

Bogotá DC; 02 de noviembre de 2024

Señores
**CONGREGACION DE DOMINICAS DE SANTA CATALINA DE SENA-CLINICA
NUEVA.**

Dpto. de Archivo y / o Estadística.
Ciudad.

ASUNTO: SOLICITUD HISTORIAS CLINICAS / DIAGNOSTICOS.
ASEGURADO: ROBERTO ARTURO GOMEZ MORA.
SINIESTRO: 51320007715.

Respetados Señores, cordial saludo.

Como Representante Legal y Asesor Externo de la Compañía **SEGUROS BOLIVAR S.A**, responsable de atender la reclamación asignada por **RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACION Y DIAS DE INCAPACIDAD**; muy cordialmente me dirijo a ustedes con el fin de solicitar su valiosa colaboración en aportarnos las **Historias Clínicas Completas Diagnósticos, Resultados de Exámenes de laboratorios Procedimientos, Conceptos Médicos e Incapacidades** o cualquier registro médico de atención presente en esta entidad del asegurado(a) **ROBERTO ARTURO GOMEZ MORA**, identificado(a) con la cédula de ciudadanía N° **80.027.037**, quien al parecer ha sido atendido(a) por ustedes en esta institución.

Como soporte a la presente solicitud, adjunto **AUTORIZACION** expedida por la Compañía **SEGUROS BOLIVAR SA**, donde se me está autorizando para obtener todos y cada uno de los registros médicos o cualquier otro documento correspondiente al asegurado (a) en referencia, documento de identidad del Asegurado(a) y del Solicitante, Formato Único para Reclamaciones de Seguros de Vida y sus Anexos, firmado por el asegurado(a), donde autoriza acceder a su hc; documentos que nos aportó la compañía para realizar la presente solicitud de conformidad a lo dispuesto en el **Artículo 34 de la ley 23 de 1981** y lo estipulado en la **Resolución 1995 de 1999** por la cual se establecen normas para el manejo de la Historia Clínica específicamente: **“ARTÍCULO 14. ACCESO A LA HISTORIA CLÍNICA”**. Podrán acceder a la información contenida en la historia clínica en los términos previstos en la Ley: **“4) Las demás personas determinadas en la ley”** con el fin de obtener validar y confirmar todos y cada uno de los documentos aportados a la reclamación.

Agradezco de antemano su valiosa y pronta colaboración en darnos una respuesta, ya que dicha información se necesita de carácter **URGENTE** para finalizar la reclamación que el asegurado(a) y / o beneficiario reclamante presentó a la compañía **Seguros Bolívar Sa**, en proceso del pago de la indemnización del siniestro en mención.

Cordialmente,



ADAN ORLANDO FAJARDO MORALES
Representante Legal.
Nit. 830.116.042-1

Calle 151 # 109 A - 50, CS 67. Tel: 551 5131 - Celular: 310 309 84 76

E-mail: asigltada@hotmail.com - orfamo@gmail.com

Representaciones: BUCARAMANGA - MEDELLÍN - BARRANQUILLA - ARMENIA - CALI

Bogotá D.C. - Colombia

