

Bogotá D.C., 26 de noviembre de 2024

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

ASUNTO:	SOLICITUD	HISTORIA CLINICA
REFERENCIA:	ASEGURADO	OSCAR ANTONIO JARABA CONTRERAS
	RECLAMO	OIV-124775-1

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 señor **OSCAR ANTONIO JARABA CONTRERAS** identificada con Cédula de Ciudadanía No. **92537955** 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 24 de noviembre de 2024

Señores

ATD LTDA.

Atn. Sra. Idaly Perdomo

Ciudad.

Referencia	:	INVESTIGACION	:	GRUPO
		ASEGURADO	:	OSCAR ANTONIO JARABA CONTRERAS
		CEDULA CIUDADANIA	:	92537955
		RECLAMO	:	26400000797
		CONSECUTIVO	:	OIV-124775-1

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 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)

Compañía de Seguros Bolívar S.A.

1. Datos Generales

Nombre completo del Asegurado		Cédula	
OSCAR ANTONIO JARABA CONTRERAS		92537955	
Edad	Dirección actual	Ciudad	Teléfono
44	CALLE 27 # 22B - 110 BARRIO LA MARÍA	SINCELEJO	3005384408
Ocupación habitual	En caso de fallecimiento, edad al morir		
EMPLEADO (DOCENTE)			
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	SINCELEJO	15/10/2024
Dé un informe detallado de los hechos: El día 12/10/2024 me inició un dolor en la zona lumbar de la espalda, el día 15/10/2024 a las 11 pm el dolor se hizo muy intenso, lo que me obligó ir de urgencia a la clínica Santa María, donde duré 10 días hospitalizado por un abombamiento en las vértebras L2 y L3 en la zona lumbar, pisando el nervio que para por estas vertebra y me causa el dolor.		
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?		
12/10/2024		Nunca había consultado a un médico, fue algo súbito
4. Fecha de diagnóstico por un médico		5. Tiempo de evolución de esta enfermedad
15/10/2024		10 días hospitalizado
6. Otros antecedentes del asegurado		
Litiasis renal		
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		
ETORICOXIB 90 Mg TABLETAS		
MEDICINA INTEGRAL		Es afiliado <input checked="" type="radio"/> Beneficiario <input type="radio"/>
CLÍNICA MEDICINA INTEGRAL		
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		Especialidad
Dirección		Ciudad Teléfono
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
CLÍNICA SANTA MARÍA S.A.S	15/10/2024	24/10/2024
Dirección	Ciudad	Teléfono
CARRERA 22 # 16A - 47 BARRIO LA FORD	SINCELEJO	3106538194
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)

ECOGRAFÍA ABDOMINAL, UROTAC, UROTAC CONTRASTADO, RADIOGRAFÍA, RMN, EXÁMENES DE LABORATORIO

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
Nombre	Parentesco	Cédula	Correo Electrónico	Firma
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	Teléfono
OSCAR ANTONIO JARABA CONTRERAS	3005384408
Dirección	Ciudad
CALLE 27 # 22B - 110 BARRIO LA MARÍA	SINCELEJO
Correo electrónico	
oscarjarabacontreras@hotmail.com	

DECLARO QUE TODAS MIS RESPUESTAS SON VERDADERAS Y COMPLETAS.

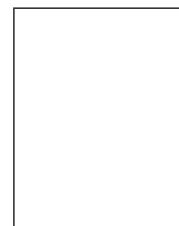
EN CALIDAD DE ASEGURADO AUTORIZO QUE AÚN DESPUÉS DE MI FALLECIMIENTO LA COMPAÑÍA ACCEDA A TODA LA INFORMACIÓN MÉDICA QUE REQUIERA, INCLUYENDO MI HISTORIA CLÍNICA COMPLETA, BIEN A TRAVÉS DE LOS CENTROS HOSPITALARIOS O DE LOS MÉDICOS QUE ME HAN ATENDIDO. ACEPTO QUE MIENTRAS TAL INFORMACIÓN NO ESTÉ EN PODER 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
oscarjarabacontreras@hotmail.com

Lugar y Fecha SINCELEJO, OCTUBRE 28 DE 2024



Huella

OjarabaC

Firma del Asegurado

C.C. No. 92537955

Firma del Beneficiario reclamante

C.C. No.

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **92.537.955**

JARABA CONTRERAS

APELLIDOS

OSCAR ANTONIO

NOMBRES

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **27-SEP-1980**

SINCELEJO
(SUCRE)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.63
ESTATURA

O+
G S RH

M
SEXO

03-NOV-1998 SINCELEJO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ABEL SANCHEZ TORRES



A-2800100-00191023-M-0092537955-20091028 0017504602A 1 7540105442

[Handwritten signature]