



Bogotá D.C 24 de noviembre de 2024

**Señores**

**ATD LTDA.**

**Atn. Sra. Idaly Perdomo**

Ciudad.

Referencia	:	INVESTIGACION	:	GRUPO
		ASEGURADO	:	YADI LILIANA BAUTISTA PARRA
		CEDULA CIUDADANIA	:	20716294
		RECLAMO	:	51300047315
		CONSECUTIVO	:	OIV-126297-1

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

1. Datos del Asegurado

Nombre y Apellidos completos		Cédula	
YADI LILIANA BAUTISTA PARRA		20.716.294	
Edad	Dirección actual	Ciudad	Teléfono
42	CALLE 82 N-94L-81 APTO 311	BOGOTÁ	NA
Ocupación habitual	En caso de fallecimiento, edad al morir		
INDEPENDIENTE	42		
Amparo por el que desea reclamar			
Vida <input checked="" type="checkbox"/> Rentas <input type="checkbox"/> Incapacidad total y permanente <input type="checkbox"/> Enfermedades Graves <input type="checkbox"/> Accidentes Personales <input type="checkbox"/> Gastos Médicos <input type="checkbox"/> Hospitalización <input type="checkbox"/>			

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	BOGOTÁ	09 09 2024
Dé un informe detallado de los hechos: MUERTE NATURAL (CANCER DIAGNOSTICADO)		

3. En caso de reclamación por fallecimiento, diligenciar:

BENEFICIARIOS				
1. Nombre	Parentesco	Cédula	Correo Electrónico	Firma
RUTH ARISTELA PARRA CORTES	MADRE	20.714.419	ruthaparra62@yahoo.es	
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

4. Datos para transferencia a nombre del Asegurado

Primera vez <input checked="" type="checkbox"/> Modificación <input type="checkbox"/>	Nota: La cuenta debe ser individual y pertenecer al beneficiario del pago.	
Tipo de cuenta	Número de cuenta	Nombre entidad financiera
Ahorros <input checked="" type="checkbox"/> Corriente <input type="checkbox"/>	89224585315	BANCOLOMBIA

Autorizo irrevocablemente a que todo pago que se presente a mi favor se haga en la cuenta bancaria aquí registrada.

5. Envío de correspondencia

Nombre	Teléfono
RUTH ARISTELA PARRA CORTES	3125047349
Dirección	Ciudad
CALLE 82 N-94L-81 APTO 311	BOGOTÁ
Correo electrónico	
ruthaparra62@yahoo.es	
Autorizo que las comunicaciones sean enviadas al correo electrónico: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	

SEGUROS BOLÍVAR S.A. DE COLUMBIA

Forma B-117 (Red.Dic.20)



## 6. Autorizaciones

**1. HISTORIA CLÍNICA Y OTROS SEGUROS:** 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 sea 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.

**2. AUTORIZACIÓN PARA LA UTILIZACIÓN DE LOS DATOS PERSONALES (LEY 1581 DE 2012):** Autorizo a Compañía de Seguros Bolívar S.A., para que trate los datos que he incluido en el presente formulario, incluidos los recolectados bajo mi consentimiento a través de cualquier persona, institución o autoridad, y aquellos que suministre a través de los canales de atención físicos, telefónicos y virtuales puestos a mi disposición para el trámite de consultas y reclamos, para las siguientes finalidades: 1. Tramitar la reclamación del pago del valor asegurado, enviar información relevante para el trámite del reclamo y realizar el pago por transferencia. 2. Conocer hechos o actuaciones que podrían dar lugar a omisiones o inexactitudes en la información suministrada para el trámite de la reclamación del pago del valor asegurado. 3. Realizar contactos para la medición del nivel de satisfacción respecto al trámite y/o servicio prestado por Compañía de Seguros Bolívar.

**3. DERECHOS DEL TITULAR DE LA INFORMACIÓN Y CANALES DE ATENCIÓN:** Como Titular de la información tengo derecho a conocer, actualizar, rectificar y suprimir la información personal que haya suministrado, esto último siempre y cuando no exista un deber legal y/o contractual. Los canales a través de los cuales puede ejercerlos son: Correo físico: Avenida El Dorado No. 68B-31 Piso 10 en la ciudad de Bogotá D.C.; Contacto telefónico: La línea #322 para llamadas desde celular, la línea 018000123322 para llamadas desde fuera de Bogotá D.C. y la línea 3122122 para llamadas desde Bogotá D.C. Correo electrónico: [servicioalcliente@segurosbolivar.com](mailto:servicioalcliente@segurosbolivar.com).

Entiendo y acepto que el presente formulario incluye la huella dactilar y la firma, que son datos sensibles, siendo indispensables para realizar el trámite de reclamación ante Compañía de Seguros Bolívar.

Compañía de Seguros Bolívar S.A.

Al firmar declaro que toda la información suministrada en este formulario es veraz y está completa. 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.

Fecha

14 11 2024

Asegurado o Beneficiario Reclamante

C.C. No. 20.714.419



Huella

VIGILADO por la Superintendencia Financiera de Colombia

Forma B-117 (Red.Dic./20)

REPÚBLICA DE COLOMBIA



ORGANIZACIÓN ELECTORAL  
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL DE DEFUNCIÓN

Indicativo  
Serial 11173942

Datos de la oficina de registro																							
Clase de oficina:		Registraduría		Notaria		X		Consulado		Corregimiento		Insp. de Policía		Código		A 8 C							
País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía																							
COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTA D.C. NOTARIA 9 BOGOTA DC * * * * *																							
Datos del inscrito																							
Apellidos y nombres completos																							
BAUTISTA PARRA YADI LILIANA * * * * *																							
Documento de identificación (Clase y número)												Sexo (en Letras)											
CC No. 20716294 * * * * *												FEMENINO * * * * *											
Datos de la defunción																							
Lugar de la Defunción: País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía																							
COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTA D.C. * * * * *																							
Fecha de la defunción												Hora		Número de certificado de defunción									
Año		2 0 2 4		Mes		S E P		Día		0 9		15:45		24091120669607 * * * * *									
Presunción de muerte																							
Juzgado que profiere la sentencia												Fecha de la sentencia											
* * * * *												Año				Mes				Día			
Documento presentado												Nombre y cargo del funcionario											
Autorización judicial				Certificado Médico		X		DIANA KATHERINE SANABRIA HERNANDEZ - MEDICO * * * * *															
Datos del denunciante																							
Apellidos y nombres completos																							
CASTRO MELO KEVIN STIVEN * * * * *																							
Documentos de Identificación (Clase y número)												Firma											
CC No. 1000714305 * * * * *																							
Primer testigo																							
Apellidos y nombres completos																							
* * * * *																							
Documentos de Identificación (Clase y número)												Firma											
* * * * *												* * * * *											
Segundo testigo																							
Apellidos y nombres completos																							
* * * * *																							
Documentos de Identificación (Clase y número)												Firma											
* * * * *												* * * * *											
Fecha de inscripción												Nombre y firma del funcionario que autoriza											
Año		2 0 2 4		Mes		S E P		Día		2 8													
AUTORIZACION DE INSCRIPCION EXTEMPORANEA SEGUN FISCALIA 318												DELEGADA; 28/09/2024											

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO



cadena s.a.

ESPACIO EN BLANCO  
NOTARIA NOVENA (9) DE BOGOTÁ

NOTARIA NOVENA (9) DEL CIRCULO DE BOGOTÁ D.C.

LA PRESENTE FOTOCOPIA FUE TOMADA DE SU ORIGINAL QUE REPOSA EN LOS ARCHIVOS DE  
REGISTRO CIVIL DE DEFUNCION DE ESTA NOTARIA, SE EXPIDE A SOLICITUD DEL INTERESADO, DE  
CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL ARTICULO 114 DEL DECRETO 1260 DE 1970

ESTE REGISTRO NO TIENE FECHA DE VENCIMIENTO. ARTICULO 02 DECRETO 2189 DE 1983

FECHA DE EXPEDICION:



30 / 09 / 24

Elsa Villalobos Sarmiento  
NOTARIA NOVENA (9) DE BOGOTÁ

ELSA VILLALOBOS SARMIENTO

NOTARIA NOVENA (9) DEL CIRCULO DE BOGOTÁ

ESPACIO EN BLANCO  
NOTARIA NOVENA (9) DE BOGOTÁ



REPUBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACION PERSONAL  
CEDULA DE CIUDADANIA  
**20.716.294**

NUMERO

**BAUTISTA PARRA**

APELLIDOS

**YADI LILIANA**

NOMBRES

*Yadi Bautista Parra*  
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **28-JUN-1982**  
**LA VEGA**  
(CUNDINAMARCA)  
LUGAR DE NACIMIENTO

**1.66**  
ESTATURA

**O+**  
G S. RH

**F**  
SEXO

**19-JUL-2000 LA VEGA**  
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

*Alba Beatriz Rengifo Lopez*  
REGISTRADORA NACIONAL  
ALBA BEATRIZ RENGIFO LOPEZ



A-1515100-39142174-F-0020716294-20060131

0342806031A 02 180851311



SOLICITUD SEGURO DE VIDA GRUPO DEUDORES  
PARA CRÉDITO DE CONSUMO Y COMERCIAL

LA COMPAÑÍA SE RESERVA EL DERECHO DE NO APROBAR LA PRESENTE SOLICITUD DE SEGURO EN CASO DE SER OTORGADO EL SEGURO, ESTE ENTRARÁ EN VIGENCIA EN LA FECHA DE DESEMBOLSO DEL CRÉDITO ASOCIADO A LA PRESENTE SOLICITUD.

Fecha de Solicitud: 21 09 2022 Oficina: San Martín Código Oficina: 0070 Cédula Funcionario: 7030677587

DATOS DEL SOLICITANTE

Nombres y Apellidos: Yadi Liliana bautista Parra Tipo de Identificación: G.C. C.E. No. de Identificación: 120716294 Fecha de Nacimiento: 28 06 1982  
Dirección de Correspondencia: C/ 131 19 50 Ciudad: Bogotá Departamento: Cundinamarca Teléfono de Contacto: 3112205165  
Número Celular: 3112205165 Correo Electrónico: Yadi.Bautista2019@gmail.com Medicina Prepagada: N/A EPS: Sanitas

SEGURO DE VIDA

CRÉDITO EN TRÁMITE

Amparos Solicitados: Vida Incapacidad total y permanente Línea de Crédito: Ch Fijo libre inversión Valor del Crédito/Seguro solicitado: 90.000.000

BENEFICIARIOS

Nombre o Razón Social	Parentesco	Calidad	% Participación
BANCO DAVIVIENDA		ONEROSO	Saldo insoluto de la deuda

IMPORTANTE: La Declaración de Vida es otorgada en su totalidad por el solicitante.

DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD IMPORTANTE

Favor marcar con "x" según corresponda a sus antecedentes médicos o estado de salud actual. Ha sufrido o le han diagnosticado

	SI	NO		SI	NO
1. ¿Hipertensión Arterial?	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	13. ¿Enfermedad de la Piel, Huesos o Articulaciones?	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
2. ¿Colesterol o triglicéridos elevados?	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	14. ¿Tiene secuelas de alguna enfermedad o accidentes?	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
3. ¿Sobrepeso / Obesidad?	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	15. ¿Enfermedades Neurológicas?	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
4. ¿Enfermedades del Corazón?	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	16. ¿Enfermedades Psiquiátricas o trastorno de Ansiedad?	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
5. ¿Enfermedades de Arterias o Venas?	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	17. ¿Le han prescrito tratamiento por Alcoholismo o consumo de drogas tóxicas, heroicas o alucinógenas?	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
6. ¿Diabetes?	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	18. ¿En los últimos 5 años, ha recibido tratamiento con medicamentos, terapias o psicoterapia por más de 6 meses, o tiene programada alguna cirugía o procedimiento quirúrgico?	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
7. ¿Cáncer o tumores?	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	19. ¿Tiene sospecha de contagio o síntomas de COVID-19 o fue diagnosticado con COVID-19?	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
8. ¿Enfermedad Pulmonar?	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	19.1. ¿El diagnóstico de COVID-19 fue hace menos de 3 meses, o requirió hospitalización, o tiene secuelas de esta enfermedad?	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
9. ¿Enfermedad del Hígado?	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>			
10. ¿Enfermedad de Riñones o Vejiga?	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>			
11. ¿Enfermedades de la sangre o páncreas?	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>			
12. VIH positivo o SIDA	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>			

\*Cuando exista algún "SI" como respuesta, la aceptación del seguro queda condicionada a la valoración de la información médica del solicitante, que realice Seguros Bolívar.

DECLARACIÓN Y VERACIDAD DE LA INFORMACIÓN

1. Conozco y doy fe que lo manifestaré en la declaración de asegurabilidad es verdadero y que tengo el conocimiento de que esta solicitud formará parte integral de contrato y que cualquier falta a la verdad es causal de nulidad de este seguro (Art. 1058 y 1158 del C. Co.). La Compañía de Seguros Bolívar S.A. se reserva todos los derechos que puedan asistirle en caso de que antes o después de mi fallecimiento, se compruebe que esta declaración no correspondía a la verdad en el momento de aceptarse el seguro (Art. 1058 y 1158 del C. Co.).  
2. Declaro que he sido informado sobre: mis derechos y deberes como asegurado; las condiciones de los seguros tales como coberturas, exclusiones, valores asegurados, valor de la prima del seguro, período de vigencia de la póliza, requisitos de asegurabilidad, entre otros; los documentos, el procedimiento y plazos simplificados a tener en cuenta para la reclamación de un siniestro; los canales por medio de los cuales puedo formular una petición, queja o reclamo; las consecuencias de una declaración inexacta o reticente del estado del riesgo (Art. 1058 Código de Comercio); las consecuencias de la mora en el pago de la prima. He comprendido la información que me ha sido suministrada, se me ha permitido realizar preguntas y se han aclarado mis dudas y que en caso de requerir más información puedo consultar la página web www.segurosbolivar.com o a través de su línea de atención telefónica #322

AUTORIZACIONES

1. AUTORIZACIÓN PARA HISTORIA CLÍNICA: Autorizo expresamente a Compañía de Seguros Bolívar S.A. para tener acceso a mi historia clínica y a todos aquellos datos que en ella se registran o lleguen a ser registrados y a obtener copia de ese documento y de sus anexos ante cualquier EPS o IPS o cualquier otra persona que me haya atendido. Este mandato especial quedará vigente aun después de mi fallecimiento, atendiendo lo dispuesto en el artículo 2195 del Código Civil.

NO FIRME SIN ANTES LEER Y ENTENDER EL CONTENIDO DE ESTE DOCUMENTO. ABSTÉNGASE DE FIRMAR SI SUS CONDICIONES NO CORRESPONDEN EXACTAMENTE A LO REGISTRADO EN EL MISMO Y SOLICITE MAYOR INFORMACIÓN LLAMANDO DESDE CELULAR AL #322, DESDE FIJO EN BOGOTÁ AL 3122122 O A LA LÍNEA 018000123322 PARA LLAMADAS DESDE FUERA DE BOGOTÁ.

Firma del Solicitante: Yadi Liliana bautista Parra

Identificación No. 207.16294



Huella única impresa del Asegurado