

Bogotá D.C., 8 de noviembre de 2024

Señores

CLINICAS Y/U HOSPITALES

Estadística y/o Archivo

Ciudad

ASUNTO:	SOLICITUD	HISTORIA CLINICA
REFERENCIA:	ASEGURADO	LINNA MARCELA CAMPO URIBE
	RECLAMO	OIV-125278-1

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 **LINNA MARCELA CAMPO URIBE** identificada con Cédula de Ciudadanía No. **1065825145** 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 6 de noviembre de 2024

Señores

ATD LTDA.

Atn. Sra. Idaly Perdomo

Ciudad.

Referencia	:	INVESTIGACION	:	GRUPO
		ASEGURADO	:	LINNA MARCELA CAMPO URIBE
		CEDULA CIUDADANIA	:	1065825145
		RECLAMO	:	35260000016
		CONSECUTIVO	:	OIV-125278-1

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 18 DE NOVIEMBRE 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
Linna Marcela Compo Uribe		1065825145
Edad	Dirección actual	Ciudad
28	Diagonal 14 #153B-10 Torre Apto 906 Conj. Baranpa	Floridablanca
Ocupación habitual	En caso de fallecimiento, edad al morir	
Enfermera		
Amparo por el que desea reclamar		
Vida <input type="radio"/> Rentas <input type="radio"/> Incapacidad total y permanente <input checked="" 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	Floridablanca - Santander - Clínica Foscal	01/10/2024
Dé un informe detallado de los hechos: Ingreso al Servicio de Urgencias Clínica Foscal con cuadro de 2 días episodios febriles, dolor abdominal, pos en dienes, mareo, náuseas en postoperatorio. No pancreatocotomía por masa cota del páncreas.		

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?
10-08-2024	10-08-24
4. Fecha de diagnóstico por un médico	5. Tiempo de evolución de esta enfermedad
11/08/2024	Hallazgo incidental
6. Otros antecedentes del asegurado	
Litiasis renal	
Tiempo de evolución: 4 años	

7. ¿Esta recibiendo tratamiento por esta enfermedad?	Si <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/>
Si su respuesta es afirmativa, indique cual Analgésico: Paracetamol 75mg - Acetaminofen + Hidrocodona	

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

Nueva EPS	Es afiliado <input type="radio"/> Beneficiario <input type="radio"/>
-----------	----------------------------------------------------------------------

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

Clinica Foscal Calle 155A #23-60 Floridablanca - Santander

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
Jorge Andres Becerra	Cirujia Hepato Pancreato Bilia.
Dirección	Ciudad
	Floridablanca
	Teléfono
	3043815381

Nombre	Especialidad
Hector Julio Amaya Santiago	Infectología Médica
Dirección	Ciudad
	Floridablanca
	Teléfono

12. Si fue tratado en un Centro Hospitalario indique:

1. Nombre del Centro Hospitalario	Fecha de Ingreso	Fecha de Salida
Clinica Foscal	01/10/2024	11/10/2024
Dirección	Ciudad	Teléfono
Calle 155A #23-60	Floridablanca	6077008000
2. Nombre del Centro Hospitalario	Fecha de Ingreso	Fecha de Salida
	DD MM AAAA	DD MM AAAA
Dirección	Ciudad	Teléfono

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

13. ¿Tratamientos Pendientes? SI ☒ No ☐

Tratamientos Quirúrgicos (Detallar)

Tratamientos Médicos (Detallar)

Cita control Cirugía Hepatobiliar

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
Nash Campo Campo	Hijo	1045848641	linnacambo11@gmail.com	Nash Campo
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	Linna Marcela Campo Uribe	Teléfono	3168888174
Dirección	Diagona 19 #153B-10 Apto 906 Torre 2 Conjunto Beranoel	Ciudad	Floridablanca - Santander
Correo electrónico	linnacambo11@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

linnacambo11@gmail.com

Lugar y Fecha Floridablanca 04 Noviembre 2024



Huella

Linna M. Campo Uribe

Firma del Asegurado

C.C. No. 1065825145

Firma del Beneficiario reclamante

C.C. No.

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.065.825.145**

CAMPO URIBE

APELLIDOS

LINNA MARCELA

NOMBRES

Linna M. Campo U.
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **11-JUN-1996**
VALLEDUPAR
(CESAR)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.55

ESTATURA

O-

G.S. RH

F

SEXO

17-JUN-2014 VALLEDUPAR

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sánchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



P-1200100-00596795-F-1065825145-20140708

0039134524A 1

42069664

REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL