

Bogotá D.C. diciembre 03 de 2024

Señores
HOSPITALES, CLINICAS Y EPS
Ciudad.

REF: Solicitud: **COPIA DE HISTORIA CLINICA**
 Asegurado: **RAMIRO ALFONSO BUELVAS GAMARRA**


Respetados Señores:

Por medio de la presente nos permitimos solicitar de su valiosa colaboración para que nos expidan copia completa de la historia clínica correspondiente al señor **RAMIRO ALFONSO BUELVAS GAMARRA**, identificado con la cédula de ciudadanía No. **73.231.011**, de san Juan de Nepomuceno.

La anterior con el fin de continuar con el trámite de la presente reclamación que cursa en **SEGUROS BOLIVAR S.A.** donde el asegurado está solicitando indemnización por incapacidad total y permanente.

Agradezco de antemano la pronta y valiosa colaboración prestada.

Atentamente



JOSE IGNACIO LOAIZA CAPERA
Analista Externo de Seguros Bolívar S.A.
Cel. 320 923 78 75

Favor enviar respuesta a la calle 151 No. 109 A – 50 Casa 67 Tel. 601 551 51 31
barrio Suba de Bogotá, y/o a los correos electrónicos lm78ji79@gmail.com –
asigltda@hotmail.com





Bogotá, diciembre 02 de 2024

Señores
CLINICAS, HOSPITALES Y EPS
La Ciudad

Referencia

Asegurado: **RAMIRO ALFONSO BUELVAS GAMARRA**
Reclamo: **5130004615534**
Caso: **OVI-126129-1**

Cordial Saludo:

Por medio de la presente informamos que la firma **ASIG LTDA.** con **NIT. 830.116.042.** y su funcionario **JOSE IGNACIO LOAIZA CAPERA**, identificado con la cédula de ciudadanía No. 79.604.975. de Bogotá, están autorizados por **SEGUROS BOLIVAR S.A.** para tramitar y obtener copia de la historia clínica correspondiente al señor **RAMIRO ALFONSO BUELVAS GAMARRA**, identificado con cédula de ciudadanía **73.231.011.** quién está solicitando indemnización por incapacidad total y permanente.

No siendo otro al particular agradezco de antemano su pronta y valiosa colaboración prestada.

Cordialmente,

LINA MARIA AVILA M.
Coordinación Indemnizaciones Vida
COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A.
Gerencia de Operaciones
Indemnizaciones Seguros de Vida
LNSM

VIGILADO
SUPERINTENDENCIA FINANCIERA
DE COLOMBIA

Compañía da Seguros Bolívar S.A. • Nit 860.002.503-2
Av. El Dorado N.68 B-31 • Tel. #322 Bogotá, Colombia
www.segurosbolivar.com



1. Datos del Asegurado

Nombre y Apellidos completos		Cédula
Ramiro Alfonso Buelvas Gamarría		73231011
Edad	Dirección actual	Teléfono
43	Calle 42 B Sur N 72 C 05	3229537993
Ocupación habitual	En caso de fallecimiento, edad al morir	
desempleado		
Amparo por el que desea reclamar		
<input type="radio"/> 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"/> Hospitalización		

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		DD MM AAAA
Dé un informe detallado de los hechos: En el día 2023 tuve desprendimiento de retina donde me llevaron a la clínica para la pérdida total de mi ojo desde ese momento he estado con fisioterapia y tengo hinchazón me colocaron prótesis en mi ojo.		

3. 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

4. Datos para transferencia a nombre del Asegurado

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

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
Ramiro Alfonso Buelvas Gamarría	3229537993
Dirección	Ciudad
Calle 42 B Sur N 72 C 05	Bogotá
Correo electrónico	
labriapati12@hotmail.com	
Autorizo que las comunicaciones sean enviadas al correo electrónico: <input checked="" type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	

VERIFICADO

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.

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.

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

--	--	--	--	--	--

Lamiro Guevas

Asegurado o Beneficiario Reclamante

C.C. No. 7323 1011



Huella

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **73231011**

BUELVAS GAMARRA
APELLIDOS

RAMIRO ALFONSO
NOMBRES

Ramiro Buelvas

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **03-ENE-1980**

EL CARMEN DE BOLIVAR
(BOLIVAR)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.77
ESTATURA

A+
G.S. RH

M
SEXO

12-JUN-2000 SAN JUAN NEPOMUCENO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Ivan Duque Escobar
REGISTRADOR NACIONAL
IVAN DUQUE ESCOBAR



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **79.604.975**

LOAIZA CAPERA

APELLIDOS

JOSE IGNACIO

NOMBRES


FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **09-FEB-1972**

COYAIMA
(TOLIMA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.71

ESTATURA

O+

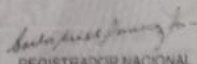
G.S. RH

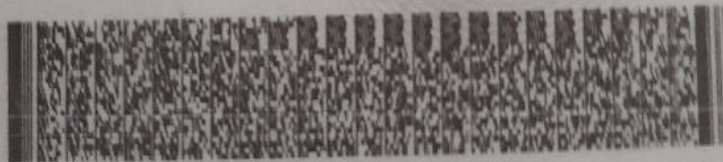
M

SEXO

19-OCT-1990 BOGOTA D.C

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION


REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



A-1500150-00252211-M-0079604975-20100825

0023563553A 1

1230918739