

Bogotá D.C., 5 de diciembre de 2024

Señores

CLINICAS Y/U HOSPITALES

Estadística y/o Archivo

Ciudad

ASUNTO:	SOLICITUD	HISTORIA CLINICA
REFERENCIA:	ASEGURADO	DIANA MARIA ECHEVERRY ACOSTA
	RECLAMO	OIV-127950-1

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 **DIANA MARIA ECHEVERRY ACOSTA** identificada con Cédula de Ciudadanía No. **1128384648** 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 04 de diciembre de 2024

Señores

ATD LTDA.

Atn. Sra. Idaly Perdomo

Ciudad.

Referencia	:	INVESTIGACION	:	GRUPO
		ASEGURADO	:	DIANA MARIA ECHEVERRY ACOSTA
		CEDULA DE CIUDADANIA	:	1128384648
		RECLAMO	:	15630000107
		CONSECUTIVO	:	OIV-127950-1

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 15 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	
DIANA MARIA ECHEVERRY ACOSTA		1128384648	
Edad	Dirección actual	Ciudad	Teléfono
37	CARRERA 77 # 92 - 39	MEDELLIN	3016408803
Ocupación habitual	En caso de fallecimiento, edad al morir		
AUXILIAR ADMINISTRATIVA	37		
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"/>			

Compañía de Seguros Bolívar S.A.

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	MEDELLIN	06 06 2024
Dé un informe detallado de los hechos: Me realizan cirugía de microdiscectomía cervical, dorsal o lumbar con o sin injerto por tener un diagnóstico de trastorno de disco lumbar y otros con radiculopatía hace aproximadamente once meses, sin mejoría		

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?
 Agosto 2023 Agosto 2023

4. Fecha de diagnóstico por un médico 5. Tiempo de evolución de esta enfermedad
 14 08 2023 11 meses

6. Otros antecedentes del asegurado

ninguno

Tiempo de evolución:

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

Si su respuesta es afirmativa, indique cual

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

SURA

Es afiliado ☒

Beneficiario ☐

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

CIS COMFAMA LOPEZ DE MESA

10. Indique el nombre, dirección y ciudad de su médico habitual

CIS COMFAMA LOPEZ DE MESA

¿Desde hace cuánto tiempo?

3 AÑOS

11. Indique los médicos o especialistas que ha consultado en relación con su enfermedad o accidente:

Nombre	Especialidad
JORGE NICOLAS DURAN VALDES	MEDICO GENERAL
Dirección	Ciudad Teléfono
CIS COMFAMA LOPEZ DE MESA	MEDELLIN
Nombre	Especialidad
HECTOR ALFREDO JARAMILLO	NEUROCIRUGIA
Dirección	Ciudad Teléfono
INSTITUTO COLOMBIANO DEL DOLOR	MEDELLIN

12. Si fue tratado en un Centro Hospitalario Indique:

1. Nombre del Centro Hospitalario	Fecha de Ingreso	Fecha de Salida
INSTITUTO COLOMBIANO DEL DOLOR	06 06 2024	07 06 2024
Dirección	Ciudad	Teléfono
AV 33 # 74E - 156 LAURELES	MEDELLIN	4488919
2. Nombre del Centro Hospitalario	Fecha de Ingreso	Fecha de Salida
	DD MM AAAA	DD MM AAAA
Dirección	Ciudad	Teléfono

Forma B-117 (Red. Feb./16)

13. ¿Tratamientos Pendientes? Si ☒ No ☐

Tratamientos Quirúrgicos (Detallar)

Tratamientos Médicos (Detallar)

REVISION POSOPERATORIO

Rehabilitación (Detallar)

TERAPIAS

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

DIANA MARIA ECHEVERRY ACOSTA

Teléfono

3016408803

Dirección

CARRERA 77 # 92 - 39

Ciudad

MEDELLIN

Correo electrónico

echeverry880@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
echeverry880@gmail.com

Lugar y Fecha MEDELLIN 08/06/2024



Huella

Diana Echeverry

Firma del Asegurado

C.C. No. 1128384648

Firma del Beneficiario reclamante

C.C. No.


INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **11-SEP-1986**
MEDELLIN
(ANTIOQUIA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.53 **O+** **F**
ESTATURA G.S. RH SEXO
07-FEB-2005 MEDELLIN
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION *Abelugo*
REGISTRADORA NACIONAL
ALMADATRIZ RENGIFO LOPEZ



P-0100102-14138337-F-1128384648-20050902 0607305245A 02 197197475

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO **1.128.384.648**

ECHEVERRY ACOSTA
APELLIDOS
DIANA MARIA
NOMBRES

Diana Echeverry
FIRMA

