

Bogotá D.C., 23 de noviembre 2024

Señores:

CLINICAS Y HOSPITALES

Estadística y/o Archivo

Ciudad

ASUNTO: SOLICITUD HISTORIA CLINICA
REFERENCIA: OSIRIS ISABEL HERRERA SEIZA
RECLAMO OIV-122251-1

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 asegurada **OSIRIS ISABEL HERRERA SEIZA** identificada con la cédula de ciudadanía No. **50.897.597** 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,



JIMMY DANIEL GOMEZ SIABATO

Analista externo de siniestros



Bogotá D.C 28 de noviembre de 2024

Señores

ATD LTDA.

Atn. Sra. Idaly Perdomo

Ciudad.

Referencia	:	INVESTIGACION	:	GRUPO
		ASEGURADO	:	OSIRIS ISABEL HERRERA SEIZA
		CEDULA CIUDADANIA	:	50897597
		RECLAMO	:	26010000901
		CONSECUTIVO	:	OIV-122251-1

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 7 DE NOVIEMBRE 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)

1. Datos Generales

Nombre completo del Asegurado		OSIRIS Isabel Herrera seiza		Cédula	50897597
Edad	54	Dirección actual	Vereda Mata de Pita	Ciudad	Guaranda
Ocupación habitual		En caso de fallecimiento, edad al morir			
Docente					
Amparo por el que desea reclamar					
Vida	<input type="radio"/>	Rentas	<input type="radio"/>	Incapacidad total y permanente	<input type="radio"/>
Enfermedades Graves		<input checked="" 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	Guaranda - Sucre	06 07 2024

Dé un informe detallado de los hechos:

Hospitalización a Causa de bacterias e infección en los riñones.

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?
El 05 de Julio de 2024 El 05 de Julio de 2024

4. Fecha de diagnóstico por un médico 5. Tiempo de evolución de esta enfermedad

05 07 2024 05/07 al 10/07/2024

6. Otros antecedentes del asegurado

Tiempo de evolución:

7. ¿Esta recibiendo tratamiento por esta enfermedad? Si ☒ No ☐

Si su respuesta es afirmativa, indique cual Ciprofloxacina - Dexametasona - biclofenaco

8. Indique el nombre de su E.P.S. Clinica las peñitas

Es afiliado ☒ Beneficiario ☐

9. Indique el nombre, dirección y Ciudad de la I.P.S. que lo atiende regularmente

Clinica Guaranda Sana CRA 10 N° 6-15 C/le Primero de Enero

10. Indique el nombre, dirección y ciudad de su médico habitual

¿Desde hace cuánto tiempo?

Medicos de la clinica. 05/07/2024

11. Indique los médicos o especialistas que ha consultado en relación con su enfermedad o accidente:

Nombre Gonzalo Jimenez Martinez Especialidad Internista

Dirección Guaranda - Sucre Ciudad Teléfono

Nombre Especialidad

Dirección Ciudad Teléfono

12. Si fue tratado en un Centro Hospitalario indique:

1. Nombre del Centro Hospitalario	Fecha de Ingreso	Fecha de Salida
Clinica Guaranda Sana	05 07 2024	10 07 2024
Dirección	Ciudad	Teléfono
Guaranda Sucre	Guaranda (S)	2911064-
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)

Ciprofloxacina - Diclofenaco.

Rehabilitación (Detallar)

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

Teléfono

Osiris Herrera Seiza

318 5686476

Dirección

Ciudad

Guaranda (Vereda Mata de Pita)

Guaranda

Correo electrónico

Herrera Osiris 596 @ 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

Herrera Osiris 596 @ gmail . com

Lugar y Fecha



Huella

Osiris Herrera Seiza

Firma del Asegurado

C.C. No. 50 847597

Firma del Beneficiario reclamante

C.C. No.

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
50.897.597

NUMERO

HERRERA SEIZA

APELLIDOS

OSIRIS ISABEL

NOMBRES

Osiris Herrera Seiza

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 13-SEP-1969

MAJAGUAL
(SUCRE)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.64 A+ F

ESTATURA G.S. RH SEXO

28-AGO-1990 MONTERIA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VALEA



A-2804900-62158311-F-0050897597-20070829 05778 072400 02 235624060

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.052.401.310**

GÓMEZ SIABATO

APELLIDOS

YIMMY DANIEL

NOMBRES



FECHA DE NACIMIENTO **21-ABR-1993**

JENESANO
(BOYACA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.67 **AB+** **M**

ESTATURA G.B. RH SEXO

21-MAR-2012 DUITAMA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION *Carlos Daniel Sánchez Torres*

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS DANIEL SANCHEZ TORRES



P-0707900-00371365-M-1052401310-20120428 0029737458A 1 30132999



ATD LTDA
ASESORES & CONSULTORES



Jimmy Gomez
c.c. 1.052.401.310
Analista de Siniestros

RH: AB+ EPS: Nueva EPS
www.atdlttda.com