

Bogotá D.C., 3 de diciembre de 2024

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

ASUNTO: SOLICITUD HISTORIA CLINICA

REFERENCIA: ASEGURADO DIANA PATRICIA ACONCHA

*RECLAMO OIV-125296-1* 

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 **DIANA PATRICIA ACONCHA** identificada con Cédula de Ciudadanía No. **40217434** 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

> Calle 98 # 68 – 63 Maderos de la Floresta Torre 3 Oficina 302, Bogotá D.C. Teléfono 5972019 Celular 313 6187278 - 310 3110071

e-mail: analistas.siniestros@gmail.com – analistas.siniestros@atdltda.com Bogotá D.C. – Cali – Pasto – Neiva – Medellín – Barranquilla – Bucaramanga



Bogotá D.C 2 de diciembre de 2024

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

Referencia: INVESTIGACION: GRUPO

ASEGURADO : DIANA PATRICIA ACONCHA

REGISTRO CIVIL : 40217434 RECLAMO : 26900000800 CONSECUTIVO : OIV-125296-1

## Solicitamos a ustedes realizar:

Agradecemos su colaboración.

| _x _<br><br> | INVESTIGACION COMPLETA INVESTIGAR HISTORIA ANTECEDENTES PENALES VERIFICACIÓN CALIFICACION RENUNCIA PROTOCOLARIA |
|--------------|---|
| Para efec    | to adjuntamos:  |
|              | FOTOCOPIA DE LA POLIZA<br>REGISTRO CIVIL DE DEFUNCION<br>FORMULARIO DECLARACIÓN DEL MÉDICO<br>OTROS             |
| OBSERVA      | ACIONES:  |
| EL PLAZO     | MAXIMO DE ENTREGA DEL INFORME SOLICITADO 11 DE DICIEMBRE 2024   |

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   |
| Utana Patricta Acancha   | 40217434   |
| 2 Industrial Transfer of the Industrial Transfer |  |
| Cycupación habitual En caso de fallecimient  | to, edad al morir  |
|  |  |
| Vid. 0 - 1 - 0   | dentes Personales O Gastos Médicos O   |
| 2. Detailes del accidente, enfermedad o fallecimiento ES INDISPENSABLE ADJUNTAR HISTO  | DRIA CLÍNICA Y EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO.  |
| Causa Lugar  | Fecha IV COUL  |
| T VINCOIL O ICIO   |  |
| 3 atos de lensación de farestestas en hemicara 12 guedos y sampolencia, por lo que en sitio (Sensmatratorse de ECV por lo que hospitalizan pava do   | tguteda cusacido cuhamifue<br>dica:) consideran podifici.<br>de manero   |
| 3. SI es enfermedad: ¿en qué fecha se iniciaron los síntomas? En qué fecha consultó por primera  | a vez a un médico en relación con su enfermedad?   |
|  | 2. <del>4</del>  |
| 4 01 2024  | animanda dike 1966 in dia dia dia dia manda dia manda dia manda dia manda dia manda. Ilay mpika mandaka dia ma<br>I  |
|  |  |
| - mgano  |  |
|  |  |
| Tlempo de evolución:   |  |
| 7. ¿Esta recibiendo tratamiento por esta enfermedad ? SIØ NoO  | del diagnostro ECV   |
| 7. ¿Esta recibiendo tratamiento por esta enfermedad ? SIØ NoO Si su respuesta es afirmativa, indique cual PAVTO de ISO/AAA. despuesta 8. Indique el nombre de su E.P.S.  |  |
| 7. ¿Esta recibiendo tratamiento por esta enfermedad ? SIØ NoO Si su respuesta es afirmativa, índique cual PAVIO de ISO/14AA. despue  | del dicignostro ECS  Es afiliado Q. Beneficiario O   |
| 7. ¿Esta recibiendo tratamiento por esta enfermedad? SIO NoO Si su respuesta es afirmativa, indique cual PAVIO de ISA/14AA. des purios se la   | Es afiliado ❷, Beneficiario ○  |
| 7. ¿Esta recibiendo tratamiento por esta enfermedad? SIO NoO Si su respuesta es afirmativa, indique cual PAVIO de ISA/14A. DESPUE  8. Indique el nombre de su E.P.S.  201140 9. Indique el nombre, dirección y Ciudad de la I.P.S. que lo atiende regularmente  C1 44 # 33 5 - S1. Canto Motico VIICIMORGO EPS  10. Indique el nombre, dirección y ciudad de su médico habitual  | Es afiliado Q. Beneficiario O  Sanitol Banio (os Pino)  ¿Desde hace cuánto tiempo?   |
| 7. ¿Esta recibiendo tratamiento por esta enfermedad? SIO NoO Si su respuesta es afirmativa, indique cual PAYIO de GALTAN. DESPUE  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  CI 44 # 33 b - SI. Conto Modico VIICIACIO EPS  10. Indique el nombre, dirección y ciudad de su médico habitual  11. Indique los médicos o especialistas que ha consultado en relación con su enfermedad o accionombre.   | Es afiliado Q. Beneficiario O  Sanitol Banio (os Pino)  ¿Desde hace cuánto tiempo?   |
| 7. ¿Esta recibiendo tratamiento por esta enfermedad? SIØ NoO Si su respuesta es afirmativa, indique cual PAVIO de ISA/4AA. DESPARA  8. Indique el nombre de su E.P.S.  20140.  9. Indique el nombre, dirección y Ciudad de la I.P.S. que lo atiende regularmente  C(1 44 # 33 b - SI. Centro Matico VIII (MATA) EPS  10. Indique el nombre, dirección y ciudad de su médico habitual  11. Indique los médicos o especialistas que ha consultado en relación con su enfermedad o acconombre  Nombre  Pobaro Mario Orlega VIII de Control Contro | Es afiliado Q. Beneficiario O  QNÍCI BONTO OS PINO  ¿Desde hace cuánto tiempo?  cidente:  Especialidad  NEWO OS U  |
| 7. ¿Esta recibiendo tratamiento por esta enfermedad ? SIØ NoO  Si su respuesta es afirmativa, indique cual PAVIO de ISA/TAN. DESPUE  8. Indique el nombre de su E.P.S.  SANTAL.  9. Indique el nombre, dirección y Ciudad de la I.P.S. que lo atiende regularmente  CI 44 # 33 b - SI. Contro Matico Villumana EPS  10. Indique el nombre, dirección y ciudad de su médico habitual  11. Indique los médicos o especialistas que ha consultado en relación con su enfermedad o acconombre  Nombre  Pobarto Mario Ortega Villaba  Dirección  Ciudad de su medicos o especialistas que ha consultado en relación con su enfermedad o acconombre  Pobarto Mario Ortega Villaba  Dirección  Ciudad de su medicos o especialistas que ha consultado en relación con su enfermedad o acconombre  Pobarto Mario Ortega Villaba  Dirección  Ciudad de su medicos o especialistas que ha consultado en relación con su enfermedad o acconombre  Pobarto Mario Ortega Villaba  Ciudad de su medicos o especialistas que ha consultado en relación con su enfermedad o acconombre  Pobarto Mario Ortega Villaba  Dirección  Ciudad de su medicos o especialistas que ha consultado en relación con su enfermedad o acconombre  Pobarto Mario Ortega Villaba  Ciudad de su medicos o especialistas que ha consultado en relación con su enfermedad o acconombre  Pobarto Mario Ortega Villaba  Dirección  Ciudad de su medicos o especialistas que ha consultado en relación con su enfermedad o acconombre  Pobarto Mario Ortega Villaba  Ciudad de su medicos o especialistas que ha consultado en relación con su enfermedad o acconombre  Pobarto Mario Ortega Villaba  Ciudad de su medicos o especialistas que ha consultado en relación con su enfermedad o acconombre de su medicos de su medicos en relación con su enfermedad de su medicos de su medicos en relación con su enfermedad de su enfermedad de su enfermedad de su enfermedad de su | Es afiliado Q. Beneficiario O  CINTO BONTO OS PINO ¿Desde hace cuánto tiempo?  cidente:  Especialidad  Newoog U  idad  Teléfono  |
| 7. ¿Esta recibiendo tratamiento por esta enfermedad? SIØ NoO Si su respuesta es afirmativa, indique cual PAVIO de ISA/4AA. des pust  8. Indique el nombre de su E.P.S.  2011401.  9. Indique el nombre, dirección y Ciudad de la I.P.S. que lo atiende regularmente  Cr 44 # 33 b - S1. Centro Matico VIII (UMENGO EPS)  10. Indique el nombre, dirección y ciudad de su médico habitual  11. Indique los médicos o especialistas que ha consultado en relación con su enfermedad o acconombre  Roberto Mario Ortega Villaba  Dirección  Ciu Nombre  | Es afiliado Q. Beneficiario O  Anítol Banio (as Pino) ¿Desde hace cuánto tiempo?  cidente:  Especialidad  Newolog U idad Teléfono  Especialidad  Especialidad  Teléfono  Especialidad  |
| 7. ¿Esta recibiendo tratamiento por esta enfermedad? SIØ NoO  Si su respuesta es afirmativa, indique cual PAVIO de ISA/TAN. DESPUES  8. Indique el nombre de su E.P.S.  SANTAD.  9. Indique el nombre, dirección y Ciudad de la I.P.S. que lo atiende regularmente  CIT 44 # 33 b - SI. Contro Matico Villamano EPS  10. Indique el nombre, dirección y ciudad de su médico habitual  11. Indique los médicos o especialistas que ha consultado en relación con su enfermedad o acconombre  Robarto Mario Ortega Villaba  Dirección  CIU 35 # 36-10-26/36 PISO 3 Partal Alto Villamano  Nombre  Escolar Mario Laura Camila   | Es afiliado Q. Beneficiario O  Canífel Banio (os Pino) ¿Desde hace cuánto tiempo?  cidente:  Especialidad  Newolog U idad Teléfono il Canco (305.281,000) Especialidad  Mediana de Urgenary  |
| 7. ¿Esta recibiendo tratamiento por esta enfermedad ? SIØ NoO  Si su respuesta es afirmativa, indique cual PAVIO de ISA/TAN. DESPAR  8. Indique el nombre de su E.P.S.  Sanital.  9. Indique el nombre, dirección y Ciudad de la I.P.S. que lo atiende regularmente  CIr 44 # 33 b - SI. Centro Matico Villumando EPS  10. Indique el nombre, dirección y ciudad de su médico habitual  11. Indique los médicos o especialistas que ha consultado en relación con su enfermedad o acconombre  Nombre  Pobaro Mario Ortega Villaba  Dirección  Ciudad de su médicos o especialistas que ha consultado en relación con su enfermedad o acconombre  Pobaro Mario Ortega Villaba  Dirección  Ciudad de su médicos o especialistas que ha consultado en relación con su enfermedad o acconombre  Pobaro Mario Ortega Villaba  Dirección  Ciudad de la I.P.S. que lo atiende regularmente  CI 44 # 33 b - SI. Centro Matico Villamando EPS  10. Indique el nombre, dirección y ciudad de su médico habitual  11. Indique los médicos o especialistas que ha consultado en relación con su enfermedad o acconombre  Pobaro Mario Ortega Villaba  Dirección  Ciudad de la I.P.S. que lo atiende regularmente  CI 44 # 33 b - SI. Centro Matico Villamando EPS  10. Indique el nombre, dirección y ciudad de la I.P.S. que lo atiende regularmente  CI 45 # 33 b - SI. Centro Matico Villamando EPS  10. Indique el nombre, dirección y ciudad de la I.P.S. que lo atiende regularmente  CI 45 # 33 b - SI. Centro Matico Villamando EPS  10. Indique el nombre, dirección y ciudad de la I.P.S. que lo atiende regularmente  CI 45 # 33 b - SI. Centro Matico Villamando EPS  10. Indique el nombre, dirección y ciudad de la I.P.S. que lo atiende regularmente  CI 45 # 33 b - SI. Centro Matico Villamando EPS  10. Indique el nombre, dirección y ciudad de la I.P.S. que lo atiende regularmente  CI 47 # 33 b - SI. Centro Matico Villamando III # 30 # 30 # 30 # 30 # 30 # 30 # 30  | Es afiliado Q. Beneficiario O  Canífol Banio (os Pino) ¿Desde hace cuánto tiempo?  cidente:  Especialidad  Newolog U idad Teléfono illaucenco 305.281000 Especialidad  Mediana de Urgenau idad Teléfono  |
| 7. ¿Esta recibiendo tratamiento por esta enfermedad? SIØ NoO Si su respuesta es afirmativa, indique cual PATO de ISA/TAN. DESPAT  8. Indique el nombre de su E.P.S.  2017 10.  9. Indique el nombre, dirección y Ciudad de la I.P.S. que lo atiende regularmente  C1 44 # 33 b - S1. Centro Matico VIII (VICENCIO EPS)  10. Indique el nombre, dirección y ciudad de su médico habitual  11. Indique los médicos o especialistas que ha consultado en relación con su enfermedad o accionado de la I.P.S. que lo atiende regularmente  C1 44 # 33 b - S1. Centro Matico VIII (VICENCIO EPS)  10. Indique el nombre, dirección y ciudad de su médico habitual  11. Indique los médicos o especialistas que ha consultado en relación con su enfermedad o accionado de la I.P.S. que lo atiende regularmente  C10 35 # 36-10-26/36 PTSO 3 PATA Alto VIII (VICENCIO)  Nombre  ESCONO MORO LOUA CAMITA  Dirección Ciu  | Es afiliado Q. Beneficiario O  Canifol Banio (os Pino) Desde hace cuánto tiempo?  Cidente:  Especialidad  Newolog U  Cidad Teléfono  Especialidad  Medicino de Urgencio  dad Teléfono  |
| 7. ¿Esta recibiendo tratamiento por esta enfermedad? SIO NoO  Si su respuesta es afirmativa, indique cual PATO de locartan. despuar  8. Indique el nombre de su E.P.S.  2011 (1).  9. Indique el nombre, dirección y Ciudad de la I.P.S. que lo atiende regularmente  Cr 44 # 33 b - S1. Centro Madico Villamana EPS  10. Indique el nombre, dirección y ciudad de su médico habitual  11. Indique los médicos o especialistas que ha consultado en relación con su enfermedad o accionombre  Roberto Mario Orlega Villaba  Dirección  Ciu 35 # 36-10-26/36 PISO 3 Bartal Alto Villamana  Nombre  Exoberto Mario Lawa Camila  Dirección  Ciu Sevimpata.  12. Si fue tratado en un Centro Hospitalario indique:  1. Nombre del Centro Hospitalario  | Es afiliado Ø. Beneficiario O  Cantel Banto (a) Pino  ¿Desde hace cuánto tiempo?  Lidente:  Especialidad  Newolog U  dad Teléfono  ILAUCENCIO 305.281 (000)  Especialidad  Mestana de Ugencia  dad Teléfono  Teléfono  Teléfono  Teléfono  Fecha de Ingreso Fecha de Salida  |
| 7. ¿Esta recibiendo tratamiento por esta enfermedad? SIØ NoO Si su respuesta es afirmativa, indíque cualENTOdeISA/IANdespace 8. Indique el nombre de su E.P.S  | Es afiliado Q. Beneficiario O  Control Banto (os Pino) Desde hace cuánto tiempo?  Cidente:  Especialidad  Newrolog U  Cadad Teléfono  INCUCENCIO 30.281000  Especialidad  Mestana de Urgenaru  Indad Teléfono  INCUTTENCIO  Fecha de Ingreso Fecha de Salida  14 01 2024 15 01 2024  |
| Nombre complete del Asegurado  Cédula  Ciuno  Cano  Cano  Cano  Cano  Cano  Ciundo  Ci |  |
| 7. ¿Esta recibiendo tratamiento por esta enfermedad? SIO NOO  Si su respuesta es afirmativa, indique cual PATO de locartan. despuar  8. Indique el nombre de su E.P.S.  2011 (1).  9. Indique el nombre, dirección y Ciudad de la I.P.S. que lo atiende regularmente  Cr 44 # 33 b - S1. Contro Modico Villamana EPS  10. Indique el nombre, dirección y ciudad de su médico habitual  11. Indique los médicos o especialistas que ha consultado en relación con su enfermedad o accionombre  Roberto Mario Orlega Villaba  Dirección Ciu  CII 35 # 36-10-26/36 PISO 3 bartal Alto Villamana  Nombre  Escolar Mario Lawa Camila  Dirección Ciu  Escolar Mario Lawa Camila  Dirección Ciu  20. Si fue tratado en un Centro Hospitalario indique:  1. Nombre del Centro Hospitalario   | Es afiliado Q. Beneficiario O  Canifol Banio (a) Pinou Desde hace cuánto tiempo?  Cidente:  Especialidad  NOVO OS U Teléfono Especialidad  MATGINA DE UGENCIO  Teléfono  Teléfono  Teléfono  Fecha de Ingreso Fecha de Salida  14 OL 2024 15 OL 2024  Cludad Teléfono  VINCUCACIO 66 44 00  Fecha de Ingreso Fecha de Salida |
| 7. ¿Esta recibiendo tratamiento por esta enfermedad? SIØ NoO Si su respuesta es afirmativa, indique cualENTIOdeISA/IAN   | Es afiliado Q. Beneficiario O  Canifol Banio (a) Pinou Desde hace cuánto tiempo?  Cidente:  Especialidad  Newolog U Cadad Teléfono  Especialidad  Mediana de Urgenaru Cidad Teléfono  Teléfono  Teléfono  Fecha de Ingreso Fecha de Salida  14 01 2024 15 01 2024  Ciudad Teléfono  Villautana 66144 00                      |

Compañía de Seguros Bolívar S.A. • Nit. 860.002.503-2 Avenida el Dorado No. 68B-31, piso 10 • Tel: #322 Bogotá D.C., Colombia • www.segurosbolivar.com

| Tratamientos Quirúrgicos (Detallar )              |                       |  |   |                          |
|---|-----------------------|--|---|--------------------------|
| Tratamientos Médicos (Detallar)                   |                       |  |   |                          |
| Rehabilitación (Detallar)<br>FAMISTON Q FISTOTA P | ora man               | ଣ <u>୍</u>   |   |                          |
| 4. ¿Actualmente se encuentra trabajando Si∰ NoO   | ? Si no esta tra      | bajando, ¿hace cuánto ti   | empo no trabaja?  | 146 , 3                  |
| 5. En caso de reclamación por fallecimie          | nto, diligenciar      | :  |   |                          |
| BENEFICIARIOS                                     | Parentesco            | Cédula   | Correo Electrónico  | Firma                    |
| Yebinlan Garau Acarchel                           | hijo                  | 11.007 426 381   | ! hellencelesie 1220201869m   | alcon.                   |
| . Nombre<br>Wlissa Suaza Acarchal                 | Parentesco Parentesco | Cédula<br>11.121.843.347<br>Cédula   | Correo Electrónico Hollanderlepzonol&agraila                        | Firma<br>Firma           |
| Nombre Laury Softa Accorcha Nombre                | hija<br>Parentesco    | and the state of t | Correo Electrónico  hellencely)e122008697771.ca  Correo Electrónico | was discounted           |
| Liam Smith. Surta 1                               | MIJO<br>Parentesco    | \.234.683.   | helanelgienzonosegmaila   | francisco moneral desira |
| Jesus Felipe Cardoa A. l                          | MJO.                  | The same of the sa | Indlancelate 2020/8 Germailer                                       |                          |
| 6. Envio de correspondencia. Favor indic          | ar el lugar de e      | nvío de correspondencia  |   |                          |
| Nombre Drang Pottricka Acarcha                    |                       |  | Teléfono<br>313844749C<br>Cludad                                    | ,                        |
| Dirección M28 (Wa 11 VIII) Correo electrónico     | a dulta               | <b>6</b>   | Villavicencio   |                          |
| a conchadiana 820g                                | mail.com              | 1  |   |                          |

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 Lugar y Fecha



Huella

C.C. No. 40217 434 1/CiO

Firma del Beneficiario reclamante C.C. No.





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO VILLAVICENCIO (META)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.58

0+

F

ESTATURA

G.S. RH

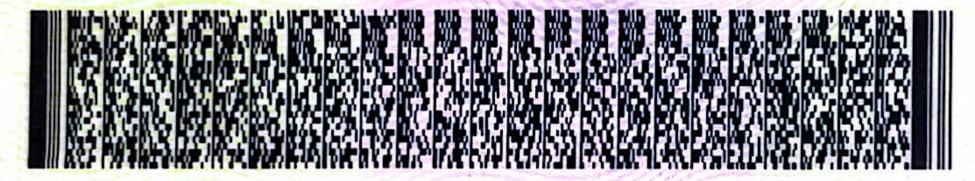
SEXO

07-MAR-1982

15-SEP-2000 VILLAVICENCIO

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL



P-5200100-00925105-F-0040217434-20170725

0056568967A 1

9910080793

TITTE A NICIONAL DEL ESTADO CIVIL