

Bogotá D.C 03 de diciembre de 2024

Señores
ATD LTDA.
Atn. Sra. Idaly Perdomo
Ciudad.

Referencia: INVESTIGACION: GRUPO

ASEGURADO : OLGA LUCIA GUERRERO ESPITIA

REGISTRO CIVIL : 52337894 RECLAMO : 51310043767 CONSECUTIVO : OIV-126916-1

Solicitamos a ustedes realizar:

Agradecemos su colaboración.

_x _ 	INVESTIGACION COMPLETA INVESTIGAR HISTORIA ANTECEDENTES PENALES VERIFICACIÓN CALIFICACION RENUNCIA PROTOCOLARIA
Para efecto	adjuntamos:
	FOTOCOPIA DE LA POLIZA REGISTRO CIVIL DE DEFUNCION FORMULARIO DECLARACIÓN DEL MÉDICO OTROS
OBSERVACI	ONES:
el plazo M	1AXIMO DE ENTREGA DEL INFORME SOLICITADO 12 DE DICIEMBRE 2024

Asistente de Siniestros COMPAÑIA DE SEGUROS BOLIVAR S.A. Departamento Nacional de Indemnizaciones de Vida





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO

09-JUL-1974

BOGOTA D.C. (CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.62

0+

0.5

ESTATURA

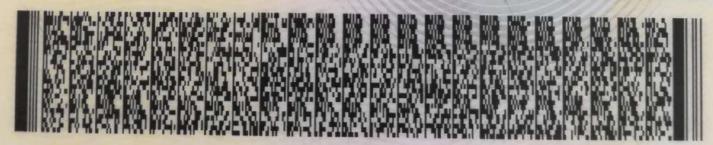
G.S. RH

SEXO

31-JUL-1992 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION forto Aviel,

REGISTRADOR NACIONAL CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

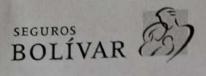


A-1500150-00019603-F-0052337894-20080704

0000772854A 1

1160016611

13. ¿Tratamientos Pendier	AND DESCRIPTION OF THE PARTY OF			
Tratamientos Quirúrgicos (D	Detallar)			
Tratamientos Médicos (Detai	llar)			TO SERVED
Rehabilitación (Detallar)		COLUMN TO SERVICE STATE OF THE PARTY OF THE	THE RESERVE TO SHEET AND THE REAL PROPERTY.	
The state of the s				
14. ¿Actualmente se encuentr	a trabajando? Si no esta trab	ajando, ¿hace cuár	nto tiempo no trabaja?	
Si@ NoO				
15. En caso de reclamación p BENEFICIARIOS	or fallecimiento, diligenciar:			
1. Nombre	Parentesco	Cédula	Correo Electrónico	Firma
	Parentesco	Cédula	Correo Electrónico	Firma
2. Nombre	Palettesco	Coodia		
3. Nombre	Parentesco	Cédula	Correo Electrónico	Firma
4. Nombre	Parentesco	Cédula	Correo Electrónico	Firm
5. Nombre	Parentesco	Cédula	Correo Electrónico	Firm
CONTRACTOR CONTRACTOR OF THE C				
16. Envío de correspondencia	a. Favor indicar el lugar de e	nvio de correspon	Teléfono	
Nombre				
Dirección			Ciudad	
Correo electrónico	S MIS RESPUESTAS SO	N VERDADERA	SYCOMPLETAS.	
DECLARO QUE TODA EN CALIDAD DE ASE TODA LA INFORMACIÓ DE LOS CENTROS HO INFORMACIÓN NO E RECLAMACIÓN	ON MEDICA QUE REQU DSPITALARIOS O DE L STÉ EN PODER DE L	UE AÚN DESPU IERA, INCLUYE OS MÉDICOS O LA ASEGURAI	JÉS DE MI FALLECIMIENTO LA NDO MI HISTORIA CLÍNICA COI QUE ME HAN ATENDIDO. ACEP DORA, NO PODRÁ ENTENDE	TO QUE MIEI
DECLARO QUE TODA EN CALIDAD DE ASE TODA LA INFORMACIO DE LOS CENTROS HO INFORMACIÓN NO E RECLAMACIÓN IGUALMENTE CONS INFORMACIÓN SOBRI	GURADO AUTORIZO Q ÓN MÉDICA QUE REQU OSPITALARIOS O DE L STÉ EN PODER DE L SIENTO QUE SEGUR E LOS SEGUROS SIMIL	UE AÚN DESPU IERA, INCLUYE OS MÉDICOS O LA ASEGURAI OS BOLÍVAR ARES QUE TEN	JÉS DE MI FALLECIMIENTO LA NDO MI HISTORIA CLÍNICA COI QUE ME HAN ATENDIDO. ACEP DORA, NO PODRÁ ENTENDE	TO QUE MIEI RSE FORMA
DECLARO QUE TODA EN CALIDAD DE ASE TODA LA INFORMACIÓ DE LOS CENTROS HO INFORMACIÓN NO E RECLAMACIÓN IGUALMENTE CONS INFORMACIÓN SOBRI CONOZCO QUE LA MA SEGURO CAUSARÁ LA	GURADO AUTORIZO Q ÓN MÉDICA QUE REQU DSPITALARIOS O DE L STÉ EN PODER DE L SIENTO QUE SEGUR ELOS SEGUROS SIMIL ALA FE EN LA RECLAM A PÉRDIDA DEL DEREC	UE AÚN DESPU IERA, INCLUYE OS MÉDICOS O LA ASEGURAI OS BOLÍVAR ARES QUE TEN MACIÓN O EN L CHO AL PAGO.	JÉS DE MI FALLECIMIENTO LA NDO MI HISTORIA CLÍNICA COI QUE ME HAN ATENDIDO. ACEP DORA, NO PODRÁ ENTENDE S.A. SOLICITE A LAS COMIGA CONTRATADOS. A COMPROBACIÓN DEL DER COrreo electrónico	TO QUE MIEI RSE FORMA
DECLARO QUE TODA EN CALIDAD DE ASE TODA LA INFORMACIÓ DE LOS CENTROS HO INFORMACIÓN NO E RECLAMACIÓN IGUALMENTE CONS INFORMACIÓN SOBRI CONOZCO QUE LA MA SEGURO CAUSARÁ LA	GURADO AUTORIZO Q ÓN MÉDICA QUE REQU DSPITALARIOS O DE L STÉ EN PODER DE L SIENTO QUE SEGUR ELOS SEGUROS SIMIL ALA FE EN LA RECLAM A PÉRDIDA DEL DEREC	UE AÚN DESPU IERA, INCLUYE OS MÉDICOS O LA ASEGURAI OS BOLÍVAR ARES QUE TEN MACIÓN O EN L CHO AL PAGO.	JÉS DE MI FALLECIMIENTO LA NDO MI HISTORIA CLÍNICA COI QUE ME HAN ATENDIDO. ACEP DORA, NO PODRÁ ENTENDE S.A. SOLICITE A LAS COMIGA CONTRATADOS. LA COMPROBACIÓN DEL DER COrreo electrónico and company and compan	TO QUE MIEI RSE FORMA
DECLARO QUE TODA EN CALIDAD DE ASE TODA LA INFORMACIÓ DE LOS CENTROS HO INFORMACIÓN NO E RECLAMACIÓN IGUALMENTE CONS INFORMACIÓN SOBRI CONOZCO QUE LA MA SEGURO CAUSARÁ LA	GURADO AUTORIZO Q ÓN MÉDICA QUE REQU DSPITALARIOS O DE L STÉ EN PODER DE L SIENTO QUE SEGUR ELOS SEGUROS SIMIL ALA FE EN LA RECLAM A PÉRDIDA DEL DEREC	UE AÚN DESPU IERA, INCLUYE OS MÉDICOS O LA ASEGURAI OS BOLÍVAR ARES QUE TEN MACIÓN O EN L CHO AL PAGO.	JÉS DE MI FALLECIMIENTO LA NDO MI HISTORIA CLÍNICA COI QUE ME HAN ATENDIDO. ACEP DORA, NO PODRÁ ENTENDE S.A. SOLICITE A LAS COMIGA CONTRATADOS. LA COMPROBACIÓN DEL DER COrreo electrónico and company and compan	PAÑÍAS DE
DECLARO QUE TODA EN CALIDAD DE ASE TODA LA INFORMACIÓ DE LOS CENTROS HO INFORMACIÓN NO E RECLAMACIÓN IGUALMENTE CONS INFORMACIÓN SOBRI CONOZCO QUE LA MA SEGURO CAUSARÁ LA Autorizo que la	GURADO AUTORIZO Q ÓN MÉDICA QUE REQU DSPITALARIOS O DE L STÉ EN PODER DE L SIENTO QUE SEGUR ELOS SEGUROS SIMIL ALA FE EN LA RECLAM A PÉRDIDA DEL DEREC	UE AÚN DESPU IERA, INCLUYE OS MÉDICOS O LA ASEGURAI OS BOLÍVAR ARES QUE TEN MACIÓN O EN L CHO AL PAGO.	JÉS DE MI FALLECIMIENTO LA NDO MI HISTORIA CLÍNICA COI QUE ME HAN ATENDIDO. ACEP DORA, NO PODRÁ ENTENDE S.A. SOLICITE A LAS COMIGA CONTRATADOS. LA COMPROBACIÓN DEL DER COrreo electrónico apl. Com	PAÑÍAS DE



FORMATO ÚNICO PARA RECLAMACIONES DE SEGUROS DE VIDA Y SUS ANEXOS

Para ser llenado por el Asegurado o Beneficiario (a mano y con tinta)

Nombre completed Asequirates Organization Organization Organization Organization Edad Dirección actual So Organization Dirección actual So Organization Dirección Edad Dirección Dirección Edad Dirección Contra enertical actual Dirección Ciudad Dirección Ciudad Dirección Ciudad Dirección Ciudad Dirección Ciudad Teléfono Fecha de Ingreso Fecha de Salida Dirección Dirección Ciudad Teléfono Fecha de Ingreso Fecha	1. Datos Generales	****	A A
2. Detailes del accidente, enfermedad o fallecimiento Causa Accidente Penfermedad O Homicidio O Suicidio De un interme destinade de la Peccha Permando I de la CPS Taurisanov Tenso A trista de la prechase Penfermedad O Homicidio O Suicidio De un interme destinade de la Pecchase Permando I de la CPS Taurisanov Tenso A trista de la prechase Penfermedad O Homicidio O Suicidio De un interme destinade de la Pecchase Permando I de la CPS Taurisanov Tenso A trista de la prechase Penfermedad O Accidente Google Porcentare Capacidos S 450% S. Si es enfermedad: Len que fecha se iniciaron los sintomas? En qué fecha consuito por primera vez a un médico en relación con su enfermedad? S. Si es enfermedad: Len que fecha se iniciaron los sintomas? En qué fecha consuito por primera vez a un médico en relación con su enfermedad? S. Si es enfermedad: Len que fecha se iniciaron los sintomas? En qué fecha consuito por primera vez a un médico en relación con su enfermedad? S. Si es enfermedad: Len que fecha se iniciaron los sintomas? En qué fecha consuito por primera vez a un médico en relación con su enfermedad? S. Si es enfermedad: Len que fecha se iniciaron los sintomas? En qué fecha consuito por primera vez a un médico en relación con su enfermedad? S. Si es enfermedad: Len que fecha se iniciaron los sintomas? En qué fecha consuito por primera vez a un médico en relación con su enfermedad? S. Si en enfermedad: Len que fecha se iniciaron los sintomas? En qué fecha consuito por primera vez a un médico en relación con su enfermedad. S. Si en enfermedad: Len que fecha se iniciaron los sintomas? En qué fecha de la precha de la precha de la precha de su enfermedad? S. Si en enfermedad: Len que fecha de su enfermedad? S. Si en enfermedad: Len que fecha de la precha de su enfermedad? S. Si en enfermedad: Len que fecha de la precha de su enfermedad? S. Si en enfermedad: Len que fecha de la precha de su enfermedad? S. Si en enfermedad: Len que fecha de la precha de la	Nombre complete del Asegurado	Cédula 52 337	894
2. Detailes del accidente, enfermedad o fallecimiento Causa Accidente Penfermedad O Homicidio O Suicidio De un interme destinade de la Peccha Permando I de la CPS Taurisanov Tenso A trista de la prechase Penfermedad O Homicidio O Suicidio De un interme destinade de la Pecchase Permando I de la CPS Taurisanov Tenso A trista de la prechase Penfermedad O Homicidio O Suicidio De un interme destinade de la Pecchase Permando I de la CPS Taurisanov Tenso A trista de la prechase Penfermedad O Accidente Google Porcentare Capacidos S 450% S. Si es enfermedad: Len que fecha se iniciaron los sintomas? En qué fecha consuito por primera vez a un médico en relación con su enfermedad? S. Si es enfermedad: Len que fecha se iniciaron los sintomas? En qué fecha consuito por primera vez a un médico en relación con su enfermedad? S. Si es enfermedad: Len que fecha se iniciaron los sintomas? En qué fecha consuito por primera vez a un médico en relación con su enfermedad? S. Si es enfermedad: Len que fecha se iniciaron los sintomas? En qué fecha consuito por primera vez a un médico en relación con su enfermedad? S. Si es enfermedad: Len que fecha se iniciaron los sintomas? En qué fecha consuito por primera vez a un médico en relación con su enfermedad? S. Si es enfermedad: Len que fecha se iniciaron los sintomas? En qué fecha consuito por primera vez a un médico en relación con su enfermedad? S. Si en enfermedad: Len que fecha se iniciaron los sintomas? En qué fecha consuito por primera vez a un médico en relación con su enfermedad. S. Si en enfermedad: Len que fecha se iniciaron los sintomas? En qué fecha de la precha de la precha de la precha de su enfermedad? S. Si en enfermedad: Len que fecha de su enfermedad? S. Si en enfermedad: Len que fecha de la precha de su enfermedad? S. Si en enfermedad: Len que fecha de la precha de su enfermedad? S. Si en enfermedad: Len que fecha de la precha de su enfermedad? S. Si en enfermedad: Len que fecha de la precha de la	Olga Juda Querrero Ispitia	Clusted Te	léfono 8
2. Detailes del accidente, enfermedad o fallecimiento Causa Accidente Penfermedad O Homicidio O Suicidio De un interme destinade de la Peccha Permando I de la CPS Taurisanov Tenso A trista de la prechase Penfermedad O Homicidio O Suicidio De un interme destinade de la Pecchase Permando I de la CPS Taurisanov Tenso A trista de la prechase Penfermedad O Homicidio O Suicidio De un interme destinade de la Pecchase Permando I de la CPS Taurisanov Tenso A trista de la prechase Penfermedad O Accidente Google Porcentare Capacidos S 450% S. Si es enfermedad: Len que fecha se iniciaron los sintomas? En qué fecha consuito por primera vez a un médico en relación con su enfermedad? S. Si es enfermedad: Len que fecha se iniciaron los sintomas? En qué fecha consuito por primera vez a un médico en relación con su enfermedad? S. Si es enfermedad: Len que fecha se iniciaron los sintomas? En qué fecha consuito por primera vez a un médico en relación con su enfermedad? S. Si es enfermedad: Len que fecha se iniciaron los sintomas? En qué fecha consuito por primera vez a un médico en relación con su enfermedad? S. Si es enfermedad: Len que fecha se iniciaron los sintomas? En qué fecha consuito por primera vez a un médico en relación con su enfermedad? S. Si es enfermedad: Len que fecha se iniciaron los sintomas? En qué fecha consuito por primera vez a un médico en relación con su enfermedad? S. Si en enfermedad: Len que fecha se iniciaron los sintomas? En qué fecha consuito por primera vez a un médico en relación con su enfermedad. S. Si en enfermedad: Len que fecha se iniciaron los sintomas? En qué fecha de la precha de la precha de la precha de su enfermedad? S. Si en enfermedad: Len que fecha de su enfermedad? S. Si en enfermedad: Len que fecha de la precha de su enfermedad? S. Si en enfermedad: Len que fecha de la precha de su enfermedad? S. Si en enfermedad: Len que fecha de la precha de su enfermedad? S. Si en enfermedad: Len que fecha de la precha de la	Edad Dirección actual	Boyota 3	184434034
2. Detailes del accidente, enfermedad o fallecimiento Causa Accidente Penfermedad O Homicidio O Suicidio De un interme destinade de la Peccha Permando I de la CPS Taurisanov Tenso A trista de la prechase Penfermedad O Homicidio O Suicidio De un interme destinade de la Pecchase Permando I de la CPS Taurisanov Tenso A trista de la prechase Penfermedad O Homicidio O Suicidio De un interme destinade de la Pecchase Permando I de la CPS Taurisanov Tenso A trista de la prechase Penfermedad O Accidente Google Porcentare Capacidos S 450% S. Si es enfermedad: Len que fecha se iniciaron los sintomas? En qué fecha consuito por primera vez a un médico en relación con su enfermedad? S. Si es enfermedad: Len que fecha se iniciaron los sintomas? En qué fecha consuito por primera vez a un médico en relación con su enfermedad? S. Si es enfermedad: Len que fecha se iniciaron los sintomas? En qué fecha consuito por primera vez a un médico en relación con su enfermedad? S. Si es enfermedad: Len que fecha se iniciaron los sintomas? En qué fecha consuito por primera vez a un médico en relación con su enfermedad? S. Si es enfermedad: Len que fecha se iniciaron los sintomas? En qué fecha consuito por primera vez a un médico en relación con su enfermedad? S. Si es enfermedad: Len que fecha se iniciaron los sintomas? En qué fecha consuito por primera vez a un médico en relación con su enfermedad? S. Si en enfermedad: Len que fecha se iniciaron los sintomas? En qué fecha consuito por primera vez a un médico en relación con su enfermedad. S. Si en enfermedad: Len que fecha se iniciaron los sintomas? En qué fecha de la precha de la precha de la precha de su enfermedad? S. Si en enfermedad: Len que fecha de su enfermedad? S. Si en enfermedad: Len que fecha de la precha de su enfermedad? S. Si en enfermedad: Len que fecha de la precha de su enfermedad? S. Si en enfermedad: Len que fecha de la precha de su enfermedad? S. Si en enfermedad: Len que fecha de la precha de la	Octipación mismon	ento, edad al morir	Section
2. Detailes del accidente, enfermedad o fallecimiento Causa Accidente Penfermedad O Homicidio O Suicidio De un interme destinade de la Peccha Permando I de la CPS Taurisanov Tenso A trista de la prechase Penfermedad O Homicidio O Suicidio De un interme destinade de la Pecchase Permando I de la CPS Taurisanov Tenso A trista de la prechase Penfermedad O Homicidio O Suicidio De un interme destinade de la Pecchase Permando I de la CPS Taurisanov Tenso A trista de la prechase Penfermedad O Accidente Google Porcentare Capacidos S 450% S. Si es enfermedad: Len que fecha se iniciaron los sintomas? En qué fecha consuito por primera vez a un médico en relación con su enfermedad? S. Si es enfermedad: Len que fecha se iniciaron los sintomas? En qué fecha consuito por primera vez a un médico en relación con su enfermedad? S. Si es enfermedad: Len que fecha se iniciaron los sintomas? En qué fecha consuito por primera vez a un médico en relación con su enfermedad? S. Si es enfermedad: Len que fecha se iniciaron los sintomas? En qué fecha consuito por primera vez a un médico en relación con su enfermedad? S. Si es enfermedad: Len que fecha se iniciaron los sintomas? En qué fecha consuito por primera vez a un médico en relación con su enfermedad? S. Si es enfermedad: Len que fecha se iniciaron los sintomas? En qué fecha consuito por primera vez a un médico en relación con su enfermedad? S. Si en enfermedad: Len que fecha se iniciaron los sintomas? En qué fecha consuito por primera vez a un médico en relación con su enfermedad. S. Si en enfermedad: Len que fecha se iniciaron los sintomas? En qué fecha de la precha de la precha de la precha de su enfermedad? S. Si en enfermedad: Len que fecha de su enfermedad? S. Si en enfermedad: Len que fecha de la precha de su enfermedad? S. Si en enfermedad: Len que fecha de la precha de su enfermedad? S. Si en enfermedad: Len que fecha de la precha de su enfermedad? S. Si en enfermedad: Len que fecha de la precha de la	Empleada	THE STREET OF THE STREET	
2. Detailes del accidente, enfermedad o fallecimiento Causa Accidente Enfermedad Ohomicidio Osulcidio De un indome destallade de leh inchang Cermanto I de la CPS Farmisa non ENSO Attito De un indome destallade de leh inchang Cermanto I de la CPS Farmisa non ENSO Attito De un indome destallade de leh inchang Cermanto I de la CPS Farmisa non ENSO Attito De un indome de 2023 d'Icamen Gardeg Parcentage Cagardou S 4507e EPS de so de Noviembre de 2023 d'Icamen Gardeg Parcentage Cagardou S 4507e EPS de so de Noviembre de 2023 d'Icamen Gardeg Parcentage Cagardou S 4507e EPS de se entermedad; en qué fecha se iniciano los sintomas? En qué fecha consultó por primera vez a un médico en relación con su enfermedad? S de 12014 En qué fecha consultó por primera vez a un médico en relación con su enfermedad? En qué fecha consultó por primera vez a un médico en relación con su enfermedad? En qué fecha consultó por primera vez a un médico en relación con su enfermedad? En qué fecha consultó por primera vez a un médico en relación con su enfermedad? Esta recibiendo tratamiento por esta enfermedad? Sión No. S su respuesta en atimativa, indique cual Confice de Sión No. S su respuesta en atimativa, indique cual Confice de Sión No. S su respuesta en atimativa, indique cual Confice de Sión No. S su respuesta en atimativa, indique cual Confice de Sión No. S su respuesta en atimativa, indique cual Confice de Sión No. S su respuesta en atimativa, indique cual Confice de Sión No. S su respuesta en atimativa, indique cual Confice de Sión No. S su respuesta en atimativa, indique cual Confice de Sión No. S su respuesta en atimativa, indique cual Confice de Sión No. S su respuesta en atimativa, indique cual Confice de Sión No. S su respuesta en atimativa, indique cual cual cual cual cual cual cual cual	Enformedades Graves () AC	coldentes Personales (Gaste	s Médicos 🔾
Causa O Accidente Dentermedad O Homicidio O Suicidio De un interme deplinde de los hechos per consultation de la CPS Fauriscano Persona Principal de los hechos per consultation de la CPS Fauriscano Persona Principal de los hechos per consultation de la CPS Fauriscano Persona P		STORIA CLÍNICA Y EXÁMENES DE D	IAGNÓSTICO.
Accidente Entermedad O Homicidio O Suicidio De un intormo despliado de los hechos de consultado e consultado e consultado e los hechos de consultado e consultad	Lugar	Fe	cha
Describing de la comparation de la CPS taurisana Tenso Artitis and de la CPS taurisana Tenso Artitis and de la CPS d'actamen 6009629 pricentate capacidad 545076 3. Si es enfermedad: en que fecha se iniciaron los sintomas? En que fecha consultó por primera vez a un médico en relación con su enfermedad? 4. Fecha de diagnosistico por un médico 5. Tiempo de evolución de esta enfermedad 7. CO 14. 4. Fecha de diagnosistico por un médico 5. Tiempo de evolución de esta enfermedad 7. CO 14. 4. Fecha de diagnosistico por un médico 6. Tiempo de evolución de esta enfermedad 7. CO 14. 5. Tiempo de evolución: 7. ¿Esta recibiendo tratamiento por esta enfermedad 7. Sión No. Si su respuesta es afirmativa, indique cual CO 14. CO 14. 9. Indique el nombre, dirección y ciudad de la I.P.S. que lo atiende regularmente COFFA HOCOTA 10. Indique el nombre, dirección y ciudad de la I.P.S. que lo atiende regularmente COFFA HOCOTA 11. Indique los médicos o especialistas que ha consultado en relación con su enfermedad o accidente: Nombre COFFA A CAPPILLO Dirección CIUDAD HOCOTA CIUDAD TELENSTA Dirección CIUDAD TELENSTA CIUDAD TELENSTA CIUDAD TELÉTONO PERCA A SOPOLIA Dirección CIUDAD TELENSTA CIUDAD Teléfono CIUDAD Teléfono PERCA de lagreso Fecha de Salida Dirección CIUDAD MARAA DO MM AAAA DO M	Causalanta O Enformedad O Homicidio O Suicidio Book	THE RESIDENCE OF THE RE	O MILL
3. Si es enfermedad: ¿en qué fecha se iniciaron los sintomas? En qué fecha consultó por primera vez a un médico en relación con su enfermedad? 4. Fecha de diagnóstico por un médico 5. Tiempo de evolución de esta enfermedad 6. Otros antecedentes del asegurado 6. Otros antecedentes del asegurado 6. Otros antecedentes del asegurado 7. ¿Esta recibiendo tratamiento por esta enfermedad? 8. Indique el nombre de su E.P.S. 8. Indique el nombre, dirección y ciudad de la I.P.S. que lo attende regularmente 6. Indique el nombre, dirección y ciudad de su médica habitual 6. Indique el nombre, dirección y ciudad de su médica habitual 6. Indique el nombre, dirección y ciudad de su médica pabitual 6. Indique el nombre, dirección y ciudad de la l.P.S. que la dire	De un informe detallade de los hechos Penna folde, valoración	de la EPS F	auisana
3. Si es enfermedad; en que fecha se iniciaron los sintomas? En qué fecha consultó por primera vez a un medico en relación con su enfermedad? A. Fecha de diagnóstico por un medico B. Circo antecedentes del asegurado L'inguno Unica, mende Armitis Reumantolos. Tiempo de evolución de esta enfermedad L'inguno Unica, mende Armitis Reumantolos. Tiempo de evolución: Tiem	Tenso Hitillis leconiceistes of occurrence	ma to	1154569
4. Fecha de diagnástico por un médico CO CO Como antecedentes del asegurado L'INDURO UNICA MENTE ANTIS REMINADORE Tiempo de evolución: 7. ¿Esta recibiendo tratamiento por esta enfermedad ? SIO NOO Si su respuesta es afirmativa, indique cual CO C			
4. Fecha de diagnostico por un medico 6. Otros antecedentes del asegurado 10 A A CO 8. Otros antecedentes del asegurado 10 A A CO 8. Otros antecedentes del asegurado 10 A A CO 8. Otros antecedentes del asegurado 10 A A CO 8. Otros antecedentes del asegurado 11. Desta recibiendo tratamiento por esta enfermedad? Si No 8. Indique el nombre de su E.P.S. 9. Indique el nombre de su E.P.S. 9. Indique el nombre, dirección y Ciudad de la I.P.S. que lo atiende regularmente 10. Indique el nombre, dirección y ciudad de su médica habitual 10. Indique el nombre, dirección y ciudad de su médica habitual 10. Indique los médicos o especialistas que ha consultado en relación con su enfermedad o accidente: Nombre 11. Indique los médicos o especialistas que ha consultado en relación con su enfermedad o accidente: Nombre 12. A A CARRILLO 13. A LENANDEZ 14. CIUdad 16. Teléfono 17. Si fue tratado en un Centro Hospitalario Indique: 18. Nombre del Centro Hospitalario 19. MM AAAA DD MM AAAA 10. DD MM AAAA DD MM AAAA	3. Si es enfermedad: ¿en qué fecha se iniciaron los síntomas? En qué fecha consultó por prim	nera vez a un médico en relacio	n con su entermedad r
8. Indique el nombre de su E.P.S. 8. Indique el nombre de su E.P.S. 9. Indique el nombre de su E.P.S. 10. Indique el nombre, dirección y ciudad de la I.P.S. que lo atiende regularmente CATAL TROBESTA 10. Indique el nombre, dirección y ciudad de su médica habitual CONTRA DESCRIPCIÓN DE CONTROLOS DE CONTRO		- 60.7	
Es afiliado Beneficiario O Si su respuesta es afirmativa, indique cual Corricción Si su respuesta es afirmativa, indicado Si su respuesta es afirmativa, indicado Si su respuesta es afirmativa, indicado Si su respuesta es afirmativ			
Tiempo de evolución: 7. ¿Esta recibiendo tratamiento por esta enfermedad? Si® NoO Si su respuesta es afirmativa, indique cual Corrección Si su respuesta es afilidad Si	6. Otros antecedentes del asegurado	,	
7. ¿Esta recibiendo tratamiento por esta enfermedad? Sión No O Si su respuesta es afirmativa, indique cual Cortico i des Si su respuesta es afirmativa, indique cual cual Cortico i des Si su respuesta es afirmativa, indique cual cual cual cual cual cual cual cual	Ninguno Unicamente Artritis Reomatois	Je	
8. Indique el nombre de su E.P.S. Fame Sanar V 9. Indique el nombre dirección y Ciudad de la I.P.S. que lo atiende regularmente CATA M FIOLESTA 10. Indique el nombre, dirección y ciudad de la I.P.S. que lo atiende regularmente CATA M FIOLESTA 10. Indique el nombre, dirección y ciudad de su médica habitual La Hara D 11. Indique los médicos o especialistas que ha consultado en relación con su enfermedad o accidente: Nombre Especialidad Teléfono Dirección Ciudad Teléfono 12. Si fue tratado en un Centro Hospitalario Dirección Dirección Ciudad Teléfono Ciudad Teléfono Pecha de Ingreso Fecha de Ing	Tiempo de evolución:		TAN THE STATE OF
8. Indique el nombre de su E.P.S. Familisación y Ciudad de la I.P.S. que lo atiende regularmente CATA M FIORESTA BOGOTA 10. Indique el nombre, dirección y ciudad de la I.P.S. que lo atiende regularmente CATA M FIORESTA BOGOTA 11. Indique el nombre, dirección y ciudad de su médica habitual La Hara do Bosota Cata Forda Bosota Cata Bosota Cata Forda Bosota Cata Bosota Cata Forda Bosot	The third desirate new cate automodad 2 Sim No		
8. Indique el nombre de su E.P.S. 9. Indique el nombre, dirección y Ciudad de la I.P.S. que lo atiende regularmente CATA A FLORESTA BOGOTA 10. Indique el nombre, dirección y ciudad de su médica habitual CATA A FLORESTA BOGOTA 11. Indique los médicos o especialistas que ha consultado en relación con su enfermedad o accidente: Nombre Especialidad Nedora BOTER STA CIUdad Teléfono Fecha de Ingreso Fecha de Salida Dirección Ciudad Teléfono Ciudad Teléfono Fecha de Ingreso Fecha de Salida Dirección Ciudad Teléfono Fecha de Ingreso Fecha de Salida Dirección Ciudad Teléfono Fecha de Ingreso Fecha de Salida Dirección			
9. Indique el nombre, dirección y Ciudad de la I.P.S. que lo atiende regularmente CAFA M FIORESTA BOGOTA 10. Indique el nombre, dirección y ciudad de su médico habitual Combre, de combre, dirección y ciudad de su médico habitual Combre, de combre, dirección y ciudad de su médico habitual Combre, de combre, dirección y ciudad de su médico habitual Combre, de combre, dirección y ciudad de su médico habitual Combre, de combre, dirección y ciudad de su médico habitual Combre, de combre, dirección y ciudad de su médico habitual Combre, de combre, dirección y ciudad de su médico habitual Combre, de combre, dirección y ciudad de su médico habitual Combre, de combre, dirección y ciudad de su médico habitual Combre, de combre, dirección y ciudad de su médico habitual Combre, de combre, dirección y ciudad de su médico habitual Combre, de combre	Si su respuesta es afirmativa, moique cual		
9. Indique el nombre, dirección y Ciudad de la I.P.S. que lo atiende regularmente CAFA M FIORESTA BOGOTA 10. Indique el nombre, dirección y ciudad de su médico habitual Combre, de combre, dirección y ciudad de su médico habitual Combre, de combre, dirección y ciudad de su médico habitual Combre, de combre, dirección y ciudad de su médico habitual Combre, de combre, dirección y ciudad de su médico habitual Combre, de combre, dirección y ciudad de su médico habitual Combre, de combre, dirección y ciudad de su médico habitual Combre, de combre, dirección y ciudad de su médico habitual Combre, de combre, dirección y ciudad de su médico habitual Combre, de combre, dirección y ciudad de su médico habitual Combre, de combre, dirección y ciudad de su médico habitual Combre, de combre, dirección y ciudad de su médico habitual Combre, de combre	a testing of a subset of an E OC		
9. Indique el nombre, dirección y Ciudad de la I.P.S. que lo atiende regularmente CATAL FIOLESTA BOCOTA 10. Indique el nombre, dirección y ciudad de su médica habitual GONA FIRCAD BOSOTA 11. Indique los médicos o especialistas que ha consultado en relación con su enfermedad o accidente: Nombre Especialidad Fecha de Ingreso Fecha de Salida Dirección Dirección Dirección Ciudad Teléfono		Es afiliado	Beneficiario (
10. Indique el nombre, dirección y ciudad de su médico habitual Como de la consultada de su médico habitual Como de la consultada de su médico habitual Como de la consultada de nerelación con su enfermedad o accidente: Nombre Especialidad Teléfono Ciudad Teléfono	9. Indique el nombre, dirección y Ciudad de la I.P.S. que lo atiende regularmente		
11. Indique los médicos o especialistas que ha consultado en relación con su enfermedad o accidente: Nombre Especialidad CARRILLO Dirección Nombre BUAN HENANDEZ Dirección Ciudad Ciudad Teléfono Dirección Ciudad Teléfono Ciudad Teléfono Ciudad Teléfono Dirección Ciudad Teléfono Teléfono Ciudad Teléfono	CATAM FIORESTA BOGOTA		
11. Indique los médicos o especialistas que ha consultado en relación con su enfermedad o accidente: Nombre Especialidad CUA HARGAR A CARRILLO Dirección Ciudad Ciudad Ciudad Teléfono Dirección Ciudad Teléfono Ciudad Dirección Ciudad Teléfono	10. Indique el nombre, dirección y ciudad de su médico habitual	¿Desde hace cuánto tie	mpo?
Nombre Especialidad CNA HARGAR A CARRILLO Dirección Nombre Especialidad Ciudad Ciudad Ciudad Especialidad Ciudad Ci	660 trado Bosota Cafam Flores		NOS.
Dirección PREDICO DITERNISTA Dirección Nombre Dirección Dirección Ciudad Dirección Ciudad Ciudad Teléfono	11. Indique los médicos o especialistas que ha consultado en relación con su enfermedad o	accidente:	
Dirección PRE 13 # 48 - 47 Nombre Especialidad Dirección Ciudad Ciudad Teléfono Ciudad Teléfono Ciudad Teléfono Ciudad Teléfono 12. Si fue tratado en un Centro Hospitalario indique: 1. Nombre del Centro Hospitalario Dirección Ciudad Fecha de Ingreso Ciudad Teléfono Ciudad Teléfono Prección Ciudad Teléfono Prección Ciudad Teléfono			
Nombre Section Society Societ	LUA MARGARMA CARRILLO	MEDICO IN	STERNISTA
Nombre Byth Heliapide Cludad Cludad Teléfono	Dirección 1290 12 11/10 112		
Dirección CII 69 # 10 - 2 -) 12. Si fue tratado en un Centro Hospitalario Indique: 1. Nombre del Centro Hospitalario Dirección Ciudad Fecha de Ingreso Fecha de Salida Dirección Ciudad Teléfono	Nombre	D06014	50++011
Dirección Ciudad Teléfono Ciudad Teléfono Ciudad Teléfono 12. Si fue tratado en un Centro Hospitalario Indique: 1. Nombre del Centro Hospitalario Dirección Ciudad Teléfono			CRETO
12. Si fue tratado en un Centro Hospitalario Indique: 1. Nombre del Centro Hospitalario Dirección Ciudad Fecha de Ingreso Ciudad Fecha de Ingreso Ciudad Teléfono C. Nombre del Centro Hospitalario Fecha de Ingreso Fecha de Salida DD MM AAAA			
12. Si fue tratado en un Centro Hospitalario Indique: 1. Nombre del Centro Hospitalario Dirección Cludad Fecha de Ingreso Fecha de Salida Cludad Teléfono Pirección Cludad Fecha de Ingreso Fecha de Salida DD MM AAAA	A FI CA		
1. Nombre del Centro Hospitalario Fecha de Ingreso Dirección Cludad Fecha de Ingreso Cludad Teléfono Pecha de Ingreso Fecha de Salida DD MM AAAA		MACH	2132074973
Dirección Cludad Clu			
2. Nombre del Centro Hospitalario Fecha de Ingreso Fecha de Salida DD MM AAAA DD MM AAAA	1. Nombre del Centro Hospitalario	Fecha de Ingreso	Fecha de Salida
2. Nombre del Centro Hospitalario Fecha de Ingreso Fecha de Salida DD MM AAAA DD MM AAAA		DD MM AAAA	The state of the s
DD MM AAAA DD MM AAAA	Direction	Ciudad	The state of the s
DD MM AAAA DD MM AAAA	Nombra del Centro Hospitalario		
Dirección	z. Nombre del Centro nospitalario	THE CONTROL OF THE PROPERTY OF THE PARTY AND	Fecha de Salida
Cludad Teléfono	Dirección	THE RESERVE TO SHARE THE PARTY OF THE PARTY	DD MM AAA
	Direction	Cludad	Teléfono