

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



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:

<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	
Sal Fanny Ortiz Boada		27601347	
Edad	Dirección actual	Ciudad	Teléfono
43	Cll 6 # 12-72 Loma de Bolívar	Cucuta	3022867827
Ocupación habitual	En caso de fallecimiento, edad al morir		
Auxiliar de Archivo			
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	Cucuta - Bucaramanga	01/08/2022
Dé un informe detallado de los hechos: Hace mas de dos años aproximadamente, en un examen de ingreso a la empresa donde laboro el doctor me indico que debia pasar con medicina general por que el habia escuchado algo en el corazon.		

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?

2022 2022

4. Fecha de diagnóstico por un médico 5. Tiempo de evolución de esta enfermedad

24/11/2023 10 meses

6. Otros antecedentes del asegurado

tension alta
Obesidad

Tiempo de evolución: 10 meses

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

Si su respuesta es afirmativa, indique cual tratamiento por tension alta.
medicamentos: amlodipino + losartan (5+50mg) (lortalidona 12.5mg)

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

Sanitas

Es afiliado ☒ Beneficiario ☐

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

EPS Sanitas - Fundación Cardiovascular - Centro Neumológico del Norte

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
Nestor Mauricio Bernal Aragon	Cirujia Cardiovascular

Dirección	Ciudad	Teléfono
Cll 155A # 23-58 urb. El Bosque	Bucaramanga	6390000

Nombre	Especialidad
Erick David Castro Reyes	Cirujia Cardiovascular

Dirección	Ciudad	Teléfono
Cll 155A # 23-58 urb. El bosque	Bucaramanga	6390000

12. Si fue tratado en un Centro Hospitalario indique:

1. Nombre del Centro Hospitalario	Fecha de Ingreso	Fecha de Salida
Fundación Cardiovascular de Colombia	27/10/2024	07/10/2024

Dirección	Ciudad	Teléfono
Cll 155A # 23-58 El bosque Honda Bucaramanga	Bucaramanga	6390000

2. Nombre del Centro Hospitalario	Fecha de Ingreso	Fecha de Salida

Dirección	Ciudad	Teléfono

13. ¿Tratamientos Pendientes? ☒ Sí ☐ No

Tratamientos Quirúrgicos (Detallar)

Tratamientos Médicos (Detallar)

Rehabilitación (Detallar)

Terapias de rehabilitación cardiovascular.

14. ¿Actualmente se encuentra trabajando? Si no está trabajando, ¿hace cuánto tiempo no trabaja?

Sí ☐ No ☒ desde el 24 de Septiembre por permiso e incapacidad

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

Teléfono

Sol Fanny Ortiz Boada

3022867827

Dirección

Ciudad

Calle 6 # 12-72 Loma de Bolívar Cucuta N. de S.

Correo electrónico

Solortizboada@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

Solortizboada@hotmail.com

Lugar y Fecha

Cucuta 19 de octubre



Huella

Sol Fanny Ortiz Boada
Firma del Asegurado
C.C. No. 27601347

Firma del Beneficiario reclamante
C.C. No.

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

27.601.347

NUMERO

ORTIZ BOADA

APELLIDOS

SOL FANNY

NOMBRES

Sol Ortiz Boada
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 02-JUN-1981

CUCUTA
(NORTE DE SANTANDER)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.63

ESTATURA

O+

G.S. RH

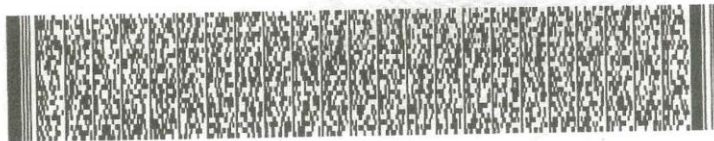
F

SEXO

20-AGO-1999 CUCUTA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA



A-2500100-57159061-F-0027601347-20071113

02190 07317A 02 233587653