

Bogotá D.C., 26 de noviembre de 2024

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

ASUNTO: SOLICITUD HISTORIA CLINICA

REFERENCIA: ASEGURADO SOL FANNY ORTIZ BOADA

RECLAMO OIV-124811-1

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 **SOL FANNY ORTIZ BOADA** identificada con Cédula de Ciudadanía No. **27601347** 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

Calle 98 # 68 – 63 Maderos de la Floresta Torre 3 Oficina 302, Bogotá D.C.
Teléfono 5972019 Celular 313 6187278 - 310 3110071

e-mail: analistas.siniestros@gmail.com – analistas.siniestros@atdltda.com Bogotá D.C. – Cali – Pasto – Neiva – Medellín – Barranquilla – Bucaramanga



Bogotá D.C 24 de noviembre de 2024

Señores ATD LTDA. Atn. Sra. Idaly Perdomo Ciudad.

Referencia: INVESTIGACION: GRUPO

ASEGURADO : SOL FANNY ORTIZ BOADA

CEDULA CIUDADANIA : 27601347 RECLAMO : 26100001054 CONSECUTIVO : OIV-124811-1

Solicitamos a ustedes realizar:

_x _ 	INVESTIGACION COMPLETA INVESTIGAR HISTORIA ANTECEDENTES PENALES VERIFICACIÓN CALIFICACION RENUNCIA PROTOCOLARIA
Para efecto a	djuntamos:
	FOTOCOPIA DE LA POLIZA REGISTRO CIVIL DE DEFUNCION FORMULARIO DECLARACIÓN DEL MÉDICO OTROS
OBSERVACIO	NES:
EL DI 470 144	\/THO DE ENTRECA DEL TRIEGRAS COLTOTADO O DE DIO

EL PLAZO MAXIMO DE ENTREGA DEL INFORME SOLICITADO 3 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)

Nombre completo del Asegurado	Cédula	
Sol Fanny Ortiz Boarda	276013	43
dad Dirección actual	Ciudad	Teléfono
43 C11 6 # 12-72 Long de Boliva	- wwt9	3022867827
	cimiento, edad al morir	
Auxilia de Archivo -		
Amparo por el que desea reclamar		10 10 10 10 10 10 10 10 10 10 10 10 10 1
VIda O Rentas D Incapacidad total y permanente O Enfermedades Graves O	Accidentes Personales (Gastos Médicos
Detalles del accidente , enfermedad o fallecimiento ES INDISPENSABLE ADJUNT.	AR HISTORIA CLÍNICA Y EXÁMENE	ES DE DIAGNÓSTICO.
Causa Lugar		Fecha
Accidente & Enfermedad O Homicidio O Suicidio CVCVT4- Bo	uco-omon99	01 08 2022
De un informe detallado de los hechos: Hace mas de das atros	aproxi mader	nentc, en ur
exomen de Ingreso q 19 empresa dond		
ndico que dobig, passi con medicina		one el habic
escuchació algo en el corgion.	Jones por	
Si es enfermedad: ¿en qué fecha se iniciaron los síntomas? En qué fecha consultó po	primera vez a un médico en r	elación con su enfermedad
2022		
Fecha de diagnóstico por un médico 5. Tiempo de evolución de esta enferme	dad	
24 14 2023 10 meses		
. Otros antecedentes del asegurado		
tension alta.		
		C 0 !
Obesidad. Tiempo de evolución:	10 me	262
7. ¿Esta recibiendo tratamiento por esta enfermedad ? SIQ NoO	tension a	tg. ortglidong/123
Si su respuesta es afirmativa, indique cual tratamiento por esta enfermedad? Si NoO NoO POR Si su respuesta es afirmativa, indique cual tratamiento por medicomento. amlodi pino tratami	tension 9 5+50mg)(k	itg. ortalidorg/123
Si su respuesta es afirmativa, indique cual tratamiento por esta enfermedad? Si NoO Si su respuesta es afirmativa, indique cual tratamiento por medicomento. amlodi pino t wortanla. Indique el nombre de su E.P.S.	tension a	
Si su respuesta es afirmativa, indique cual tratamiento por esta enfermedad? Si NoO Si su respuesta es afirmativa, indique cual tratamiento por Medicomento. amlodi pino t wortanl 3. Indique el nombre de su E.P.S. Sanitas 3. Indique el nombre, dirección y Ciudad de la I.P.S. que lo atiende regularmente	tension 9 5+50mg)(k Esafiliado &	HG. OHGI: JONG 123 Beneficiario O
Si su respuesta es afirmativa, indique cual tratamiento por esta enfermedad? Si NoO Si su respuesta es afirmativa, indique cual tratamiento por medicomento. amlodi pino tratamiento 3. Indique el nombre de su E.P.S. SanitaS 3. Indique el nombre, dirección y Ciudad de la I.P.S. que lo atlende regularmente COS SanitaS Fundación Cardiauoscular	tension 9 5+50mg) (k Esafiliado @	Beneficiario O
7. ¿Esta recibiendo tratamiento por esta enfermedad ? SIR NoO Si su respuesta es afirmativa, Indique cual tratamiento por Medicomento. amlodi pino t wartant 8. Indique el nombre de su E.P.S. SanitaS 9. Indique el nombre, dirección y Ciudad de la I.P.S. que lo atiende regularmente CPS SanitaS Functación Cardiaussanta	tension 9 5+50mg)(k Esafiliado &	Beneficiario O
Si su respuesta es afirmativa, indique cual tratamiento por esta enfermedad? Si NoO Si su respuesta es afirmativa, indique cual tratamiento por medicomento. Amlodi pino tratamiento por medicomento. Amlodi pino tratamiento por medicomento. Sanitas Sanitas Indique el nombre, dirección y Ciudad de la I.P.S. que lo atiende regularmente PS Sanitas Function Cardioussular- D. Indique el nombre, dirección y ciudad de su médico habitual	tension 9 5+50mg) (k Es afiliado & Cent N Neumol ¿Desde hace cuán	Beneficiario O
Si su respuesta es afirmativa, indique cual tratamiento por esta enfermedad? Si NoO Si su respuesta es afirmativa, indique cual tratamiento por Medicomento. amlodi pino tratamiento B. Indique el nombre de su E.P.S. SanitaS B. Indique el nombre, dirección y Ciudad de la I.P.S. que lo atiende regularmente CPS SanitaS functación Cardiauoscular- D. Indique el nombre, dirección y ciudad de su médico habitual	tension 9 5+50mg) (k Es afiliado & Cent o Neumol ¿Desde hace cuán	Beneficiario O
Si su respuesta es afirmativa, indique cual tratamiento por esta enfermedad ? Si NoO Si su respuesta es afirmativa, indique cual tratamiento por Medicomento. amlodi pino tratamiento B. Indique el nombre de su E.P.S. SanitaS B. Indique el nombre, dirección y Ciudad de la I.P.S. que lo atlende regularmente CPS SanitaS function Cardioussular - D. Indique el nombre, dirección y ciudad de su médico habitual 1. Indique los médicos o especialistas que ha consultado en relación con su enfermed Nombre	tension 9 S+SDMS) (k Es afiliado & Cent o Neumol ¿Desde hace cuán lad o accidente: Especialidad	Beneficiario O CO CO CO NOT
Si su respuesta es afirmativa, indique cual tratamiento por esta enfermedad? Si NoO Si su respuesta es afirmativa, indique cual tratamiento por medicomento. Amodi pino tratamiento por medicomento. Amodi pino tratamiento por medicomento. And amodi pino tratamiento por medico el nombre de su E.P.S. Sanitas D. Indique el nombre, dirección y ciudad de la I.P.S. que lo atlende regularmente. PS Sanitas funcición Carcinascular - D. Indique el nombre, dirección y ciudad de su médico habitual. 1. Indique los médicos o especialistas que ha consultado en relación con su enfermed. Nombre Nombre Nombre	tension 9 S+SDMS) (k Es afiliado & Cent o Neumol ¿Desde hace cuán lad o accidente: Especialidad Cingag	Beneficiario O Cardiovascula
Si su respuesta es afirmativa, indique cual tratamiento por esta enfermedad? Si NoO Si su respuesta es afirmativa, indique cual tratamiento por medicomento. Amodi pino tratamiento por medicomento. Amodi pino tratamiento por medicomento. Amodi pino tratamiento por medicomento. Indique el nombre, dirección y Ciudad de la I.P.S. que lo atlende regularmente. Sonitas funcición (activoscular- J. Indique el nombre, dirección y ciudad de su médico habitual 1. Indique los médicos o especialistas que ha consultado en relación con su enfermed. Nombre Nombre Nombre Dirección	tension 9 S+SDMS) (k Es afiliado & Cent o Neumol ¿Desde hace cuán lad o accidente: Especialidad Cingig Ciudad	Beneficiario O Cardiovascula Teléfono
Si su respuesta es afirmativa, indique cual tratamiento por esta enfermedad? Si NoO Si su respuesta es afirmativa, indique cual tratamiento por Mechicomento. Amlodi pino + Wartanle. B. Indique el nombre de su E.P.S. SanitaS B. Indique el nombre, dirección y Ciudad de la I.P.S. que lo atiende regularmente PS SanitaS Functación Cachicussular - B. Indique el nombre, dirección y ciudad de su médico habitual 1. Indique los médicos o especialistas que ha consultado en relación con su enfermed Nombre Nombre Nector Macha Bernal Aragon Dirección CI 155 A # 23-58 u.b. El Bosque	tension 9 S+SDMS) (k Es afiliado & Cent o Neumol ¿Desde hace cuán lad o accidente: Especialidad Cingig Ciudad Bucgamans	Beneficiario O Cardiovascula
Si su respuesta es afirmativa, indique cual tratamiento por esta enfermedad? Si NoO Si su respuesta es afirmativa, indique cual tratamiento por Mechicomento. Amlodi pino + Wartanle. B. Indique el nombre de su E.P.S. Sanitas B. Indique el nombre, dirección y Ciudad de la I.P.S. que lo atlende regularmente PS Sonitas funcición Cachicoscular - B. Indique el nombre, dirección y ciudad de su médico habitual 1. Indique los médicos o especialistas que ha consultado en relación con su enfermed Nombre Nestor Magnes Bernal Aragon. Dirección CI 155 A # 23-58 u.b. El Bosque Nombre	Es afiliado & Cent N Neumol ¿Desde hace cuán lad o accidente: Especialidad Ciudad Bucanaga	Beneficiario O Cardiouscula Teléfono 16390000
Si su respuesta es afirmativa, Indique cual tratamiento por esta enfermedad? Si NoO Si su respuesta es afirmativa, Indique cual tratamiento por Medicomento. Amlodi pino tratamiento B. Indique el nombre de su E.P.S. Sanitas B. Indique el nombre, dirección y Ciudad de la I.P.S. que lo atiende regularmente PS Sanitas funcición Cardiaussolar - D. Indique el nombre, dirección y ciudad de su médico habitual 1. Indique los médicos o especialistas que ha consultado en relación con su enfermed Nombre Nestor Magnes Bernal Aragon. Dirección CI 135 A # 23-38 u.b. El Bosque Nombre Nombre	Especialidad Ciudad Ciudad Cingig Ciudad	Beneficiario O Cardiouscula Teléfono [639000]
SESTA recibiendo tratamiento por esta enfermedad ? SIO NOO SI su respuesta es afirmativa, indique cual tratamiento por Medicomento. Amlodi pino + Wartanl Indique el nombre de su E.P.S. Sanitas Indique el nombre, dirección y Ciudad de la I.P.S. que lo atlende regularmente PS Sanitas funcición Cachicussula - Indique el nombre, dirección y ciudad de su médico habitual Indique el nombre, dirección y ciudad de su médico habitual Indique los médicos o especialistas que ha consultado en relación con su enfermed Nombre Nestor Magno Bernal Aragon. Dirección CI 155 A # 23-58 u.b. El Bosque Nombre COCK David Castro Reyes Dirección	Especialidad Ciudad	Beneficiario O Cardiouscula Teléfono 16390000
Esta recibiendo tratamiento por esta enfermedad? SIO NOO SI su respuesta es afirmativa, Indique cual tratamiento por Nechicomento. Amlodi pino + Wartani Indique el nombre de su E.P.S. Sanitas Indique el nombre, dirección y Ciudad de la I.P.S. que lo atiende regularmente CPS Sanitas - Functoion Carchioussoulor - Indique el nombre, dirección y ciudad de su médico habitual I. Indique los médicos o especialistas que ha consultado en relación con su enfermed Nombre Nector Magno Bernal Aragon Dirección CI 155A # 23-58 U.b. El Bosque Nombre En CK David Castro Reyes Dirección Il 155A # 23-58 U.b. El Bosque	Especialidad Ciudad Ciudad Cingig Ciudad	Beneficiario O Cardiouscula Teléfono [639000]
Si su respuesta es afirmativa, indique cual tratamiento por esta enfermedad? Si NoO Si su respuesta es afirmativa, indique cual tratamiento por Mechicomento. Amlodi pino + Wartani B. Indique el nombre de su E.P.S. Sanitas B. Indique el nombre, dirección y Ciudad de la I.P.S. que lo atiende regularmente CPS Sonitas functación Carchicussación - D. Indique el nombre, dirección y ciudad de su médico habitual 1. Indique los médicos o especialistas que ha consultado en relación con su enfermed Nombre Nestor Macro Bernal Aragon Dirección CI 155 A # 23-58 u b El Bosque Nombre En CK David Castro Reyes Dirección II 155 A # 23-58 u b El bosque	Especialidad Ciudad	Beneficiario O Cardiouscula Teléfono [639000]
Si su respuesta es afirmativa, indique cual tratamiento por esta enfermedad? Si NoO Si su respuesta es afirmativa, indique cual tratamiento por mechicomento. Amlodi pino + Wartani Si Indique el nombre de su E.P.S. Sanitas Dindique el nombre, dirección y Ciudad de la I.P.S. que lo atiende regularmente CPS Sanitas funcición Cachicussoria - Dindique el nombre, dirección y ciudad de su médico habitual 1. Indique los médicos o especialistas que ha consultado en relación con su enfermed Nombre Nombre Nombre Dirección CI 155A # 23-58 u.b. El Bosque Nombre CN CK David Castro Reyes Dirección CI 155A # 23-58 u.b. El Bosque Nombre Si Su respuesta de la enfermedad? Si NoO No Nombre CN CK David Castro Reyes Dirección CI 155A # 23-58 u.b. El Bosque 2. Si fue tratado en un Centro Hospitalario indique:	Es afiliado & Cent o Neumol ¿Desde hace cuán lad o accidente: Especialidad Cingia Ciudad Buccamanga Ciudad Buccamanga	Beneficiario O Beneficiario O Cordiousculo Teléfono 6390000 Teléfono 6390000
Si su respuesta es afirmativa, indique cual tratamiento por esta enfermedad? Si NoO Si su respuesta es afirmativa, indique cual tratamiento por mechicomento. Amlodi pino + Wartania. Mechicomento. Amlodi pino + Wartania. Indique el nombre de su E.P.S. Sanitas Indique el nombre, dirección y Ciudad de la I.P.S. que lo atlende regularmente. PS Sanitas funcición Cachadoscula - Indique el nombre, dirección y ciudad de su médico habitual. Indique los médicos o especialistas que ha consultado en relación con su enfermed. Nombre Nestor Magnao Bernal Aragon. Dirección Ul 135 A # 23-38 ub El Bosque. Nombre En CK David Castro Reyes. Dirección Il 135 A # 23-38 ub El bosque. Nombre del Centro Hospitalario indique:	Es afiliado & Cent N Neumol ¿Desde hace cuán lad o accidente: Especialidad Cingig Ciudad Buccamang Fecha de Ingres G 27 109 20	Beneficiario O Cardiouscula Teléfono 6390000 Cerdiouscula Teléfono 1 6390000
Si su respuesta es afirmativa, indique cual tratamiento por esta enfermedad? Si NoO Si su respuesta es afirmativa, indique cual tratamiento por mechicomento. Amlodi pino + Wartani 3. Indique el nombre de su E.P.S. SanitaS 3. Indique el nombre, dirección y Ciudad de la I.P.S. que lo atiende regularmente CPS SonitaS function (archicuoscular - 10. Indique el nombre, dirección y ciudad de su médico habitual 11. Indique los médicos o especialistas que ha consultado en relactón con su enfermed Nombre Nestor Magneo Bernal Aragon Dirección CI) 155 A # 23-58 u b El Bosque Nombre En CK David Castro Reyes Dirección CI 155 A # 23-58 u b El bosque 2. Si fue tratado en un Centro Hospitalario indique: Nombre del Centro Hospitalario Fundación Cardiovosculor de Colombi Dirección	Es afiliado & Cent o Neumol ¿Desde hace cuán lad o accidente: Especialidad Cingia Ciudad Buccamanga Ciudad Cingia Especialidad Cingia Ciudad Buccamanga Fecha de Ingres G 27 109 200 Ciudad	Beneficiario O Cardiouscula Teléfono 1 639000 o Fecha de Salida 24 04 10 202 Teléfono
Si su respuesta es afirmativa, indique cual tratamiento por esta enfermedad? Si NoO Si su respuesta es afirmativa, indique cual tratamiento por medicomento. Amodi pino + Wartania. Al Indique el nombre de su E.P.S. Sanitas Al Indique el nombre, dirección y Ciudad de la I.P.S. que lo atiende regularmente. PS Sanitas función (archivoscular - de la Indique el nombre, dirección y ciudad de su médico habitual.) 1. Indique los médicos o especialistas que ha consultado en relación con su enfermed. Nombre Nestor Manco Bernal Aragon. Dirección CI 155 A # 23-58 ub El Bosque. Nombre POCK David Castro Reyes Dirección CI 155 A # 23-58 ub El bosque. 2. Si fue tratado en un Centro Hospitalario indique: Nombre del Centro Hospitalario Fundación Cardiovoscular de Calombi. Dirección	Es afiliado & Cent N Neumol ¿Desde hace cuán lad o accidente: Especialidad Cingig Ciudad Buccamang Fecha de Ingres G 27 109 20	Beneficiario O Cardiouscula Teléfono 1 639000 o Fecha de Salida 24 04 10 202 Teléfono
Resta recibiendo tratamiento por esta enfermedad? Sito NoO Si su respuesta es afirmativa, indique cual tratamiento por mechicomento. Amilodi pino tratamiento por mechicomento. Indique el nombre, dirección y ciudad de la I.P.S. que lo atiende regularmente. Por socio formatica de su médico habitual. 1. Indique los médicos o especialistas que ha consultado en relación con su enfermed. Nombre Nestor Magno Bernal Aragon. Dirección CI 155 A # 23-58 ub El Bosque. Nombre del Centro Hospitalario indique: Nombre del Centro Hospitalario indique: Nombre del Centro Hospitalario Fundación Cardiovoscolor de Colombio Dirección CI 155 A # 23-58 el bosque Ho	Es afiliado & Cent o Neumol ¿Desde hace cuán lad o accidente: Especialidad Cingia Ciudad Buccamanga Ciudad Cingia Especialidad Cingia Ciudad Buccamanga Fecha de Ingres G 27 109 200 Ciudad	Beneficiario O Cardi Duscula Teléfono 6390000 Fecha de Salida 24 04 10 202 Teléfono 89 639000
R. ¿Esta recibiendo tratamiento por esta enfermedad? Sito NoO Si su respuesta es afirmativa, indique cual tratamiento por medicomento. Amilodi pino t wartania. Medicomento. Amilodi pino t wartania. B. Indique el nombre de su E.P.S. Sanitas B. Indique el nombre, dirección y Ciudad de la I.P.S. que lo atiende regularmente. PS Sonitas functación Cadicuascular - D. Indique el nombre, dirección y ciudad de su médico habitual. 1. Indique los médicos o especialistas que ha consultado en relación con su enfermed. Nombre Nestor Manco Bernal Aragon. Dirección CI 155 A # 23-58 ub El Bosque. Nombre 2. Si fue tratado en un Centro Hospitalario indique: Nombre del Centro Hospitalario Fundación Cadicuascular de Colombio Dirección CI 155 A # 23-58 el bosque Ho	Es afiliado & Cent N Neumol ¿Desde hace cuán lad o accidente: Especialidad Ciudad Buccamanga Ciudad Buccamanga Fecha de lingres G 27 109 20 Ciudad IN Clab Buccaman	Beneficiario O Cardi Duscula Teléfono 6390000 Fecha de Salida 24 04 10 202 Teléfono 89 639000
7. ¿Esta recibiendo tratamiento por esta enfermedad ? SIO NOO Si su respuesta es afirmativa, indique cual tratamiento por medicomento. Amiliante el nombre de su E.P.S. Sanitas 9. Indique el nombre, dirección y Ciudad de la I.P.S. que lo atiende regularmente PS Sonitas function Cardioussular - 0. Indique el nombre, dirección y ciudad de su médico habitual 1. Indique los médicos o especialistas que ha consultado en relación con su enfermedo nombre Nombre Nestor Macro Bernal Aragon. Dirección CI 155A # 23-58 ub El Bosque 2. Si fue tratado en un Centro Hospitalario indique: Nombre del Centro Hospitalario Fundación Cardioussular de Colombio Dirección CI 155A # 23-58 El bosque Ho 2. Nombre del Centro Hospitalario	Es afiliado & Cent N Neumol ¿Desde hace cuán lad o accidente: Especialidad Ciudad Buccamanga Ciudad Buccamanga Fecha de lingres G 27 109 20 Ciudad IN Clab Buccaman	Beneficiario O Cardi Duscula Teléfono 6390000 Fecha de Salida 24 04 10 202 Teléfono 89 639000
R. ¿Esta recibiendo tratamiento por esta enfermedad? Sito NoO Si su respuesta es afirmativa, indique cual tratamiento por medicomento. Amilodi pino t wartania. Medicomento. Amilodi pino t wartania. B. Indique el nombre de su E.P.S. Sanitas B. Indique el nombre, dirección y Ciudad de la I.P.S. que lo atiende regularmente. PS Sonitas functación Cadicuascular - D. Indique el nombre, dirección y ciudad de su médico habitual. 1. Indique los médicos o especialistas que ha consultado en relación con su enfermed. Nombre Nestor Manco Bernal Aragon. Dirección CI 155 A # 23-58 ub El Bosque. Nombre 2. Si fue tratado en un Centro Hospitalario indique: Nombre del Centro Hospitalario Fundación Cadicuascular de Colombio Dirección CI 155 A # 23-58 el bosque Ho	Es afiliado & Cent O Neumol ¿Desde hace cuán lad o accidente: Especialidad Civaj q Ciudad Bucaramas Fecha de Ingres Giudad In diab Bucaramas Fecha de Ingres	Beneficiario O Cardi Duscula Teléfono 1 639000 o Fecha de Salida 24 04 10 202 Teléfono 59 639000 Fecha de Salida

ratamientos Quirúrgicos (Deta	llar)			
ratamientos Médicos (Detallar				
Rehabilitación (Detallar) Tergolos de	rehabilita	0.00	diovascular.	
lerapias de	renconna	cion ar	31000320101	
¿Actualmente se encuentra tr				
sio Not desc	le el 24	de septien	nbre por permis	o eincopo
. En caso de reclamación por f	fallecimiento, diligenciar:			
BENEFICIARIOS				
Nombre	Parentesco	Cédula	Correo Electrónico	Firma
			-	
Nombre	Parentesco	Cédula	Correo Electrónico	Firma
Nombre	Parentesco	Cédula	Correo Electrónico	Firma Control
Nombre	Parentesco	Cédula	Correo Electrónico	Firma
No ilibite	Taleinesco	Cedula	Correct Liectronico	and Time
Nombre	Parentesco	Cédula	Correo Electrónico	Firma
NO.		A CONTRACTOR OF THE PARTY OF TH		
ombre Sol Fanny C	avor indicar el lugar de el		Teléfono 30 228 6	f58F6
Sol Fanny C			Teléfono 30 228 6	67827
iombre Sol Fanny C	ortiz Booda		Teléfono 30 228 0 Ciudad	
Iombre Sol Fanny C Dirección Calle 6 # Correo electrónico	Ortiz Booda 12-72 Lon	7 nc de Bol	Teléfono 30 228 0 Ciudad	67827 de. S.
SOI FANNY C SOI FANNY C Dirección CGIIE 6 # Correo electrónico SOI Ortiz boada	ortiz Boodo 12-72 Lon e hotmail	a de boi	Ciudad CUCUTG N	
Dirección CC/ILE 6 # Correo electrónico SOLOCHIZ BOCAG DECLARO QUE TODAS M EN CALIDAD DE ASEGU TODA LA INFORMACIÓN DE LOS CENTROS HOS INFORMACIÓN NO EST RECLAMACIÓN IGUALMENTE CONSIE INFORMACIÓN SOBRE I	Priz Boodo 12-72 Lon 2 hotmoil MIS RESPUESTAS SON MÉDICA QUE REQUI PITALARIOS O DE LO TÉ EN PODER DE L ENTO QUE SEGURO LOS SEGUROS SIMILA	N VERDADERAS Y C JE AÚN DESPUÉS E ERA, INCLUYENDO DS MÉDICOS QUE M A ASEGURADORA DS BOLÍVAR S.A. ARES QUE TENGA C	Ciudad Ciudad CUCUTG N OMPLETAS. DE MI FALLECIMIENTO LA CO MI HISTORIA CLÍNICA COMPL ME HAN ATENDIDO. ACEPTO O A, NO PODRÁ ENTENDERSE SOLICITE A LAS COMPAÑ ONTRATADOS.	MPAÑÍA ACCEDA AETA, BIEN ATRAVÉS QUE MIENTRAS TAI FORMALIZADA LA
Dirección CG/16 6 # Correo electrónico DECLARO QUE TODAS M EN CALIDAD DE ASEGUTODA LA INFORMACIÓN DE LOS CENTROS HOS INFORMACIÓN NO EST RECLAMACIÓN IGUALMENTE CONSIE INFORMACIÓN SOBRE I CONOZCO QUE LA MAL SEGURO CAUSARÁ LA I	PITALARIOS O DE LO ENTO QUE SEGURO ENTO DE ENT	N VERDADERAS Y C JE AÚN DESPUÉS DERA, INCLUYENDO DS MÉDICOS QUE MA A ASEGURADORA DS BOLÍVAR S.A. ARES QUE TENGA C IACIÓN O EN LA CO HO AL PAGO.	Ciudad Ciudad CUCUTG N. COMPLETAS. DE MI FALLECIMIENTO LA COMI HISTORIA CLÍNICA COMPL ME HAN ATENDIDO. ACEPTO O A, NO PODRÁ ENTENDERSE SOLICITE A LAS COMPAÑ ONTRATADOS. MPROBACIÓN DEL DERECHO	MPAÑÍA ACCEDA ETA, BIEN ATRAVÉ: QUE MIENTRAS TA FORMALIZADA LA

Firma del Beneficiario reclamante C.C. No.



ORTIZ BOADA

APELLIDOS

SOL FANNY

NOMBRES



/#######



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 02-JUN-1981

CUCUTA (NORTE DE SANTANDER) LUGAR DE NACIMIENTO

1.63 ESTATURA

0+ G.S. RH

20-AGO-1999 CUCUTA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

SEXO



A-2500100-57159061-F-0027601347-20071113

02190 07317A 02 233587653