

Bogotá D.C. noviembre 12 de 2024

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

REF:      Solicitud:      **COPIA DE HISTORIA CLINICA**  
         Asegurado:      **JORGE ALEJANDRO SANCHEZ ROJAS**


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 **JORGE ALEJANDRO SANCHEZ ROJAS**, identificado con la cédula de ciudadanía No. **19.190.257**. Bogotá.

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](mailto:lm78ji79@gmail.com) –  
[asigltlda@hotmail.com](mailto:asigltlda@hotmail.com)





Bogotá, noviembre 08 de 2024

Señores  
CLINICAS, HOSPITALES Y EPS  
La Ciudad

Referencia

Asegurado: **JORGE ALEJANDRO SANCHEZ ROJAS**  
Reclamo: **5131004639321**  
Caso: **OVI-124219-1**

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 **JORGE ALEJANDRO SANCHEZ ROJAS**, identificado con cédula de ciudadanía **19.190.257.** 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



No. DECLARACIÓN
No. PÓLIZA CERTIFICADO A LA CUAL ACCEDER

**DECLARACION DE ASEGURABILIDAD  
SEGURO DE VIDA GRUPO**

Yo: Jaige Alejandro Gutierrez Rojas, mayor de edad, domiciliado en, Bogotá  
nacido el día 2 del mes Agosto del año 1952, identificado con CC No. 19190257 de Bogotá

en mi calidad de Asegurado Principal en nombre propio y en representación de mi cónyuge y de mis hijos si se aseguran, declaro que:

1. No hemos sufrido ni sufrimos actualmente dolencias tales como: enfermedades congénitas, enfermedades del corazón y/o enfermedades de las arterias, VIH-Sida, tensión arterial alta, cáncer, diabetes, hepatitis B; enfermedad crónica del hígado y/o riñón, enfermedades neurológicas, psiquiátricas o pulmonares, lupus, vórices en el esófago, trombosis, derrame cerebral, tromboflebitis, enfermedades de la sangre, enfermedades del páncreas o transplantes.
2. No hemos sido sometidos ni se nos han programado tratamientos o intervenciones quirúrgicas en razón a las enfermedades enunciadas anteriormente o de dolencias directamente relacionadas con ellas, en forma causal o consecencial.
3. En la actualidad no sufrimos síntomas, enfermedades crónicas o adicciones que puedan incidir sobre nuestro estado de salud.
4. No tenemos limitación física ni mental alguna.
5. Tanto nuestras actividades y ocupaciones como nuestro trabajo han sido y son lícitas y las hemos ejercido y ejercemos dentro de los marcos legales. No hemos sido sindicados ni condenados por la justicia penal.

Reitero que lo manifestado en esta declaración es verídico y que tengo conocimiento de que cualquier falta a la verdad es causal de nulidad de este seguro. De conformidad con lo estipulado en el Artículo 34 de la ley 23 de 1981, autorizo expresamente a la Compañía de Seguros Bolívar S.A. para tener acceso a nuestra 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, asegurador y con las demás entidades subordinadas o controladas de Sociedades Bolívar S.A. toda nuestra 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 aún después de nuestro 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 nuestro fallecimiento se compruebe que esta declaración no correspondía a la verdad en el momento de aceptarse el seguro (Artículos 1058 y 1158 del Código del Comercio).

Nombre de su E.P.S. SABITAS Nombre de su medicina prepagada \_\_\_\_\_  
Para constancia de lo anterior, se suscribe el presente documento a los 25 días del mes de octubre  
del año 2006

**IMPORTANTE: NO FIRME SIN ANTES LEER Y ENTENDER EL CONTENIDO DEL PRESENTE DOCUMENTO.**  
Si usted falta a la verdad al suscribir la presente Declaración, el contrato de seguro será nulo.  
(Arts. 1058 y 1158 de Código del Comercio).

Si alguna de las circunstancias enunciadas en este documento no corresponde exactamente a su situación o estado de salud, absténgase de firmar y solicite mayor información: Usted puede acceder al seguro mediante otros procedimientos. Comuníquese con la RED322 01 8000 123 322, desde teléfonos móviles #322 o con su asesor de seguros.

Firma del Asegurado: Jaige Alejandro Gutierrez

Doc. de Ident.: CC No. 19190257



Huella índice  
derecho



Compañía de Seguros Bolívar S.A.  
Nit. 860.002.503-2 • Avenida el Dorado No. 68B-31, piso 10  
Conmutador 341 0077 • Fax 283 0799 • A.A. 4421  
Bogotá D.C., Colombia • www.segurosbolivar.com



ORIGINAL: FOLIO DE COMPANHIA

FORMA GR-008 (Rev. Mar/10)



REPÚBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACIÓN PERSONAL  
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **19.190.257**

**ANCHEZ ROJAS**

PELLIDOS

**JORGE ALEJANDRO**

NOMBRES

*Jorge A. Rojas*

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **02-AGO-1952**

**BOGOTA D.C**  
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

**1.80** **O-** **M**

ESTATURA G.S. RH SEXO

**21-ENE-1974 BOGOTA D.C.**

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN



REGISTRADOR NACIONAL  
ALEXANDER VEGA ROCHA



A-1505500-01135988-M-0019190257-20200302 0070406149A 1 53149478

REPUBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACION 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+**

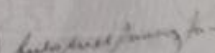
G.S. RH

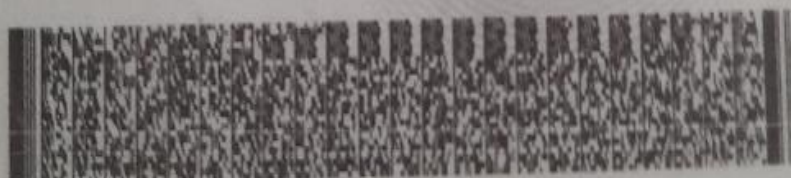
**M**

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