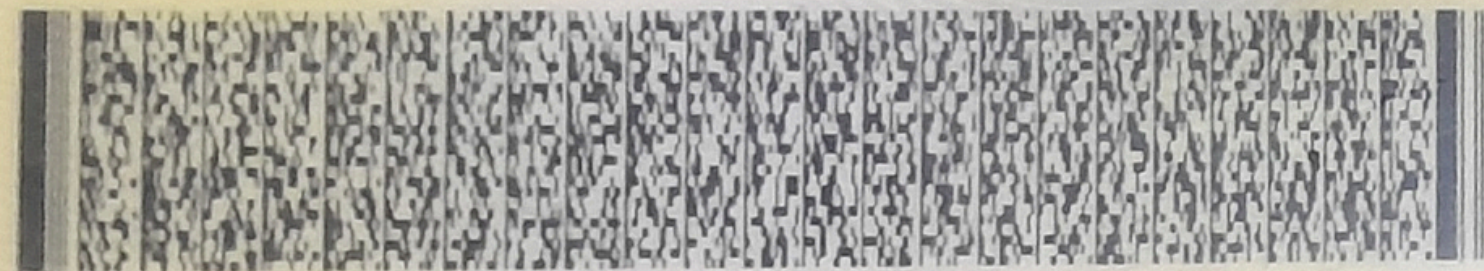
1.55
ESTATURA

O+
G.S. RH

F
SEXO

04-MAR-1991 CARTAGENA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Ivan Duque Escobar
REGISTRADOR NACIONAL
IVAN DUQUE ESCOBAR



A-0500100-30107161-F-0045503953-20021008

07460 02280B 02 129549593