

Bogotá D.C., 13 de noviembre de 2024

Señores

CLINICAS Y/U HOSPITALES

Estadística y/o Archivo

Ciudad

ASUNTO:	SOLICITUD	HISTORIA CLINICA
REFERENCIA:	ASEGURADO	LILIANA PATRICIA OLARTE MUÑOZ
	RECLAMO	OIV-123934-1

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 **LILIANA PATRICIA OLARTE MUÑOZ** identificada con Cédula de Ciudadanía No. **30309859** 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 13 de noviembre de 2024

Señores

ATD LTDA.

Atn. Sra. Idaly Perdomo

Ciudad.

Referencia	:	INVESTIGACION	:	GRUPO
		ASEGURADO	:	LILIANA PATRICIA OLARTE MUÑOZ
		CEDULA CIUDADANIA	:	30309859
		RECLAMO	:	26300000730
		CONSECUTIVO	:	OIV-123934-1

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 24 DE NOVIEMBRE 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	
LILIANA PATRICIA OLARTE MUÑOZ		30309859	
Edad	Dirección actual	Ciudad	Teléfono
55	CARRERA 20 52 A 54 APARTAMENTO 105 B	MANIZALES	6068859490
Ocupación habitual	En caso de fallecimiento, edad al morir		
SERVIDOR PUBLICO			
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		DD MM AAAA
Dé un informe detallado de los hechos:		
CIRUGIA DE HOMBRO IZQUIERDO RUPTURA DE MANGUITO ROTADOR		

3. Si es enfermedad: ¿en qué fecha se iniciaron los síntomas? ENERO DE 2024 En qué fecha consultó por primera vez a un médico en relación con su enfermedad? ENERO 2024

4. Fecha de diagnóstico por un médico 15 DD 12 MM 2023 AAAA 5. Tiempo de evolución de esta enfermedad DIEZ MESES

6. Otros antecedentes del asegurado

FIBROMIALGIA

Tiempo de evolución: 4 AÑOS

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

Si su respuesta es afirmativa, indique cual

MEDICAMENTOS, ACETAMINOFEN CON CAFEINA Y DIACEREINA

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

UNISALUD

Es afiliado ☒ Beneficiario ☐

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

UNISALUD UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA SEDE MANIZALES

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

JUAN CARLOS VASCO

Especialidad

ORTOPEDIA

Dirección

SES HOSPITAL DE CALDAS

Ciudad

MANIZALES

Teléfono

60608849999

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
SES HOSPITAL DE CALDAS	21 09 2024 AA	21 09 2024 AA
Dirección	Ciudad	Teléfono
CALLE 48 # 25 - 41	MANIZALES	6068849999
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)

PENDIENTE REHABILITACION FISICA

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

LILIANA PATRICIA OLARTE MUÑOZ

Teléfono

3004906535

Dirección

CARRERA 20 52 A 54 APARTAMENTO 105 B

Ciudad

MANIZALES

Correo electrónico

liliana.olarte@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

liliana.olarte@gmail.com

Lugar y Fecha Manizales, 22 de octubre de 2024



Huella

Liliana P. Olarte M.

Firma del Asegurado

C.C. No. 30309859.

Liliana P. Olarte M.

Firma del Beneficiario reclamante

C.C. No. 30309859.

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **30.309.859**

OLARTE MUNOZ

APELLIDOS

LILIANA PATRICIA

NOMBRES

Liliana Patricia Olarte Munoz

REPÚBLICA DE COLOMBIA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **18-ENE-1969**

MANIZALES
(CALDAS)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.55 **O+** **F**

ESTATURA G.S. RH SEXO

30-MAR-1987 MANIZALES

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sánchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



A-0900100-00152193-F-0030309859-20090309 0010228300A.1 30680904

REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL