

INFORMACIÓN HISTORIA CLÍNICA MEDILASER RAD. 18001310300120220012500

HECTOR REPIZO <repizoabogados@gmail.com>

Lun 18/03/2024 17:01

Para: Juzgado 01 Civil Circuito - Caquetá - Florencia <jcivcfl01@cendoj.ramajudicial.gov.co>

CC: notificaciones@gha.com.co <notificaciones@gha.com.co>

📎 2 archivos adjuntos (1 MB)

MEMORIAL INFROMACIÓN.pdf; SOLICITUD CLINICA MEDILASER.pdf;

Señores;

JUZGADO PRIMERO CIVIL DEL CIRCUITO DE FLORENCIA

jcivcfl01@cendoj.ramajudicial.gov.co

E. S. D.

PROCESO	RESPONSABILIDAD CIVIL CONTRACTUAL
DEMANDANTE	SELMIRA MEDINA CARVAJAL Y OTROS
DEMANDADO	BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. Y OTRO
RADICADO	18001310300120220012500
ASUNTO	INFORMACIÓN HISTORIA CLÍNICA MEDILASER

HECTOR REPIZO RAMIREZ, identificado con la cédula de ciudadanía No. 83.090.744 expedida en Campoalegre - Huila, domiciliado en Neiva, abogado titulado en ejercicio portador de la tarjeta profesional No. 131.090 del Consejo Superior de la Judicatura, actuando como apoderado de los demandantes, comedidamente me permito informar al despacho que mi poderdante **SELMIRA MEDINA CARVAJAL**, realizó la solicitud de la Historia clínica del señor **MIGUEL ANGEL CASTRO URBINA** ante la **CLÍNICA MEDILASER DE FLORENCIA** el día trece (13) de marzo de 2024.

Para efectos de lo anterior, arrimo:

- 1. Memorial de información de historia clínica.
- 2. Prueba de radicación de la solicitud.

De la presente información estoy dando traslado al apoderado del demandado al correo electrónico: notificaciones@gha.com.co

Cordialmente,

--

HECTOR REPIZO RAMIREZ

Abogado Especialista en Derecho Administrativo y Constitucional, en Contratación Estatal y Magister en Derecho Público

Crr 16 No. 41 – 56. San Juan Plaza Comercial Local 143 Cel 3203060653 - 8666886

Neiva Huila

www.repizoabogados.com



Mailtrack

Remitente notificado con

[Mailtrack](#)

Señores;
JUZGADO PRIMERO CIVIL DEL CIRCUITO DE FLORENCIA
jcivcfl01@cendoj.ramajudicial.gov.co
E. S. D.

PROCESO	RESPONSABILIDAD CIVIL CONTRACTUAL
DEMANDANTE	SELMIRA MEDINA CARVAJAL Y OTROS
DEMANDADO	BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. Y OTRO
RADICADO	18001310300120220012500
ASUNTO	INFORMACIÓN HISTORIA CLÍNICA MEDILASER

HECTOR REPIZO RAMIREZ, identificado con la cédula de ciudadanía No. 83.090.744 expedida en Campoalegre - Huila, domiciliado en Neiva, abogado titulado en ejercicio portador de la tarjeta profesional No. 131.090 del Consejo Superior de la Judicatura, actuando como apoderado de los demandantes, comedidamente me permito informar al despacho que mi poderdante **SELMIRA MEDINA CARVAJAL**, realizó la solicitud de la Historia clínica del señor **MIGUEL ANGEL CASTRO URBINA** ante la **CLÍNICA MEDILASER DE FLORENCIA** el día trece (13) de marzo de 2024.

Anexo prueba de la radicación de la solicitud.

NOTIFICACIONES

El suscrito apoderado de la parte demandante recibirá notificaciones en la Cra. 16 # 41-56 San Juan Plaza Comercial Local 143, Email: repizoabogados@gmail.com, Telefax: 8666886, Celular: 320 306 0653 – 317 767 1218.

Cordialmente,


HECTOR REPIZO RAMIREZ
C.C. 83.090.744 de Campoalegre (Huila)
T.P. 131.090 del C. S. de la J.
E-mail: repizoabogados@gmail.com

SOLICITUD HISTORIA CLINICA MIGUEL ANGEL CASTRO URQUINA

DEISY CASTRO <deiscastro@hotmail.com>

Mié 13/03/2024 9:36 AM

Para: Archivo Florencia <archivo.florencia@medilaser.com.co>


Buenos días

Comedidamente me permito solicitar historia clínica de mi esposo quien en vida se llamaba MIGUEL ANGEL CASTRO URQUINA identificado con cédula de ciudadanía No 17.632.268 de Florencia, Caquetá, desde el año 2000 hasta el año 2020 que repose en el archivo de la Medilaser.

Adjunto

solicitud de historia clínica
cedula de ciudadanía de mi esposo
cedula de ciudadanía de Selmira Medina
registro civil de matrimonio
registro civil de defunción

Cordialmente,


 [4.Registro defunción Miguel Castro.pdf](#)

SELMIRA MEDINA CARVAJAL

Cel. 3142880509

Correo: selmiramedina12@gmail.com ; deiscastro@hotmail.com  [solicitud medilaser.pdf](#)

 [Cedula selmira.pdf](#)  [Cédula Miguel Angel castro-150.pdf](#)  [registró de matrimonio.pdf](#)

	SOLICITUD DE COPIA DE HISTORIA CLÍNICA POR PACIENTES, USUARIOS O CLIENTES EXTERNOS	VERSIÓN	#
		VIGENCIA	mar-23
		CÓDIGO	F-GI-080 MD
		PÁGINA	1 DE 1

Sucursal:	Florencia	Sede:	
Solicitud para:	Persona fallecida	Fecha solicitud:	13/03/2024

DATOS DEL SOLICITANTE						
(Favor marque con una "X", y si es una unidad de negocio describa el Nombre y NIT)						
Nombres y apellidos:	Tipo de identificación:	CC	X	CE	NIT	NUIP
Selmira Medina Carvajal	Número de documento:	- 26.630.174				

DATOS DEL PROPIETARIO DE LA HISTORIA CLÍNICA (favor marque con una "X")						
Nombres y apellidos:	Tipo de identificación:	CC	X	CE	TI	RC
Miguel Ángel Castro U.	Número de documento:	PA	PE	SC	NUIP	

DATOS DE LA SOLICITUD		
<input checked="" type="checkbox"/> Historia clínica completa.	<input type="checkbox"/> Última atención.	<input type="checkbox"/> Fecha específica
<input type="checkbox"/> Historia clínica de un episodio.	<input type="checkbox"/> Orden médica.	<input type="checkbox"/> Otra
<input type="checkbox"/> Incapacidad.	<input type="checkbox"/> Epicrisis.	¿Cuál?

MOTIVO DE LA SOLICITUD	
Solicito Historia Clínica completa para trámite bancario desde el año 2000 hasta el año 2020	

Señor Solicitante por favor presentar los siguientes documentos como soporte (anexo) del presente formato:

Si usted es un familiar de un paciente fallecido, debe presentar:		VERIFICACIÓN
Nº	DOCUMENTO	
1	Documento que acredite la relación de parentesco con el titular de la historia clínica.	
2	Copia del registro civil de defunción.	
3	Copia del documento de identidad del solicitante	

SOPORTE DE ENTREGA	
<input checked="" type="checkbox"/> Correo electrónico.	<input type="checkbox"/> Físico (fotocopias) o medio óptico (CD o DVD).

Solicito y autorizo que la historia clínica, sea enviada a través de la siguiente dirección de correo electrónico:

Por favor diligenciar de manera legible y completa la dirección de correo electrónico

Correo electrónico: **deiscastro@hotmail.com**

Certifico que corresponde a mi cuenta de correo electrónico y me responsabilizo de la custodia de la historia clínica a través de dicho canal electrónico.

Datos de contacto del solicitante

Número móvil:	- 314 288 0509
Dirección de residencia:	Manzana 8 casa 6
Correo electrónico alternativo:	selmira.medina.12@gmail.com
Fecha y hora de entrega:	

OBSERVACIONES

Número de folios entregados:

FIRMAS	
PERSONA QUIEN SOLICITA	COLABORADOR QUIEN ENTREGA
Selmira Medina Carvajal	

*Usted recibirá fiel copia de la historia clínica solicitada. Su uso se ajustará específicamente para satisfacer las razones que motivan su solicitud. NO PODRÁ SER PÚBLICA Sentencia T-338 2009". "La historia clínica es un documento legal por lo tanto solo puede ser entregado al titular de la misma o con autorización firmada a un tercero. En caso de tratarse de un menor de edad o persona incapaz se entregará al responsable legal del paciente, autoridades judiciales previstas en la Ley. (Resolución 1995 de 1999 modificada Resolución 839 2017)". En caso que el paciente haya fallecido, la historia clínica solo se entregará quien tenga primer grado de consanguinidad (hijos si es casado, hermanos si es soltero) o civil (esposos(a) o compañero(a) permanente).