

Bogotá D.C., 27 de noviembre 2024

Señores:

CLINICAS Y HOSPITALES

Estadística y/o Archivo

Ciudad

ASUNTO: SOLICITUD HISTORIA CLINICA
REFERENCIA: JAIME ALBERTO MANCERA ORTIZ
RECLAMO OIV-127088-1

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 asegurado **JAIME ALBERTO MANCERA ORTIZ** identificado con la cédula de ciudadanía No. **1.032.384.581** quien fue atendido por ustedes.

Como soporte de la presente petición anexamos fotocopia de la Declaración de asegurabilidad, copia de la cedula del asegurado, 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 26 de noviembre de 2024

Señores

ATD LTDA.

Atn. Sra. Idaly Perdomo

Ciudad.

Referencia	:	INVESTIGACION	:	GRUPO
		ASEGURADO	:	JAIME ALBERTO MANCERA ORTIZ
		CEDULA CIUDADANIA	:	1032384581
		RECLAMO	:	27900001918
		CONSECUTIVO	:	OIV-127088-1

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 5 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	
JAIME ALBERTO MANCERA ORTIZ		1032384581	
Edad	Dirección actual	Ciudad	Teléfono
37	CALLE 151B # 115-09	BOGOTA	3165751193
Ocupación habitual	En caso de fallecimiento, edad al morir		
EMPLEADO	N/A		
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	BOGOTA	10 11 2024
Dé un informe detallado de los hechos: El día 10-11-2024 presente dificultad respiratoria fui a urgencias de la Clínica Medifaca, soy hospitalizado para inicio de tratamiento por posible neumonía dependencia de oxígeno por baja saturación, el día 12-11-2024 soy trasladado a la Clínica San Luis de Cajica para continuar el tratamiento, finalmente soy dado de alta el día 17-11-2024 con recomendaciones y 2 días más de incapacidad		
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?		
07/11/2024		10/11/2024
4. Fecha de diagnóstico por un médico	5. Tiempo de evolución de esta enfermedad	
10 11 2024	15 DIAS	
6. Otros antecedentes del asegurado		
N/A		
Tiempo de evolución: _____		
7. ¿Esta recibiendo tratamiento por esta enfermedad? Si <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/>		
Si su respuesta es afirmativa, indique cual		
IIINHALADORES SALBUTAMOL- FORMOTEROL Y BECLOMETASONA		
8. Indique el nombre de su E.P.S.		
COMPENSAR		Es afiliado <input checked="" type="radio"/> Beneficiario <input type="radio"/>
9. Indique el nombre, dirección y Ciudad de la I.P.S. que lo atiende regularmente		
CRUZ ROJA BOGOTA, SAMU NORTE CLL 134		
10. Indique el nombre, dirección y ciudad de su médico habitual		¿Desde hace cuánto tiempo?
COMPENSAR EPS CALLE 139 #94-55		10 AÑOS
11. Indique los médicos o especialistas que ha consultado en relación con su enfermedad o accidente:		
Nombre	Especialidad	
LUISA AMADO LABRADOR	MEDICINA INTERNA	
Dirección	Ciudad	Teléfono
COMPENSAR SUBA	BOGOTA	4441234
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
CLINICA MEDIFACA	10 11 2024	12 11 2024
Dirección	Ciudad	Teléfono
CRR 7 # 13-95	FACATATIVA	8439102
2. Nombre del Centro Hospitalario	Fecha de Ingreso	Fecha de Salida
CENTRO MEDICO SAN LUIS CLINICA QUIRURGICA S.A	12 11 2024	17 11 2024
Dirección	Ciudad	Teléfono
CLL 1 #3 -61	CAJICA	8793699

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
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

JAIME ALBERTO MANCERA

Teléfono

3165751193

Dirección

CLL 151B #115-09

Ciudad

BOGOTA

Correo electrónico

J.MANCERA_10@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
J.MANCERA_10@HOTMAIL.COM

Lugar y Fecha BOGOTA, 25/11/2024

Firma del Asegurado

C.C. No.



Huella

Firma del Beneficiario reclamante

C.C. No.

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.032.384.581**

MANCERA ORTIZ

APELLIDOS
JAIME ALBERTO

NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **13-MAR-1987**

BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.78
ESTATURA

O+
G.S. RH

M
SEXO

04-ABR-2005 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



A-1500150-00200163-M-1032384581-20091126 0018347140A 1 1130485432

COPIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

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