

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



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:

<input checked="" type="checkbox"/>	INVESTIGACION COMPLETA
<input type="checkbox"/>	INVESTIGAR HISTORIA
<input type="checkbox"/>	ANTECEDENTES PENALES
<input type="checkbox"/>	VERIFICACIÓN CALIFICACION
<input type="checkbox"/>	RENUNCIA PROTOCOLARIA

Para efecto adjuntamos:

<input type="checkbox"/>	FOTOCOPIA DE LA POLIZA
<input type="checkbox"/>	REGISTRO CIVIL DE DEFUNCION
<input type="checkbox"/>	FORMULARIO DECLARACIÓN DEL MÉDICO
<input checked="" type="checkbox"/>	OTROS

OBSERVACIONES:

EL PLAZO MAXIMO DE ENTREGA DEL INFORME SOLICITADO 11 DE DICIEMBRE 2024

Agradecemos su colaboración.

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)

Compañía de Seguros Bolívar S.A.

1. Datos Generales

Nombre completo del Asegurado		Cédula
Diana Patricia Arancha		40217432
Edad	Dirección actual	Ciudad Teléfono
42	Mz 8 Casa 17 Villa Johana	Villavicencio 3138447489
Ocupación habitual	En caso de fallecimiento, edad al morir	
Servicio Al cliente		
Amparo por el que desea reclamar		
Vida <input type="radio"/> Rentas <input checked="" type="radio"/> Incapacidad total y permanente <input 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	Villavicencio	11/01/2024
Dé un informe detallado de los hechos: 3 días de sensación de parestias en hemicara izquierda asociado a hemicorrea izquierda y somnolencia, por lo que en sitio (Servimedical) consideraron probable, tratarse de ECV por lo que hospitalizan para darle manejo		
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?		
8-01-2024 11-01-2024		
4. Fecha de diagnóstico por un médico 5. Tiempo de evolución de esta enfermedad		
11/01/2024		
6. Otros antecedentes del asegurado		
ninguno		
Tiempo de evolución: _____		
7. ¿Esta recibiendo tratamiento por esta enfermedad? <input checked="" type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO		
Si su respuesta es afirmativa, indique cual envío de losartan después del diagnóstico ECV		
8. Indique el nombre de su E.P.S.		
Sanitas		
9. Indique el nombre, dirección y Ciudad de la I.P.S. que lo atiende regularmente		
Crr 44 # 33 b-SI. Centro medico Villavicencio EPS Sanitas Barrio los Pinos		
10. Indique el nombre, dirección y ciudad de su médico habitual ¿Desde hace cuánto tiempo?		
Servimedical Villavicencio		
11. Indique los médicos o especialistas que ha consultado en relación con su enfermedad o accidente:		
Nombre	Especialidad	
Roberto Mario Ortega Villalba	Neurologu	
Dirección	Ciudad	Teléfono
Cll 35 # 36-10-26/36 Piso 3 Barzal Alto	Villavicencio	3052810000
Nombre	Especialidad	
Escobar Moreno Laura Camila	Medicina de Urgencia	
Dirección	Ciudad	Teléfono
Servimedical	Villavicencio	

12. Si fue tratado en un Centro Hospitalario Indique:

1. Nombre del Centro Hospitalario	Fecha de Ingreso	Fecha de Salida
Inversiones Clínica Neta	14/01/2024	15/01/2024
Dirección	Ciudad	Teléfono
Cll 33 # 36-50	Villavicencio	6614400
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)

Tratamientos Médicos (Detallar)

Rehabilitación (Detallar)

Remisión a fisioterapia para manejo.

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
Yebirán García Acarcho	hijo	1.007.426.381	hellenceleste12202018@gmail.com	
2. Nombre	Parentesco	Cédula	Correo Electrónico	Firma
Wilissa Suárez Acarcho	hija	1.121.843.347	hellenceleste12202018@gmail.com	
3. Nombre	Parentesco	Cédula	Correo Electrónico	Firma
Laura Sofía Acarcho	hija	1.122.526.670	hellenceleste12202018@gmail.com	
4. Nombre	Parentesco	Cédula	Correo Electrónico	Firma
Liam Smith Suárez	hijo	1.234.683.	hellenceleste12202018@gmail.com	
5. Nombre	Parentesco	Cédula	Correo Electrónico	Firma
Jesús Felipe Córdoba A.	hijo	1.122.935.376	hellenceleste12202018@gmail.com	

16. Envío de correspondencia. Favor indicar el lugar de envío de correspondencia

Nombre	Teléfono
Diana Patricia Acarcho	3138447489
Dirección	Ciudad
M7 8 Casa 11 villa Jitana	Villavicencio
Correo electrónico	
aconchaditana82@gmail.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

aconchaditana82@gmail.com

Lugar y Fecha

3 - 09 - 2024



Huella

Diana Patricia A.

Firma del Asegurado

C.C. No. 40217434 V/cio

Firma del Beneficiario reclamante

C.C. No.

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **40.217.434**

ACONCHA

APELLIDOS

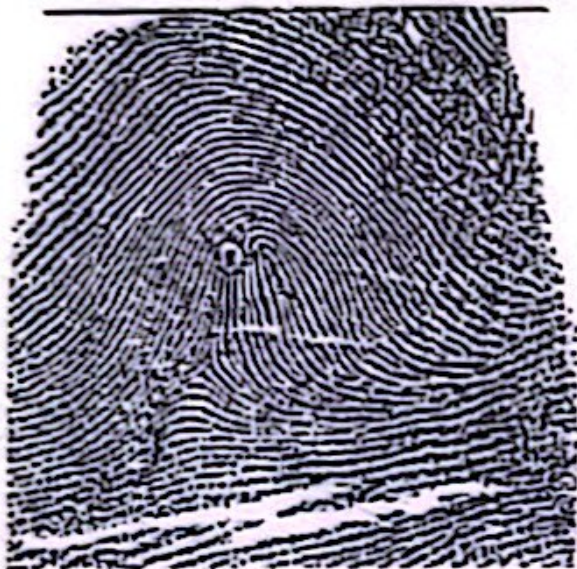
DIANA PATRICIA

NOMBRES

Diana P. Aconcha

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO
VILLAVICENCIO
(META)

07-MAR-1982

LUGAR DE NACIMIENTO

1.58

O+

F

ESTATURA

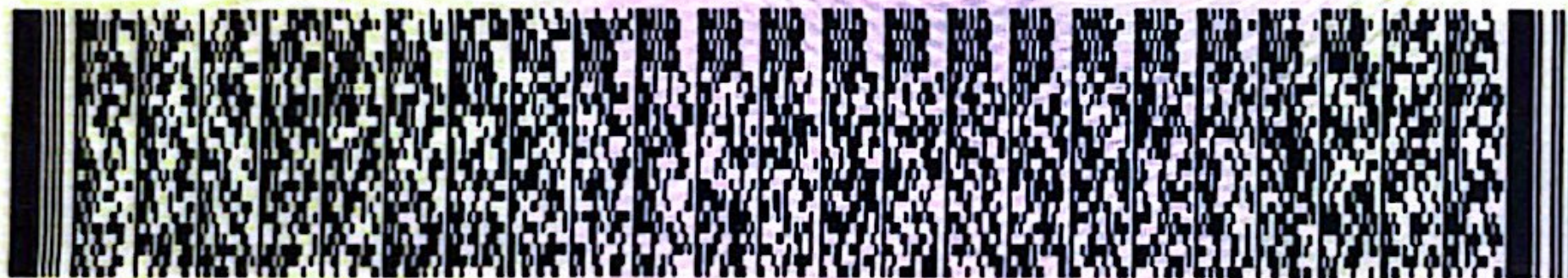
G.S. RH

SEXO

15-SEP-2000 VILLAVICENCIO

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

[Signature]
REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA



P-5200100-00925105-F-0040217434-20170725

0056568967A 1

9910080793

REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL