

Bogotá D.C., 2 de diciembre de 2024

Señores

CLINICAS Y/U HOSPITALES

Estadística y/o Archivo

Ciudad

ASUNTO:	SOLICITUD	HISTORIA CLINICA
REFERENCIA:	ASEGURADO	JUAN DE LOS SANTOS MURILLO
MONCALEANO	RECLAMO	OIV-126426-1

Como asesores externos de **SEGUROS BOLIVAR** muy comedidamente nos dirigimos a ustedes con el fin de solicitar **copia de la historia clínica COMPLETA**, correspondiente al señor **JUAN DE LOS SANTOS MURILLO MONCALEANO** identificada con Cédula de Ciudadanía No. **83116706** 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 29 de noviembre de 2024

Señores

ATD LTDA.

Atn. Sra. Idaly Perdomo

Ciudad.

Referencia	:	INVESTIGACION	:	GRUPO
		ASEGURADO	:	JUAN DE LOS SANTOS MURILLO MONCALEANO
		CEDULA CIUDADANIA	:	83116706
		RECLAMO	:	51300047361
		CONSECUTIVO	:	OIV-126426-1

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 10 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)

Compañía de Seguros Bolívar S.A.

1. Datos Generales

Nombre completo del Asegurado		Cédula	
JUAN DE LOS SANTOS MURILLO MONCALEANO		83116706	
Edad	Dirección actual	Ciudad	Teléfono
48 AÑOS	CARRERA 11 SUR #19 23	SOACHA	3012004198
Ocupación habitual	En caso de fallecimiento, edad al morir		
OPERADOR DE MEDIOS TECNOLOGICOS			
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		DD MM AAAA
Dé un informe detallado de los hechos: Tengo una enfermedad llamada ENDOCARDITIS INFECCIOSA COMPLICADA DE ETIOLOGIA BACTERIANA DE VALVULA AORTICA NATIVA la cual me daño una de las 4 valvulas del corazon		

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?
 15 Agosto de 2024 18 de Agosto de 2024

4. Fecha de diagnóstico por un médico 5. Tiempo de evolución de esta enfermedad

18 08 MM 2024 AAAA actual

6. Otros antecedentes del asegurado

Tiempo de evolución:

7. ¿Esta recibiendo tratamiento por esta enfermedad? SI ☒ No ☐

Si su respuesta es afirmativa, indique cual

CEFAZOLINA 2 GRAMOS

8. Indique el nombre de su E.P.S.

NUEVA EPS

Es afiliado ☒ Beneficiario ☐

9. Indique el nombre, dirección y Ciudad de la I.P.S. que lo atiende regularmente

NUEVA EPS CL 13 # 21 SOACHA CUNDINAMARCA

10. Indique el nombre, dirección y ciudad de su médico habitual

VARIOS DOCTORES

¿Desde hace cuánto tiempo?

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

Nombre	Especialidad
CARLOS EDUARDO OBANDO LOPEZ	CIRUJANO CARDIOVASCULAR ADULTO
Dirección	Ciudad Teléfono
CL 163a #13B 60	BOGOTA (601) 756 34 26
Nombre	Especialidad
ANDRES FELIPE JIMENEZ ORDOÑES	CIRUJANO CARDIOVASCULAR ADULTO
Dirección	Ciudad Teléfono
CL 163a #13B 60	BOGOTA (601) 756 34 26

12. Si fue tratado en un Centro Hospitalario indique:

1. Nombre del Centro Hospitalario	Fecha de Ingreso	Fecha de Salida
HOSPITAL UNIVERSITARIO CLINICA SAN RAFAEL	18 08 2024 AA	30 08 2024 AA
Dirección	Ciudad	Teléfono
CRA 8 # 17SUR 45	BOGOTA	(601) 746 47 14
2. Nombre del Centro Hospitalario	Fecha de Ingreso	Fecha de Salida
FUNDACION CARDIOINFANTIL LA CARDIO	30 08 2024 AA	05 10 2024 AA
Dirección	Ciudad	Teléfono
CL 163a #13B 60	BOGOTA	(601) 756 34 26

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 ☒ desde el día que ingrese por urgencias 18 Ag de 2024, estuve hospitalizado hasta el 05 de Otc de 2024 en 2 hospita

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

JUAN DE LOS SANTOS MURILLO MONCALEANO

Teléfono

3012004198

Dirección

CRA 11 SUR # 19 23

Ciudad

SOACHA COMPARTIR

Correo electrónico

jm1635678@gmail.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
jm1635678@gmail.com

Lugar y Fecha SOACHA, COMPARTIR 09/11/2024



Huella

Juan Murillo

Firma del Asegurado

C.C. No. 83.116.706

Firma del Beneficiario reclamante

C.C. No.

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **83.116.706**

MURILLO MONCALEANO

APELLIDOS

JUAN DE LOS SANTOS

NOMBRES

Juan Murillo

FIRMA





ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO

15-ABR-1976

SANTA MARIA
(HUILA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.76

ESTATURA

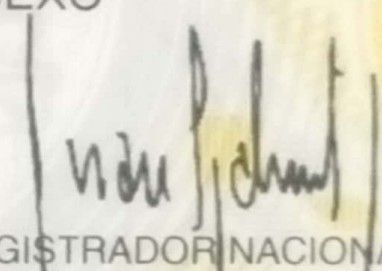
O+

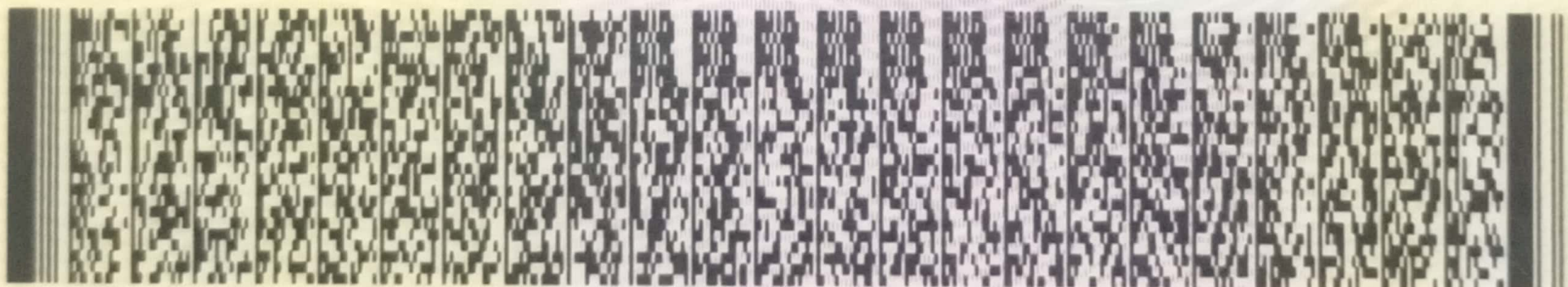
G.S. RH

M

SEXO

14-JUN-1995 SANTA MARIA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN


REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA



A-1524750-01077694-M-0083116706-20190626

0065589346A 1

1865430174

REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL