

Bogotá D.C., 12 de noviembre 2024

Señores:

CLINICAS Y HOSPITALES

Estadística y/o Archivo

Ciudad

ASUNTO: SOLICITUD HISTORIA CLINICA
REFERENCIA: LUZ STELLA BEJARANO CAICEDO
RECLAMO OIV-123448-1

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 asegurada **LUZ STELLA BEJARANO CAICEDO** identificada con la cédula de ciudadanía No. **38.289.153** 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,



JIMMY DANIEL GOMEZ SIABATO
Analista externo de siniestros



Bogotá D.C 8 de noviembre de 2024

Señores

ATD LTDA.

Atn. Sra. Idaly Perdomo

Ciudad.

Referencia	:	INVESTIGACION	:	GRUPO
		ASEGURADO	:	LUZ STELLA BEJARANO CAICEDO
		CEDULA CIUDADANIA	:	38289153
		RECLAMO	:	26700000861
		CONSECUTIVO	:	OIV-123448-1

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 20 DE NOVIEMBRE 2024

Agradecemos su colaboración.

Asistente de Siniestros

COMPAÑIA DE SEGUROS BOLIVAR S.A.

Departamento Nacional de Indemnizaciones de Vida



1. Datos Generales

Nombre completo del Asegurado		Cédula	
Luz Stella Becerra Caceres		38289153	
Edad	Dirección actual	Ciudad	Teléfono
45 años	Cra 309 # 14-52 Brisas del Green	Honda	313498415
Ocupación habitual	En caso de fallecimiento, edad al morir		
Ama de casa			
Amparo por el que desea reclamar			
Vida <input type="radio"/>	Rentas <input checked="" type="radio"/>	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	Honda Tolima	05/10/2024
Dé un informe detallado de los hechos: Asisto al servicio hospitalario por urgencias del Hospital de Alta Complejidad del Magdalena Centro en la barba caldas por dolor severo y mal de orina con antecedentes de Fístula Vesico vaginal		
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?
04-10-2024		05-10-2024
4. Fecha de diagnóstico por un médico	5. Tiempo de evolución de esta enfermedad	
05/10/2024		
6. Otros antecedentes del asegurado		
Tiempo de evolución:		
7. ¿Esta recibiendo tratamiento por esta enfermedad? Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>		
Si su respuesta es afirmativa, indique cual		
8. Indique el nombre de su E.P.S.		
Nueva EPS		
9. Indique el nombre, dirección y Ciudad de la E.P.S. que lo atiende regularmente		
Hospital de alta complejidad del Magdalena Centro Dorada caldas		
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	
Juan Felipe Ortiz	Urología	
Dirección	Ciudad	Teléfono
	Dorada caldas	
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 de alta complejidad del Magdalena Centro	05/10/2024	10/10/2024
Dirección	Ciudad	Teléfono
Cr 15 entre CL 18 y 19 VTE la Dorada caldas	Dorada	313405726
2. Nombre del Centro Hospitalario	Fecha de Ingreso	Fecha de Salida
	DD MM AAAA	DD MM AAAA
Dirección	Ciudad	Teléfono

13. ¿Tratamientos Pendientes? Si ☐ No ☒

Tratamientos Quirúrgicos (Detallar)

Tratamientos Médicos (Detallar)

Rehabilitación (Detallar)

14. ¿Actualmente se encuentra trabajando? Si no esta trabajando, ¿hace cuánto tiempo no trabaja?

Si ☐ No ☒

2 Años

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

Luz Stella Bejarano Quintero

Teléfono

3134998415

Dirección

Cra 309 #14-52

Ciudad

Honda

Correo electrónico

bejaranoluz@outlook.es

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

cuissanbejarano93@gmail.com

Lugar y Fecha

16 octubre 2024 Honda Tolima



Huella

Stella Bejarano

Firma del Asegurado

C.C. No. 38289153

Auison Cuerra

Firma del Beneficiario reclamante

C.C. No. 1006123692

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 38.289.153
BEJARANO CAICEDO

APELLIDOS
LUZ STELLA

NOMBRES

Stella B

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 05-JUN-1979

FRESNO
(TOLIMA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.57

ESTATURA

O+

G.S. RH

F

SEXO

15-OCT-1998 HONDA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



A-2906400-00754718-F-0038289153-20151008

0046883907A 1

6543399918

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.052.401.310**

GÓMEZ SIABATO

APELLIDOS

YIMMY DANIEL

NOMBRES



FECHA DE NACIMIENTO **21-ABR-1993**

JENESANO
(BOYACA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.67 **AB+** **M**

ESTATURA G.B. RH SEXO

21-MAR-2012 DUITAMA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION *Carlos Daniel Sánchez Torres*

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS DANIEL SANCHEZ TORRES



P-0707900-00371365-M-1052401310-20120428 0029737458A 1 30132999



ATD LTDA
ASESORES & CONSULTORES



Jimmy Gomez
c.c. 1.052.401.310
Analista de Siniestros

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