



Bogotá D.C 30 de octubre de 2024

**Señores**

**ATD LTDA.**

**Atn. Sra. Idaly Perdomo**

Ciudad.

Referencia	:	INVESTIGACION	:	GRUPO
		ASEGURADO	:	JOSE BARRETO LOZANO
		CEDULA CIUDADANIA	:	11303525
		RECLAMO	:	51310043618
		CONSECUTIVO	:	OIV-124549-1

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 12 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	
José Barreto Lozano		11303525	
Edad	Dirección actual	Ciudad	Teléfono
66	Calle 1 # 3-11 Barrio Villa Celty	Mosquera (Cud)	3178043865
Ocupación habitual	En caso de fallecimiento, edad al morir		
Contador Público	66 años		
Amparo por el que desea reclamar			
<input checked="" type="radio"/> Vida <input type="radio"/> Rentas <input type="radio"/> Incapacidad total y permanente <input type="radio"/> Enfermedades Graves <input type="radio"/> Accidentes Personales <input type="radio"/> Gastos Médicos			

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	Hospital María Auxiliadora Mosquera	26 08 2024
De un informe detallado de los hechos: Enfermedad cerebrovascular, José Barreto sufrió un accidente cardiovascular con gran afectación neurológica, que lo condujo a una parada cardíaca.		

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?
22 de Agosto de 2024	22 de Agosto de 2024

4. Fecha de diagnóstico por un médico	5. Tiempo de evolución de esta enfermedad
22 08 2024	5 días

6. Otros antecedentes del asegurado	Tiempo de evolución:
Diabetes e hipertensión	

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.	Es afiliado <input type="radio"/> Beneficiario <input type="radio"/>
Compensar	

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

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	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 María Auxiliadora	22 08 2024	26 08 2024
Dirección	Ciudad	Teléfono
Calle 3 N° 2-15 Este		
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 ☒

15. En caso de reclamación por fallecimiento, diligenciar:

BENEFICIARIOS

1. Nombre	Parentesco	Cédula	Correo Electrónico	Firma
Marlen Consuelo Jiménez O.	Esposa	39707044	dianabarreto.j@gmail.com	Marlen C. Jiménez
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

Teléfono

Dirección

Ciudad

Correo electrónico

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

dianabarreto.j@gmail.com

Lugar y Fecha

Mosquera Cund 24-10-2024



Huella

Firma del Asegurado

C.C. No.

Marlen Consuelo Jiménez O.

Firma del Beneficiario reclamante

C.C. No.



REPÚBLICA DE COLOMBIA

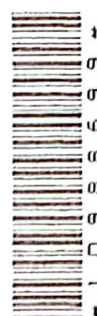


ORGANIZACIÓN ELECTORAL  
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL DE DEFUNCIÓN

Indicativo  
Serial

10988699



<b>Datos de la oficina de registro</b>							
Clase de oficina:	Registraduría	Notaria	<input checked="" type="checkbox"/> Consulado	Corregimiento	Insp. de Policía	Código	J B K
País - Departamento - Municipio - Corregimiento o/o Inspección de Policía							
COLOMBIA - CUNDINAMARCA - FACATATIVA NOTARIA 1 FACATATIVA * * * * *							

<b>Datos del inscrito</b>	
Apellidos y nombres completos	
BARRETO LOZANO JOSE * * * * *	
Documento de identificación (Clase y número)	Sexo (en Letras)
CC No. 11303525 * * * * *	MASCULINO * * * * *

<b>Datos de la defunción</b>			
Lugar de la Defunción: País - Departamento - Municipio - Corregimiento o/o Inspección de Policía			
COLOMBIA - CUNDINAMARCA - MOSQUERA * * * * *			
Fecha de la defunción		Hora	Número de certificado de defunción
Año	2 0 2 1 Mes	A G O Día	2 6 01:00 24085520657105 * * * * *
Presunción de muerte			
Juzgado que profiere la sentencia		Fecha de la sentencia	
* * * * *		Año Mes Día	
Documento presentado		Nombre y cargo del funcionario	
Autorización judicial <input type="checkbox"/>	Certificado Médico <input checked="" type="checkbox"/>	MEDINA OLIVA JUAN CARLOS - R.M. 1031188648 * * * * *	

<b>Datos del denunciante</b>	
Apellidos y nombres completos	
IBÁÑEZ BELTRAN HEYDI * * * * *	
Documentos de identificación (Clase y número)	Firma
CC No. 52754600 * * * * *	

<b>Primer testigo</b>	
Apellidos y nombres completos	
* * * * *	
Documentos de identificación (Clase y número)	Firma
* * * * *	* * * * *

<b>Segundo testigo</b>	
Apellidos y nombres completos	
* * * * *	
Documentos de identificación (Clase y número)	Firma
* * * * *	* * * * *

Fecha de inscripción		Nombre y firma del funcionario que autoriza	
Año	2 0 2 1 Mes	A G O Día	2 6
		NORBY FERNANDO MORA SANCHEZ NOTARIO	

ESPACIO PARA NOTAS	

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO



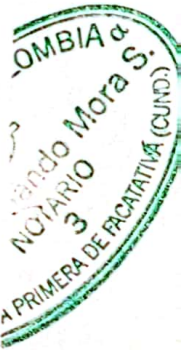


# NOTARIA PRIMERA DE FACATATIVA CUNDINAMARCA

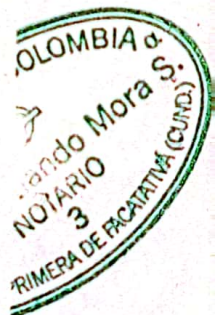
ES FIEL COPIA DEL ORIGINAL QUE REPOSA EN LOS ARCHIVOS  
DE REGISTRO CIVIL DE ESTA NOTARIA.

SE EXPIDE A SOLICITUD DEL INTERESADO

FACATATIVA, CUNDINAMARCA HOY 29 AGO. 2024



**NORBY FERNANDO MORA SANCHEZ**  
**NOTARIO PRIMERO DE FACATATIVA CUNDINAMARCA**



REPUBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACION PERSONAL  
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **11.303.525**

**BARRETO LOZANO**

APELLIDOS

**JOSE**

NOMBRES



FIRMA



IMPRESION DEDILLO

FECHA DE NACIMIENTO **01-JUN-1958**

**GIRARDOT**  
(CUNDINAMARCA)  
LUGAR DE NACIMIENTO

**1.70**  
ESTATURA

**A+**  
G.S. RH

**M**  
SEXO

**22-DIC-1977 GIRARDOT**  
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

*Carlos Ariel Sánchez Torres*  
REGISTRADOR NACIONAL  
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



A-1516900-00158-0 M-001137152-00000001

0012042080A 1

1890002245



# SOLICITUD SEGURO DE VIDA GRUPO DEUDORES PARA CRÉDITOS HIPOTECARIOS Y DE LEASING HABITACIONAL

DATA FILE S.A.



19865101

LA COMPAÑÍA SE RESERVA EL DERECHO DE NO APROBAR LA PRESENTE SOLICITUD DE SEGURO EN CASO DE SER OTORGADO EL SEGURO. ESTE ENTRARÁ EN VIGENCIA EN LA FECHA DE DESEMBOLO DEL CRÉDITO ASOCIADO A LA PRESENTE SOLICITUD.

Fecha de Solicitud	Oficina	Código Oficina	Cédula Funcionario
27/02/2023	Crédito hipotecario	3220	52000152

## DATOS DEL SOLICITANTE

Nombres y Apellidos	Tipo de Identificación	No. de Identificación	Fecha de Nacimiento
JOSE BORRERO LOZANO	C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/>	11303525	01/06/1958
Dirección de Correspondencia	Ciudad	Departamento	Teléfono de Contacto
CALLE 1 N 3-11	MOSQUERA	CUNOINAMARCA	6018931952
Número Celular	Correo Electrónico	Medicina Prepagada	EPS
3178049865	joseborrero0917@hotmail.com		CONFEDAL

## SEGURO DE VIDA

## CRÉDITO EN TRÁMITE

Amparos Solicitados	Línea de Crédito	Valor del Crédito/Seguro solicitado
<input checked="" type="checkbox"/> Vida <input type="checkbox"/> Incapacidad total y permanente	Hipotecario	\$

## BENEFICIARIOS

Nombre o Razón Social	Parentesco	Calidad	% Participación
BANCO DAVIVIENDA		ONEROSO	Saldo insoluto de la deuda

IMPORTANTE: Esta Declaración debe ser diligenciada en su totalidad por el solicitante.

## DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD IMPORTANTE

Favor marcar con "x" según corresponda a sus antecedentes médicos o estado de salud actual. Ha sufrido o le han diagnosticado

	SI	NO		SI	NO
1. ¿Hipertensión Arterial?	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	15. ¿Enfermedades Neurológicas?	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
2. ¿Colesterol o triglicéridos elevados?	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	16. ¿Enfermedades Psiquiátricas o trastorno de Ansiedad?	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
3. ¿Sobrepeso / Obesidad?	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	17. ¿Le han prescrito tratamiento por Alcoholismo o consumo de drogas tóxicas, heroicas o alucinógenas?	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
4. ¿Enfermedades del Corazón?	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	18. ¿En los últimos 5 años, ha recibido tratamiento con medicamentos, terapia o psicoterapia por más de 6 meses, o tiene programada alguna cirugía o procedimiento quirúrgico?	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
5. ¿Enfermedades de Arterias o Venas?	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	19. ¿Tiene sospechas de contagio o síntomas de COVID-19 o fue diagnosticado con COVID-19?	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
6. ¿Diabetes?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	19.1. ¿El diagnóstico de COVID-19 fue hace menos de 3 meses, o requirió hospitalización, o tiene secuelas de esta enfermedad?	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
7. ¿Cáncer o tumores?	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>			
8. ¿Enfermedad Pulmonar?	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>			
9. ¿Enfermedad del Hígado?	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>			
10. ¿Enfermedad de Riñones o Vejiga?	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>			
11. ¿Enfermedades de la sangre o páncreas?	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>			
12. VIH positivo o SIDA	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>			
13. ¿Enfermedad de la Piel, Huesos o Articulaciones?	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>			
14. ¿Tiene secuelas de alguna enfermedad o accidente?	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>			

\*Cuando exista algún "SI" como respuesta, la aceptación del seguro queda condicionada a la valoración de la información médica del solicitante, que realice Seguros Bolívar.

## DECLARACIÓN Y VERACIDAD DE LA INFORMACIÓN

1. Conozco y doy fe que lo manifestado en la declaración de asegurabilidad es verdadero y que tengo el conocimiento de que esta solicitud formará parte integral de contrato y que cualquier falta a la verdad es causal de nulidad de este seguro (Art. 1058 y 1158 del C. Co.). La Compañía de Seguros Bolívar S.A. se reserva todos los derechos que puedan asistirle en caso de que antes o después de mi fallecimiento, se compruebe que esta declaración no correspondía a la verdad en el momento de aceptarse el seguro (Art. 1058 y 1158 del C. Co.).  
2. Declaro que he sido informado sobre: mis derechos y deberes como asegurado; las condiciones de los seguros tales como coberturas, exclusiones, valores asegurados, valor de la prima del seguro, período de vigencia de la póliza, requisitos de asegurabilidad, entre otras; los documentos, el procedimiento y plazos simplificados a tener en cuenta para la reclamación de un siniestro; los canales por medio de los cuales puedo formular una petición, queja o reclamo; las consecuencias de una declaración inexacta o reticente del estado del riesgo (Art. 1058 Código de Comercio); las consecuencias de la mora en el pago de la prima. He comprendido la información que me ha sido suministrada, se me ha permitido realizar preguntas y se han aclarado mis dudas, y que en caso de requerir más información puedo consultar la página web www.segurosbolivar.com o a través de su línea de atención telefónica #322

## AUTORIZACIONES

1. AUTORIZACIÓN PARA HISTORIA CLÍNICA: Autorizo expresamente a Compañía de Seguros Bolívar S.A. para tener acceso a mi historia clínica y a todos aquellos datos que en ella se registren o lleguen a ser registrados y a obtener copia de ese documento y de sus anexos ante cualquier EPS o IPS o cualquier otra persona que me haya atendido. Este mandato especial quedará vigente aún después de mi fallecimiento, atendiendo lo dispuesto en el artículo 2195 del Código Civil.

NO FIRME SIN ANTES LEER Y ENTENDER EL CONTENIDO DE ESTE DOCUMENTO. ABSTÉNGASE DE FIRMAR SI SUS CONDICIONES NO CORRESPONDEN EXACTAMENTE A LO REGISTRADO EN EL MISMO Y SOLICITE MAYOR INFORMACIÓN LLAMANDO DESDE CELULAR AL #322, DESDE FIJO EN BOGOTÁ AL 3122122 O A LA LÍNEA 018000123322 PARA LLAMADAS DESDE FUERA DE BOGOTÁ.

VALLEJO "INSTRUMENTO DE VALIDEZ"

FIRMA DEL SOLICITANTE

Identificación No.

11303525



Forma GR-161 (DIS. FEB. 21)