

Bogotá D.C. noviembre 27 de 2024

Señores  
**HOSPITALES, CLINICAS Y EPS**  
Ciudad.

**REF:**      *Solicitud:*      **COPIA DE HISTORIA CLINICA**  
                 *Asegurada:*      **DIANA ALEJANDRA VALDERRAMA ATUESTA**


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 a la señora **DIANA ALEJANDRA VALDERRAMA ATUESTA**, identificada con la cédula de ciudadanía No. **1.023.887.494**. de Bogotá.

La anterior con el fin de continuar con el trámite de la presente reclamación que cursa en **SEGUROS BOLIVAR S.A.** donde la asegurada 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](mailto:lm78ji79@gmail.com) –  
[asigltda@hotmail.com](mailto:asigltda@hotmail.com)**





Bogotá, noviembre 26 de 2024

Señores  
CLINICAS, HOSPITALES Y EPS  
La Ciudad

Referencia

Asegurada: **DIANA ALEJANDRA VALDERRAMA ATUESTA**  
Reclamo: **513204102907**  
Caso: **OVI-125766-1**

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 a la señora **DIANA ALEJANDRA VALDERRAMA ATUESTA**, identificada con cédula de ciudadanía **1.023.887.494.** 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





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	
Diana Alejandra Valderrama Apesta		1023887494	
Edad	Dirección actual	Ciudad	Teléfono
35	Calle 11 sur # 5-40	Bogotá	3123533030
Ocupación habitual		En caso de fallecimiento, edad al morir	
Enfermera			
Amparo por el que desea reclamar			
Vida <input type="radio"/> Renta <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"/>			

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	18-01-2024
Dé un informe detallado de los hechos:		
Carcinoma escamo celular de laringe con bx dd 17/06/24 confirmatoria, con múltiples cx. con quimioterapia		
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?		
Enero 2024 18-01-2024		
4. Fecha de diagnóstico por un médico 5. Tiempo de evolución de esta enfermedad		
30-01-2024 11 meses		
6. Otros antecedentes del asegurado		
Tiempo de evolución:		
7. ¿Esta recibiendo tratamiento por esta enfermedad? Si <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/>		
Si su respuesta es afirmativa, indique cual: Traqueostomía, quimioterapia, radioterapia, faringolaringectomía		
8. Indique el nombre de su E.P.S.		
Santa EPS		
9. Indique el nombre, dirección y ciudad de la L.P.S. que lo atiende regularmente		
INC Calle 1 # 4-85		
10. Indique el nombre, dirección y ciudad de su médico habitual		
¿Desde hace cuánto tiempo?		
11 meses		
11. Indique los médicos o especialistas que ha consultado en relación con su enfermedad o accidente:		
Nombre	Especialidad	
Leidy Laura Sanchez	Oncología	
Dirección	Ciudad	Teléfono
Calle 1 # 4-85	Bogotá	INC
Nombre	Especialidad	
Andrés Felipe Arcus	Cx cabeza y cuello	
Dirección	Ciudad	Teléfono
Calle 1 # 4-85	Bogotá	INC

12. Si fue tratado en un Centro Hospitalario indique:

1. Nombre del Centro Hospitalario	Fecha de Ingreso	Fecha de Salida
INC - Instituto Nacional de Cancerología	12-04-2024	DD MM AAAA
Dirección	Ciudad	Teléfono
Calle 1 # 4-85		
2. Nombre del Centro Hospitalario	Fecha de Ingreso	Fecha de Salida
	DD MM AAAA	DD MM AAAA
Dirección	Ciudad	Teléfono



13. ¿Tratamientos Pendientes? Si ☒ No ☐

Tratamientos Quirúrgicos (Detallar)

3. corrección de dehiscencia de laringe

Tratamientos Médicos (Detallar)

- Quimioterapia con Docetaxel - asplatin v 3 ciclos

Rehabilitación (Detallar)

- Radioterapia y cuidados paliativos

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
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

Diana Alejandra Valderrama

Teléfono

3123533030

Dirección

Cll 11 # 5-40 sur

Ciudad

Bogotá

Correo electrónico

diana10445@hotmail.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

diana10445@hotmail.com

Lugar y Fecha

11-11-2021 Bogotá



Huella

Firma del Asegurado

C.C.No. 1023887494

Firma del Beneficiario reclamante

C.C.No.

REPUBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACION PERSONAL  
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.023.887.494**  
**VALDERRAMA ATUESTA**

APELLIDOS  
**DIANA ALEJANDRA**

NOMBRES

  
FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO **10-AGO-1989**

**BOGOTA D.C**  
(CUNDINAMARCA)  
LUGAR DE NACIMIENTO

**1.60**  
ESTATURA

**O+**  
G.S. RH

**F**  
SEXO

**27-AGO-2007 BOGOTA D.C**  
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION



INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL  
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



A-1500150-00317004-F-1023887494-20110727 0027581624A 1 1541360656

REPUBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACION PERSONAL  
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **79.604.975**

**LOAIZA CAPERA**

APELLIDOS

**JOSE IGNACIO**

NOMBRES

  
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO  
**COYAIMA**  
(TOLIMA)

**09-FEB-1972**

LUGAR DE NACIMIENTO

**1.71**

**O+**

**M**

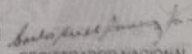
ESTATURA

G.S. RH

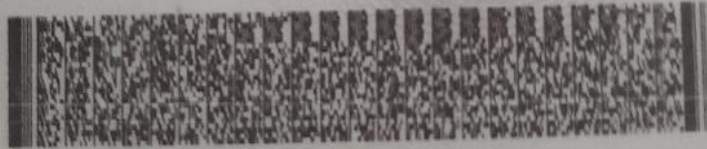
SEXO

**19-OCT-1990 BOGOTA D.C**

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

  
REGISTRADOR NACIONAL  
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

INDICE DERECHO



A-1500150-00252211-M-0079604975-20100825

0023563553A 1

1230918739