

Bogotá D.C., 2 de diciembre de 2024

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

<b>ASUNTO:</b>	<b>SOLICITUD</b>	<b>HISTORIA CLINICA</b>
<b>REFERENCIA:</b>	<b>ASEGURADO</b>	<b>GONZALO OSMA TRUJILLO</b>
	<b>RECLAMO</b>	<b>OIV-127429-1</b>

Como asesores externos de **SEGUROS BOLIVAR** muy comedidamente nos dirigimos a ustedes con el fin de solicitar **copia de la historia clínica COMPLETA**, correspondiente al señor **GONZALO OSMA TRUJILLO** identificada con Cédula de Ciudadanía No. **91228502** 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](mailto:analistas.siniestros@gmail.com) – [analistas.siniestros@atdltda.com](mailto:analistas.siniestros@atdltda.com)

Bogotá D.C. – Cali – Pasto – Neiva – Medellín – Barranquilla – Bucaramanga



Bogotá D.C 29 de noviembre de 2024

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

Referencia :	INVESTIGACION	: GRUPO
	ASEGURADO	: GONZALO OSMA TRUJILLO
	CEDULA CIUDADANIA	: 91228502
	RECLAMO	: 10600000017
	CONSECUITIVO	: OIV-127429-1

Solicitamos a ustedes realizar:

- 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

OBSERVACIONES:

EL PLAZO MAXIMO DE ENTREGA DEL INFORME SOLICITADO 10 DE DICIEMBRE 2024

Agradecemos su colaboración.

Asistente de Siniestros  
COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A.  
Departamento Nacional de Indemnizaciones de Vida



Póliza No.

Tomador COMSEVIAS S.A.S.	NIT 900.455.658	Clave intermediario 37039	Fecha de solicitud 04 09 2024
-----------------------------	--------------------	------------------------------	----------------------------------

**Datos generales del solicitante**

1er apellido OSMA	2do apellido TRUJILLO	Nombre(s) GONZALO			
Tipo y No. de documento C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> NIT <input type="radio"/>		Fecha de expedición 14 12 1981	Lugar de expedición BUCARAMANGA	Sexo M <input checked="" type="radio"/> F <input type="radio"/>	Fecha de nacimiento 29 07 1963
Lugar de nacimiento BUCARAMANGA	Nacionalidad COLOMBIANO	Estado civil Soltero <input checked="" type="radio"/>	Casado <input type="radio"/>	Separado <input type="radio"/>	Viudo <input type="radio"/>
E-mail gostma6329@gmail.com	Celular 3187604010	Teléfono residencia	Dirección residencia CL 9 # 11-48 APTO 201 VILLABEL		
Ciudad de residencia FLORIDABLANCA	Departamento SANTANDER	Dirección de correspondencia CL 9 # 11-48 APTO 201 VILLABEL			
Empresa donde trabaja COMSEVIAS S.A.S.	Cargo que desempeña DISEÑO				
Dirección de trabajo CRA 12 No. 57-71 ZONA INDUSTRIAL GIRON	Ciudad BUCARAMANGA	Teléfono 6759472			

¿Está su vida protegida por algún seguro, tal como Vida Individual, Accidentes Personales, Colectivo de vida? (Relacionelos)

Clase de seguro	Compañía	Póliza número	Valor asegurado
Amparos para el asegurado principal			
Vida		Edad 61	V/R Asegurado 40.000.000
Indemnización por Muerte Accidental y Beneficios por Desmembración			40.000.000
Incapacidad Total y Permanente			40.000.000
Enfermedades Graves			24.000.000
Últimos Gastos			4.000.000
Renta Diaria por Hospitalización			40.000
Renta Diaria por Incapacidad PostHospitalaria			
Bono			1.000.000

**Beneficiarios del seguro**

Nombres y Apellidos OLGA LUCIA OSMA TRUJILLO	Parentesco HERMANA	Calidad	Participación 100%

**Autorización de tratamiento de datos personales**

Ante Compañía de Seguros Bolívar S.A., Seguros Comerciales Bolívar S.A., Capitalizadora Bolívar S.A. (en adelante LAS COMPAÑIAS), declaro que: La falta de veracidad y exactitud de la información suministrada y consignada en este documento en todas sus partes será causal de nulidad del contrato de seguro (Artículos 1058 y 1158 del Código de Comercio), igualmente declaro haber entendido las condiciones generales de asegurabilidad tales como coberturas, exclusiones, valores asegurados, garantías u otros que haya a lugar.

Esta información forma parte integral del contrato de seguro. Conozco y doy fe que este documento servirá como base para el análisis en el momento de una indemnización, aceptación del riesgo en caso de requerirse y posterior emisión del seguro cuando haya valoración del riesgo. De conformidad con lo establecido en el artículo 34 de la Ley 23 de 1981, autorizo expresamente a LAS COMPAÑIAS para tener acceso a mi historia clínica y a todos aquellos datos que en ella se registren o lleguen a ser registrados y a obtener copia de ese documento y de sus anexos y para compartir, reportar, procesar, solicitar, suministrar o divulgar a cualquier entidad legalmente autorizada para manejar o administrar base de datos, con las entidades del sector financiero, aseguradoras y con las demás entidades subordinadas o controladas de Sociedades Bolívar S.A. toda mi información personal que reposa en sus archivos para propósitos comerciales, con el fin de recibir una atención integral como cliente de esta última. Este mandato especial quedará vigente aun después de mi fallecimiento, atendiendo lo dispuesto en los artículos 2195 del Código Civil y 1284 del Código de Comercio.

La Compañía de Seguros Bolívar S.A. se reserva todos los derechos que puedan asistirle en caso de que antes o después de mi fallecimiento se compruebe que esta declaración no corresponde a la verdad en el momento de aceptarse el seguro (artículos 1058 y 1158 del Código de Comercio).

Nombre de su E.P.S. SALUD TOTAL Nombre de su medicina prepagada N/A

Para constancia de lo anterior, se suscribe el presente documento a los 04 días del mes de SEPTIEMBRE del año 24.

**IMPORTANTE: NO FIRME SIN ANTES LEER Y ENTENDER EL CONTENIDO DEL PRESENTE DOCUMENTO.**

FIRMA SOLICITANTE  
D.R. de Ident.: Mrs. 91228502



Huella Índice derecho

Fecha	Solicitud - Certificado		
DD	MM	AA	2024

**DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD**

EL PRESENTE CUESTIONARIO Y CUALQUIER INFORMACIÓN ADICIONAL RESPECTO A SU ESTADO DE SALUD Y EL DE SU CÓNYUGE, SI SE ASEGURA, ES FUNDAMENTAL PARA QUE LA ASEGURADORA PUEDA CONOCER EL ESTADO DEL RIESGO Y DEFINIR SI LE(S) OTORGА LA COBERTURA; POR LO TANTO, SI ALGUNA DE LAS RESPUESTAS FUERE AFIRMATIVA, TANTO PARA USTED COMO PARA SU CÓNYUGE, ABSTÉNGASE DE FIRMAR (aplica solamente cuando se trata de productos del CANAL VIDA GRUPO HOMOGÉNEOS) Y SOLICITE MAYOR INFORMACIÓN PARA ANALIZAR CON USTED OTRAS ALTERNATIVAS DE ASEGURAMIENTO. COMUNIQUESE CON LA RED 322 01 8000 123322, DESDE TELÉFONOS MÓVILES #322 o CON SU ASESOR DE SEGUROS.

\*PARA LOS PRODUCTOS VIDA GRUPO COLECTIVO, PLAN TUTOR SI ALGUNA DE LAS RESPUESTAS FUERE AFIRMATIVA, TANTO PARA USTED COMO SU CÓNYUGE (si se asegura), AMPLÍE LA INFORMACIÓN EN EL NUMERAL 8 DE ESTA DECLARACIÓN.

- ¿Presenta en la actualidad SECUELAS por contagio por CORONAVIRUS cardiacas, pulmonares o neurológicas? (si la respuesta es positiva ampliar información)

Principal	Cónyuge
Sí   No	Sí   No
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

1. ¿Le han diagnosticado, ha recibido o recibe en la actualidad tratamiento por alguna de las siguientes enfermedades y/o síntomas?

- 1.1.--Hipertensión arterial.
- 1.2.- Diabète s o niveles elevados de azúcar en la sangre
- 1.3.-Niveles aumentados de triglicéridos o colesterol.
- 1.4.--Obesidad.
- 1.5.--Problemas de Disfonía o pérdida de la voz en forma frecuente.
- 1.6.--Cáncer de cualquier tipo.
- 1.7.--Insuficiencia renal, glomerulonefritis.
- 1.8.--Convulsiones, desmayos (más de un episodio), parálisis de alguna extremidad, dolores de cabeza frecuentes (uno o más por semana), esclerosis múltiple.
- 1.9.--Asma, bronquitis crónica o EPOC
- 1.10.-Cirrosis, Hepatitis B o C
- 1.11.-VIH, SIDA, tuberculosis.
- 1.12.-Artritis, artrosis, fibromialgia, gota, lupus.
- 1.13.-Leucemia, linfoma, púrpura, anemia, problemas de coagulación en la sangre.
- 1.14.-Hemorragias digestivas, obstrucción intestinal, diverticulosis.
- 1.15. Enfermedades o problemas del corazón de cualquier índole.
- 1.16.-Enfermedades psiquiátricas.
- 1.17.-Depresión, ansiedad, trastorno de estrés postraumático, trastorno bipolar, esquizofrenia.
- 1.18.-Glaucoma, amблиopía, queratocono, ceguera de un ojo o ambos ojos.
- 1.19.-Disminución de la audición en uno o ambos oídos.
- 1.20.-Aneurisma cerebral, aneurisma aórtico.

- 2.-¿Presenta actualmente alguna alteración anatómica o funcional que limite su actividad diaria?

- 3.-¿Presenta alguna alteración mental que limite su actividad diaria?

- 4.-¿Tiene programada dentro de los próximos 12 meses practicarse alguna cirugía?

- 5.-¿Tiene o ha tenido adicción al alcohol o a las drogas?

- 6.-¿Practica ocasional o regularmente motociclismo, automovilismo, bungee jumping, puenting, rafting, downhill, buceo, vuelo en cometa, paracaidismo, montañismo, vuelo en ultraliviano o deportes extremos de alguna índole?

- 7.-¿Ha sido indicado, sindicado o condenado por la justicia penal?

- 8.-En caso de respuesta positiva a cualquiera de las preguntas anteriores favor detallar la información

No. PREGUNTA	DESCRIPCIÓN RESPUESTA	OBSERVACIONES
1.17	DEPRESIÓN	RECIBIÓ TRATAMIENTO HACE 3 AÑOS

9. ¿Su estado de salud presenta otra circunstancia no relacionada en los numerales anteriores? En caso afirmativo indicar cuál:  
CIRUGIA DE COLUMNA HACE 1 AÑO POR DOLOR EN UNA PIerna (NERVIO SIATICO) ACTUALMENTE SE ENCUENTRA EN TERAPIAS

Sí   No	Sí   No
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

10. ¿Sus actividades y ocupaciones, así como su trabajo han sido y son lícitas y las ha ejercido y las ejerce dentro de los marcos legales?

Sí   No	Sí   No
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**PREGUNTAS PARA EL ANEXO DE ENFERMEDADES GRAVES: (SI APLICA)**

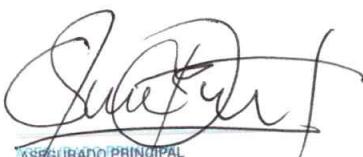
11. ¿En su núcleo familiar cercano (padres y hermanos) existen dos o más antecedentes de alguna de las enfermedades mencionadas en el numeral 1 de este documento?

En caso afirmativo confirme parentesco y cuál es la enfermedad presentada:

**NOTA:** La falta de veracidad y exactitud de la información suministrada y consignada en este documento en todas sus partes sería causal de nulidad del contrato de seguro, igualmente declaro haber sido informado sobre las condiciones generales del seguro tales como coberturas, exclusiones, valores asegurados, garantías entre otras.

**Autorización de información médica**

Para efectos y en desarrollo de la póliza de seguro de vida, autorizo irrevocablemente a cualquier médico, clínica, hospital y en general a cualquier institución oficial o privada, para que suministre a la Compañía de Seguros Bolívar S.A. toda la información que ésta requiera sobre mi estado de salud e historia clínica; y de conformidad con lo dispuesto en el artículo 34 de la Ley 23 de 1981, autorizo a la Compañía para solicitar y recibir de cualquier entidad de salud mi historia clínica y todos aquellos datos que en ella se registren, así como sus anexos. Este mandato especial quedará vigente aún después de mi fallecimiento atendiendo a lo especificado en los artículos 2195 del Código Civil y 1284 del Código de Comercio. La Compañía queda autorizada para tener acceso a dicha información y conservarla en sus archivos.

  
**ASEGURODOR PRINCIPAL**  
 NOMBRE: GONZALO OSMA TRUJILLO  
 C.C. 91228502

CÓNYUGE  
 NOMBRE:  
 C.C.



**Conocimiento del Cliente Ordinario  
PERSONA NATURAL**

Vinculación  Actualización de Datos

Fecha de diligenciamiento

26 11 2024

**Información General**

Tipo de documento

C.C.  C.E.  T.I.  P.P.  Otro

Beneficiario  Tomador  Asegurado  Apoderado  Suscriptor  Afianzado

No. de documento Fecha expedición de documento Fecha de nacimiento Lugar de nacimiento

63342552 23 02 1987 19 08 68 Bucaramanga

Primer nombre

Olga

Segundo nombre

Lucía

Primer apellido

Osma

Segundo apellido

Trujillo

Nacionalidad

Colombiana

Dirección de residencia

Calle 9 #11-48 apt. 201 Bucaramanga

Ciudad de residencia

No. celular

3046369298

Correo electrónico

luciaosma@hotmail.com

**Actividad Económica**

Profesión

Persona dependiente - Ocupación actual

Asalariado  Estudiante  Pensionado  Ama de casa

**Persona independiente - Descripción actividad económica principal**

Código CIU - actividad económica persona independiente

Son Personas Expuestas Políticamente PEP: (I) Conforme al Decreto 830 de 2021 entre otros, se encuentran los individuos que desempeñan o han desempeñado funciones públicas como jefes de Estado, funcionarios gubernamentales, judiciales o militares de alta jerarquía, altos ejecutivos de empresas sociales, industriales y comerciales del estado y de sociedades de economía mixta, unidades administrativas especiales y funcionarios importantes de partidos políticos, etc., (II) PEP de Organizaciones Internacionales: son aquellas personas que ejercen funciones directivas (directores, subdirectores, miembros de junta directiva, etc) y (III) PEP Extranjeros: son aquellas personas que desempeñan funciones públicas destacadas en otro país (jefes de estado, ministros, subsecretarios, congresistas, embajadores, altos funcionarios de las fuerzas militares, etc).

De acuerdo con la anterior definición, ¿Es usted una Persona Políticamente Expuesta?

Sí  NO

¿Tiene vínculos familiares con una Persona Expuesta Políticamente?

Sí  NO

Si su respuesta a la anterior pregunta fue afirmativa, por favor suministre la siguiente información de su familiar:

Nombres y apellidos

No. de identificación

Parentesco

Cargo o actividad

**Información Financiera**

Total activos (cifras en pesos)

4'000.000

Total pasivos (cifras en pesos)

2'000.000

Total patrimonio (cifra en pesos)

2'000.000

Total ingresos mensuales (cifra en pesos)

1'000.000

Total egresos mensuales (cifra en pesos)

800.000

¿Recibe otros ingresos, ingresos adicionales u originados en actividades diferentes a su actividad principal?

Sí

NO

Si su respuesta fue afirmativa, por favor describa el detalle o concepto de otros ingresos a continuación:

**Declaraciones y Autorizaciones del Cliente**

Yo, Olga Lucia Osma Trujillo, identificado(a) con CC No. 63342552 de Bucaramanga, ante COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A., CAPITALIZADORA BOLÍVAR S.A. Y SEGUROS COMERCIALES BOLÍVAR S.A., denominadas en adelante "LAS COMPAÑÍAS", y SERVICIOS BOLÍVAR S.A., denominada en adelante SERVICIOS, cuya actividad busca solucionar las emergencias y siniestros que puedan afectar a sus clientes incluidos los de LAS COMPAÑÍAS, manifiesto que:

(1). DECLARACIÓN DE VERACIDAD, ORIGEN DE RECURSOS, LICITUD DE ACTIVIDADES Y REPORTES DE INFORMACIÓN A AUTORIDADES: Con el fin de prevenir que la vinculación tenga por objeto dar apariencia de legalidad a activos provenientes de actividades delictivas o canalizar recursos vinculados con el lavado de activos LA y financiación de actividades terroristas FT, declaro y manifiesto que: 1.1 La información por mí suministrada es exacta, completa y verídica. Su falsedad, omisión o error, tendrá las consecuencias previstas en la Ley. 1.2 Mi actividad económica y mi profesión son lícitas, las ejerzo dentro de los marcos legales y los dineros con los que adquirí los bienes relacionados en el contrato de seguro y los fondos utilizados para pagar la prima o cuota del contrato de seguro o de capitalización, provienen de la actividad de los

Ama de casa

1.3 He sido informado sobre el acuerdo de intercambio de información tributaria, Ley 1666 de 2013 (también conocida como Ley de Cumplimiento Fiscal de Cuentas Extranjeras –FATCA–). Entiendo que en cumplimiento de ésta, y de darse los requisitos previstos en la ley, se reportará mi información financiera y transaccional a la autoridad competente, al Gobierno de los EE.UU., y al Departamento de Servicios de Rentas Internas de Estados Unidos (IRS). Así mismo, entiendo que mi información financiera y transaccional podrá ser reportada, suministrada o compartida de conformidad con lo que señalen los tratados internacionales en los cuales la República de Colombia sea parte y de las demás reglamentaciones aplicables en materia de intercambio de información tributaria. 1.4 Entiendo que LAS COMPAÑÍAS están en la obligación legal de medir, gestionar y monitorear el riesgo de LA/FT, y por ello podrán conocer, solicitar, recaudar datos adicionales y confirmar la veracidad de la información por mí suministrada, sus soportes y la que repose en centrales de riesgo.

(2). ACTUALIZACIÓN DE INFORMACIÓN: Me comprometo a actualizar como mínimo una vez cada tres años la información personal a LAS COMPAÑÍAS y a SERVICIOS a través de los canales previstos por éstas, o cada vez que ocurran cambios en mis datos de contacto o en otra información relevante. Autorizo para que la actualización que haga respecto de una de estas entidades, sea conocida y utilizada por las tres restantes.

(3). AUTORIZACIÓN PARA CONSULTA, REPORTE A CENTRALES DE RIESGO Y VERIFICACIÓN DE INFORMACIÓN FINANCIERA (LEY 1266 DE 2008): 3.1. Autorizo a LAS COMPAÑÍAS y/o a quien en el futuro ostente la calidad de acreedor(es) de la(s) obligación(es) por mí contraída(s) con aquellas, para que consulten mi comportamiento comercial, crediticio, financiero, y de servicios en los Operadores de Información o ante cualquier otra persona o entidad que maneje o administre bases de datos de manera legítima, y corroboren la información suministrada por mí, para los siguientes fines:

3.1.1 Como elemento de análisis para celebrar y mantener el contrato. 3.1.2. Monitorear el grado de endeudamiento y/o incumplimiento de mis obligaciones. 3.1.3 Para hacer estudios de mercado o investigaciones comerciales o estadísticas. 3.1.4. Realizar la gestión de cobranza, lo cual incluye la contratación de terceros que se encarguen de ello, incluida la actualización de los datos de contacto. 3.1.5. Monitorear y desarrollar herramientas que prevengan el fraude. 3.2. Para reportar ante los Operadores de Información, el nacimiento, modificación, ejecución, cumplimiento y/o incumplimiento, cesión y extinción de las obligaciones dinerarias contraídas con LAS COMPAÑÍAS.

**(4). AUTORIZACIÓN PARA LA UTILIZACIÓN DE LOS DATOS PERSONALES (LEY 1581 DE 2012):** Autorizo a LAS COMPAÑÍAS y a SERVICIOS para que traten mis datos personales entregados en este formulario, así como los que suministre o a los que lleguen a acceder las Compañías como consecuencia de mi adquisición de sus productos y/o servicios y cualquier otro dato que proporcione a través de los canales de atención: físicos, telefónicos, virtuales y digitales puestos a mi disposición o que usan LAS COMPAÑÍAS para contactarse conmigo, al hacer uso de los productos y/o recibir los servicios correspondientes. Entiendo y acepto que los fines con los que serán utilizados mis datos son: 4.1. Desarrollar las actividades propias de los contratos celebrados, entre ellas el envío de información relevante para el desarrollo de dichos contratos 4.2. Medir el nivel de satisfacción respecto del(s) producto(s) y/o servicio(s) contratado(s). 4.3 Realizar campañas comerciales y actividades de mercadeo. 4.4. Realizar contactos referentes a investigaciones de mercados. 4.5. Contactar, enviar y/o suministrar información sobre el lanzamiento de sus productos, eventos, novedades, promociones, y publicidad mediante el uso de e-mail, correo postal, teléfono, celular, mensajes cortos de texto (SMS), mensajes de multimedia (MMS), redes sociales, Apps o medios similares. 4.6. Realizar actividades de analítica<sup>1</sup>, procesamiento, investigación y análisis estadístico, con el fin de identificar, generar conocimientos encaminados a mejorar los productos y/o servicios ofrecidos, actuales o futuros, así como mi experiencia de usuario y/o cliente; y a la identificación, ofrecimiento y/o desarrollo de posibles ofertas de valor, bienes, productos y/o servicios del portafolio que podrían adecuarse a mis necesidades. Entiendo que dichas actividades comprenden igualmente la generación de datos inferidos, que corresponden a aquellos obtenidos a partir del procesamiento analítico de mis datos personales, mis interacciones con los diferentes canales de las Compañías, hábitos, preferencias, tendencias y comportamientos como usuario y/o cliente. 4.7. Autorización de reactivación: Para tratar mi información personal, una vez se haya(n) terminado el(s) contrato(s) suscrito(s) con Las Compañías, con el fin único y específico de informarme sobre productos y/o servicios que me puedan interesar y que permitan reactivar mi vínculo comercial. En el evento en que se reactive la vinculación comercial, autorizo para que mi información siga siendo tratada para todas las finalidades previstas en este formato de autorización que a la fecha acepto y suscribo. En todo caso, se me ha informado que puedo revocar esta autorización de reactivación en cualquier momento, por medio de los canales para atender reclamos indicados en este documento.

Estoy de acuerdo con las finalidades señaladas en los numerales 4.3. al 4.7. Sí  NO

Le recordamos que las finalidades del Numeral. 4.1 y 4.2, son necesarias para el desarrollo del contrato. Entiendo y se me ha informado que para realizar el proceso de validación de mi identidad y/o en la prestación del servicio de Las Compañías, pueden tomarse imágenes, revelarse datos de menores de edad y datos de salud, (información sensible) y desde ahora autorizo de manera explícita su tratamiento.

En el caso de haber incluido beneficiarios y/o asegurados adicionales en este contrato, manifiesto que los datos personales suministrados son los necesarios para que éstos adquieran tal calidad y puedan así beneficiarse de la cobertura del seguro, bajo el amparo de la figura de estipulación a favor de otro; en el evento en que se trate de información de menores de edad, la suministró en calidad de representante legal y en ejercicio de la patria potestad, atendiendo al interés superior del(s) mismo(s).

<sup>1</sup> Entendido como el proceso de examinar conjuntos de datos para encontrar tendencias y/o patrones, realizar perfilamiento de clientes y/o usuarios y sacar conclusiones sobre la información que contienen.

**(5) AUTORIZACIÓN PARA COMPARTIR DATOS CON EMPRESAS DEL GRUPO BOLÍVAR:** Autorizo a LAS COMPAÑÍAS y a SERVICIOS a compartir mis datos personales y los datos inferidos que corresponden a aquellos obtenidos a partir del procesamiento analítico de mis datos personales, mis interacciones con los diferentes canales de LAS COMPAÑÍAS y de SERVICIOS, hábitos, preferencias, tendencias y comportamientos como usuario y/o cliente, con las demás entidades del Grupo Empresarial Bolívar cuya matriz es GRUPO BOLÍVAR S.A., las cuales están listadas en la página web www.grupobolivar.com.co y son actualizadas periódicamente, a efecto que dichas empresas utilicen esta información para adelantar actividades de analítica, procesamiento, investigación, análisis estadístico y puedan realizar el tratamiento de esta información y/o me contacten mediante el uso de correo electrónico, correo postal, teléfono fijo, celular, mensajes cortos de texto (SMS), mensajes de multimedia (MMS), redes sociales, aplicaciones móviles (Apps) o medios similares que habiliten las Compañías, para realizar campañas comerciales, publicitarias, marketing, ofrecimiento de ofertas de valor, bienes, productos y/o servicios, así como para desarrollar actividades de conocimiento del cliente.

**6) AUTORIZACIÓN PARA COMPARTIR DATOS CON ALIADOS:** Autorizo a LAS COMPAÑÍAS y a SERVICIOS a compartir mis datos personales y los datos inferidos que corresponden a aquellos obtenidos a partir del procesamiento analítico de mis datos personales, mis interacciones con los diferentes canales de LAS COMPAÑÍAS y de SERVICIOS, hábitos, preferencias, tendencias y comportamientos como usuario y/o cliente, con los aliados comerciales y estratégicos, los cuales serán comunicados por las Compañías del Grupo Bolívar, a efecto de que dichos aliados utilicen esta información para adelantar actividades de analítica, procesamiento, investigación, análisis estadístico y puedan realizar el tratamiento de esta información y/o me contacten mediante el uso de correo electrónico, correo postal, teléfono fijo, celular, mensajes cortos de texto (SMS), mensajes de multimedia (MMS), redes sociales, aplicaciones móviles (Apps) o medios similares que habiliten las Compañías, para realizar campañas comerciales, publicitarias, marketing, ofrecimiento de ofertas de valor, bienes, productos y/o servicios.

Estoy de acuerdo con las finalidades indicadas en los numerales 5 y 6: SI  NO

**(7) 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: Página web: www.segurosbolivar.com, Contacto telefónico: La línea #322 para llamadas desde celular, la linea 018000123322 para llamadas desde fuera de Bogotá D.C., la linea 3122122 para llamadas desde Bogotá D.C y la linea (322)3322322 para mensajes desde WhatsApp. Para el caso de SERVICIOS BOLÍVAR S.A. a los Correos electrónicos: datospersonales@serviciosbolivar.com o servicioalcliente@asistenciabolivar.com

Entiendo y acepto que el presente formulario incluye la huella dactilar y la firma, que son datos sensibles, siendo indispensables para poder formalizar la vinculación con LAS COMPAÑÍAS y con SERVICIOS. Como constancia de haber leído y con el alcance indicado expresamente firmo las presentes DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES el día 26 de noviembre del año 2024.

FIRMA CLIENTE: Olga Lucia Ossa T.  
 NOMBRE: Olga Lucia Ossa Trujillo  
 No. IDENTIFICACIÓN: 63342552 DE Bucaramanga



Huella índice derecho

## REPÚBLICA DE COLOMBIA

ORGANIZACIÓN ELECTORAL  
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

11149794\*

## REGISTRO CIVIL DE DEFUNCIÓN

Indicativo Serial

11149794

<b>Datos de la oficina de registro</b>							
Clase de oficina:	Registraduría	Notaria	<b>2</b>	Consulado	Corregimiento	Insp. de Policía	Código
País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía							
COLOMBIA - SANTANDER - BUCARAMANGA							

<b>Datos del inscrito</b>							
Apellidos y nombres completos							
OSMA TRUJILLO GONZALO							
Documento de identificación (Clase y número)				Sexo (en Letras)			
Cédula de Ciudadanía Nro. 91.228.502				Masculino			

<b>Datos de la defunción</b>											
Lugar de la Defunción: País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía											
COLOMBIA - SANTANDER - BUCARAMANGA											
Fecha de la defunción				Hora		Número de certificado de defunción					
Año	2	0	2	4	Mes	N O V	Día	1	3	13:21	24112020726189
Presunción de muerte											
Juzgado que profiere la sentencia				Fecha de la sentencia							
				Año			Mes			Día	
Documento presentado				Nombre y cargo del funcionario							
Autorización judicial		<input type="checkbox"/>		Certificado Médico		<input checked="" type="checkbox"/> X		JHONATAN NIETO CENTENO(MEDICO)			

<b>Datos del denunciante</b>							
Apellidos y nombres completos							
MARTINEZ AMAYA EDWIN FRANCISCO							
Documentos de Identificación (Clase y número)				Firma			
Cédula de Ciudadanía Nro. 13.724.221							

<b>Primer testigo</b>							
Apellidos y nombres completos							
*****							
Documentos de Identificación (Clase y número)				Firma			
*****							

<b>Segundo testigo</b>							
Apellidos y nombres completos							
*****							
Documentos de Identificación (Clase y número)				Firma			
*****							

Fecha de inscripción				Nombre y firma del funcionario que autoriza							
Año	2	0	2	4	Mes	N O V	Día	1	4	CARLOS ENRIQUE VALDIVIESO JIMENEZ	

EL SUSCRITO NOTARIO SEGUNDO  
DEL CÍRCULO DE BUCARAMANGA  
CERTIFICA  
QUE LA PRESENTE FOTOCOPIA FUE  
TOMADA DEL ORIGINAL QUE REPOSA  
EN LOS ARCHIVOS DE LA NOTARIA

18 NOV 2024

CARLOS ENRIQUE VALDIVIESO JIMÉNEZ  
Notario Segundo Círculo de Bucaramanga



cadenas.a

**ESPACIO EN BLANCO**

**ESPACIO EN BLANCO**

